

IX

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT
SUR LA VESSIE ⁽¹⁾

I. — PONCTION.

La ponction de la vessie est une opération simple, facile et sans danger : elle a pour but d'assurer l'évacuation de la vessie en rétention, alors que par ailleurs le cathétérisme est impraticable. On se sert du trocart moyen de l'appareil Potain ; l'instrument est soigneusement désinfecté, la région hypogastrique est rasée, savonnée et lavée. A un travers de doigt au-dessus du pubis et sur la ligne médiane, on enfonce le trocart : on s'aperçoit qu'il est dans la vessie, grâce à la sensation de liberté qu'il donne à la main. L'urine est évacuée par aspiration : lorsqu'on juge l'évacuation suffisante, on retire brusquement le trocart, et on applique sur le petit orifice cutané un peu de collodion.

Certains accidents ont été signalés au cours ou à la suite de cette opération. Le péritoine peut être perforé ; le fait est rare, il faudrait pour cela une disposition anormale de la séreuse. On l'évitera en se rapprochant le plus possible de la symphyse. L'hémorragie n'est pas à craindre. Il n'en est pas de même de l'infection de la plaie. Quand les urines sont aseptiques et que l'instrument a été désinfecté, l'accident ne peut se produire. Mais si les urines sont septiques, quelques gouttes entraînées au moment où on retire l'appareil pourraient inoculer le tissu cellulaire prévésical. Aussi vaut-il mieux dans ce cas ne retirer le trocart qu'après avoir laissé entrer l'air dans l'appareil.

Pour éviter la répétition des ponctions à intervalles trop rapprochés, on a substitué à la ponction capillaire la ponction avec le gros trocart laissé à demeure. Cette méthode, déjà ancienne, que Méry pratiquait et vulgarisait dès 1701, a été reprise récemment par Lalesque (2) et par Lejars (3) sous le nom de *cysto-drainage*. Un gros trocart courbe est introduit dans la vessie au-dessus du pubis ; à travers son calibre, on glisse, jusqu'à la vessie, une sonde molle. Le trocart est retiré ; la sonde reste en place et les tissus par leur élasti-

(1) Consulter l'excellente revue de AUDRY, Cystotomie, cystostomie et cystopexie (*Arch. prov. de chir.*, 1897, p. 686).

(2) LALESQUE, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1890.

(3) LEJARS, Cystostomie et cystodrainage hypogastriques (*Sem. méd.*, 1893, p. 452, et *Leçons de chirurgie*. Paris, 1895, p. 455).

cité reviennent sur la sonde, qui fait office de drain. On la laisse en place le temps nécessaire ; et quand elle est retirée, l'orifice se ferme rapidement et sans laisser de fistule.

Le cysto-drainage ne me semble convenir qu'à des cas extrêmement limités : déjà, pour ceux qui ont une certaine habitude du cathétérisme, la ponction capillaire est d'un usage très restreint. Je préférerais à la rigueur répéter les ponctions s'il n'y a pas d'infection, ou faire la cystostomie s'il y a de la fièvre, que de recourir au cysto-drainage.

II. — TAILLE.

La taille, c'est l'ouverture de la vessie, c'est la cystotomie. Suivant qu'elle se pratique par le périnée ou par l'abdomen, la taille est dite *périnéale* ou *hypogastrique* (1).

I. — Taille périnéale.

La taille périnéale fut la première en date : longtemps elle conserva sur la taille haute une supériorité, que la pratique de l'antisepsie lui a fait perdre. Actuellement la taille hypogastrique est une opération courante, la taille périnéale ne reste que comme une opération d'exception.

Un nombre infini de procédés ont été proposés pour la pratique de cette opération ; des instruments multiples ont été inventés tour à tour pour ses besoins. Tout cela n'intéresse plus que l'historien, et nous nous bornerons ici à dire comment on fait encore aujourd'hui la taille périnéale, renvoyant ceux que l'histoire de cette opération intéresse à des ouvrages plus spéciaux ou plus étendus (2).

