

ver l'urine au fond d'un *urinal* (fig. 269) renfermant de la solution de sublimé.

Si la vessie est *infectée*, faire tous les jours un lavage de vessie au nitrate d'argent à 1/1000 tiède (par petites quantités à la fois, de 40 à 100 grammes, et sous forte pression).

Laisser la sonde à demeure quatre à cinq jours. Essayer au bout de ce temps de la supprimer.

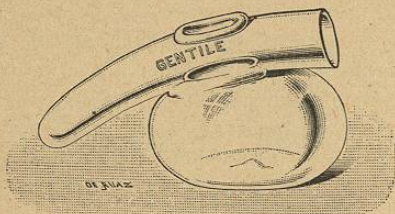


Fig. 269. — Urinal de Duchastelet.

Enfin, *en cas d'impossibilité du cathétérisme*, recourir à la *ponction hypogastrique* (p. 387), répétée trois à quatre fois par jour. Au bout d'un ou deux jours, le canal décongestionné peut généralement laisser pénétrer une sonde.

L'indication de la *prostatectomie* peut se présenter.

### III. — RÉTRÉCISSEMENT

#### **Préparatifs.**

Comme pour l'exploration (p. 347).

#### **Opération.**

##### *Position.*

Comme pour l'exploration (p. 349).

##### *Exécution.*

Introduire une sonde en gomme de calibre petit, *répondant au numéro de l'explorateur* olivaire, qui franchit le plus petit rétrécissement.

S'il n'y a pas de sonde assez fine, se servir de *bougies filiformes* droites, en baïonnette, en tire-bouchon. Tâtonner sans se lasser : on finit par passer. Laisser alors l'instrument à demeure, l'urine coulera tout du long. Le fixer comme plus haut (p. 393).

#### **Suites.**

*Au bout d'un à deux jours* (canal décongestionné), une bougie ou une sonde peut être introduite et laissée à demeure.

Examiner alors la conduite à tenir : dilatation progressive avec les Béniqué (p. 379), urétrotomie interne ou urétrotomie externe.

*En cas d'insuccès*, donner un grand bain chaud prolongé ; si enfin, on n'obtient aucun résultat, recourir à la ponction hypogastrique.

### INFILTRATION D'URINE

Affection inflammatoire caractérisée par l'irruption de l'urine dans le tissu cellulaire avoisinant l'urètre, en général, vers la loge inférieure du périnée (tissu cellulaire du périnée, des bourses, de la verge, du pubis, des flancs) et l'infection de ce tissu cellulaire généralement par le coli bacille.

**Caractères.** — Début soudain à la suite d'une chute à califourchon ; ou bien un rétréci urinant plus difficilement depuis longtemps a senti comme une déchirure au début d'une miction pénible, puis il n'est plus sorti une goutte d'urine par l'urètre. Dans les heures qui suivent : périnée, scrotum, verge énormément distendus ; sensation d'empâtement général, sans fluctuation. Facies pâle, anxieux, langue sèche, pouls petit, rapide, fièvre, frissons.

**Pronostic** : grave ; septicémie si on n'intervient pas au plus tôt.

#### **Traitement.**

Incision périnéale immédiate.

#### **Préparatifs.**

#### I. — *Avant l'opération.*

##### *Instruments.*

Thermocautère. On peut recourir au bistouri, mais il

faut craindre le suintement sanguin. En outre, le thermo exerce une action heureuse sur les tissus infiltrés.

Bock laveur.

*Récipients.*

Une casserole à mettre au feu (pour faire bouillir de l'eau).

Un plateau ou un bol.

Deux cuvettes pour le nettoyage des mains.

*Liquides.*

Eau bouillie (plusieurs litres).

Solution de sublimé à 4 p. 1000.

Alcool à 90°.

*Matériel de pansement.*

Compresses de gaze ou de toile.

Ouate hydrophile.

Taffetas gommé.

Bandage en T.

*Anesthésie.*

Générale : chloroforme.

*Aides.*

Trois, dont un pour l'anesthésie.

II. — *Préparatifs de l'opération.*

*Matériel.*

Faire bouillir dans la casserole, de l'eau dans laquelle on aura placé le plateau ou bol, et des compresses de gaze ou de toile. Maintenir l'ébullition vingt-cinq minutes.

Vider ensuite l'eau de la casserole dans le bock laveur, y ajouter de l'eau bouillie froide, de façon que le mélange soit encore bien chaud.

Exprimer, après s'être aseptisé les mains (p. 23), les compresses restant dans la casserole et les placer sur le plateau ou le bol.

*Malade.*

Procéder à l'anesthésie.

*Opération.*

*Position.*

De la taille.

