

pendant quatre ou cinq jours; puis éclatent les symptômes d'une péritonite généralement aiguë. Cette péritonite, d'après la lecture des observations, ne débute guère avant le troisième jour, quelquefois même beaucoup plus tard; elle s'annonce par une douleur vive siégeant à l'hypogastre, rapidement accompagnée de vomissements, de ballonnement du ventre, en un mot de tous les signes de la péritonite aiguë. Sur 107 cas, Rivington a vu 82 malades succomber dans les cinq premiers jours, 25 ont eu de cinq à seize jours de survie. La péritonite paraît bien due à l'inoculation du péritoine à la suite du cathétérisme.

Dans les ruptures *extra-péritonéales*, les accidents sont moins rapides. On a dans certains cas senti une tumeur prévésicale, ou le toucher rectal a permis de constater un empâtement dans les tissus situés autour de la vessie. Grâce au cathétérisme ou à des mictions spontanées, cet état peut persister pendant plusieurs jours; mais bientôt les signes d'une infection diffuse sous-péritonéale se manifestent par des douleurs siégeant au niveau des aines et dans les cuisses, des vomissements, des signes de dépression, puis une élévation de température. Sur 52 malades, 24 succombèrent ainsi dans un délai de cinq jours à un mois ou six semaines. La guérison spontanée est possible dans les ruptures extra-péritonéales avec ou sans infiltration; Morris a même cité un cas de rupture intra-péritonéale suivi de guérison: l'autopsie pratiquée longtemps après rend ce fait indiscutable. Dans les cas de ruptures pathologiques, pendant une opération ou chez un urinaire, les symptômes sont trop nets pour qu'il soit nécessaire d'insister sur ce sujet.

Diagnostic. — Les symptômes immédiats que nous avons rapportés sont communs aux traumatismes de l'abdomen et n'ont rien de pathognomonique: d'une part les phénomènes de *choc* se rencontrent après toute contusion abdominale, et d'autre part les *symptômes vésicaux* sont très fréquents à la suite d'un traumatisme du rein ou du péritoine. Dans ces cas où la localisation de la lésion est particulièrement difficile, le cathétérisme s'impose, et, l'on ne saurait trop y insister, le cathétérisme *aseptique*. Si la vessie est vide, ou si elle ne contient qu'une petite quantité de liquide sanguinolent, on peut aussi bien être en présence d'une contusion rénale que d'une rupture de la vessie; ce sont alors les circonstances mêmes dans lesquelles s'est produit l'accident, de même qu'une douleur localisée au niveau de la vessie, qui guideront le diagnostic. En tout cas, l'*exploration métallique* est alors de rigueur. Prudemment conduite, aidée du toucher rectal et du palper abdominal, elle peut très facilement faire reconnaître une perforation de la vessie, et nous avons pu, par la lecture des observations, nous convaincre que souvent elle avait permis de faire le diagnostic. Nous considérons ce moyen comme supérieur à l'établissement d'une boutonnière périnéale, qui, dans un cas, amena la mort par hémorragie (Teale), ou à des injections d'air stérilisé (Keen) ou de liquide, injections qui me paraissent absolument dangereuses et, de plus, ne donnent souvent aucun résultat; c'est ainsi que, dans l'observation de Bryant⁽¹⁾, le liquide ressortait entièrement par la sonde, et cependant il existait une rupture intra-péritonéale. Quant au *siège intra- ou extra-péritonéal* de la rupture, c'est encore le cathétérisme métallique qui, avec les symptômes concomitants, me paraît devoir juger la question en montrant le siège de la perforation. En dehors de ces cas

(1) BRYANT, *Medical Record*. New-York, 1889, t. XXXVII, p. 229-250.

classiques, certains faits de rupture de l'urèthre ou d'imperméabilité pathologique du canal peuvent rendre tout particulièrement difficile le diagnostic des déchirures vésicales. L'endoscopie pourrait alors présenter de réels avantages.

