

5° SYMPHYSÉOTOMIE. — La disjonction de la symphyse du pubis, qui rend en obstétrique de si grands services, a été depuis quelques années utilisée en France, pour donner une voie d'accès plus large sur la face antérieure de la vessie. Tuffier a pratiqué, en 1892, la symphyséotomie, dans un cas de tuberculose vésicale, et, la même année, Albarran opérait de même, à travers la symphyse sectionnée, un volumineux néoplasme récidivé (1). Depuis lors, MM. Guyon et Albarran ont pratiqué plusieurs fois cette opération.

Voici le manuel opératoire, tel que M. Guyon (2) l'a exposé dans une de ses cliniques : on fait une incision longitudinale partant à trois travers de doigt au-dessus du pubis, et venant se terminer sur le pénis, à 1 centimètre en deçà de sa racine. Sur l'extrémité inférieure de cette incision, on fait tomber deux petites incisions d'un centimètre de longueur, représentant les deux branches d'un Y renversé, dans le but d'éviter la déchirure de la peau, lorsque la symphyse sera écartée. Après avoir sectionné toutes les parties molles, situées au-devant du pubis, on sépare le pénis jusqu'à bien sentir avec le doigt le bord inférieur de la symphyse. On sectionne alors, comme à l'ordinaire, la paroi abdominale, et on dégage la face antérieure de la vessie, l'index de la main gauche étant enfoncé derrière le pubis jusqu'à bien sentir son bord inférieur : on glisse sur lui un écarteur à courte branche, qui se trouve ainsi placé entre la symphyse et la vessie et protège cet organe.

On sectionne alors, avec un fort bistouri, de haut en bas et d'avant en arrière, le fibro-cartilage de l'articulation. Parfois, on ne peut terminer la section qu'avec l'aide du ciseau et du marteau.

Les cuisses du malade sont en ce moment placées dans la flexion, et on les écarte graduellement, pendant que le bistouri sectionne les quelques brides qui restaient. Très facilement, on obtient ainsi, entre les deux pubis, un écartement de 4 à 5 centimètres; toute la face antérieure de la vessie se trouve largement découverte. Il est facile alors d'inciser longitudinalement la vessie jusqu'auprès du col, de réséquer la paroi antérieure très largement exposée.

Une fois l'opération terminée, un ou deux fils d'argent passés dans la symphyse rapprochent et maintiennent en contact les parties séparées. Un bandage de corps, très serré, maintient les parties en contact. Au bout de quatre semaines, l'opéré peut se lever : sur ceux que j'ai vus, il n'y avait aucun trouble de la marche.

ACCIDENTS DE LA TAILLE HYPOGASTRIQUE. — Au cours de la taille haute, et quel que soit d'ailleurs le procédé suivi pour aborder la vessie, certains accidents viennent parfois compliquer l'opération.

(1) GALLET-DUPLESSIS, La symphyséotomie chez l'homme, thèse de Paris, 1892-1893.

(2) GUYON, La symphyséotomie dans l'extirpation des tumeurs vésicales (*Bull. médical*, 10 juin 1893).

La rupture de la vessie se produit quelquefois au moment de l'injection. Tout d'un coup on voit la tumeur vésicale s'affaisser. L'accident est sans importance lorsque la rupture est extrapéritonéale. Lorsque la vessie s'est ouverte dans le péritoine, le pronostic est plus grave, surtout si la vessie était préalablement infectée. Il faut alors ouvrir le péritoine, et, après avoir désinfecté la séreuse, fermer la perforation. Certaines vessies, très douloureuses, sont plus aptes que les autres à la rupture. Mais ces ruptures se produisent aussi sur des vessies absolument saines et en dehors de toute prévision : aussi M. Guyon a-t-il, depuis quelque temps, l'habitude de ne pas distendre complètement la vessie avant l'incision de la paroi. La distension de la vessie n'est poussée à la limite voulue qu'au moment où, la paroi abdominale étant incisée, la vessie montre aux regards sa face antérieure devenue accessible.

