

CHAPITRE II

AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA VESSIE

§ 1^{er}. — Plaies de la vessie

Bibliographie. — BARTHOLIN, *Epistol. Med. Centuriæ Quator*, 1667. — PAUL AMMAN, *Praxis Vulner. Lethalium*, Frankfurt, 1690. — DEVAUX, *Art de faire les rapp. en chirurgie*, 1693. — BORDENAVE, *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. II, 1753. — MORAND, *Opuscules de chirurgie*, 1772. — PERCY, *Manuel du chirurgien d'armée*, 1792. — D.-J. LARREY, *Mém. et campagnes*, 1817, et *Clinique chirurgicale*, 1829. — DUPUY-TREN, *Cliniques sur les blessures de guerre*, 1836. — DEMARQUAY, *Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1851, p. 289. — H. LARREY, *eod. loc.*, p. 329. — MACLEOD, *Notes on Surgery of the Crimean War*, 1858. — MAURICE PERRIN, *Bull. de la Soc. anat.*, 1854, p. 20. — TOWNSEND, *Med. Times and Gaz.*, 1864. — A. LUCKE, *Arch. de Langenbeck*, 1866. — HUNTER MAC GUIRE, *Gunshot wound of the bladder and Rectum, etc., Richmond Med Journ.*, 1866, t. II. — G. OTIS, *The Med. and Surg. History of the War of Rebellion*, 1870 et 1878. — SOCIN, *Kriegschirurgie in Karlsruhe*, 1872. — BRUNS PAUL, *Schussverletzungen der Blase, etc., Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, 1873. — MAX BARTELS, *Die Traumen der Harnblase, in Arch. f. klin. Chir.*, p. 519, 1878. — WITELSHÖFER, *Wien. Med. Wochens.*, 1879. — E. VINCENT, *Revue de chirurgie*, 1881. Thèses de Paris. — 1857, HOUEL (Agrég.). — 1872, KLEIN. — 1878, CHABOUREAU. — 1879, BERNHARD. — 1880, FIX. Thèse de Lyon. — 1881, MALTRAIT. — Thèse de Strasbourg. — 1865, JEANMAIRE.

Historique. — L'histoire des plaies de la vessie est de date relativement récente. Jusqu'au siècle dernier, bien que GALIEN eût rapporté le fait d'un homme qui avait survécu à un coup d'épée de la vessie, les chirurgiens considéraient les plaies de ce viscère comme mortelles; cette croyance reposait sur le fameux aphorisme d'HIPPOCRATE : *Cui persecta vesica lethale*.

Cependant au XVII^e siècle THOMAS BARTHOLIN (1667), DEVAUX (1693), AMMAN (1696) signalent un certain nombre de guérisons à la suite de plaies de la vessie par armes à feu. Les observations de BARTHOLIN et AMMAN sont d'autant moins discutables que, dans les deux cas, l'autopsie faite longtemps après le traumatisme permit de découvrir dans la vessie la présence d'une pierre dont le noyau était une balle.

Dans le cours du XVIII^e siècle, MORAND, GARENGEOT, SEYER, BINNINGER, BOERHAAVE, COVILLARD, DESPORT, RAVATON, LEDRAN, PERCY publient des observations analogues.

La première étude complète sur les plaies de la vessie est due à D.-J. LARREY; nombre d'auteurs se sont ensuite occupés de cette question; en dehors des traités classiques, signalons les mémoires de DEMARQUAY et H. LARREY (1851), la thèse d'HOUEL (1857), et récemment (1878) le travail de MAX BARTELS.

Étiologie. — Les plaies de la vessie sont produites par des instruments piquants ou contondants. D'après LE DENTU, il n'existerait pas dans la science un seul fait de coupure de la vessie. Sur un total de trois cent quarante-cinq (345) lésions traumatiques de ce viscère, BARTELS trouve trente (30) plaies par instrument piquant proprement dit (poignard, épée, baïonnette). Cet auteur en rapproche dix-sept (17) cas de blessure par instruments divers (corps taillés en pointe mais plus ou moins émoussés, pieux, échalas, fragments de bois ou de verre; MALTRAIT a ajouté quatre (4) faits nouveaux à cette dernière catégorie), enfin trois (3) blessures par corne de taureau ou de bison.

Les corps vulnérants peuvent entrer dans la vessie par trois voies différentes : 1^o par la région périnéo-anale, vingt-six (26) cas; 2^o par les régions hypogastrique et ombilicale, vingt (20) cas; 3^o par le trou obturateur, un (1) cas; dans sept (7) observations le siège de la plaie n'est pas indiqué.