Pronostic. — Bien qu'il faille en rappeler de l'ancien adage hippocratique qui condamnait à mort tous ces blessés, le pronostic est très sérieux, puisque, à l'heure actuelle, la mortalité est encore de 87 pour 100. Cependant il faudra, à cet égard, faire la sélection entre les observations de la période non antiseptique et celles de la chirurgie moderne. Dans les faits que nous avons rassemblés à ce sujet, la thérapeutique a déjà fait ses preuves puisque, sur 14 interventions pour plaies intra-péritonéales, nous avons relevé 6 guérisons et 8 morts, ce qui abaisse la mortalité à 58 pour 100: c'est donc avec des observations nouvelles qu'il faudra établir le pronostic. Il faudra surtout tenir compte du temps écoulé et des manœuvres uréthro-vésicales faites depuis l'accident: les ruptures vierges de tentatives répétées de cathétérismes, les ruptures traitées par l'incision dès le début devront le plus souvent guérir.

Les *fractures de la ceinture pelvienne* aggravent considérablement le pronostic; d'après Bartels, les luxations de la symphyse pubienne ou les luxations sacro-iliaques constitueraient des complications presque toujours mortelles; nous ferons remarquer que, dans ces cas, le traumatisme est toujours extrêmement violent, et entre pour une large part dans l'issue fatale.

Traitement. — « En présence d'un malade atteint d'une rupture de la vessie, le premier soin est de parer aux phénomènes de choc, de relever la température par tous les moyens usités en pareil cas. Cette première indication remplie, le diagnostic étant porté au moyen du cathétérisme, si la rupture est *intra-péritonéale*, le seul traitement est la *laparotomie immédiate avec suture complète de la vessie*; tous les faits plaident en faveur de cette conduite qui, jusqu'ici, a donné 42 pour 100 de guérisons. Quant à la méthode de Vincent⁽¹⁾, qui a longuement étudié cette question et qui conclut à la fermeture de la seule portion intra-péritonéale de la vessie, elle me paraît aujourd'hui inférieure à la suture complète, suivant les principes que mon élève Dietz⁽²⁾ a décrits dans sa thèse. Avant la laparotomie, les plaies pénétrantes donnaient à peu près 100 pour 100 de mortalité, comme le prouvent les relevés de Rivington, Bartels, Ullman et Lesur. L'analyse des faits nous montre la nécessité d'intervenir *rapidement*. Si nous classons ces faits suivant le moment de l'intervention, nous voyons que les malades qui ont succombé après l'opération ont été opérés presque toujours *plus de vingt-quatre heures* après l'accident et qu'à ce moment l'intestin présentait déjà des signes d'une réaction inflammatoire. Je crois que tous les procédés anciens, cathétérisme simple, cathétérisme et boutonnière périnéale, ponction rectale ou hypogastrique, incision périnéale, doivent être laissés de côté. La *laparotomie* sera pratiquée le plus rapidement possible; la toilette simple ou le lavage du péritoine sont indiqués suivant que les lésions seront localisées ou diffuses; le tamponnement à la Mickulicz pourra être appliqué si les collections périvésicales sont déjà septiques. Quant à la suture de la vessie, toutes les expériences prouvent bien que c'est à la *suture à points séparés au catgut*, comprenant successivement les deux plans musculaire et séreux, qu'il faudra avoir

(1) VINCENT, *loc. cit.*

(2) DIETZ, Thèse de Paris, 1890.

recours. La suture en coulisse de Brenner⁽¹⁾, qui donne une cicatrice remarquablement épaisse, pourra être employée. Une sonde à demeure assurera le libre écoulement de l'urine.