La blessure du péritoine est sans importance; le péritoine se déchire au moment du réfolement, ou est ouvert par suite d'adhérences anormales et d'ailleurs très exceptionnelles à la symphyse pubienne (1). Il est facile de fermer de suite la perforation par la suture.

Le ballon de Petersen a, dans certains cas, déterminé la déchirure du rectum. Nicaise et Routier ont observé cette complication exceptionnelle. On l'évitera en ne portant pas au delà de sa capacité, et surtout de la tolérance du rectum, la distension du ballon. L'emploi du ballon n'est nullement indispensable, et j'ai déjà dit que je l'avais supprimé.

B. Procédés de réparation. Suture. Drainage. — Après la taille, la réparation se fait de deux façons, suivant qu'on fait le drainage ou la suture totale.

1° *Drainage.* — C'est le moyen, depuis longtemps classique, aujourd'hui passé au second plan : dans l'angle inférieur de la plaie vésicale sont placés les tubes siphons en caoutchouc de Guyon-Périer (fig. 72), et ils sont fixés par un crin à l'angle inférieur de l'incision cutanée. Au-dessus d'eux, l'incision vésicale est fermée au catgut. Nous mettons encore en même temps une sonde à demeure par le canal, une sonde de Pezzer en général, pour mieux assurer le drainage (fig. 63).

La paroi abdominale est suturée au crin de Florence, au-dessus des tubes, qui restent en place de deux à trois jours, suivant les cas, et laissent à leur suite une fistule, qui se ferme souvent avant le quatorzième jour. La sonde à demeure doit être maintenue tant que la fistule n'est pas fermée.

2° *Suture totale de la vessie.* — Depuis quelques années, on a cherché à faire plus et mieux : on a tenté d'abord timidement la

(1) ROLLET (de Lyon), Rapport de Picqué, *Bull. de la Soc. de chir.* Paris, 1895.

suture de la vessie, puis, le succès venant, la suture s'est peu à peu substituée au drainage, et actuellement la suture est le procédé de choix, le drainage le procédé d'exception.

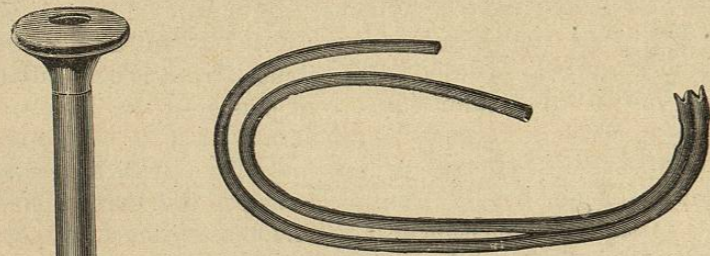


Fig. 72. — Tube double de Guyon-Périer pour le drainage de la vessie.

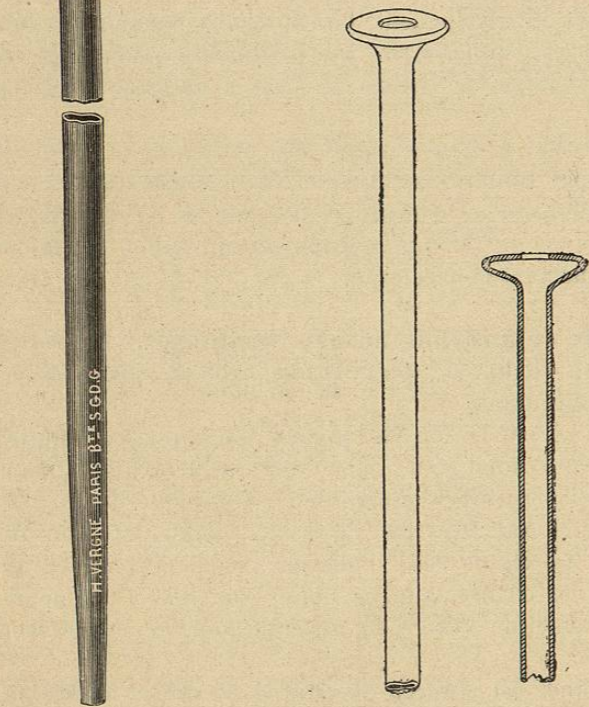


Fig. 73. — Sonde de de Pezzer, vue de face et en coupe.