*Exécution.*

*Incision* au thermocautère sur le raphé médian du périnée, de la racine des bourses à deux doigts de l'anus; enfoncer de plus en plus le couteau, à 2, 3, 5 centimètres, jusqu'au jet d'urine et de pus.

Prendre des précautions pour éviter de recevoir ce jet dans la figure.

Pratiquer quelques *incisions complémentaires* longitudinales, espacées de deux travers de doigts sur le scrotum, la région pubienne; faire quelques ponctions sur la verge.

*Asperger* toute cette région d'eau bouillie, bien nettoyer tous les clapiers.

*Pansement.*

Recouvrir les plaies de compresses trempées dans l'eau bouillie, puis de taffetas gommé, d'ouate. Maintenir par un bandage en T.

*Suites.*

*Locales.*

Pansement humide *tous les jours*.

Le malade évacuera son urine par son périnée.

*Au bout de huit à dix jours*, essayer de placer la sonde à demeure (p. 392).

Pansement sec, dès que toute inflammation a cessé.

*Ultérieurement*, lorsque les phénomènes généraux graves seront tombés et que les plaies périnéales commenceront à se réparer, explorer l'urètre et traiter la lésion qu'on y trouvera (généralement rétrécissement).

*Générales.*

Les premiers jours, injections de sérum artificiel (250 à 500 grammes pro die), puis toniques (quinquina...)

*Durée* : un mois et demi à deux mois.

### ABCÈS URINEUX

Suppuration périnéale circonscrite, consécutive au rétrécissement blennorrhagique dans la majorité des cas. L'abcès peut siéger sur toute la longueur de l'urètre : régions péniennne, scrotale, la plupart du temps périnéale.

**Caractères.** — Au début, tumeur médiane, engageant l'urètre, ovoïde, dure, très épaisse, plus ou moins fluctuante. Plus tard, la peau devient rouge, œdémateuse, se ramollit. — Fièvre.

#### Traitement.

Incision précoce, sans attendre la fluctuation. Ne pas oublier de *prévenir le malade* que l'abcès communique avec l'urètre par une plaie.

#### Préparatifs.

Comme pour l'abcès chaud en général (p. 127).

#### [Instruments.

Aiguille de Mooy.  
Crins de Florence.  
Choisir un gros drain.

#### Matériel de pansement.

Bandage en **T**.

#### Anesthésique.

Général : chloroforme ou éther.

#### Aides.

Deux (un pour l'anesthésie)].

#### Opération.

##### Position.

De la taille.

##### Exécution.

Les bourses relevées par un aide, faire une incision médiane *depuis leur racine jusqu'à un doigt de l'anus*. Inciser les tissus profonds, lardacés, très épais, jusqu'au pus.

Promener le *doigt à l'intérieur* de la cavité : en arrière (prolongement en avant du rectum), latéralement (prolongement ischio-rectal, contre-ouverture).

Laver la cavité à l'eau bouillie.

Placer un gros *drain « au plafond »* (fig. 270). Dans ce but, munir le bout supérieur du drain d'un double crin

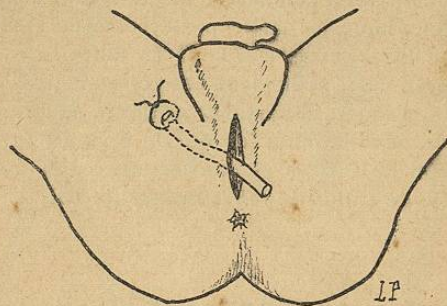


Fig. 270. — Abscès urinaire ouvert. Drainage au plafond.

de Florence. Mettre l'index gauche dans le diverticule antéro-latéral, dans la direction de la branche ischio-pubienne ; faire saillir à l'extérieur le fond de ce diverticule sur l'index qui le pousse. Avec l'aiguille de Mooy, ponctionner la peau de dehors en dedans, au niveau du point rendu ainsi saillant. L'aiguille poussée sort par la plaie périnéale, d'où elle ramène les deux bouts du fil de crin, l'un après l'autre. Ces deux bouts sont ensuite noués sur la peau.

En cas d'abcès *volumineux*, faire plusieurs incisions longitudinales. Y placer des drains.

#### Pansement.

Sec, aseptique. Bandage en **T**.

#### Suites.

Refaire le pansement *tous les jours*.