Bien autrement fréquentes sont les blessures par instruments contondants. BARTELS a réuni deux cent quatre-vingt-cinq (285) observations de ce genre auxquelles il faut ajouter deux faits publiés par VILMS et BILLROTH, soit deux cent quatre-vingt-sept (287) cas, qui se décomposent comme suit : deux cent soixante-seize (276) plaies par balles de fusil ou de pistolet, sept (7) par éclats d'obus, quatre (4) par projectiles divers (pierres, baguettes de fusil, flèches).

Les projectiles, n'ayant pas besoin d'une voie tracée à l'avance, pénètrent dans la vessie par n'importe quel point, aussi dans cent trente et un (131) cas trouvons-nous une fracture d'un ou de plusieurs os du bassin. Parfois c'est une esquille chassée par le projectile qui occasionne la plaie vésicale. Ainsi que l'a fait remarquer LARREY, la vessie aura d'autant plus de chance d'être atteinte par les divers corps vulnérants qu'elle sera plus distendue par l'urine.

Division. — Les plaies de la vessie présentent une infinie variété; elles sont uniques ou multiples, simples ou compliquées de la blessure des organes périphériques; mais ce qui imprime à la lésion une physionomie spéciale, c'est l'altération ou l'intégrité du péritoine. A ce point de vue les auteurs divisent les traumatismes de ce genre en deux grandes classes : plaies extra-péritonéales et plaies intra-péritonéales.

Symptômes. — Pendant les premiers instants qui suivent l'accident, le blessé éprouve de violentes douleurs au bas-ventre, avec irradiation du côté du testicule et des cuisses; bientôt se montrent deux signes caractéristiques : l'écoulement d'urine par un orifice anormal et l'hématurie continue ou intermittente.

L'écoulement d'urine se fait goutte à goutte ou brusquement; ce symptôme manque nombre de fois : « 1^o Lorsque la blessure a été produite par un instrument pointu et grêle, ou par un corps contondant animé d'une grande vitesse; 2^o lorsque la déchirure est due à l'action d'un fragment osseux et qu'il n'y a pas de plaie extérieure; 3^o lorsque la vessie récemment vidée ne contient que quelques gouttes d'urine; 4^o enfin, lorsque la concordance des deux orifices du trajet n'existe plus » (LE DENTU).

En même temps des troubles divers se produisent du côté de la miction; le malade se plaint d'envies fréquentes d'uriner qu'il ne peut, malgré ses efforts, parvenir à satisfaire, soit qu'il existe un spasme de l'urètre, soit qu'un caillot sanguin oblitère le col. L'hématurie constitue aussi un indice précieux; le

sang s'accumule fréquemment dans le réservoir urinaire, et en pratiquant le cathétérisme on ramène des caillots sanguins dans les yeux de la sonde.

Les symptômes généraux varient notablement, suivant que le péritoine est blessé ou intact. Dans les plaies intra-péritonéales, rapidement on voit survenir des nausées, des vomissements bilieux, du météorisme, en un mot le cortège ordinaire de la péritonite aiguë qui ne tarde pas à occasionner la mort.

Complications. — Nous avons déjà noté la rétention d'urine et l'accumulation de sang dans la vessie; parmi les phénomènes consécutifs, nous devons insister sur l'infiltration d'urine, complication particulièrement à craindre dans les plaies étroites, à trajet sinueux ou dont les orifices ne concordent pas exactement; le moindre obstacle à la miction agit alors comme cause déterminante. Ces infiltrations s'étendent plus ou moins loin suivant les cas, leur histoire sera faite ultérieurement ainsi que celle des corps étrangers (projectiles, fragments de projectiles, débris de vêtements, etc.).

Signalons enfin parmi les lésions du voisinage, des blessures de l'intestin, du vagin, du rectum, des vésicules séminales, etc.

Pronostic. — Les plaies de la vessie sont toujours un accident grave, bien que l'aphorisme d'Hippocrate ait contre lui nombre de guérisons; sur les cinquante-quatre (54) plaies par instrument piquant, nous relevons quinze (15) morts, soit 27 p. 100. La durée de la guérison a varié entre huit jours et deux mois; il n'a jamais persisté de fistule.

Deux cent quatre-vingt-cinq (285) plaies par armes à feu réunies par BARTELS ont fourni soixante-cinq (65) morts, soit une léthalité de 24,5 p. 100.