Une phase de tâtonnement et d'expérimentation a précédé la période actuelle; les travaux de Dietz, de Vlaccos, d'Albarran, de Legueu, de Sorel, de Nadaud, comprennent l'exposé de ces expériences et des différents procédés de suture (1). Nous renvoyons à

(1) DIETZ, Étude clinique et expérimentale sur la suture de la vessie après la taille hypogastrique, thèse de Paris, 1890. — VLACCOS, thèse de Paris, 1891. —

ces sources pour ce qui concerne le côté historique de la question, et j'exposerai le procédé que j'ai vu couramment employer par M. Guyon, le procédé auquel moi-même j'ai recours habituellement.

Une sonde à demeure est mise dans l'urètre. On se sert en général des sondes de Pezzer; elles s'introduisent d'arrière en avant de la vessie vers le méat et tiennent seules en place par la forme même de leur extrémité vésicale évasée.

La suture vésicale est faite au catgut; elle est réalisée par deux plans à la manière de la suture de Lembert. Le premier plan comprend toute l'épaisseur de la paroi vésicale: quand la tranche vésicale est épaisse, on la comprend tout entière dans le fil, sauf la muqueuse: quand elle est mince, il est impossible de ne pas comprendre la muqueuse, ce qui ne présente aucun inconvénient à condition que l'aiguille ne soit pas trop grosse et ne fasse pas un orifice trop grand pour le fil. Par-dessus la suture de la vessie, on ramène par un deuxième plan de suture, également au catgut, le tissu cellulo-graisseux de la loge prévésicale, de manière à doubler le premier plan d'une couche protectrice. Avant de fermer la paroi abdominale, on s'assure, par une injection poussée lentement, que la suture est hermétique.

Alors on ferme totalement la paroi abdominale, en ne laissant qu'en bas la place d'un petit tube ou d'une mèche de gaze iodoformée pour drainer la loge prévésicale. Je considère comme très important pour le succès de la suture d'enlever ce drainage dès le second jour, s'il n'y a pas d'infiltration, et j'ai l'habitude, dans cette intention, de mettre au niveau du tube un fil d'attente qu'on serre le lendemain en même temps qu'on retire le drain.

Après la suture, la sonde à demeure est laissée en place pendant huit jours, et changée dans l'intervalle. Le principal accident à redouter, c'est la désunion des lèvres de l'incision et l'infiltration de l'urine. La désunion, quand elle se produit, n'est que partielle: on enlève un ou deux points de suture, et l'écoulement se fait facilement à l'extérieur. Il est très fréquent de voir se produire dans ces premiers jours une petite fistulette qui se ferme rapidement d'elle-même.

La suture totale de la vessie réussit dans au moins 70 p. 100 des cas d'après Dietz. Chez l'enfant, elle réussit dans une proportion encore plus élevée. Alexandrow (1), sur 16 cas, a eu 15 réunions. J'ai montré, au Congrès de chirurgie de 1892, que la proportion

ALBARRAN, Traité des tumeurs de la vessie. Paris, 1892, p. 345 et suiv. — LEGUEU, De la suture primitive de la vessie après la taille hypogastrique (*Gaz. des hôp.*, 1892, n° 81). — E. SOREL, thèse de Paris, 1893. — E. NADAUD, thèse de Bordeaux, 1894-1895.

