

gastrique. 1^{er} Congrès de l'Assoc. franç. d'urolog. Paris, 1896. — LUCCIARDI, Sur l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie. *Centr. f. die Krankh. der Harn-u. Sexualorg.*, 1896, p. 577 et 470. — MILTON, De la lithotritie. *Lancet*, 18 avril 1896. — ESCAT, Sur le drainage prolongé de la vessie par les voies naturelles. *Ann. gén.-urin.*, 1897, p. 594. — LEGUEU, Valeur comparative de la ponction hypogastrique et de l'incision sus-pubienne dans le traitement des rétentions d'urine. Assoc. franç. d'urolog., 25 oct. 1896. — BAKER, 200 cas de litholapaxie. *Lancet*, 10 oct. 1896. — PAQUET, De la lithotritie. Thèse de Paris, 1896. — PORTES, De l'innocuité des ponctions capillaires vésicales. *Gaz. hebdom. de Bordeaux*, 8 nov. 1896. — BÉNSA, De l'extirpation totale de la vessie pour cancer. Thèse de Paris, 1896. — KÜSTER, De la résection de la vessie. XXV^e Congrès allem. de chir., 1896. — ROCHET et DURAND, Cystotomie et cystostomie périnéales. *Arch. prov. de chir.*, 1896, t. V, p. 489. — DE VLACCOS, De la cystorrhée immédiate après la taille sus-pubienne. *Revue de chir.*, août 1896. — LEWIN, Méthode pour ouvrir la vessie par la fosse ischio-rectale. *Berl. klin. Woch.*, 50 mars 1896. — LAUWERS, Sur la technique de la taille hypogastrique. *Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, n^o 5, 1896. — VELIAMINOFF, Résection partielle de la vessie cancéreuse. Thèse de Saint-Petersbourg, 1896. — BOISSEAU DU ROCHER, Cystoscopes pour opérations. *Ann. gén.-urin.*, mai 1898. — CHEVALIER, Taille et lithotritie. II^e Congrès franç. d'urolog. Paris, 1897. — DELORE, Fonction de l'urètre hypogastrique chez les prostatiques cystostomisés. Thèse de Lyon, 1898. — HOGGE, Ablation de la vessie, de la prostate, des vésicules séminales, de l'urètre entier, de la verge, des bourses et de leur contenu, pour tumeur de la vessie. Soc. méd.-chir. de Liège, déc. 1897. — PASTEAU, Cystoscopie et lithotritie chez la femme. *Ann. gén.-urin.*, avril 1898. — PHÉLIP, Taille en large appareil périnéal. *Lyon méd.*, avril 1897. — ROMM, Technique de la taille sus-pubienne avec suture vésicale. *Deutsche Zeit. für Chir.*, 1898, XLIV, p. 572. — JUVARA et BALACESCO, Cystorrhée par imbrication. Soc. de chir. de Bucarest, mars 1898. — TUFFIER et DUJARRIER, De l'extirpation totale de la vessie pour néoplasmes. *Revue de chir.*, avril 1898. — ANTENORE, La ponction de la vessie dans l'hypertrophie de la prostate. *Il Raccogl. med.*, 1898, 4. — AUDRY, Cystotomie, cystostomie, cystectomie et cystopexie. *Arch. prov. de chir.*, VI, p. 687. — R. PROUST et P. HÉRESCO, Technique de la lithotritie. *Ann. gén.-urin.*, mars 1899.

On peut les diviser de la façon suivante :

A. OPÉRATIONS COMMUNES A L'HOMME ET A LA FEMME.

- 1^o Ponction.
- 2^o Taille sus-pubienne ou hypogastrique (cystotomie, cystostomie).
- 3^o Résection (partielle ou totale)
- 4^o Lithotritie.
- 5^o Dilatation du col vésical.
- 6^o Opérations plastiques (contre l'exstrophie, les fistules vésicales, etc.).

B. OPÉRATIONS SE PRATIQUANT CHEZ L'HOMME.

Taille périnéale.