Dans toutes les tailles périnéales, il y a deux points communs : une incision périnéale superficielle, et une incision profonde portant sur l'urètre profond, la prostate et le col de la vessie, et destinée à augmenter le diamètre de ces parties.

Suivant le siège et la forme de la première incision, suivant la direction et le nombre des sections profondes, il y a plusieurs procédés de taille périnéale ; nous n'étudierons que les principaux.

1° **Taille médiane.** — Préconisée d'abord par Maréchal et Vacca Berlinghieri, et plus récemment par Bouisson (de Montpellier), elle se rapproche beaucoup du procédé inauguré par Jean des Romains,

(1) CHAUVEL, Art. CYSTOTOMIE du *Dict. encyclop. des sc. méd.*, 1^{re} série, t. XXV, 1^{re} partie, p. 8, et Jules ROCHARD, *Histoire de la chirurgie française au XIX^e siècle*. Paris, 1875.

(2) La taille *recto-vésicale* de Sanson est justement abandonnée et ne mérite plus d'être décrite. — La *taille para-rectale* ou sacrée a été faite une fois par Ferria (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1894, p. 652).

et que Marianus Sanctus et les Collot surtout contribuèrent à vulgariser.

Une incision *médiane* est faite sur le périnée depuis la naissance du scrotum jusqu'à 1 centimètre en avant de l'anus. On divise toutes les parties molles jusqu'à l'urètre, qui est lui-même sectionné sur la cannelure d'un cathéter (fig. 66). Le lithotome (fig. 67) est alors introduit jusque dans la vessie. Cet instrument se compose d'une lame coupante, cachée dans une gaine fenêtrée et pouvant, par une simple pression exercée sur une plaque métallique disposée le long du manche de l'instrument, en être écartée dans une étendue facile à calculer d'avance : le cathéter cannelé est enlevé, et le lithotome, qui est ouvert dans une étendue de 15 millimètres, est retiré, de telle sorte que la lame coupante regarde en bas, et que la section porte exactement sur la ligne *médiane postérieure*.

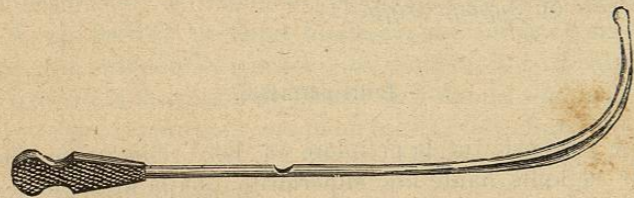


Fig. 66. — Cathéter cannelé.



Fig. 67. — Lithotome.

Dans cette taille, tout est donc *médian*, et l'incision des parties superficielles, et l'incision profonde de l'urètre au lithotome. Et c'est là d'ailleurs un des principaux écueils de cette opération ; en effet cette incision profonde, unique, pour donner un calibre suffisant doit être largement effectuée, elle expose à la blessure du rectum.

2° **Taille latéralisée.** — Malgré de nombreuses modifications, ce procédé de taille n'est autre que celui préconisé et pratiqué dès 1748 par le frère Côme.

Un cathéter cannelé est introduit dans l'urètre, et incliné de telle manière que le pavillon de l'instrument confine à l'aîne droite du malade. Un aide le maintient d'une main dans cette situation, et de l'autre relève les bourses. Sur la gauche du raphé, on mène une incision oblique, qui part de la ligne médiane à 3 centimètres environ en avant de l'anus, et se termine sur le milieu d'une ligne qui de l'anus irait aboutir à la tubérosité de l'ischion ; cette incision est poursuivie dans la profondeur jusqu'à ce que l'index gauche, introduit dans la plaie, perçoive, à travers la paroi de l'urètre, la cannelure

du cathéter. A ce moment, le chirurgien, se guidant sur son index, fait, à l'aide du bistouri, une ouverture à l'urètre sur la cannelure du cathéter. A travers cette boutonnière, le lithotome est introduit jusque dans la vessie, de telle façon que son bord concave soit appliqué contre l'arcade pubienne du côté droit, et que sa lame tranchante soit dirigée dans le sens de l'incision des parties molles. L'instrument est ouvert à 15 ou 20 millimètres, et retiré bien horizontalement, de manière à sectionner la prostate dans la direction très oblique de la plaie superficielle. La brèche ainsi créée est assez large pour qu'on puisse introduire dans la vessie une tenette droite ou courbe et saisir le calcul.

