

cathéter et l'abaisse de façon que sa tige vienne former un angle de 130 à 140° avec l'axe du corps. Le dilatateur se trouve ainsi pénétrer plus près du col de la vessie dans lequel il n'est cependant pas entré. On dilate cette portion du trajet, puis on referme l'instrument et on l'introduit avec précaution dans la vessie. On retire alors le cathéter, et on dilate le col de la vessie; cette dilatation ne peut, sans imprudence et sans s'exposer à déterminer des déchirures, être portée au delà de vingt millimètres de diamètre, de sorte que le dilatateur le plus petit est suffisant. Enfin, la dilatation du col de la vessie opérée, on retire l'instrument tel quel. Reste à briser le calcul. Pour cela, Dolbeau se sert de tenettes casse-pierre très-

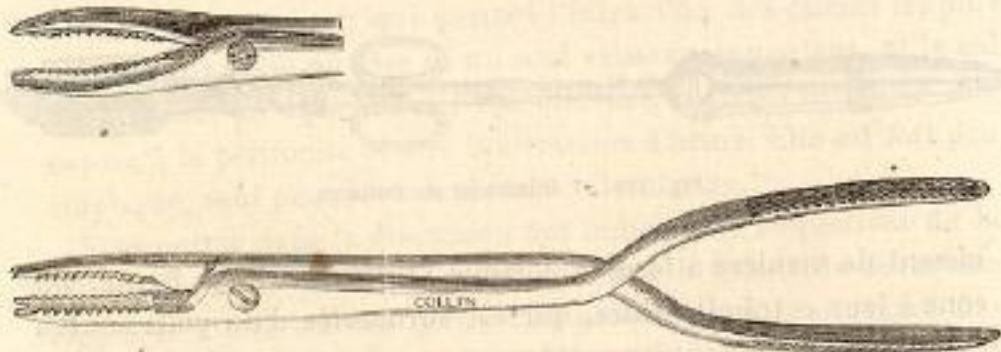


Fig. 405. — Tenettes casse-pierre de Dolbeau.

solides et à branches très-longues. Il commence par introduire de petites tenettes, place un des mors contre le bas-fond de la vessie et saisit le calcul, quand cela est possible. Si la pierre est trop grosse pour être saisie par les petites tenettes, le chirurgien introduit dans la vessie les tenettes casse-pierre préalablement graissées et avec le bec de l'instrument il attaque la pierre. Lorsqu'on l'a suffisamment entamée, on retire le casse-pierre et avec les petites tenettes on va chercher et extraire tous les fragments de calcul que l'on peut enlever. On reprend ensuite le casse-pierre et ainsi de suite jusqu'à ce que tout le calcul soit brisé et retiré. De temps à autre, on pousse par la plaie des injections d'eau froide à l'aide d'une seringue à anneaux et d'une grosse sonde.

Quand la pierre est complètement extraite, ce dont on s'assure en explorant la vessie avec une sonde métallique introduite par les voies normales, on reporte le malade à son lit, on le couche sur le

dos, les jambes pliées sur un coussin et les genoux rapprochés. Le siège repose sur une alèze de caoutchouc vulcanisé, et une éponge fine soutenue par une serviette est placée au niveau de la plaie.

La lithotritie périnéale offre de grands avantages; elle a sur la lithotritie ordinaire l'avantage de débarrasser la vessie en une seule séance et d'être applicable aux cas où le réservoir urinaire est malade. Elle évite les hémorrhagies, la lésion des conduits éjaculateurs auxquels expose la taille périnéale. Mais c'est une opération difficile; le chirurgien peut s'égarer en introduisant le dilatateur, et elle demande à être pratiquée par une main très-exercée.

Je n'ai pas besoin de dire que chez les enfants, la dilatation du col de la vessie doit être proportionnée à l'aire de l'orifice vésical dans cette période de la vie.

EXSTROPHIE DE LA VESSIE. — Cette malformation, qui consiste dans l'absence de la paroi antérieure de la vessie, dont la paroi postérieure fait saillie à l'extérieur, s'accompagne d'épispadias chez l'homme, d'absence de l'urètre ou de sa division chez la femme, et dans les deux sexes d'écartement de la symphyse des pubis.

Longtemps on s'en est tenu, pour obvier à cette horrible infirmité, à des appareils destinés à protéger la muqueuse vésicale contre le contact des vêtements et à recueillir les urines.

La première tentative opératoire remonte à Gerdy; il avait l'idée de réunir les bords de la fissure abdominale, mais ne pouvant venir à bout de repousser la muqueuse vésicale saillante à l'extérieur, il résolut de se contenter d'un appareil prothétique. Pour l'appliquer plus facilement, il voulut exciser la petite tumeur formée par chaque urètre. Il commença par exciser deux ou trois millimètres d'un des urètres, et le malade succomba.