« Dans les ruptures extra-péritonéales, on appliquera une sonde à demeure, en surveillant minutieusement son fonctionnement et en observant les règles de la plus rigoureuse antisepticité. Si des accidents surviennent, il faudra de suite ouvrir la vessie à l'hypogastre pour en assurer le drainage : ce sera la méthode de choix. Dans les cas où un empâtement indiquera une infiltration vers le périnée, on incisera de ce côté, mais ce sera une voie de nécessité. Après avoir ouvert la vessie, on recherchera la perforation, qui sera suturée, enfin, on assurera la siccité parfaite du réservoir par une sonde à demeure laissée quarante-huit heures. D'ailleurs le pronostic est beaucoup moins grave dans les ruptures extra-péritonéales, puisque les statistiques des auteurs cités précédemment accusent 20 et 27 pour 100 de guérisons. Dans les cas douteux où les symptômes sont graves, l'intervention immédiate paraît encore être la méthode de choix. »

Ces lignes, qui datent de huit ans, ont été confirmées de tous points depuis par tous les chirurgiens qui ont eu l'occasion de traiter des cas de ruptures de la vessie. De la lecture de leurs communications ou de leurs mémoires, il résulte à peu près unanimement que tout cas de rupture traumatique de la vessie est justiciable de l'intervention chirurgicale, que cette intervention devra être aussi hâtive que possible, que le but idéal à chercher c'est la suture de la plaie vésicale avec drainage de la vessie par l'urètre (sonde à demeure) et qu'enfin le meilleur moyen de découvrir la vessie et sa déchirure c'est de recourir à la laparotomie.

CHAPITRE III

CORPS ÉTRANGERS DE LA VESSIE⁽²⁾

MARTEL, Corps étranger de la vessie. VII^e Congrès franç. de chir. Paris, 1895. — GROSLICK, Corps étrangers de la vessie et de l'urètre. *Centr. für Chir.*, 1895, p. 575. — CONDAMIN, Branche de pessaire incrustée dans la vessie. *Lyon méd.*, 1^{er} oct. 1895. — GUTERBOCK, Calculs et corps étrangers de la vessie et de l'urètre, in-8°. Vienne, 1894. — PROCHNOW, Corps étrangers de la vessie et de l'urètre. *Deutsche med. Woch.*, 1895, n^{os} 48 et 49. — LEGUEU, Corps étranger de la vessie. *Ann. gén.-urin.*, 1894, p. 599. — POUSSON, Bougie incrustée dans la vessie; taille sus-pubienne. *Journal méd. de Bordeaux*, 1^{er} avril 1894. — BARBIER, Taille périméale pour corps étranger de la vessie. *Bourgogne médicale*, oct. 1894. — VIETTEL, Morceau de sonde dans la vessie. *Deutsche med. Woch.*, 1894, n^o 21. — BORCHERT, Calcul vésical ayant pour noyau des cheveux. *Berl. klin. Woch.*, 5 mars 1894. — MERCIER, Corps étranger de la vessie (sonde). *Arch. de méd. nav.*, mars 1894. — SAMTER, 5 cas de calculs vésicaux développés autour des fils d'hystéropexie vaginale. *Berl. klin. Woch.*, 2 avril 1894. — FRANK, Fragment de sonde retirée de la vessie par la taille hypogastrique. *Ibid.*, 26 nov. 1894. — HOCHMANN, Des corps étrangers de la vessie. *Deutsche med. Woch.*, 30 mai 1895. — GAYET, Des migrations dans la vessie et dans l'urètre des séquestres inflammatoires d'origine pelvienne. *Arch. prov. de chir.*, oct. 1895. — ADÉNOT, Corps étranger de la vessie. Soc. des sciences méd. de Lyon, avril 1895. — MALHERBE, Deux cas de sondes molles tombées dans la vessie; ablation à l'aide du brise-pierre. *Ann. gén.-urin.*, 1895, p. 141. — GUYON, Considérations sur l'extraction des corps étrangers de l'urètre et de la vessie. *Ann. gén.-urin.*, 1895, p. 97. — HAFTER, Épingle à cheveux dans la vessie d'une femme.

⁽¹⁾ BRENNER, *loc. cit.*

⁽²⁾ Je remercie encore ici M. Janet de son concours pour la rédaction de ce chapitre.