Ce procédé est à peu près complètement abandonné : il en est de même de la *taille de Celse*, que nous ne ferons qu'indiquer, et nous exposerons le seul procédé actuellement recommandable de taille périnéale (1).

3° **Taille prérectale à sections bilatérales.** — Ce procédé est une combinaison de plusieurs autres. A Nélaton appartient l'incision prérectale, c'est-à-dire l'incision transversale faite au-devant de l'anus, le décollement de la paroi antérieure du rectum jusqu'au bec de la prostate ; — à Dupuytren appartient la substitution d'une double incision profonde sur la prostate, venant avantageusement remplacer l'incision médiane et postérieure unique de la taille médiane.

Sur le devant de l'anus, à égale distance à peu près entre ce conduit et le cul-de-sac du bulbe, repéré par un cathéter cannelé, menez une incision transversale de 6 centimètres. Pour donner plus de jour, M. Guyon ajoute sur la ligne médiane une petite incision verticale, qui vient rejoindre la première à angle droit en \perp . Sur le doigt introduit dans le rectum, pulpe en haut, guidez-vous pour disséquer au ciseau la paroi antérieure du rectum : arrivé au bec de la prostate, sentez le cathéter cannelé du doigt introduit dans la plaie. Avec le bis-

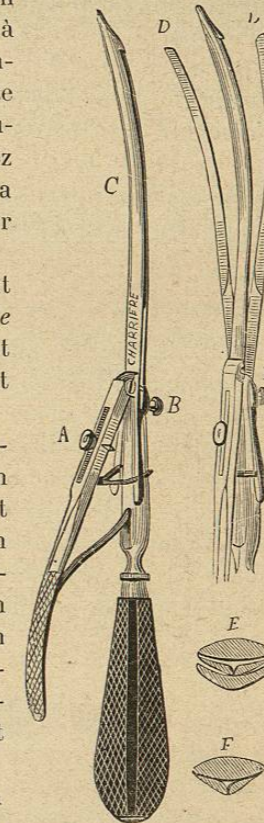


Fig. 68. — Lithotome double de Dupuytren. — A, vis servant à régler l'écartement des lames ; C, lames fermées et cachées dans le fourreau ; D, l'instrument ouvert.

(1) MONTENOVESI (de Rome) a préconisé, en 1895 (*Sem. méd.*, 1895, p. 96), un procédé de taille périnéale, qui consiste à inciser le périnée le long et parallèlement à la branche ascendante de l'ischion. La vessie est abordée directement sur le côté et non par l'intermédiaire de l'urètre, qui n'est pas touché.

touré dirigé lame en haut, dans la courbure, incisez la paroi urétrale. — La brèche est créée : il faut l'agrandir. Un lithotome à deux branches de Dupuytren (fig. 68) est guidé sur le cathéter jusque dans la vessie, puis celui-ci est retiré. Le lithotome est ouvert à 20 centimètres, ses lames sont dirigées en bas, et ramenées vers la plaie superficielle, sectionnant de chaque côté, à droite et à gauche et très obliquement, le col de la vessie et la prostate.

Rochet et Durand (1) ont proposé d'aborder la vessie par le périnée, en arrière de la prostate, entre les vésicules séminales. Ce procédé n'a encore été expérimenté que sur le cadavre.

Il en est de même du procédé de *cystotomie à travers le creux ischio-rectal* proposé par Lewin (2) (de New-York), dont l'application n'a pas encore été réalisée.

II. — Boutonnière périnéale.

Pour drainer la vessie dans certains cas, et pour la curetter chez l'homme, on l'aborde souvent par le périnée. Le manuel opératoire reste au fond le même que celui de la taille périnéale : la dilatation cependant est substituée à la section du lithotome.