(1) ALEXANDROW, *Arch. für klin. Chir.*, 1897.

de ces succès (83 p. 100 environ) s'expliquait parce que la vessie de l'enfant ne saigne pas ou saigne peu. Ce qui compromet la suture, c'est l'hémorragie : aussi les manœuvres laborieuses intravésicales, les extirpations partielles de certains néoplasmes sont des contre-indications formelles à la suture, parce qu'elles exposent à l'hémorragie. M. Guyon insiste beaucoup sur cette contre-indication à la suture. La cystite, au contraire, ne suffit pas par elle-même à faire renoncer à la suture : j'ai souvent vu des vessies profondément infectées et lésées se réunir parfaitement en quelques jours.

III. — DE LA CYSTOSTOMIE.

La *cystostomie* est l'abouchement de la vessie à la peau ; c'est la création d'une fistule urinaire, temporaire ou permanente. Sous l'impulsion de Poncet (de Lyon) et de ses élèves, cette opération a pris dans ces derniers temps une extension considérable. Plusieurs procédés permettent de la réaliser : ils ont pour but, en même temps que d'assurer la fistulisation de la vessie, d'éviter l'incontinence des urines, qui est un des gros inconvénients de l'opération, et de réaliser autant que possible pour l'urètre sus-pubien les conditions d'un urètre naturel, c'est-à-dire perméable et continent.

PROCÉDÉ DE PONCET (1). — Ce procédé est le plus habituellement employé : c'est celui auquel nous avons eu recours dans toutes nos cystostomies. L'opération dans ses grandes lignes se rapproche sensiblement de la taille hypogastrique, telle que nous l'avons exposée : elle ne s'en distingue que par quelques points de détail : anesthésie ; position de Trendelenburg ; pas de ballon de Petersen.

Premier temps. — *Incision cutanée*, médiane et verticale, de 6 à 8 centimètres de long, se terminant au bord supérieur du pubis.

Deuxième temps. — *Incision de la ligne blanche*, qui est tendue comme une corde par un crochet implanté dans la cicatrice ombilicale et tiré en haut par la main d'un aide.

Troisième temps. — *Recherche de la paroi antérieure de la vessie : refoulement du cul-de-sac péritonéal* avec le doigt. Si la vessie est située profondément et difficilement accessible, Poncet incise légèrement, et seulement dans l'étendue de 3 à 4 millimètres, chaque droit de l'abdomen au niveau de son insertion au pubis.

Quatrième temps. — *Ouverture de la vessie*, au-dessous de l'index maintenu en place à la partie supérieure de la plaie pour refouler et

(1) Consultez : PONCET, *Lyon méd.*, 10 février 1889, et *Sem. méd.*, 16 décembre 1893, p. 561. — BONAN, De la création d'un urètre contre nature chez les prostatiques. Cystostomie sus-pubienne (opération de Poncet-Mac Guire), thèse de doctorat. Lyon, 1892. — G. BOUTAN, De la cystostomie sus-pubienne, thèse de doctorat. Paris, 1893. — Édouard MICHON, Valeur thérapeutique de l'incision hypogastrique de la vessie, thèse de Paris, 1895.

protéger le péritoine. La vessie est ponctionnée au bistouri dans l'étendue de 1 centimètre, juste assez pour que l'extrémité du doigt puisse librement pénétrer dans la cavité.

Cinquième temps. — *Suture des bords de l'ouverture vésicale avec les bords de la plaie abdominale* ; cette suture est faite avec des fils métalliques, en général au nombre de six. Chaque fil traverse toute l'épaisseur de la paroi vésicale à 4 ou 5 millimètres du bord de l'incision, passe ensuite dans toute l'épaisseur de la paroi abdominale et ressort au niveau de la peau à 5 ou 6 millimètres des bords. Si les parois abdominales sont trop épaisses, on ne comprend dans l'anse de fil que la paroi vésicale et la peau : celle-ci s'invagine dans l'orifice et vient au contact de la muqueuse, avec laquelle l'affrontement doit être aussi exact que possible.