Il est fréquent que pendant les premiers jours, du *pus*

*s'écoule par la plaie et que l'urine n'y passe que dans la suite. Prévenir le malade afin de lui éviter les craintes d'une complication.*

Laisser le *drain* jusqu'à ce que la peau décollée ait « repris racine », ce qui arrive généralement du huitième au douzième jour. L'enlever, quand on sent en le remuant qu'il commence à être serré. Comblér de gaze aseptique la partie postérieure de la plaie, de façon à laisser cicatriser la partie antérieure. Celle-ci cicatrisée, faire seulement des pansements à plat à la gaze aseptique : la partie postérieure se fermera. S'occuper, dans la suite (de quinze à vingt jours après l'incision de l'abcès et une fois que celui-ci est bien détergé) de traiter le rétrécissement (p. 394).

### CYSTOSTOMIE

Ouverture chirurgicale de la vessie au-dessus du pubis, définitive ou du moins maintenue pendant un temps assez long.

**Indications.** — Rétention aiguë d'urine, avec menaces d'infection pressantes : le cathétérisme ayant échoué, le médecin est dans l'impossibilité de répéter les ponctions capillaires, en attendant que l'urètre ait repris son fonctionnement normal.

En dehors de ce cas d'urgence, la cystostomie est indiquée chez le rétentionniste en état d'infection aiguë ou chronique ; chez le prostatique à urines purulentes ; chez le rétréci qui a subi des tentatives infructueuses de cathétérisme, dont l'urètre est atteint de fausses routes en train de saigner. Elle permet de dériver momentanément le cours des urines, de faciliter la désinfection de la vessie et de mettre au repos le canal urétral.

#### Technique.

#### Préparatifs.

De l'opération en général (p. 43).

#### [Instruments.

Un bistouri.

Une paire de ciseaux droits ordinaires.

Quelques pinces à forcipressure.

Quelques pinces à mors plats en T, de Péan (fig. 271).

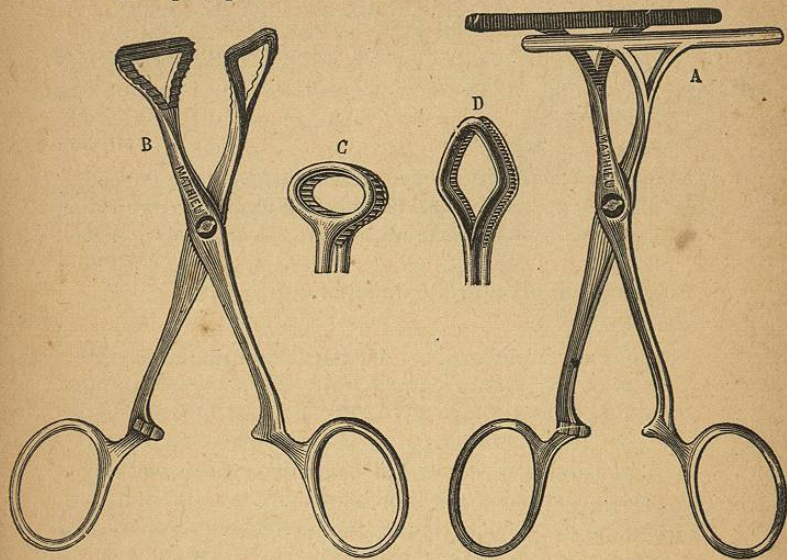


Fig. 271. — Pinces à mors plats de Péan.

Une pince à griffes.

Deux écarteurs de Farabeuf.

Une aiguille de Mooy.

Quelques petites aiguilles courbes à chas ouvert.

Sonde de Pezzet ou de Malécot (n° 20 ou 22) (fig. 277, 278) avec ajutage en verre permettant de l'adapter à un tube de caoutchouc long de 1<sup>m</sup>,50 à 2 mètres environ.

Catgut (nos 0 et 1).

Grins de Florence.

#### Matériel de pansement.

Bandage en T double.

**Récipients.**

Bassin d'une contenance de 2 à 3 litres.

**Anesthésique.**

Général : chloroforme, dans la majorité des cas.

Local : cocaïne en injections hypodermiques chez les malades à état général précaire].

**Opération.****Position.**

Position renversée de Trendelenbourg.

En cas d'impossibilité, décubitus dorsal sur une table dont les pieds inférieurs auront été soulevés par des cales.

L'opérateur est à droite du sujet.

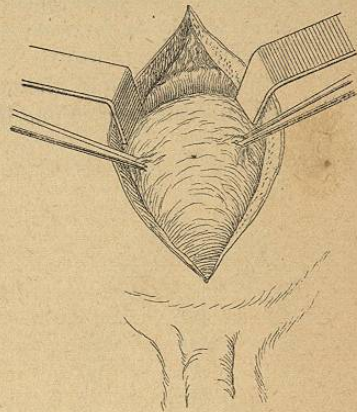
**Exécution.**

**Incision des téguments.** — Le bord supérieur du pubis repéré par l'index gauche, faire sur la ligne médiane à 1 centimètre au-dessus de ce bord et en remontant vers l'ombilic une incision de 6 à 8 centimètres. L'incision comprendra la peau et le tissu cellulaire sous-cutané jusqu'à l'aponévrose de la ligne blanche. Sectionner ce plan aponévrotique entre les gaines des deux muscles grands droits.

