

L'opération faite, on laisse une sonde à demeure dans la vessie, pendant le temps nécessaire à la cicatrisation de la plaie. C'est encore dans le but de favoriser le procédé opératoire, que Verduc a conseillé de pratiquer au préalable la ponction de la vessie au-dessus du pubis et d'introduire par la canule du trocart dans la vessie d'abord, puis dans l'urètre, une sonde de caoutchouc propre à guider le bistouri du chirurgien.

3° **Ponction de la vessie.** Elle a été exécutée par quatre voies différentes : l'urètre (Lafaye), l'hypogastre (Méry), le périnée (Dionis), le rectum (Fleurant). La seconde est préférable aux trois autres.

A. **PONCTION PAR L'URÈTRE.** On l'exécute avec la sonde conique (voy. *Cathétérisme forcé*).

B. **PONCTION PAR L'HYPOGASTRE.** On se sert du trocart courbe de frère Côme. Le patient est couché sur le bord droit du lit, les jambes et les cuisses fléchies. Le chirurgien, placé à la droite du malade, saisit le trocart de la main droite, la concavité de l'instrument dirigée en bas, et enfonce le poinçon à 3 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne, au niveau de la ligne blanche. Dès que le poinçon est retiré, l'urine s'écoule par la canule que l'on fixe autour du corps au moyen d'un ruban de fil passé à travers les anneaux de l'instrument.

C. **PONCTION PAR LE PÉRINÉE.** Le malade est placé comme pour l'opération de la taille latéralisée (fig. 273, p. 840). Les bourses sont relevées par un aide qui comprime l'hypogastre pour repousser la vessie en bas. Le chirurgien se place entre les cuisses du patient, il saisit de la main droite un trocart droit long de 20 à 24 centimètres, et enfonce l'instrument au niveau d'un point qu'il marque d'avance et qui est situé au milieu d'une ligne allant de la tubérosité sciatique sur le raphé-périnéal, à 1 centimètre au-devant de l'anus. Le trocart est dirigé d'abord parallèlement à l'axe du corps, puis incliné en arrière de façon à éviter la lésion de la prostate au-dessous de laquelle l'instrument arrive dans la vessie.

D. **PONCTION PAR LE RECTUM.** Le malade est couché sur le dos, le bassin est soulevé par un coussin épais, les membres inférieurs légèrement écartés. Le chirurgien introduit le doigt indicateur gauche dans le rectum, pour reconnaître avec la pulpe de ce doigt la saillie de la vessie distendue par l'urine. Un trocart courbe est conduit le long de la face palmaire du doigt, la concavité de l'instrument tournée en haut et la pointe dissimulée par la canule. Dès que l'extrémité de celle-ci a dépassé la phalange unguéale de l'index et est en contact avec la face antérieure du rectum, on pousse le poinçon du trocart et on traverse la cloison recto-vésicale pour pénétrer dans la vessie, à environ 3 centimètres en arrière de la prostate. Après avoir retiré le poinçon, on peut fixer la canule.

Cystotomie hypogastrique. Elle a été pratiquée avec succès par Sédillot, dans un cas où la vessie était remplie de caillots sanguins dont il était impossible de faire l'extraction. Augé l'a exécutée heureusement pour une rétention d'urine consécutive à une rupture traumatique de l'urètre. On se conforme aux règles de la taille hypogastrique (p. 844).

ARTICLE IV.

Des infiltrations d'urine.

Toutes les fois qu'il existe une solution de continuité sur un des points de l'appareil urinaire, le liquide renfermé dans cet appareil, c'est-à-dire l'urine, s'échappe des voies qui la contiennent et passe en quantité plus ou moins considérable dans le tissu cellulaire ambiant. On dit alors qu'il y a *infiltration d'urine*. Les conséquences qui résultent de cette effusion varient suivant la région où elle se produit, et sous ce point de vue, il faut établir une distinction tout anatomique et examiner successivement les effets produits par l'infiltration dans le tissu cellulaire du bassin, au-dessus de l'aponévrose supérieure du périnée, et dans le tissu cellulaire périnéal au-dessous de la même aponévrose.