L'opération est ainsi terminée : Poncet ne met pas de drain dans la fistule, ni de sonde dans l'urètre.

PROCÉDÉ DE MAC GUIRE (1). — L'auteur cherche à assurer au trajet fistuleux une certaine obliquité dans l'épaisseur de la paroi abdominale, pour obtenir la continence des urines. Voici comment il procède : incision médiane jusqu'au pubis. L'ouverture de la vessie est faite aussi bas que possible, au niveau du bord supérieur du pubis. La plaie cutanée est réunie dans sa partie inférieure, mais dans sa partie inférieure seulement ; en haut, elle est maintenue béante. Un drain mis par la plaie jusque dans la vessie assure pendant les premiers jours la constitution de ce trajet très oblique, de la vessie ouverte en bas jusqu'à la paroi ouverte en haut.

PROCÉDÉ DE WASSILIEF (2). — CYSTOSTOMIE IDÉALE. — Wassilief a proposé et Hartmann a pratiqué un procédé de cystostomie qui se rapproche beaucoup de celui adopté par Terrier pour la gastrostomie. Une fois la vessie incisée, on attire la muqueuse vésicale par l'orifice en la décollant comme on fait pour le sac dans la cure radicale des hernies. On l'attire au dehors, jusqu'à ce que l'affrontement de la muqueuse avec la peau puisse se faire sans tiraillement. On fixe alors la muqueuse seule à la peau, soit par un surjet au catgut, soit par des points séparés à la soie ou au fil d'argent. Les fibres musculaires rétractées formeraient autour de l'orifice comme une sorte de sphincter. Théoriquement, le procédé est séduisant ; pratiquement, il est difficilement applicable : la muqueuse est friable, elle se déchire, ne se décolle pas facilement.

PROCÉDÉ WITZEL-ZWEIFEL (3). — Zweifel a utilisé le procédé de Witzel pour la gastrostomie : il constitue aux dépens de la vessie, non plus une fistule, mais un véritable trajet, un urètre nouveau. Il

(1) MAC GUIRE, *Med. News*, 17 mars 1890, p. 522.

(2) WASSILIEF, *Gaz. des hôp.*, 1894, p. 415.

(3) ZWEIFEL, *Bildung einer kunstlichen Harnröhre mit Kunstlichen Sphinkter* (*Centralblatt für Chir.*, 1893, p. 785).

a appliqué son procédé sur une femme, à qui il avait d'abord enlevé l'urètre pour un épithélioma. Voici comment il procéda pour créer un urètre sus-pubien : laparotomie et incision de la vessie sur sa face postérieure, face intrapéritonéale. Dans la fente ainsi créée, il introduisit une sonde en caoutchouc, qui fut fixée, à l'aide de sutures de soie très fine, dans un canal néoformé, entouré complètement par du péritoine. Pour protéger la séreuse péritonéale, le grand épiploon fut attiré et fixé en arrière de l'ouverture vésicale, et les deux feuillets du péritoine pariétal furent réunis par-dessus ; le drain sortait au-dessus du pubis, et la cavité située derrière la symphyse était tamponnée à la gaze. Malgré le succès obtenu par cette opération, l'ouverture de la séreuse expose à des dangers qui ont fait rejeter ce procédé.

PROCÉDÉ DE MARTIN (1). — Il a pour but, comme le précédent, de créer un véritable urètre avec trajet sus-pubien : il a sur lui cette supériorité que l'opération se fait en dehors de la séreuse.

Après incision sus-pubienne, la vessie est ponctionnée très bas, et l'ouverture ainsi faite est juste assez grande pour recevoir une sonde de Nélaton. Celle-ci est introduite dans l'orifice vésical et couchée sur la paroi antérieure de la vessie. Dans une étendue de 4 à 5 centimètres à l'aide de points de catgut, on ramène par devant elle les parois vésicales, qu'on adosse à elles-mêmes, de manière à créer à la sonde un trajet intrapariétal de même étendue.