C. OPÉRATIONS SE PRATIQUANT CHEZ LA FEMME.

- 1^o Taille vaginale (colpocystotomie).
- 2^o Taille vestibulaire.
- 3^o Cystopexie.

I

PONCTION

C'est un procédé d'évacuation de la vessie qui est à la portée de tous et qui peut rendre les plus grands services. Il consiste à enfoncer une aiguille de Potain au-dessus du pubis dans la vessie. Placez le malade bien à plat sur le dos, supprimez ses oreillers; après avoir rasé, savonné, fortement aseptisé le malade et vous-même, prenez l'aiguille moyenne aseptique ou même un petit trocart et accrochez avec la pulpe de l'index gauche le milieu de la symphyse pubienne. Tenez l'aiguille débordant votre index droit par sa pointe de 4 à 7 centimètres suivant l'embonpoint du malade, dirigez sa pointe au-dessous du promontoire et enfoncez hardiment jusqu'à l'arrêt formé par votre index. Assurez-vous que la pointe de l'instrument est libre et évacuez le liquide.

Les accidents à éviter pendant cette opération sont peu nombreux. La ponction peut être « blanche »; c'est en général parce que l'aiguille n'a pas pénétré assez profondément; il suffit de l'enfoncer de 1 ou 2 centimètres de plus. Au moment où l'on retire l'aiguille, l'aspiration pourrait amener, entre les tuniques vésicales, ou en dehors d'elles une certaine quantité de liquide. Cet inconvénient, si redouté autrefois, n'a aucune gravité si l'urine est aseptique: nos expériences l'ont une fois de plus démontré; mais, si la vessie est infectée, l'urine peut entraîner des germes pyogènes susceptibles de déterminer des phlegmons péri-vésicaux. Cet accident peut être évité si l'on a soin de laisser pénétrer l'air dans l'appareil, avant d'enlever l'aiguille.

La ponction capillaire ainsi pratiquée est absolument *inoffensive*, et l'on peut y avoir recours pendant très longtemps. Nombre d'observations témoignent de malades chez lesquels l'évacuation de la vessie a été ainsi faite pendant des semaines sans accidents; en tous cas, c'est une opération beaucoup moins grave qu'un cathétérisme imprudemment conduit. A côté de cette ponction avec aspiration, on pratique quelquefois la ponction avec le gros trocart laissé à demeure pendant plusieurs jours, et auquel on substitue une sonde en caoutchouc: c'est une méthode à laquelle je n'ai jamais trouvé d'indications, et que je ne fais que signaler. Elle me paraît en tout cas moins rationnelle qu'une boutonnière hypogastrique franchement établie.

La ponction vésicale est indiquée toutes les fois que l'évacuation de la vessie distendue ne peut être effectuée par un cathétérisme facile et doublé des soins médicaux habituels. Souvent le malade urine dès le jour qui a suivi l'évacuation par ponction, et ce fait s'explique par la décongestion prostatique qui suit la déplétion de la vessie. En tout cas, les ponctions peuvent être répétées jusqu'à ce que le cathétérisme devienne possible et, si les urines sont septiques, on peut y joindre de véritables lavages vésicaux.

II

TAILLE

C'est l'incision chirurgicale de la vessie, dans le but d'extraire un calcul, un corps étranger, une tumeur, ou de mettre un terme aux accidents douloureux ou hémorragiques des cystites. L'histoire de la taille a passionné de nombreux écrivains et soulevé bien des tempêtes, et si, dès 1798, Deschamps nous dit qu'il faut des in-folio pour décrire seulement les procédés et les instruments, que serait-ce aujourd'hui où les méthodes et les procédés classiques ont été bouleversés par l'antisepsie? Aussi veux-je laisser de côté tout cet historique qui va depuis le *Sucruta*, publié en sanscrit, jusqu'aux temps actuels; je ferai seulement remarquer que les procédés de cystotomie périnéale, presque exclusivement adoptés autrefois, ont perdu en ces dix dernières années leur application classique, pour faire place à la méthode qui tend actuellement à se généraliser et qui consiste à pratiquer la cystotomie à travers la région sus-pubienne. On trouvera cet historique très consciencieux dans le remarquable article de M. Chauvel (1). J'avoue que c'est avec regret que je renonce à cette histoire si intéressante, si remplie d'épisodes, plus tentante encore pour un

(1) CHAUVEL, art. CYSTOTOMIE du *Dict. Dechambre*, 1^{re} série, t. XXV, 1^{re} partie, p. 8.

littérateur que pour un chirurgien, mais les limites de cette publication m'obligent à entrer de plain-pied dans la description exclusive des méthodes actuellement appliquées.