**Découverte de la vessie.** — On voit apparaître la graisse prévésicale : la vessie est immédiatement au-dessous. Avec l'index recourbé en crochet relever tout ce tissu graisseux prévésical et propéritonéal vers la partie supérieure de la plaie, de façon à relever en même temps le cul-de-sac péritonéal.

La vessie bien découverte (fig. 272) (il faut parfois la chercher obliquement derrière le pubis), placer de chaque côté de la ligne médiane deux fils suspenseurs en anse dans l'épaisseur de la paroi vésicale. Si cette paroi est trop friable, on se bornera après l'incision de la vessie à saisir chaque lèvre avec une pince à forcipressure ou, mieux, avec une pince de Péan en T et à mors plats.

**Incision de la vessie.** — Pratiquer sur la ligne médiane, assez bas sur la face antérieure, une incision de 1 à 2 centimètres, en évitant les grosses veines. Le sang qui sort en abondance, en même temps que l'urine, s'arrête de lui-même, une fois la vessie affaissée. Veiller à bien faire sortir le liquide directement au dehors, en évitant le passage de l'urine dans le péritoine.



**Exploration de la vessie.** — Introduire l'index dans l'ouverture pratiquée et procéder à l'exploration de la vessie (enlever les corps étrangers, les calculs, s'il y a lieu).

Laver à l'eau bouillie la cavité vésicale.

Fig. 272. — Cystostomie. (Bazy).

**Suture vésico-abdominale.** — Si l'on a pu placer les deux fils suspenseurs, les faire passer à travers les muscles droits. Si l'on n'a pu mettre ces fils, avec des pinces ordinaires ou de Péan à mors plats, attirer la vessie à soi et suturer la muqueuse vésicale aux lèvres de la paroi de l'abdomen, par des points de catgut séparés. Le méat établi, on réunit la partie supérieure de la plaie abdominale par quelques points de suture au crin, comprenant aponévrose, muscles et peau.

**Sonde à demeure.** — On place dans la vessie une sonde de Pezzer ou de Malécot que l'on réunit par un ajutage de verre à un long tube de caoutchouc se rendant dans un bassin renfermant de l'eau boriquée et placé au pied du lit (siphon).

**Pansement.**

Aseptique sec. Bandage en T double appliqué en avant.

**Suites.**

*Changer le pansement souvent* (environ quatre à cinq fois par jour) à cause de sa souillure par l'urine.

La bouche hypogastrique peut être définitive. Si l'on veut *rétablir les fonctions* de l'urètre, placer une sonde à demeure par l'urètre, supprimer le drain hypogastrique. — La plaie abdominale finira par se cicatriser : il reste parfois une légère fistule facile à guérir.

## ORGANES GÉNITO-URINAIRES DE LA FEMME

## DÉCHIRURES DU PÉRINÉE

La déchirure plus ou moins profonde des tissus compris entre la

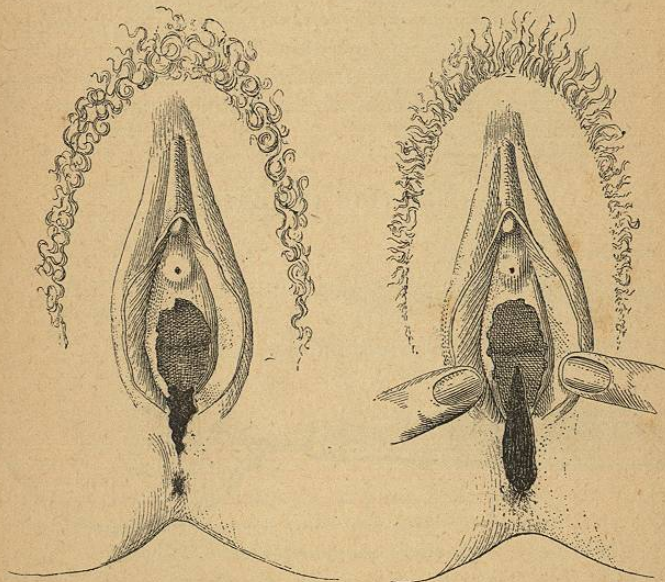


Fig 273. — Déchirure incomplète du périnée (Auvard).

Fig. 274. — Déchirure complète du périnée (Auvard).

fourchette et l'anus se fait au moment de l'accouchement. Exceptionnellement, déchirures par chute à califourchon.