1° **INFILTRATIONS D'URINE DANS LE TISSU CELLULAIRE PELVIEN.** Elles sont le plus souvent la conséquence de l'ouverture artificielle ou spontanée de la vessie; elles succèdent donc à la taille hypogastrique; à la taille latéralisée, lorsque l'incision faite à la prostate dépasse en arrière cette glande; à la ponction de la vessie; à la rupture de cet organe ou à sa perforation par des sondes qui ont trop longtemps séjourné dans sa cavité. Les lésions de la prostate, les abcès prostatiques ouverts dans le tissu cellulaire pelvien peuvent également les occasionner. A plus forte raison les observera-t-on dans les cas de rupture des bassinets des reins ou des urètères, à la suite d'une rétention d'urine dans l'un de ces conduits; d'un abcès formé dans l'un de ces conduits; d'un abcès développé dans l'épaisseur de ses parois et ouvert dans la cavité (Desault); d'une plaie de ces organes.

Les effets produits par ces diverses lésions varient: lorsqu'il existe une solution de continuité aux bassinets, ou à l'origine de l'urètre, l'urine s'infiltré dans le tissu cellulaire de la région lombaire et des fosses iliaques au-dessous du péritoine. Si cette solution de continuité occupe la fin de l'urètre ou le bas-fond de la vessie, l'urine s'infiltré dans le tissu cellulaire du bassin. Si c'est la paroi antérieure de la vessie qui est perforée, les urines s'infiltré dans le tissu cellulaire placé en haut et en arrière du pubis, entre le péritoine et les muscles abdominaux; elles vont quelquefois jusqu'à l'épigastre. Dans d'autres cas, elles suivent le tissu cellulaire qui accompagne le cordon spermatique, parcourent le canal inguinal et viennent se répandre dans les aines et les bourses (Desault).

Les symptômes de ce genre d'infiltrations sont obscurs; on ne peut qu'en soupçonner l'existence d'après les phénomènes généraux présentés par les malades et l'examen des circonstances commémoratives; ainsi, dans les cas où à la suite d'une rétention d'urine dans la vessie ou dans les urètères, les malades après avoir éprouvé toutes les angoisses de la rétention, ressentent tout à coup un soulagement marqué, sans que le cours de l'urine ait été rétabli; s'il se manifeste en même temps une sensation de fourmillement dans les lombes ou le bassin, si au calme qui ne

dure que quelques heures succèdent des accidents graves tels que frisson, accélération et petitesse du pouls, prostration, sécheresse de la langue, délire, hoquets, vomissements. La mort est la terminaison presque constante de cet appareil symptomatologique et l'art est impuissant pour en arrêter les progrès.

2° INFILTRATIONS D'URINE DANS LE TISSU CELLULAIRE PÉRINÉAL. Elles sont la conséquence d'une solution de continuité de l'un des points du canal de l'urètre; on les observe donc à la suite des plaies de l'urètre par des instruments piquants ou tranchants, des plaies qui intéressent la prostate dans les tailles périnéales, des fausses routes qui perforent complètement l'une des parois du canal; le plus souvent elles résultent d'une crevasse de l'urètre en arrière d'un rétrécissement; les parois du canal sont en effet habituellement dilatées derrière la coarctation; l'épaisseur et la résistance en sont affaiblies. Qu'une rétention complète d'urine survienne dans ce cas et les parois de l'urètre, distendues outre mesure par la pression continue de l'urine, s'érailleront pour livrer passage au liquide qui les presse.

Les effets produits par les solutions de continuité de l'urètre varient en raison de leur siège. Il y a sous ce rapport une différence marquée pour la portion de l'urètre située en arrière de l'aponévrose moyenne du périnée et pour celle qui est au-devant de ce même feuillet aponévrotique.

1° Lorsqu'une solution de continuité occupe la portion prostatique ou membraneuse de l'urètre, l'urine s'échappe dans la loge supérieure du périnée entre l'aponévrose moyenne (ligament de Carcassonne) et l'aponévrose supérieure. Ce liquide est porté en arrière dans le tissu cellulaire prérectal ou dans celui des fosses ischio-rectales; quelquefois il chemine ultérieurement dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il se peut aussi qu'il traverse dès le début quelques éraillures de l'aponévrose moyenne du périnée et qu'il tombe dans la loge inférieure de cette région pour se comporter ultérieurement, comme nous le mentionnerons dans un instant.