Il existe trois sortes de tailles : 1° la taille *hypogastrique* ou *sus-pubienne*, praticable à la fois chez l'homme et chez la femme; 2° la taille *périnéale* praticable exclusivement chez l'homme; 3° enfin la taille *vaginale* ou *colpocystotomie* chez la femme. Nous étudierons d'abord la taille hypogastrique; nous retrouverons plus loin la description des deux autres méthodes.

TAILLE HYPOGASTRIQUE. — C'est Franco qui, en 1561, pratiqua la première taille hypogastrique. Il s'agissait d'un cas grave; le patient faillit mourir, et l'auteur lui-même « ne conseille oncque à homme d'ainsi faire ». Malgré cette malédiction paternelle, la méthode, après avoir subi bien des fluctuations, finit par faire son chemin, et elle est aujourd'hui presque universellement regardée comme le procédé de choix dans la majorité des interventions intravésicales. Je laisse de côté son histoire pour décrire l'opération, et je commence par dire que c'est une opération d'une simplicité, d'une facilité et d'une bénignité telles qu'avec un bistouri et quatre pinces, le premier médecin aseptique venu peut ouvrir une vessie sans difficultés.

La région *sus-pubienne* étant rasée et aseptisée, le malade endormi est placé dans le décubitus dorsal, le bassin relevé par un coussin ou mieux sur une table

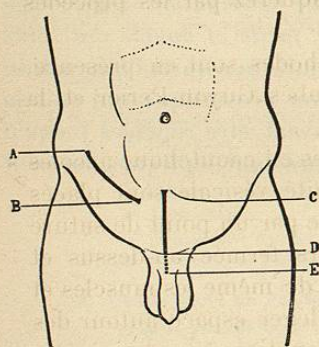


FIG. 167. — Siège des incisions. AB, pour l'urétérotomie. — CD, taille hypogastrique. — CE, symphyséotomie.

à plan incliné (45°), les cuisses légèrement écartées. Si vous êtes un débutant, vous introduisez une sonde métallique dans la vessie; inclinez le malade à 45 degrés, distendez la vessie par une injection d'eau boriquée et vous verrez une tuméfaction qui bombe au-dessus de la symphyse et remonte plus ou moins haut vers l'ombilic. Mais c'est là une précaution dont je vous conseille de vous passer. Elle a de nombreux inconvénients et n'est excusable que pour un apprenti. Incisez alors sur la ligne médiane, dans l'étendue de 8 à 11 centimètres, de façon que l'extrémité inférieure de l'incision tombe sur la symphyse pubienne jusqu'à la base de la verge, coupez la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose du grand oblique jusqu'à la symphyse; vous reconnaissez alors les deux muscles pyramidaux à leurs fibres dirigées en convergeant en haut et en dedans, vous passez autant que possible dans leur intervalle, vous incisez encore une troisième aponévrose et vous arrivez sur la *graisse périvésicale* de couleur jaunâtre; c'est là un point de repère important et qui indique que vous vous trouvez sur la région péritonéo-vésicale. Faites alors largement écarter les lèvres de la plaie; abandonnez un instant le bistouri et, plongeant l'extrémité de l'index gauche au-dessus du pubis, repoussez de bas en haut la *graisse sous-péritonéale*, avec la pulpe du doigt, la surface de l'ongle appuyée sur la vessie, la face dorsale de l'index sur la symphyse. Par cette manœuvre, vous avez refoulé en haut le cul-de-sac péritonéal et découvert la face antérieure de la vessie; elle présente une couleur gris bleuâtre et l'on voit à sa surface courir de *grosses veines*. Sans vous préoccuper de l'hémorragie possible, ponctionnez franchement avec le bistouri la paroi vésicale dans la partie supérieure de la plaie en introduisant l'instrument