Après avoir introduit dans la vessie le cathéter cannelé (fig. 58), on fait, entre le bulbe et l'anus, une incision transversale, sur laquelle il y a avantage à opérer, en haut, une incision plus petite, perpendiculaire et longitudinale. Celle-ci permet plus facilement l'écartement des lèvres de la première.

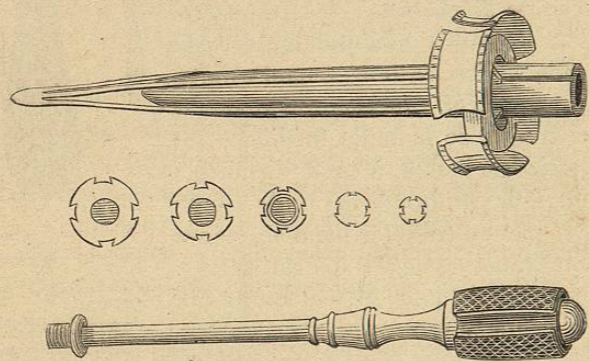


Fig. 69. — Dilatateurs Guyon-Duplay.

Sur la saillie cannelée du conducteur, l'urètre postérieur est incisé : on place alors dans la cannelure du cathéter le dilateur à mandrin de Guyon-Duplay (fig. 69). Des bougies de différents volumes sont passées successivement dans la gaine, dont on tient la poignée

(1) ROCHET et DURAND, *Arch. prov. de chir.*, 1896, p. 489-505.
(2) LEWIN, *Berl. klin. Wochenschr.*, mars 1896.

dans la main gauche. Lorsqu'on a obtenu un diamètre de plus de 2 centimètres, on retire l'instrument et alors on peut introduire le doigt dans la vessie et, suivant les besoins, une curette ou un lithotriteur.

Pour le *curettage* de la vessie, une longue curette est introduite : elle est tournée d'abord en bas, où elle atteint le pourtour du col et le bas-fond, puis à droite, puis à gauche, enfin en haut et en avant. On gratte avec une certaine vigueur de manière à enlever la plus grande partie de la muqueuse malade. Le curettage toutefois n'est jamais que partiel, et reste limité au pourtour du col (Guyon).

C'est par la même incision, et après avoir fait la dilatation à l'aide d'un instrument spécial, que Dolbeau pratiquait la *lithotritie périnéale*. A l'aide d'une tenette casse-pierre spéciale, il brisait les calculs et procédait directement à leur extraction. Cette opération est aujourd'hui abandonnée.

SOINS CONSÉCUTIFS; SUITES OPÉRATOIRES. — Après la taille périnéale, on met à demeure une sonde par le périnée. Les sondes de Pezzer, de gros calibre (n° 25 ou 26), ont l'avantage de tenir seules en place : elles sont très précieuses. La sonde est laissée quelques jours à demeure ; si la boutonnière périnéale est faite pour drainer la vessie, la sonde doit être laissée bien plus longtemps, de cinq à six semaines (1). On la change tous les cinq jours, et par des lavages, répétés plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, on s'assure qu'elle fonctionne bien.

Une fois la sonde enlevée, la plaie se ferme très vite : les plaies périnéales de la vessie ont une grande tendance à se fermer. Cette tendance est même si développée chez l'enfant, qu'il est inutile de mettre une sonde à demeure ; la plaie se ferme spontanément en quelques jours.