2° Lorsque la solution de continuité occupe la partie antérieure de la portion membraneuse de l'urètre, en deçà de l'aponévrose moyenne du périnée, ou la portion bulbeuse, ou encore la portion spongieuse du canal, l'urine tombe dans le tissu cellulaire de la loge qui est limitée en haut et en arrière par l'aponévrose moyenne, en bas et en avant par l'aponévrose inférieure du périnée. Or les deux feuillets aponévrotiques précédents se réunissent ensemble en arrière du muscle transverse; il est donc impossible que l'urine se porte dans ce sens; ce liquide ne saurait non plus se porter en haut à cause de la présence de l'aponévrose moyenne, ni en bas à cause de la résistance de l'aponévrose inférieure du périnée; il se portera donc en avant dans le tissu cellulaire du scrotum, de la verge, de la paroi abdominale, et pourra gagner de proche en proche les régions lombaires; on l'a vu s'étendre jusqu'à l'aisselle (Boyer). Quelquefois l'infiltration occupe le tissu cellulaire de la partie supérieure de la cuisse.

Quel que soit le siège de l'infiltration d'urine, partout où ce dernier liquide se met en contact avec le tissu cellulaire, il détermine une inflammation de nature gangréneuse. De là un gonflement œdémateux accompa-

gné d'une rougeur érysipélateuse au périnée, au scrotum, à la verge et dans les autres régions que nous avons indiquées. La peau qui recouvre cette tuméfaction est chaude, tendue, luisante. Par le toucher, on obtient une sensation d'empatement caractéristique, et on développe de la douleur.

A ces phénomènes locaux se joignent des troubles généraux : l'accélération et la petitesse du pouls, parfois un frisson.

Marche. Terminaisons. Abandonnée à elle-même, l'infiltration d'urine fait des progrès incessants. Si le malade ne succombe pas rapidement aux phénomènes généraux de prostration, il se forme des escarres de la peau, des gaz se développent au milieu des parties mortifiées, d'où un emphyème; plus tard, les escarres sont éliminées et laissent à leur place une perte de substance plus ou moins étendue; il en résulte une suppuration longue et abondante qui affaiblit quelquefois assez le malade pour le faire succomber. Dans bon nombre de cas, la nature est assez puissante pour réparer ces désordres, et il se forme une cicatrice; d'autres fois, le sujet guérit en conservant une ou plusieurs fistules urinaires.

Le *diagnostic* de l'infiltration d'urine qui se fait en dehors du bassin est, en général, facile : on ne la confondra ni avec un érysipèle, ni avec un phlegmon diffus simple des mêmes régions, si l'on a égard à la rétention d'urine qui précède le gonflement, au développement rapide de la tuméfaction, à ses progrès intenses, à la crépitation emphysémateuse dont elle est le siège, à la tension et à l'œdème de la peau.

Traitement. Deux indications se présentent : donner issue à l'urine infiltrée dans les tissus, rétablir le cours naturel de l'urine. Pour remplir la première, on pratique au périnée et au scrotum une ou plusieurs incisions, d'après les progrès de l'infiltration. Il faut multiplier ces scarifications dans les cas où l'infiltration a gagné la verge, l'hypogastre, etc. Cette méthode est la seule qui permette de limiter la mortification qui succède au contact du tissu cellulaire et de l'urine. La seconde indication n'est pas toujours facile à remplir, notamment lorsque l'infiltration a succédé à un rétrécissement. Dans les cas où l'on ne peut faire pénétrer une sonde dans la vessie, faut-il, pour arrêter les progrès de l'infiltration d'urine, pratiquer la ponction de la vessie ou l'opération de la boutonnière? Desault préfère se borner aux incisions extérieures dont nous avons parlé.

Après avoir pratiqué ces incisions on les remplit de charpie; on applique sur les parties tuméfiées des compresses trempées dans de l'eau blanche additionnée d'une petite quantité d'eau-de-vie, ou dans une décoction de quinquina. Si la tuméfaction inflammatoire devenait considérable, on la combattrait par l'application de cataplasmes émollients. A la chute des escarres, on pansé les plaies avec de l'onguent digestif ou de la charpie sèche. Pour obtenir une cicatrisation complète, on rétablit le cours naturel de l'urine par l'introduction de bougies d'abord et de sondes ensuite. Cette introduction est moins difficile lorsque les tissus sont dégorgés qu'à l'époque où il existe une tuméfaction inflammatoire.