

3° Opérations sur la vessie.

TAILLE HYPOGASTRIQUE

Grâce aux leçons du professeur **Guyon**, depuis quelques années la taille hypogastrique est devenue l'opération de choix, pour l'extraction des corps étrangers et des calculs de la vessie aussi bien que pour la cure de certaines affections de ce viscère.

Ballon de Petersen.

La méthode imaginée par **Petersen**, qui, à l'aide de son ballon rectal et de l'injection intravésicale, refoule le péritoine au delà de l'atteinte du bistouri, rend en effet presque inoffensive la taille hypogastrique.

De nos jours, *Guyon* en France, *Thompson* en Angleterre, pratiquent habituellement cette opération, non seulement pour l'extraction des corps contenus dans la vessie, mais encore comme simple moyen d'exploration dans des cas où le diagnostic est difficile.

Pour ma part, je l'ai vu pratiquer avec succès par *Guyon*, à sa clinique de l'hôpital Necker, comme moyen de traitement de la cystite rebelle.

La vessie était ouverte par ce procédé, et sa muqueuse était modifiée ensuite par des applications de nitrate d'argent.

Il est donc utile de décrire ici exactement le manuel opératoire ordinairement employé.

Instruments nécessaires pour cette opération.

L'arsenal chirurgical nécessaire est peu compliqué; on se munira :

- 1° De deux bistouris, un droit, un boutonné;
- 1° D'écarteurs, pinces à disséquer, pinces hémostatiques;
- 3° D'une sonde cannelée, de sondes de gomme longues; tenettes droites et courbes, fils de soie et de catgut et aiguilles courbes.

Le malade, étendu sur la table d'opération, est endormi;

on aura soin de lui faire une injection de morphine pour éviter les vomissements.

Le pubis et la face interne des cuisses, soigneusement rasés, sont savonnés, dégraissés à l'éther et lavés avec la solution de sublimé au millième.

On injecte d'abord dans la vessie, au moyen d'une sonde rigide munie d'un robinet (fig. 40), environ 300 grammes d'une solution tiède d'acide borique à 4 pour 100.

La sonde est fixée à l'aide d'un lien en caoutchouc légèrement serré autour de la verge par une serre-forte.

Cette sonde servira plus tard à indiquer la présence de la paroi supérieure de la vessie.

On introduit alors dans le rectum, préalablement lavé avec une solution antiseptique, le ballon rectal enduit de vaseline. On le gonfle en y injectant graduellement 400 à 500 grammes d'une solution boriquée.

L'on fait une incision d'environ 6 centimètres sur la ligne médiane du ventre, en allant du ras du pubis vers l'ombilic.

On incise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et, avec précaution, l'aponévrose de la ligne blanche.

On tombe ainsi sur le fascia transversalis, que l'on coupe sur la sonde cannelée.

L'hémostase sera faite soigneusement et à mesure par des ligatures ou à l'aide des pinces, qui sont généralement suffisantes.

Pendant ce temps de l'opération, l'index de la main gauche sera appliqué en crochet dans l'angle supérieur de la plaie pour refouler autant que possible le péritoine en dehors de l'atteinte du bistouri.

Si malgré cela on pratique accidentellement une boutonnière dans le péritoine, on placera de suite quelques

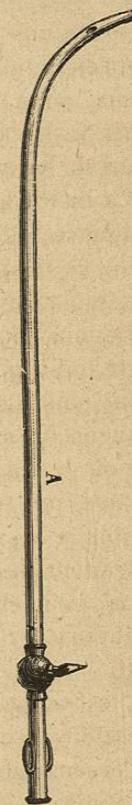


Fig. 40.
Sonde à injections
intra-vésicales.

points au catgut qui suffiront à refermer la cavité péritonéale.

La vessie qui se voit alors, d'habitude, au fond de la plaie, se distingue souvent par deux veines médianes parallèles marchant du pubis vers le sommet du réservoir urinaire.

Au besoin, pour plus de sûreté, on fera basculer la sonde métallique maintenue dans la vessie, de façon que son bec, en faisant saillie sur la paroi, indique le point sur lequel doit porter la ponction.

On saisit la vessie dans ce point avec une pince hémostatique qui la fixe et l'on ponctionne avec le bistouri.

L'urine sort et l'on prolonge l'incision vers le pubis pendant trois ou quatre centimètres.