Les fractures concomitantes ajoutent à la gravité du pronostic par suite des nécroses et caries consécutives; sur cent trente et une (131) observations de lésions simultanées du bassin, il y a eu trente-huit décès, soit 29,9 p. 100 de mortalité.

Relativement à leur gravité, les plaies de la vessie peuvent être classées comme il suit :

Plaies par armes à feu sans lésions osseuses.....	mortalité	17,5 p. 100
Plaies par instruments piquants.....	—	27,0 —
Plaies par armes à feu avec lésions osseuses.....	—	29,9 —

Les faits de guérison absolue avec *restitutio ad integrum* sont rares, il persiste fréquemment des fistules établissant une communication de la vessie avec le rectum, le vagin, l'abdomen, le pli de l'aîne, l'anus, le périnée, le scrotum, la partie supérieure de la cuisse.

Traitement. — a. *Plaies extra-péritonéales.* — Les plaies extra-péritonéales de la vessie donnent lieu à deux indications immédiates; tout d'abord le chirurgien procédera à l'hémostase et facilitera l'écoulement de l'urine en dehors.

Les applications de glace, les injections d'ergotine suffiront la plupart du temps à arrêter les hémorragies.

Pour assurer l'écoulement de l'urine on introduira dans la vessie une sonde à demeure qui restera constamment ouverte. Si malgré ces précautions l'urine s'infiltrait dans le tissu cellulaire périphérique, on aurait recours à de larges incisions.

b. *Plaies intra-péritonéales.* — Avec LE DENTU, DUPLAY, VINCENT (de Lyon), nous pensons que la seule conduite rationnelle en pareille circonstance consiste à faire la laparatomie avec suture de la vessie déjà proposée par PIÉ-DAGNEL.

A la suite de nombreuses expériences sur des animaux, VINCENT a établi la nécessité de cette pratique audacieuse que justifie amplement la gravité du pronostic. Voici du reste les principales conclusions de cet auteur :

« 1° La laparatomie a pour avantages de permettre une inspection complète de la région blessée, de se rendre compte de l'existence et de la nature des complications, d'enlever l'urine et le sang épanchés, les liquides et les caillots qui peuvent se trouver dans la cavité péritonéale; elle ne se comprend que si elle est suivie d'une suture immédiate et bien faite de la plaie vésicale;

« 2° La suture avec adossement péritonéal par des points séro-séreux situés en dehors de la plaie est celle qu'il faut préférer; elle résiste au ténésme, à la distension et au retrait de la vessie, le fil de lin ou d'argent est préférable au catgut qui se résorbe trop vite et se manie difficilement;

« 3° Dans les cas de plaie contuse, la suture doit être précédée d'un avivement;

« 4° La laparatomie doit être hâtive, comme la kélotomie; c'est la condition essentielle du succès; elle doit être faite avec toutes les précautions de la méthode antiseptique. »

§ 2. — Déchirures et ruptures de la vessie

Bibliographie. — MONTFALCON, art. VESSIE, in *Dict. des sciences méd.*, t. LVII, Paris, 1813. — PERCY, art. CREVASSES, *ibid.*, t. VII, 1813. — DESAULT, *Traité des maladies des voies urinaires*, t. III, p. 110, 1818. — BOYER, *Maladies chirurgicales*, t. IX, p. 61. — SYME, *The Lancet*, 1848. — STEPHEN SMITH, *A Contribution for the Statistics of Rupture of the Urinary bladder, etc.*, *New-York Journ. of Med. and Surgic. Sciences*, t. VI, p. 336, 1851. — HARRISON, *Dublin Med. Journ.*, 1863, t. IX. — ALLIN, *New-York Med. Record*, t. V. — WALTER (Pittsburg), *Philad. Med. and Surg. Report*, février 1862. — HEULEY, THOYS, *Dublin Quaterly Journ.*, 1868, p. 306. — WILLIAMS STOKES, *Brit. Med. Journ.*, 1872. — MAX BARTELS, *Arch. f. klin. Chir.*, Bd XXII, p. 715. — VINCENT, *Revue de chirurgie*, 1881. — W. RIVINGTON, *On Rupture of the Urinary bladder*, in *The Lancet*, juin 1882. — ROBERT WEIR, *The Medical Record*, 1884, t. XXV. — MAUBRAC, *Soc. anat.*, 1885. — SOCIN, *Congrès français de chirurgie*, 1885. Thèses de Paris. — 1857, HOUEL (Agrég.). — 1883, FERRATON. Thèse de Bordeaux. — 1882, AMIET. Thèse de Lyon. — 1881, MALTRAIT.

