

un bon résultat avec du tartre stibié ; si, malgré ces tentatives, on n'arrive à rien, on fait placer le malade dans un bain pour qu'il vide au moins sa vessie, et on cherche alors à atteindre le but à la prochaine miction. Le plus souvent, les malades urinent parfaitement après l'opération ; il n'est pas dit pour cela que l'on arrivera du premier coup dans l'urètre ; on est quelquefois obligé d'attendre que la plaie soit granuleuse, puis on finit par trouver l'urètre.

Si chez un malade atteint de rétrécissement infranchissable il existe une rétention d'urine, il y a deux moyens d'agir : l'uréthrotomie ou la ponction de la vessie. L'uréthrotomie peut non seulement lever la rétention d'urine, mais guérir le rétrécissement ; la ponction de la vessie ne fait que lever la rétention. Dans ce sens, l'uréthrotomie doit avoir la préférence. Mais vu les difficultés de l'uréthrotomie, cette dernière ne paraît indiquée que dans certains cas. A l'hôpital on fait plus souvent l'uréthrotomie, et en ville plus souvent la ponction de la vessie ; le simple médecin de campagne qui n'a pas d'aide et n'a souvent qu'une expérience insuffisante sauvera son malade au moyen de la ponction de la vessie.

Enfin lorsque en présence d'une rétention d'urine, l'uréthrotomie n'est pas suivie de succès, il ne reste plus qu'à enfoncer un trocart par la plaie périnéale et dans la direction de l'urètre et à laisser sa canule à demeure ¹.

PONCTION DE LA VESSIE. — Les indications de cette opération d'urgence ressortent de ce qui vient d'être dit.

Quand le rétrécissement ne laisse pas passer d'urine, quand aucune sonde ne peut le franchir et que l'uréthrotomie ne peut pas être faite, la rétention doit être levée par une ponction vésicale ². Encore une remarque. Si, chez un malade atteint de rétention, l'urine coule goutte à goutte, il ne faut pas s'attarder longtemps, mais faire la ponction vésicale dès que la vessie distendue devient sensible, l'envie d'uriner intolérable, et que le malade a de la fièvre ; car alors la cystite débute. En dehors des rétrécissements, la ponction est encore indiquée dans les différentes formes de compression de la portion pelvienne de l'urètre (tumeurs de la prostate, fractures du pubis avec déplacement). Enfin il existe des cas d'urétrite blennorrhagique dans lesquels la muqueuse est tellement gonflée que l'on ne doit pas tenter d'introduire une sonde.

(1) Le coup de trocart à l'aveugle est loin d'être séduisant, et il vaudrait beaucoup mieux faire la taille hypogastrique et le cathétérisme rétrograde. (A. B.)

(2) Il n'est pas rare qu'après une ou plusieurs ponctions la congestion et le spasme cessent et qu'une bougie puisse passer. (A. B.)

On peut ponctionner la vessie à travers la paroi abdominale, le rectum, ou le périnée. Ce dernier procédé ne sera employé ainsi qu'il a été dit que lorsque l'on aura tenté en vain une uréthrotomie externe, et que le périnée aura été fendu dans la profondeur.

Par le rectum, la vessie peut être ponctionnée en un point quelconque, à condition que cet endroit soit dépourvu de péritoine. C'est ce qui arrive au-dessus de la prostate, entre les vésicules séminales, dans le triangle de Sanson. On introduit l'index gauche dans le rectum, on fixe le bord supérieur de la prostate et on glisse sur la pulpe du doigt la canule d'un trocart recourbé, dont la pointe a été légèrement attirée en arrière. Une fois que l'extrémité antérieure de la canule est arrivée au niveau de la portion non recouverte de péritoine, au-dessus de la prostate, la pointe est poussée en avant et le trocart enfoncé perpendiculairement à la surface de la vessie. Cette méthode est parfois employée quand il existe une compression passagère de

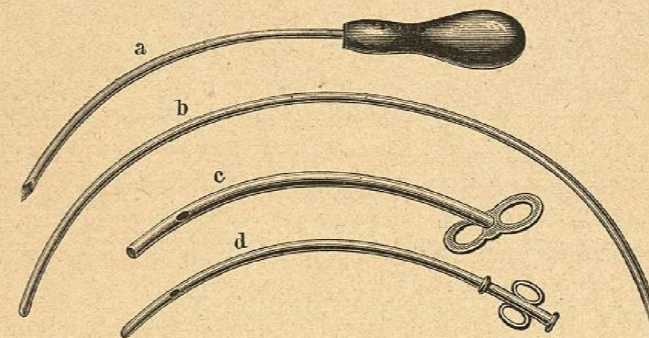


Fig. 254. — Trocart pour ponction hypogastrique de la vessie.

l'urètre (par épanchement traumatique) ; quand le trocart est fin, la canule peut être retirée dès que la vessie a été évacuée ¹.

Si la canule doit rester à demeure, on fait la ponction hypogastrique de la vessie.