PROCÉDÉ DE JABOULAY (2). — Pour constituer au méat sus-pubien comme un sphincter musculaire, Jaboulay a eu l'idée de faire l'ouverture, non plus entre les droits, mais en passant à travers leur corps charnu pour en faire un sphincter musculaire.

Cystostomie périnéale. — Rochet et Durand (3) ont proposé de créer au périnée une bouche vésicale : leur procédé, qui n'a encore été étudié que sur le cadavre, est basé sur la possibilité d'atteindre la vessie en passant par le périnée dans la portion *interdéférentielle*, en ménageant la musculature périnéale, en côtoyant les viscères et en ne coupant aucun nerf ou vaisseau important. Pour établir une bouche définitive, il faut amener à la peau la portion vésicale incisée ; or, celle-ci se trouve à 8 centimètres environ au-dessus du périnée, et il est possible de l'abaisser sans compromettre les fonctions urinaires ou génitales. La prostate présente une certaine mobilité, qui permet de la faire basculer.

(1) MARTIN, Die Anlegung der Blasenbauchfistel nach Witzel an Stelle des hohen Blasentisches (*Centralblatt für Chir.*, 25 nov. 1893, p. 1026).

(2) JABOULAY, Cystostomie sus-pubienne à travers les muscles droits (*Lyon méd.*, 1892; *Mercure méd.*, 1892, p. 425, et *Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1893, p. 89).

(3) ROCHET et DURAND, Cystostomie périnéale. Drainage direct du bas-fond vésical par le périnée (*Arch. prov. de chir.*, 1896, p. 489-505).

IV. — DES OPÉRATIONS SPÉCIALES A LA VESSIE DE LA FEMME.

1^o Dilatation de l'urètre.

Pour drainer la vessie chez la femme, pour enlever des calculs ou traiter une cystite, on pratique encore quelquefois, quoique rarement, la dilatation de l'urètre. Hybord, Spiegelberg, Simon (de Heidelberg) et Simonin (de Nancy) ont montré que la dilatation de l'urètre très extensible de la femme pouvait être portée assez loin sans occasionner de lésions sérieuses.

L'opération se pratique sous le chloroforme : pour la dilatation, on se sert des bougies d'Hegar ou du dilateur de Guyon-Duplay, qui donne une dilatation lente et progressive et est, à ce point de vue, supérieur au dilateur à trois branches, avec lequel la manœuvre est moins réglée, les ruptures plus faciles.

Des hémorragies, une déchirure du méat peuvent être la conséquence de cette dilatation. Une incontinence d'urine lui succède dans tous les cas ; cette incontinence dure longtemps, et reste parfois difficile à guérir. C'est un des gros inconvénients de cette opération, à laquelle on substitue plus volontiers aujourd'hui la taille vésico-vaginale.

2^o Taille vésico-vaginale. Colpocystotomie.

C'est, avec la taille hypogastrique, l'opération par laquelle, chez la femme, on ouvre le plus souvent la vessie. La *taille urétrale* est justement délaissée, ainsi que la *taille vestibulaire* de Lisfranc.

La *taille vésico-vaginale*, imaginée par Roussel, défendue par Méry au xviii^e siècle, fut abandonnée à cause des fistules qui en étaient la conséquence. De nos jours, Jobert (de Lamballe), Vallet (d'Orléans), Lane, Dolbeau, Bouisson la remirent en honneur. La technique de la colpocystotomie est particulièrement simple. La malade est placée dans la position du spéculum ; la vessie et le vagin, la vulve sont lavés et désinfectés. Un cathéter cannelé est introduit par l'urètre dans la vessie et maintenu par un aide, la tige verticale, de manière à déprimer la cloison vésico-vaginale. Un spéculum de Sims déprime la paroi postérieure du vagin et rend l'antérieure accessible. A 3 centimètres du méat, le bistouri, conduit par la cannelure du cathéter, pénètre à fond dans la paroi et sectionne dans une étendue de 2 à 3 centimètres toute l'épaisseur de la cloison depuis le col jusqu'au bas-fond vésical.