Définition. — Sous le nom de ruptures de la vessie, les auteurs étudient les solutions de continuité de cet organe, consécutives aux traumatismes et sans plaie des parties molles périphériques.

Historique. — La première observation de rupture de la vessie se trouve dans le *Sepulchretum* de TH. BONNET (1679). PERCY, VELPEAU consacrent quelques lignes à ce sujet; HOUEL, dans sa thèse, réunit trente-sept (37) cas

de ce genre, enfin les statistiques de MAX BARTELS (1878) comprennent cent soixante-neuf (169) faits.

Étiologie. — a. *Causes prédisposantes.* — La rupture de la vessie ne saurait se produire si cet organe, au moment d'un traumatisme, se trouvait absolument vide; la distension préalable de ce réservoir est indispensable, mais il ne paraît pas nécessaire que cette distension soit poussée très loin. Toutes les circonstances diminuant la sensation du besoin d'uriner, favorisant l'accumulation de l'urine dans la vessie, ont ici une influence incontestable; à ce point de vue, l'ivresse mérite une mention spéciale; viennent ensuite le mauvais état des parois vésicales et la rétention d'urine.

b. *Causes déterminantes.* — Les causes qui déterminent les ruptures de la vessie sont: 1° les chutes d'un lieu plus ou moins élevé; 2° les coups portés sur le bas-ventre; 3° les écrasements, éboulements, le passage d'une roue de voiture (MAUBRAC); 4° la pression exercée par l'utérus sur la face postérieure de l'organe pendant l'accouchement.

Relativement à l'action de ces divers facteurs, les cent soixante-neuf (169) cas de BARTELS se décomposent comme suit: Ruptures déterminées par une chute, cinquante-sept (57); par la chute d'un corps pesant ou par des coups, cinquante et un (51); par écrasements, éboulements, tamponnements, cinquante-deux (52); étiologie indéterminée neuf (9).

Ainsi que l'on pouvait s'y attendre, d'après l'énumération que nous venons de faire, les ruptures de la vessie ont été observées principalement chez l'homme; le sexe masculin figure en effet dans ces statistiques pour une proportion de 90 p. 100. Dans ce nombre, les adultes occupent le premier rang, les ruptures étant rares dans l'enfance et la vieillesse.

Mécanisme. — Lorsqu'un corps vulnérant vient frapper l'abdomen, la vessie étant distendue, la pression se transmet intégralement sur tous les points de ce réservoir qui, dès lors, cédera dans le point le plus faible, c'est-à-dire en général à sa face postérieure.

La force nécessaire pour déterminer la rupture est alors en raison inverse de la réplétion de l'organe, AMIET conclut de ses expériences que pour rompre une vessie saine en état de distension, il faut une pression égale au moins à 500 grammes par centimètre carré. Mais comment expliquer les déchirures qui se produisent dans les chutes sur les pieds et sur les genoux? d'après LAUGIER, au moment du choc, par le fait de l'ébranlement imprimé à tous les organes, la vessie irait brusquement heurter l'angle sacro-vertébral, qui s'enfoncerait à la manière d'un coin dans la partie postérieure du viscère.

Si l'on en croit FERRATON, au moment du choc les deux pôles de la vessie se rapprocheraient, et le liquide incompressible par nature se porterait à l'équateur de la sphère, où se produirait une déchirure.

Anatomie pathologique. — *Forme.* — La déchirure de la vessie, tantôt verticale, tantôt transversale, peut être linéaire, curviligne, étoilée; ses dimensions varient de un à douze centimètres.

Siège. Variétés. — Comme les plaies, les ruptures de la vessie se produisent dans le péritoine ou en dehors de cette membrane. Les ruptures intra-péritonéales, de beaucoup les plus fréquentes (cent vingt (120) sur les

cent soixante-neuf (169) faits de BARTELS), siègent sur la face postérieure, sur la face antérieure ou au sommet de la vessie. Le rapport des déchirures intra-péritonéales postérieures aux antérieures est de trente-neuf (39) sur soixante-treize (73) cas.

D'après LE DENTU, les ruptures intra-péritonéales antérieures s'accompagneraient toujours de fractures du bassin. La mort, dans ces diverses circonstances, est la conséquence d'une péritonite consécutive à la pénétration du liquide dans la cavité abdominale.