d'un bon centimètre, et pratiquez une incision verticale de 4, 5 ou 6 centimètres, suivant les cas; un flot de liquide sort de la vessie et prouve que vous êtes au port. L'hémorragie qui se produit au moment de cette ouverture s'arrête spontanément dès que la vessie est revenue sur elle-même; dans quelques cas rares, une petite artère vésicale doit être pincée et liée.

Dès que la vessie est ouverte, l'index gauche pénètre dans la cavité, l'accroche, et l'on passe immédiatement dans chaque lèvre un fil de soie aseptique, fil suspenseur de la vessie qui sera confié à des aides; l'orifice vésical est amené ainsi au niveau de la plaie cutanée. La vessie est ouverte, toutes ses régions sont accessibles au toucher et à la vue; on place une série d'écarteurs ou d'instruments destinés à refouler le haut de la vessie de façon à présenter et à enlever les régions malades. Je mets une très petite lampe à fil perdu dans la cavité vésicale et je fais ainsi une endoscopie parfaite. La conduite est alors différente suivant l'affection qui a nécessité la taille. S'il s'agit d'un calcul, l'extraction est pratiquée et les dimensions de la plaie vésicale peuvent être agrandies presque indéfiniment pour lui livrer passage, car le péritoine de la face antérieure se laisse décoller sur une étendue considérable. S'agit-il d'un corps étranger, l'extraction s'exécute de même. Pour les néoplasmes, on pratique l'extirpation partielle ou totale, suivant les préceptes dont nous avons parlé à propos des tumeurs. Enfin, si une lésion tuberculeuse, une fistule vésico-intestinale a été la cause de l'intervention, vous l'attaquerez par les procédés décrits précédemment.

Pour le second temps de la cystotomie, deux méthodes sont en présence, comme traitement consécutif : le *drainage* par les tubes Guyon-Perier et la *suture* totale de la vessie.

1° *Drainage par les tubes Perier-Guyon*. — Deux tubes en caoutchouc accolés l'un à l'autre et percés d'un œil latéral à leur extrémité vésicale sont placés dans le bas-fond, puis fixés à la paroi même de la vessie par un point de suture qui assure leur immobilité; la plaie vésicale est alors fermée au-dessus et au-dessous des tubes par des points de catgut séparés; de même les muscles et la peau sont suturés séparément, mais en laissant un léger espace autour des tubes qui font ainsi drainage. On s'assure de leur bon fonctionnement en injectant de l'eau boriquée dans l'un et dans l'autre alternativement, puis on place un pansement aseptique et ouaté compressif. Le malade est couché dans son lit sur un coussin un peu relevé, l'extrémité des tubes plonge dans un urinal aseptique. Après un temps que l'expérience a permis de restreindre à 2, 4, 5, ou 6 jours, les tubes sont enlevés, une sonde à demeure est placée, et du 15^e au 25^e jour le malade est généralement guéri.

2° *Fermeture complète de la vessie*. — Toutes les fois qu'elle ne sera pas contre-indiquée par certaines altérations trop profondes de la vessie ou de l'urèthre, toutes les fois que les difficultés opératoires ne seront pas trop grandes il faudra tenter la suture immédiate et complète de la vessie. Mes nombreuses recherches faites jadis sur ce sujet me permettent de conseiller le procédé suivant : *suture de la vessie à double étage*, un premier rang de sutures au catgut n° 0, placées à 5 millimètres les unes des autres et comprenant la musculature, une deuxième rangée pratiquée également au catgut et formant une suture de Lembert, puis fermeture complète en étage des plaies musculoponévrotiques, au moyen du catgut, et enfin suture de la peau au crin de Florence sans drainage, si l'asepsie du sujet et du chirurgien peut être assurée.