ACCIDENTS; GRAVITÉ. — Au cours de l'opération, certains accidents sont à redouter, tels que la *blessure du rectum*, l'*hémorragie*. La *septicémie* était assez fréquente autrefois, à la suite de la taille périnéale : la *phlébite* des plexus veineux périprostatiques, les *hémorragies secondaires* s'observaient couramment. Ce ne sont pas ces accidents, cependant, qui ont mis au second plan la taille périnéale. Actuellement, ils ont à peu près complètement disparu, et la taille périnéale guérit facilement ou simplement. Mais elle est, avant tout, une opération aveugle : au fond d'une plaie anfractueuse, on ne voit pas ou on voit mal ce que l'on fait. La section se fait au hasard, elle porte sur la vessie et sur la prostate, mais on ne sait ce qu'elle touche, on ne sait exactement ce qu'elle respecte, les canaux éjaculateurs sont presque toujours intéressés. Et ce sont là les raisons qui, même chez l'enfant, ont fait renoncer à la taille basse pour la taille haute ou sus-pubienne. La taille périnéale est exclusivement réservée

(1) LEGUEU, Du drainage périnéal dans les cystites rebelles (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1895, p. 1071).

actuellement au drainage de la vessie, drainage effectué à l'aide de la dilatation, mais sans section.

III. — Taille hypogastrique.

Imaginée et pratiquée pour la première fois par Franco, la taille haute a subi, dans l'histoire, des fluctuations inverses de la taille périnéale. Tour à tour acceptée, puis rejetée, la taille hypogastrique a pris définitivement le dessus : la possibilité d'atteindre la vessie au-dessus du pubis, sans ouvrir le péritoine, avec ou sans adjonction du ballon dont Petersen vulgarisa l'emploi, l'avantage d'opérer à ciel ouvert, et de voir ce qu'on fait, enfin la perspective d'obtenir la réparation immédiate avec la suture de la vessie, telles sont les raisons d'une supériorité qui se confirme chaque jour de plus en plus.

Pour aborder la vessie par le haut appareil, il y a plusieurs voies d'accès : pour réparer la plaie, il y a plusieurs moyens. Je passerai en revue et les uns et les autres.

A. Procédés d'accès et d'ouverture de la vessie. — 1° TAILLE LONGITUDINALE. — C'est le procédé le plus communément employé ; voici le manuel opératoire suivi et recommandé par M. Guyon, celui auquel j'ai recouru habituellement.

Le malade rasé et lavé est anesthésié au chloroforme ou à l'éther ; il est couché sur un lit à plan incliné, la tête déclive. Cette situation est très utile, presque indispensable pour les opérations de tumeurs de la vessie, pour toutes celles qui nécessitent des manœuvres délicates dans l'intérieur de la vessie. Morand, dès 1727, avait déjà eu l'idée de l'utiliser « pour refouler vers le diaphragme les intestins et faire tomber la pierre vers le sommet de la vessie. Mais c'est Trendelenburg (de Bonn) qui, de nos jours, a montré toute l'utilité qu'il y avait à se servir, pour la taille, du plan incliné, et en a vulgarisé l'emploi (1).

On plaçait autrefois dans le rectum un ballon de Petersen, d'une capacité de 300 grammes environ pour l'adulte, et on le distendait par une quantité à peu près égale d'eau, jusqu'à ce qu'on perçût une résistance sérieuse. Le ballon de Petersen n'est pas nécessaire, mais il n'est qu'utile et actuellement je m'en passe presque toujours. Une sonde métallique à robinet est introduite dans la vessie qui est lavée à l'eau boriquée, et finalement distendue par une quantité de liquide variable avec sa tolérance, et jusqu'à ce qu'on sente se dessiner au-dessus du pubis le globe vésical. Dans certains cas, alors que la vessie est très douloureuse, il est difficile de distendre assez la vessie pour qu'elle soit aisément abordable : chez l'homme encore, une

(1) Trendelenburg a fait construire pour cet usage un lit métallique : on s'en sert à Necker. On peut y suppléer par le plan incliné qui sert en gynécologie.

igature placée sur la verge empêche, il est vrai, l'expulsion des quelques grammes de liquide qui ont été injectés dans la vessie, mais chez la femme cette expulsion est rendue impossible : aussi, pour ces cas spécialement, M. Guyon a-t-il fait construire une *sonde-ballon* (fig. 70) dont l'extrémité est dilatable et se renfle dans la vessie (1).