Les ruptures extra-péritonéales, moins communes, occupent habituellement les parties du viscère non recouvertes par le péritoine, quarante (40) cas sur quarante-neuf (49), de préférence la paroi antérieure; elles sont rares sur les parties latérales et à la région postérieure.

Les accidents consécutifs à ces dernières lésions affectent une allure bien différente suivant le diamètre de la perforation; si celle-ci est nette, l'écoulement de l'urine, se faisant goutte à goutte, détermine une inflammation périphérique du tissu cellulaire; ainsi se développent certains abcès enkystés du bassin. Si au contraire l'ouverture a des dimensions notables, l'urine s'écoule rapidement et sa présence dans les tissus occasionne des gangrènes très étendues.

Symptômes. Diagnostic. — Au moment de l'accident les blessés éprouvent une vive douleur, presque tous prétendent avoir senti quelque chose se rompre dans le ventre. Dans les ruptures de cause directe, on constate souvent une ecchymose à la paroi abdominale; la douleur se localise à l'hypogastre; le cathétérisme, les efforts de miction, la palpation, les mouvements, tout l'exaspère.

Le ténésme vésical a été noté dans la plupart des observations, et malgré ses efforts le malade parvient difficilement à émettre quelques gouttes d'urine.

Le cathétérisme évacué une petite quantité d'urine sanguinolente; parfois, après cette première expulsion, en déplaçant la sonde il se produit un ressaut et l'instrument donne issue à une nouvelle quantité de liquide, dont l'écoulement se fait d'une façon intermittente en suivant les mouvements respiratoires. « Si le cathéter a passé à travers la partie postérieure ou supérieure du réservoir urinaire, la rupture est intra-péritonéale; de plus en injectant par le cathéter de l'eau très chaude, le malade sent dans ce dernier cas ce liquide couler sur ses intestins. »

« Un autre signe important est la constatation d'une matité dans l'hypogastre, dans une ou les deux fosses iliaques; la constatation d'une infiltration sur les parties latérales et postérieures du rectum sera l'indice d'une rupture extra-péritonéale. En cas de doute, comme l'expectation est dangereuse, on fera la taille périnéale et l'on explorera la vessie » (ROBERT-WEIR).

De même que dans toutes les affections abdominales, les symptômes généraux sont très marqués; les traits du malade trahissent la souffrance, il existe des hoquets, des nausées avec vomissement; l'abondance des sécrétions diminue; aussi le facies crispé, l'anurie, l'absence de sécrétion salivaire donnent-ils aux individus atteints de rupture de la vessie un faux aspect de cholériques.

Si la déchirure a ouvert le péritoine, les phénomènes généraux s'aggravent

très rapidement, et le malade succombe au milieu des douleurs atroces de la péritonite.

Pronostic. — Les ruptures intra-péritonéales de la vessie se terminent fatalement par la mort. Sur quatre-vingt-quatorze (94) observations de ce genre rapportées par BARTELS, auxquelles MALTRAIT a ajouté trois faits nouveaux, nous trouvons une seule guérison due à WALTER (de Pittsburg).

La mortalité à la suite des ruptures extra-péritonéales se montre beaucoup moins considérable; sur soixante-seize (76) cas on compte vingt-neuf (29) guérisons, soit une léthalité de 35 p. 100.

L'existence d'une fracture du bassin complique singulièrement la gravité du pronostic; la mort serait alors survenue cent fois sur cent neuf (109) cas, elle atteindrait 100 p. 100 dans les fractures multiples.

Traitement. — En présence d'une rupture intra-péritonéale, il nous paraît absolument indiqué d'imiter la conduite de WALTER; le chirurgien pratiquera donc immédiatement la laparotomie, fera la toilette du péritoine et la suture de la vessie; SOCIN conseille de ne pas faire la suture complète, et de laisser pendant les premiers jours une fistule vésico-hypogastrique. Pour que l'opération ait des chances de succès, l'intervention doit suivre de très près le traumatisme.

Les ruptures extra-péritonéales nécessitent rarement une conduite aussi hardie. La première indication consiste alors à assurer l'écoulement de l'urine en mettant une sonde à demeure dans la vessie. S'il se formait un abcès urinaire, il faudrait, à l'exemple de THORP et de KUSACK, tenter de pousser la sonde dans cette cavité pour en évacuer le contenu.