Suivant le but que l'on se propose, la plaie est réparée de suite par la suture. Mais, même abandonnée à elle-même, la plaie a une grande tendance à se fermer spontanément. Nous avons vu plusieurs fois des

fistules créées pour favoriser le drainage de la vessie se fermer ainsi d'elles-mêmes dans l'espace de quelques semaines. Aussi, quand on veut maintenir la fistule longtemps, est-il bon de placer de chaque côté, sur les lèvres de l'incision, quelques points de catgut, de manière à réunir la muqueuse vaginale à la muqueuse vésicale et à faire une cystostomie vaginale.

Pour aborder plus facilement les uretères, Bozeman (1) incise la cloison vésico-vaginale sur le côté. Il débride au besoin l'orifice urétéral pour placer une sonde. Cette opération, dite *colpo-urétéro-cystostomie*, n'a jusqu'ici été pratiquée que par son auteur.

L'infection urinaire fera l'objet d'un chapitre spécial, que l'on trouvera plus loin, après les *Maladies de l'urètre et de la prostate*.

(1) Nathan BOZEMAN, *Amer. Journ. of the med. Sc.*, 1888, p. 255.

MALADIES DE L'URÈTRE

PAR

J. ALBARRAN ET F. LEGUEU (1)

Professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgiens des hôpitaux.

EXPLORATION DE L'URÈTRE — SÉMIOLOGIE

Comme pour la vessie, deux ordres de symptômes sont utilisés dans le diagnostic des affections de l'urètre, ce sont des signes *fonctionnels* et des signes *physiques*.

Les signes *fonctionnels* sont constitués par la difficulté ou l'impossibilité d'uriner, par la douleur de la miction et par les modifications du jet. La plupart sont communs aux affections de l'urètre et de la vessie, et ont été déjà étudiés (Voy. p. 1).

Les *difficultés de la miction*, l'impossibilité d'uriner, la nécessité d'efforts n'indiquent pas toujours un rétrécissement; la gêne de la miction dans les strictures n'est pas toujours proportionnée à l'étroitesse du canal, elle est aussi subordonnée à l'état de la vessie, et on ne peut toujours conclure, d'après certaines difficultés de miction présentées par un malade, que son urètre est rétréci. La perte de la contractilité vésicale chez les neurasthéniques, le spasme de la portion membraneuse, qu'il est habituel de rencontrer, quoique à des degrés divers, chez ces malades, suffisent à provoquer des difficultés de miction, qui vont parfois jusqu'à la rétention.

Quoi qu'il en soit, la difficulté de la miction indique en général un obstacle interposé au trajet de l'urine, et l'obstacle doit être cherché dans l'urètre ou dans la prostate. Les conditions dans lesquelles ces difficultés se réalisent ou sont survenues, les associations qu'elles présentent doivent être minutieusement analysées et précisées. La rétention qui succède à un traumatisme et coïncide avec une urétrorragie indique par exemple une déchirure de l'urètre.

(1) La pathologie de l'urètre a été répartie entre MM. ALBARRAN et LEGUEU de la façon suivante : M. LEGUEU a écrit les chapitres : *Exploration, Vices de conformation, Traumatismes, Corps étrangers, Calculs, Urétrites, Tumeurs*.

M. ALBARRAN a traité les *Rétrécissements*, les opérations qui s'y rapportent et les *Infections péri-urétrales* comprenant les *Abscès*, les *Phlegmons diffus* et les *Fistules urinaires*.