Jules Roux, qui avait imaginé des procédés multiples, eut recours au suivant: il appliqua sur la muqueuse vésicale un large lambeau emprunté à la peau des bourses dilatées par une double hydrocèle et retourné de façon que la surface épidermique soit en dedans. La verge fut passée à travers le lambeau, et la peau de la verge, ainsi que celle du prépuce, fut sectionnée sur la ligne médiane, à la partie inférieure, pour être ramenée vers la partie supérieure. Un appareil approprié devait recueillir les urines.

Le lambeau se gangréna en partie et se ratatina.

Je ne ferai que signaler les tentatives de Lloyd et de Simon pour aboucher les uretères dans le rectum. Le malade du premier succomba, et le second n'obtint qu'un succès incomplet.

Ad. Richard chercha à former une paroi vésicale antérieure à l'aide d'un double plan de lambeaux. Au-dessus de la vessie, il disséqua un large lambeau à base inférieure qu'il rabattit, la surface épidermique en dedans. Sur la surface cruentée de ce premier lambeau fut appliquée la surface cruentée d'un lambeau en pont emprunté à la peau des bourses, comme dans le procédé de Nélaton pour l'épispadias. Ces deux lambeaux furent fixés par quelques points de suture entrecoupée. Le malade succomba à une péritonite.

Pancoast tailla de chaque côté de la vessie un lambeau qu'il rabattit en dedans et qu'il réunit à son congénère. A l'aide de quelques petites opérations complémentaires, il arriva à recouvrir entièrement la face antérieure de la vessie. Il restait seulement au-dessus du pénis une ouverture qui finit par donner issue à la muqueuse vésicale.

Daniel Ayres, opérant sur une femme, tailla au-dessus de la vessie un large lambeau à sommet un peu pointu et à base inférieure. Ce lambeau fut rabattu de haut en bas, la surface épidermique en dedans, et réuni de chaque côté aux téguments avivés. En disséquant les bords de la plaie abdominale ainsi produite, Ayres parvint à recouvrir non-seulement la plaie, mais encore la surface saignante du lambeau primitif, sauf dans une portion triangulaire siégeant à la partie inférieure au niveau de la ligne médiane. Cette partie fut recouverte avec la pointe du lambeau renversée sur elle-même. Plus tard la pointe du lambeau fut rabattue et mise en rapport avec une incision pratiquée de chaque côté. Ayres réussit ainsi à constituer une espèce de canal urinaire.

T. Holmes a plusieurs fois eu recours au procédé suivant, qui lui a procuré des succès. Au niveau d'une des aines il tailla un lambeau carré à base interne et de dimensions suffisantes pour recouvrir l'ouverture. Il le disséqua et le rabat en dedans, la surface cutanée en contact avec la muqueuse vésicale, qu'il doit recouvrir complètement. Puis, pour doubler ce premier lambeau, il en em-

prunte un second au côté opposé du scrotum. Ce dernier lambeau doit être disposé obliquement et de telle sorte que sa surface saignante recouvre complètement la surface correspondante du premier. De nombreux points de suture faits avec des fils d'argent maintiennent les deux lambeaux.

On peut réduire, sinon fermer, la plaie scrotale avec des sutures solides; quant à la plaie inguinale, on peut la rétrécir un peu, mais la majeure partie de sa surface doit être abandonnée à la suppuration. Le temps de cette opération qui consiste à réunir par la suture entortillée la partie supérieure de ce double lambeau avec la peau de l'abdomen après avivement préalable, ne doit être exécuté qu'ultérieurement. Il est même bon d'y revenir à plusieurs reprises pour obtenir le résultat désiré.

Par l'opération de Holmes, on peut reconstituer un réservoir urinaire présentant une ouverture à la partie inférieure et permettant l'adaptation d'un urinal.

Ce procédé a été aussi mis en pratique par John Wood qui a pu, en outre, dans deux cas reconstituer le canal de l'urèthre.

Alquié (de Montpellier) a employé le procédé suivant: du côté droit de l'ouverture il tailla un lambeau semi-elliptique et forma un second lambeau à base supérieure au-dessus de la vessie. Le premier lambeau fut renversé en dedans, et sa surface épidermique vint s'appliquer sur la vessie dont il recouvrait la moitié droite. Le lambeau supérieur non renversé vint recouvrir le précédent, surface saignante contre surface saignante; les deux lambeaux furent maintenus par trois points de suture.

Au bout d'un mois, Alquié pratiqua du côté gauche une opération à peu près analogue qui lui procura deux lambeaux superposés comme du côté droit. Il arriva ainsi à rétrécir notablement l'ouverture vésicale.