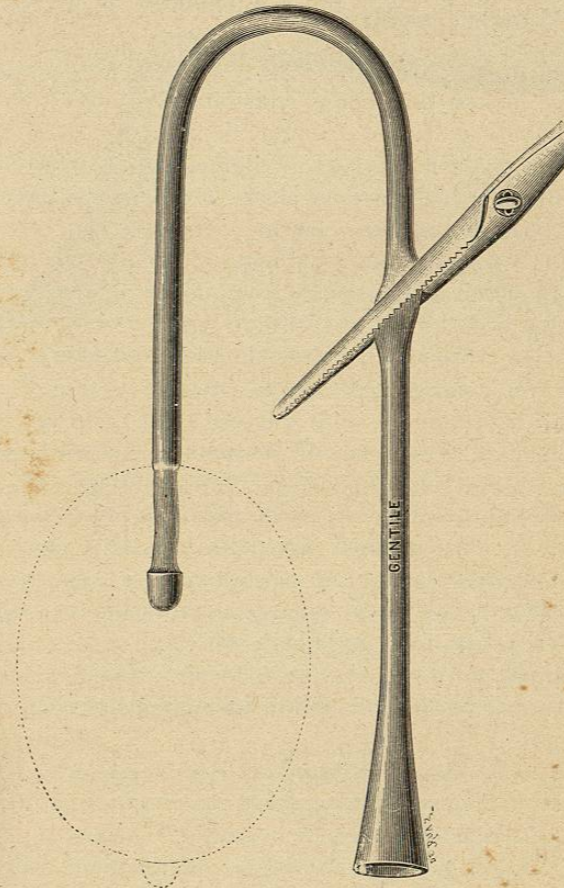


Fig. 70. — Sonde-ballon (Gentile).

Le chirurgien se place à la droite du malade : l'opération commence.
Premier temps. Incision de la paroi. — La paroi abdominale est incisée couche par couche et sur la ligne médiane, dans une étendue de 8 à 12 centimètres. L'incision en bas atteint ou dépasse au moins de quelques millimètres le bord supérieur de la symphyse. On passe entre les muscles droits, à travers la ligne blanche, et on aperçoit immédiatement au-dessous la graisse prévésicale.

(1) Nogvès, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1897, p. 1114.

Deuxième temps. Dégagement de la face antérieure de la vessie et refoulement en haut du cul-de-sac péritonéal. — L'index plonge en arrière de la symphyse, et refoule en haut, en la dissociant et l'écartant, la graisse prévésicale et en même temps le cul-de-sac péritonéal, que souvent on ne voit même pas, refoulé en haut et maintenu dans l'angle supérieur de la plaie par l'index gauche, qui reste en place. La face antérieure de la vessie apparaît, sillonnée de grosses veines verticales turgescentes.

Troisième temps. Ponction de la vessie et mise à demeure des fils suspenseurs. — Au-dessous de l'index, le bistouri est plongé à fond dans la vessie, et l'ouvre dans une étendue de 2 centimètres. L'index gauche, qui maintenait le péritoine, s'engage dans l'ouverture ainsi faite et deux fils suspenseurs sont placés à droite et à gauche sur chacune des lèvres de l'incision vésicale et confiés à un aide. Si du premier coup la longueur donnée à l'incision n'a pas été suffisante, on l'agrandit au ciseau de haut en bas, en même temps qu'on multiplie sur chaque lèvre les fils suspenseurs, qui servent aussi d'écarteurs pour la plaie vésicale. A travers la large ouverture, la vessie s'est vidée de son contenu, les veines, énormes tout à l'heure, et gonflées par la distension, se sont affaissées par l'évacuation et ne saignent pas, bien qu'elles aient été sectionnées. La sonde urétrale est enlevée, et, en écartant les fils suspenseurs, on inspecte à loisir la cavité vésicale. Pour déplisser sa paroi, déprimer son bas-fond, qui lutte souvent contre la poussée intestinale, j'ai fait construire un nouveau modèle d'écarteur, et qui mérite mieux le nom de dépresseur (1). Il facilite l'exploration de la cavité vésicale et est très utile pour les opérations des tumeurs de la vessie.