Immédiatement, sur l'index de la main gauche introduit dans la vessie et servant de conducteur, on glisse une aiguille armée d'un gros fil double de soie que l'on poussera de dedans en dehors, à travers les parois de la vessie et de l'abdomen sur un des bords de l'incision.

On fera la même manœuvre de l'autre côté, et ces deux fils qui seront saisis par un aide serviront à soulever les parois et à prévenir l'infiltration qui pourrait se faire plus tard entre leurs couches.

On introduit l'index dans la vessie pour sentir la pierre et diriger les tenettes qui la saisiront pour l'extraire.

Quand on a affaire à un néoplasme de la vessie, on complète l'examen par l'exploration à l'aide de la lampe électrique d'Aubry.

L'ablation des tumeurs, le raclage des ulcères et les autres manœuvres opératoires seront faits selon les indications de chaque cas.

Quand ces manœuvres sont terminées, on lave la vessie par la plaie avec la solution boricuée et l'on procède au pansement.

Pansement.

On couche dans le fond de la vessie les extrémités des deux tubes de caoutchouc bien flexibles du volume du petit doigt, préalablement réunis par un fil. On fixe un de ces tubes par un point de suture à la peau de l'abdomen,

et on les fait descendre de chaque côté du scrotum jusque dans un urinoir placé entre les jambes du malade.

On s'assure du bon fonctionnement de ce tube, en injectant par l'un d'eux de l'eau boricuée qui doit ressortir par l'autre tube.

On peut aussi introduire par l'urèthre un long tube en forme de sonde que l'on pousse jusque dans la vessie. On le saisit alors et on l'attire en dehors à travers la plaie abdominale.

L'extrémité vésicale du tube est amenée dans l'ouverture d'un urinoir placé entre les jambes du malade et dans lequel plonge aussi l'extrémité uréthrale du tube.

De cette façon l'angle inférieur de la plaie est compris dans la concavité d'une anse formée par le tube de caoutchouc.

On pratique quelques ouvertures sur la portion du tube qui est destinée à plonger dans la vessie.

Quand on veut laver la vessie on pousse l'injection par l'ouverture de l'extrémité abdominale du tube. Le liquide sort par les ouvertures intra-vésicales et, après avoir lavé la vessie, s'échappe à travers ces mêmes ouvertures par l'extrémité uréthrale du tube.

Cette disposition est très commode, elle permet de ne conserver qu'une petite ouverture à la plaie pour le passage d'un seul tube, et le lavage ainsi pratiqué mouille beaucoup moins le pansement et le malade.

L'on fait alors une série de points de suture au catgut fin, comprenant d'abord toute la partie supérieure des bords de la vessie que l'on réunit. L'on continue par une seconde suture placée au-dessus de la première et qui réunit les muscles, le tissu cellulaire et la peau.

Entre ces derniers points on peut placer des points tout à fait superficiels, faits avec du crin de Florence pour réunir bien exactement la peau.

On place sur la plaie de l'iodoforme en poudre que l'on recouvre de gaze iodoformée, et l'on met sur le tout de la ouate antiseptique.

Deux fois par jour on poussera dans la vessie, au moyen

des tubes placés dans cet organe, des injections avec une solution d'acide borique à 3 pour 100.

Les chirurgiens diffèrent d'opinion sur l'opportunité de la suture de la vessie après l'opération de la taille hypogastrique.

Les uns, craignant l'infiltration d'urine dans la paroi au travers de la suture, laissent béante la plaie par laquelle on a fait l'extraction.

D'autres, comme Guyon, suturent les deux tiers supérieurs de la plaie vésicale et abdominale et ne laissent guère à sa partie inférieure que l'espace nécessaire pour le passage des tubes fixés dans la vessie.

Cette dernière méthode a l'avantage d'amener plus rapidement la cicatrisation complète, en évitant en même temps les dangers de l'infiltration des urines dans la paroi de l'abdomen.

Suture complète de la plaie.

M. Zancarol, d'Alexandrie, a publié déjà un certain nombre de cas dans lesquels il a pratiqué la suture complète de la vessie après l'opération de la taille hypogastrique.

Sur dix opérations que **Bergmann** a faites par ce procédé, il a eu dix succès complets et rapides.

Voici comment il procède :

Une fois les calculs enlevés, on lave la plaie avec du sublimé au millième, et on place sur la vessie même une suture avec du catgut phéniqué. Au-dessus on fait une seconde suture profonde et enfin par un troisième plan de points on suture le tissu cellulaire et la peau à leur tour.