Barker (de Melbourne) ayant à traiter une femme affectée d'exstrophie de la vessie procéda de la façon suivante: dans une première opération, il tailla de chaque côté de la vessie un lambeau long de trois pouces et large d'environ un pouce qu'il rabattit en dedans. A un pouce en dehors d'une des pertes de substance ainsi produites il introduisit dans la peau une aiguille qu'il conduisit à travers le bord interne de cette perte de substance, l'engagea en-

suite dans la lèvre interne de la plaie opposée et lui fit encore traverser la lèvre externe de cette plaie. A l'aiguille il substitua un mince fil de fer. Il pratiqua trois points de suture analogues et fixa le fil de fer avec l'agrafe employée par Hutchinson pour les déchirures du périnée. Il réunit la partie superficielle des lambeaux avec des sutures faites avec du crin de cheval et pratiqua quelques incisions libératrices. Des bandelettes agglutinatives furent de plus appliquées pour rapprocher les parties. Un tube en argent fut placé au-dessous des lambeaux afin d'empêcher l'urine de s'accumuler.

Barker fit une seconde opération pour fermer l'ouverture qui se trouvait à la partie supérieure de la vessie. Il prit au-dessus de la perte de substance des lambeaux qu'il maintint par des sutures dont une vint à manquer, ce qui laissa subsister une fistule qui guérit par des cautérisations.

Enfin, dans un troisième et dernier temps, le chirurgien, après avoir préalablement fixé par la suture les lambeaux recouvrant la partie inférieure de la vessie à ceux qui étaient appliqués sur la partie supérieure.

Je ferai grâce aux lecteurs des dix-neuf opérations successives à l'aide desquelles Billroth parvint à reconstituer la vessie et le canal de l'urètre d'un enfant confié à ses soins, opérations dont le récit est donné avec tous les détails désirables par Steiner dans les Archives de chirurgie clinique de Langenbeck (1873), d'autant plus que ces opérations, qui témoignent d'une grande ténacité de la part du chirurgien, n'offrent rien de neuf au point de vue des méthodes opératoires. Mais je dois signaler ici une méthode due à Billroth que je trouve indiquée dans le mémoire précité, et qui a pour but d'éviter la mortification des lambeaux. A l'aide de deux incisions parallèles partant du ligament de Poupert et remontant obliquement en haut, Billroth intercepte un lambeau qu'il détache au niveau de sa partie moyenne et qu'il laisse adhérent par ses deux pédicules. Pour empêcher le lambeau de se recoller, il passe un papier au-dessous de sa face profonde. Puis, au bout de quelques jours, il applique autour du pédicule supérieur une ligature en fil de fer qu'il serre peu à peu jusqu'au détachement de ce pédicule. Ces précautions préalables ont pour résultat d'assurer la vascularité du lambeau.

En somme, le but qu'on doit se proposer quand on a à traiter un sujet atteint d'exstrophie de la vessie, c'est de reconstituer la paroi antérieure du réservoir urinaire, de façon à simplifier autant que possible l'appareil à appliquer. Chez l'homme, on devra, en outre, chercher à reconstituer le canal de l'urètre, de sorte qu'à l'aide d'une simple pelote comprimant la verge contre la paroi abdominale, on puisse retenir les urines dans la vessie de nouvelle formation. Les lambeaux pris sur les parties latérales me paraissent préférables aux lambeaux pris au-dessus de l'exstrophie, lesquels sont empruntés à des parties qui ne peuvent fournir qu'une peau mince et peu résistante. Il vaut mieux laisser à l'extérieur la surface épidermique des lambeaux et appliquer leur surface saignante contre la muqueuse vésicale; cette disposition est plus favorable au point de vue de la rétraction.

Quant à l'épispadias, on le traitera suivant la méthode de Thiersch.

La guérison de l'exstrophie de la vessie demande beaucoup de persévérance de la part du chirurgien et beaucoup de patience de la part du malade.

## ARTICLE II.

### ORGANES GÉNITO-URINAIRES DE LA FEMME.

§ 1. **Vessie et urètre.** — L'urètre de la femme présente une longueur moyenne de trente millimètres; il est très-dilatable et laisse passer facilement des sondes de dix millimètres de diamètre. Sa direction est oblique de haut en bas et d'avant en arrière, et il décrit en général une légère courbure à concavité antéro-supérieure.

Ce canal est appliqué au-devant de la paroi supérieure du vagin.

L'orifice antérieur ou méat urinaire est placé au niveau du point où la vulve se continue avec le vagin.

Il est situé au-dessous du clitoris, au-devant et au-dessus d'un tubercule assez saillant qui termine en avant la colonne médiane de la paroi antérieure du vagin; mais, comme le fait observer Sappey, il n'est pas placé immédiatement au-dessus de ce tubercule