L'instrument dont on se sert (fig. 254) est un trocart courbe avec une double canule ; la canule interne (*d*) est munie d'un tube en caoutchouc adapté à l'orifice externe afin que l'urine puisse s'écouler dans un vase mis entre les jambes du malade. L'opérateur se tient à la droite du malade, place un ongle immédiatement au-dessus du bord supérieur de la symphyse et enfonce le trocart à travers les parois abdominales, immédiatement au-dessus de l'ongle ; on traverse la paroi

(1) La ponction par voie rectale, aveugle et incompatible avec l'antisepsie, doit être définitivement rejetée, et la seule ponction vésicale à conserver est la ponction hypogastrique. (A. B.)

antérieure de la vessie, jusqu'à ce qu'on ne sente plus aucune résistance ; la canule est alors lentement poussée afin qu'elle pénètre plus profondément dans la vessie, puis la pointe est retirée. On ferme immédiatement avec le pouce l'orifice externe de la canule et on introduit la canule interne pour évacuer la vessie ; cette évacuation doit être faite lentement, et avec intermittences.

On fixe la canule à la paroi abdominale au moyen de diachylon, et on met une pince sur le tube en caoutchouc. On évacue la vessie toutes les 3 ou 4 heures. Quand la canule est restée deux ou trois jours à demeure, les couches s'accroissent les unes aux autres, forment autour de la canule un canal dont le tissu devient granuleux, s'élargit d'abord un peu, de sorte que la canule y joue, puis au bout de plusieurs mois la plaie se recouvre d'épiderme et il se constitue une fistule labiée. Tant que la canule reste à demeure, elle doit être soigneusement nettoyée. La canule interne est nettoyée tous les jours, la canule externe est retirée au bout de quelques jours, et nettoyée à son tour ; pendant ce temps on introduit dans la vessie le *conducteur* (fig. 254 en *b*) qui possède une courbure plus considérable que le trocart. Dans les cas où l'urine doit s'écouler longtemps par la plaie faite avec le trocart, une canule à demeure provoquerait une forte irritation ; c'est pourquoi Dittel a proposé un appareil qui doit plus tard remplacer la canule. Cet appareil consiste en un cathéter en caoutchouc adapté à une plaque fixée à la région vésicale au moyen de sous-cuisses. Le praticien pourra toujours fabriquer un appareil de ce genre.

S'il s'agit d'un rétrécissement, la plaie vésicale peut servir également à traiter le rétrécissement d'arrière en avant. On peut se servir du conducteur pour le pousser de la vessie dans l'urèthre et vers la portion rétrécie. Ce procédé a été proposé par Brainard ; il est évident qu'il exige une certaine habitude.

Dans ces derniers temps, on a exécuté des ponctions répétées avec l'aspirateur de Dieulafoy ; la petite canule peut être retirée immédiatement.

CHAPITRE XIII

FISTULES URINAIRES.

L'orifice interne d'une fistule urinaire peut siéger en un point quelconque des voies urinaires, par conséquent dans le bassin, l'urètre, la vessie ou l'urèthre ; l'orifice externe peut être situé ou bien à la surface du corps ou bien dans un organe pelvien quelconque, dans le rectum chez l'homme, dans l'utérus ou le vagin chez la femme. On désigne la fistule en comprenant dans sa terminologie le siège de l'orifice externe et celui de l'orifice interne ; on dit par exemple : fistule pariéto-urétrine, vésico-vaginale, uréthro-vaginale, uréthro-périnéale, etc. Ainsi que dans toutes les fistules, on distingue celles dont le canal est encore en voie de granulation (fistules suppurantes) et celles qui sont déjà recouvertes de téguments (fistules cicatricielles). Ces fistules doivent être étudiées séparément chez l'homme et chez la femme.

§ 1. — *Fistules urinaires chez l'homme.*

Variétés. — Chez l'homme, c'est à la suite des *rétrécissements* que les fistules urinaires sont les plus fréquentes, et elles surviennent par le mécanisme que nous avons déjà expliqué ; ce sont donc des fistules urétrales qui s'ouvrent au périnée, au scrotum, à la verge. Les fistules urétrales et vésicales surviennent le plus souvent à la suite de *traumatismes*, et en particulier à la suite de plaies par armes à feu.

Diagnostic. — En ce qui concerne le diagnostic entre les fistules urétrales et vésicales, nous n'avons à attirer l'attention que sur un seul point. Il est exact que l'urine coule continuellement goutte à goutte par une fistule vésicale, tandis que dans une fistule uréthrale, l'urine ne coule que lorsque l'urine évacuée par la vessie coule dans l'urèthre. Mais il ne faut cependant pas oublier qu'un malade peut être atteint en même temps d'une fistule uréthrale et d'une paralysie de la vessie, de sorte que l'urine coule continuellement et goutte à goutte par la fistule. Il faut donc faire un examen à la sonde.

On introduit dans l'urèthre une sonde métallique et par la fistule un stylet boutonné. C'est au point où les deux instruments arrivent au