Une fois l'opération terminée, une fois enlevé le calcul ou la tumeur, on répare la vessie et la paroi abdominale comme nous le verrons plus loin.

2° TAILLE TRANSVERSALE. — Pour avoir plus de jour, Trendelenburg (2) (de Bonn) a proposé d'inciser transversalement et la paroi abdominale et la face antérieure de la vessie.

Le malade est mis en situation déclive; une incision transversale est faite à quelques millimètres au-dessus du bord de la symphyse, comme le conseillent Rose et Witzel pour que la suture soit plus facile; elle comprend la peau, l'aponévrose, et les tendons des deux muscles droits: les deux muscles se rétractent et laissent au-devant de la vessie un espace losangique occupé par la graisse prévésicale. Celle-ci est refoulée en haut: la vessie est transversalement incisée et les deux lèvres supérieure et inférieure de son incision sont suturées à la soie, aux lèvres correspondantes de la plaie cutanée. La

(1) LEGUEU, Valves spéciales pour la taille hypogastrique (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1893, p. 367).

(2) TRENDLENBURG, *Langenbeck's Archiv für klin. Chir.*, Bd XXXI, 1884.

surface cutanée de la vessie, ainsi exposée aux regards, est très accessible.

Après l'opération, les muscles sont suturés ainsi que leurs gaines. Albarran (1) passe un fil de soie plate en bourse en travers des quatre fragments des droits; en serrant les anses du fil, les muscles se réunissent et l'éventration est évitée.

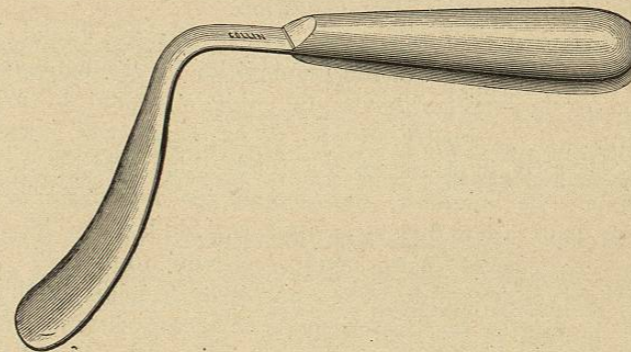


Fig. 71. — Écarteur de Legueu.

3° CYSTOTOMIE SOUS-PUBIENNE. — Langenbuch (2) a proposé d'aborder la vessie en passant au-dessous de la symphyse. On fait, au niveau du pubis et sur la ligne médiane, une incision verticale qui, de chaque côté, se prolonge en λ par deux incisions obliques. Le ligament suspenseur de la verge est sectionné, et les racines des corps caverneux sont détachées au-dessous du pubis; on entame le ligament sous-pubien, et on aborde la vessie immédiatement au-dessus du col.

Jusqu'ici la vessie a été abordée sans que les os aient été touchés: dans les autres procédés, qu'il nous reste à voir, les os sont ou attaqués ou écartés.

4° TAILLE TRANSPUBIENNE. — Helferich (3) eut l'idée d'enlever de la symphyse un carré osseux pour permettre l'accès de la face antérieure de la vessie. En France, Heydenreich (4) pratiqua cette opération chez l'homme, et Clado (5) (voy. fig. 65, p. 226) a modifié légèrement ce procédé en faisant, sur la symphyse, une résection temporaire; il taille sur celle-ci un lambeau osseux quadrangulaire qu'on relève avec les droits qui s'y insèrent et qui est ensuite rabattu et suturé au fil d'argent. Ce procédé n'a pas encore été, que je sache, appliqué sur le vivant.

(1) ALBARRAN, Taille hypogastrique transversale (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1893, p. 89).

(2) LANGENBUCH, *Deutsche med. Woch.*, 1887, p. 1025.

(3) HELFERICH, *Arch. für klin. Chir.*, Bd XXXVII, p. 625.

(4) HEYDENREICH, *Congrès franç. de chir.*, 1891, p. 313.

(5) CLADO, *loc. cit.*, p. 523.