§ 3. — Corps étrangers de la vessie chez l'homme

Bibliographie. — SOUBERBIELLE, *Bull. de la Soc. d'émulation*, 1821. — ASTIER, Th. de Paris, 1839. — DENCÉ, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1856. — OTIS, *The Med. and Surg. History of the War of Rebellion*, 1876, t. II. — M. BARTELS, *Arch. f. klin. Chir. de Langenbeck*, 1878. — A. POULET, *Corps étrangers en chirurgie*, in-8°, 1879. — KNOLLER, *Mittheil. aus der Chir. klin. in Tubingen*, 1884. — HENRIET, MONOD, *Soc. de chir.*, 1885.

Les corps étrangers que l'on rencontre dans la vessie y pénètrent par les voies naturelles, par une perforation traumatique ou par une ouverture spontanée.

1° Corps étrangers introduits par les voies naturelles. — Parmi ces corps, les uns ont une origine chirurgicale ou thérapeutique (sondes, bougies, porte-caustiques, fragments d'instruments divers), d'autres, les plus nombreux, ont été accidentellement portés dans les voies urinaires par des personnes qui les employaient comme moyen d'excitation génésique (porte-plumes, crayons, épinglettes, sarment de vigne, tuyaux de pipe, noyaux de fruits, manche de pinceau, allumettes, bague en cheveux, gousses d'ail, etc.).

Enfin quelques-uns, le petit nombre, reconnaissent pour cause une aberration mentale, une manie de suicide, la malveillance, l'ivresse.

2° Corps étrangers ayant pénétré dans la vessie à travers une plaie. — La

majeure partie des objets que nous rencontrons dans cette catégorie sont des projectiles, des débris de projectiles ou des substances diverses projetées ou entraînées par les précédents dans leur course. Sur quatre-vingt-deux (82) cas de corps étrangers de la vessie ayant une origine traumatique, BARTELS signale dix (10) fois la présence de morceaux d'habits, vingt-deux (22) fois celle de fragments d'os; dans les quarante (40) autres cas, il s'agit de projectiles de divers calibres; quelquefois le patient est tombé sur l'extrémité d'un piquet, celui-ci perforant les parties molles arrive jusque dans la vessie, se brise et reste dans cette cavité.

3° Dans certaines circonstances, des malades rendent par l'urètre des pépins

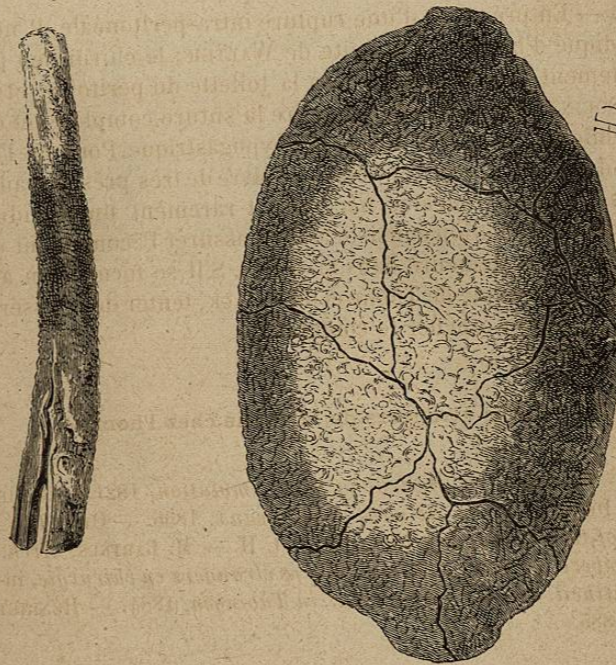


Fig. 67.

Corps ovoïde trouvé autour d'un fragment de bois représenté figure 67.
(Extrait du *Traité des corps étrangers* de POULET.)

Fig. 68.

de raisin, des noyaux, des vers; semblables faits ne peuvent s'expliquer que par une perforation mettant en communication l'intestin avec la vessie. On rencontre en outre quelques observations de pilimiction qui démontrent l'existence de kystes congénitaux par inclusion, ils ont été signalés aussi bien chez l'homme que chez la femme.

Siège des corps étrangers. Mobilité. Fixité. — Les corps étrangers occupent ordinairement le bas-fond de la vessie où ils tombent par leur propre poids et par suite de la disposition même de l'organe; cependant les exceptions à cette règle sont communes. Les corps longs et inflexibles se placent très souvent