Corresp.-Bl. für schw. Aerzte, 15 avril 1895, p. 237. — CUBASCH, *Ibid.* — SENGENSE, *Ibid.* *Ann. polyclin. de Bordeaux*, 1^{er} sept. 1895. — LOISON, Corps étrangers de l'urètre et de la vessie. Soc. des sciences méd. de Lyon, mars 1896. — NICOLICH, Corps étranger de la vessie. *Ann. gén.-urin.*, 1896, p. 58. — PLETZER, Corps étrangers de la vessie chez la femme. *Centralblatt für Gynäk.*, 22 août 1896. — BOPPE, Corps étranger de la vessie; taille hypogastrique. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1896, t. XXIII, p. 449. — PICQUÉ, Corps étranger de la vessie. Société de chirurgie, mai 1898.

On réserve le nom de corps étrangers de la vessie aux corps solides venus de l'extérieur, qui ont pénétré dans cet organe. Les calculs venus des reins, ou développés de toutes pièces dans la cavité vésicale, ne sont pas compris parmi les corps étrangers vésicaux.

Les voies d'introduction des corps étrangers dans la vessie sont le canal uréthral et les ouvertures anormales du réservoir urinaire. Dans le premier cas, ils sont introduits, soit dans un but thérapeutique, soit dans le cours des manœuvres d'onanisme. Dans le second cas, ils ont pénétré, soit par effraction à la suite d'un traumatisme, soit grâce à l'inflammation d'un organe voisin qui s'est mis en communication avec la vessie par l'intermédiaire d'une perforation ou d'un trajet fistuleux. Au point de vue du mécanisme de la pénétration, on peut donc classer ces corps étrangers en 4 grandes catégories :

I. Les corps étrangers introduits par les voies naturelles, dans un but thérapeutique; — II. Les corps étrangers introduits dans un but d'onanisme; — III. Les corps étrangers venus du dehors par effraction, à la suite d'un traumatisme. — IV. Les corps étrangers venus des organes voisins, par l'intermédiaire d'une perforation ou d'un trajet fistuleux.

I. Corps étrangers introduits dans la vessie dans un but thérapeutique ou à l'occasion d'une manœuvre thérapeutique. — Ces corps étrangers sont, en général, des instruments chirurgicaux, sondes, bougies entières ou fragmentées, laminaires, morceaux de lithotriteurs, ou d'autres instruments métalliques rompus dans le cours des manœuvres intra-vésicales, mais souvent aussi ce sont des objets allongés quelconques dont nous ferons l'énumération plus loin, que le malade introduit lui-même dans le but de faciliter une miction difficile ou de dilater un rétrécissement réel ou imaginaire. Tel est le cas de cet homme de soixante ans qui s'était introduit dans l'urètre une feuille de lierre — qu'il affirmait d'ailleurs être une feuille de tabac — dans le but de calmer des démangeaisons qu'il ressentait dans la verge (Guelliot)⁽¹⁾. Ce dernier cas se présente réellement, mais moins souvent qu'on ne serait tenté de le croire, si on avait une entière confiance dans les malades qui préfèrent évidemment appartenir à cette première catégorie qu'à la seconde.

Les sondes ou bougies de petit calibre peuvent, si on les abandonne, disparaître dans la fosse naviculaire sous l'influence d'un mouvement intempestif du malade ou d'un début d'érection. Le plus souvent, dans ce cas, si elles pénètrent dans la vessie, c'est à la suite de tentatives d'extraction maladroites. Les bougies conductrices armées ont une fâcheuse tendance à se séparer de leur armature, pour peu qu'elles ne soient pas en très bon état, par suite des courbures qu'elles subissent et des ruptures qui se produisent au niveau du bord de l'armature. Les sondes ou bougies de gomme peuvent se rompre dans l'urètre si leur tissu n'est pas suffisamment résistant. Les principales causes qui amènent cette friabilité des sondes sont leur ancienneté, les ébullitions répétées

⁽¹⁾ GUELLIOT, *Un. médic. du N.-E.*, 1898, n^o 4.