Entre les points de cette dernière suture on en place d'autres très superficiels faits avec du crin de Florence pour recoudre très exactement la peau.

Un petit tube à drainage court est placé dans l'angle inférieur de la plaie.

Le pansement est fait avec de la gaze sublimée.

Par l'urèthre, on place une sonde molle dans la vessie et on administre au malade des pilules d'extrait thébaïque pour maintenir la constipation.

Au bout de quarante-huit heures on peut généralement

retirer la sonde, et la guérison est complète du huitième au douzième jour.

On évite ainsi les inconvénients de la fistule urinaire, si longue à se fermer.

CALCULS ET CORPS ÉTRANGERS DE LA VESSIE

Je ne veux pas terminer cet article sans dire un mot de la recherche des corps étrangers dans la vessie.

L'on sait combien il est difficile parfois de retrouver avec le lithotriteur un calcul dont on a déjà reconnu sûrement la présence dans une précédente exploration.

Une petite manœuvre très simple permet de le trouver à coup sûr quand il n'est pas enchatonné, ni compris dans quelque cavité anormale.

Pratique de Nélaton.

Le malade étant couché bien horizontalement sur le lit, on introduit dans la vessie le lithotriteur ou l'explorateur à deux branches.

On place cet explorateur de façon que son talon soit bien couché dans la partie la plus déclive du fond de la cavité vésicale.

Sans le changer de place, on ouvre les deux branches; il suffit alors de donner avec la paume de la main des chocs brusques sur la hanche du malade pour que le calcul, repoussé par ces chocs, aille se placer de lui-même entre les deux mors de l'explorateur, c'est-à-dire dans la partie la plus déclive de la vessie.

On peut ainsi, sans changer de place la branche femelle du lithotriteur, pratiquer une série de prises rapides sur le corps que l'on veut broyer. Ce procédé a en outre l'avantage de ne pas produire dans la vessie le traumatisme que provoquent d'habitude les explorations ordinaires.

La recherche des **corps étrangers** de la vessie est plus délicate.

M. Henriot a publié en 1885 une étude très complète sur ce sujet.

Pratique de Henri.

Il démontre que, alors même que la vessie est complètement vide, le diamètre transverse de cet organe est le seul qui soit permanent, les deux autres diamètres, le vertical et l'antéro-postérieur, n'existant réellement que lorsque la vessie se remplit. Il résulte de cette disposition qu'un corps étranger dont la longueur n'excède pas six à sept centimètres prendra une position quelconque pendant que la vessie est pleine; tandis qu'il sera forcément placé dans le sens transversal pendant la vacuité de l'organe.

Ces indications sont précieuses pour faciliter la saisie du corps étranger entre les mors de l'instrument introduit par les voies naturelles.

Cette manœuvre peut être facilitée encore à l'aide du toucher rectal chez l'homme et du toucher vaginal chez la femme. On peut en effet, par des poussées douces et patientes pratiquées avec le doigt, faire glisser le corps étranger entre les mors de l'instrument, jusqu'à ce qu'il ait pris la direction antéro-postérieure qui permet son extraction.

OPÉRATIONS SUR L'URÈTHRE

RÉTRÉCISSEMENTS

Depuis assez longtemps déjà, on n'a pas apporté d'innovation importante dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre.

Il est cependant utile d'exposer ici les divers procédés employés habituellement aujourd'hui par les spécialistes les plus autorisés. Aussi bien c'est là une question toute d'actualité.

Pendant le mois de mai et une partie du mois de juin de cette année, le choix du traitement des rétrécissements de l'urèthre a occupé toutes les semaines une bonne partie de chaque séance de la Société de chirurgie de Paris.

Pendant le mois de mai de cette même année, la *Société de médecine et de chirurgie de Londres* s'est aussi occupée de cette question, qu'elle a longuement discutée.

C'est le résultat de ces discussions que je veux noter, je le ferai précéder de la description sommaire de chacun des procédés les plus usités.

1° Cathétérisme rétrograde.

Cette opération est la dernière à laquelle on a généralement recours dans les rétrécissements infranchissables de l'urèthre. Je crois cependant devoir la placer la première, immédiatement après la description de la taille hypogastrique, parce que la taille hypogastrique est le premier temps indispensable de l'opération du cathétérisme rétrograde.

Le cathétérisme rétrograde n'est pas une invention nouvelle. Verguin en 1757, et Souberbielle en 1813, l'avaient déjà pratiqué bien avant Brainart, de Chicago, qui ne l'a mis à exécution qu'en 1849.