

On met une sonde à demeure n° 16 à 18 qui assure l'évacuation constante de la vessie. Au 7<sup>e</sup> jour, les points de suture sont enlevés, la plaie est fermée. Bien d'autres procédés de suture vésicale ont été proposés depuis quelques années : il serait trop long de les rapporter ici. Ce qu'il faut retenir c'est que le succès dépend et de l'imperméabilité de la suture, *imperméabilité* qui est très difficile à obtenir, et de l'état de distension dans lequel devra se trouver ultérieurement la vessie. Ce qu'il importe, en effet, c'est que la vessie ne soit jamais distendue par l'urine au point de faire bâiller les espaces intersuturés et de laisser filtrer l'urine dans la région prévésicale : la sonde à demeure bien surveillée évitera à coup sûr cet accident. Le drainage paravésical devra donc toujours être inutile avec une suture vésicale bien faite et un drainage urétral bien ordonné.

PROCÉDÉS D'EXCEPTION. — Dans certains cas spéciaux, on a cherché à modifier un peu le procédé classique. La position de Trendelenburg permet toujours de se passer du ballonnement rectal et d'atteindre plus facilement le col toujours caché par la symphyse; on a également modifié la direction de l'incision et, toujours pour atteindre facilement le col, on a pratiqué des résections osseuses. Ces différents procédés sont :

Le procédé de Trendelenburg.	} Incision sus-pubienne	{ sans résection du pubis.
— Helferich. . . . .		
Le procédé de Langenbuch . . . .	} Incision sous-pubienne	{ sans résection.
— W. Koch. . . . .		

La symphyséotomie.

1<sup>o</sup> Procédé de Trendelenburg<sup>(1)</sup>. — Incision transversale des téguments immédiatement au-dessus du pubis, sur une longueur de 6 à 8 centimètres et en forme de croissant à concavité supérieure pour éviter la blessure du cordon. Section des muscles en rasant la symphyse. Arrivé sur la graisse prévésicale, on opère comme dans une taille hypogastrique ordinaire, mais la vessie est incisée transversalement. Ce procédé, déjà fréquemment employé, donne une mortalité de 18 pour 100; son seul inconvénient est de faciliter la production de hernies ou d'éventration.

2<sup>o</sup> Procédé d'Helferich<sup>(2)</sup>. — Après avoir pratiqué la même incision cutanée que Trendelenburg, on détache le périoste des parties latérales de la symphyse et, avec le ciseau et le maillet, on mobilise, par deux sections verticales et une section horizontale, un rectangle osseux qui est attiré en haut.

3<sup>o</sup> Procédé de Langenbuch<sup>(3)</sup>. — Taille sous-pubienne (c'est une variété de l'ancienne taille vestibulaire de Lisfranc). On fait une incision en  $\Lambda$  dont la branche remonte à mi-hauteur de la symphyse pubienne, et dont les branches descendantes sont parallèles à l'arcade du pubis. On détache alors avec précaution le ligament supérieur du pénis, et les attaches du corps caverneux. L'ouverture ainsi faite est dilatée et l'on écarte avec les doigts les plexus de Santorini. La vessie est incisée au-dessous du col.

4<sup>o</sup> Procédé de Koch<sup>(4)</sup>. — Le siège de l'incision est le même, et pour obtenir plus de jour, on résèque un fragment osseux de 4 à 5 centimètres, dans l'arcade pubienne. C'est d'ailleurs un procédé qui n'a été jusqu'ici exécuté que sur le cadavre.

5<sup>o</sup> Symphyséotomie. — Depuis que Morisani et Spinelli<sup>(5)</sup> ont démontré l'effi-

(1) TRENDLENBURG (W. MEYER), *Langenbeck's Arch.*, 1884, t. XXXI.

(2) HELFERICH, *Langenbeck's Arch.*, 1887, t. XXXVII, p. 625.

(3) LANGENBUCH, Berlin, 1890.

(4) W. KOCH, *Berliner klin. Woch.*, 1888, p. 405.

(5) MORISANI et SPINELLI, *Ann. de gynec.*, 1892, p. 2.

cacité et l'innocuité de la disjonction des symphyses chez la femme, l'application de cette donnée à la chirurgie vésicale chez l'homme s'imposait. J'ai expérimenté ce procédé sur le cadavre, j'ai eu l'occasion de l'exécuter sur le vivant, à l'hôpital Beaujon, pour la première fois en France, et je crois qu'il est digne d'entrer dans la pratique, pour certains cas rares, il est vrai.

Voici à quel manuel opératoire je me suis arrêté : Le sujet étant dans la situation de la taille hypogastrique ou dans la position de Trendelenburg, les mêmes précautions que pour une taille ordinaire étant prises, je fais une incision cutanée à 4 travers de doigt au-dessus du milieu exact de la région symphysienne, et descendant à 2 travers de doigt au-dessous sur le dos de la verge (voy. fig. 167), puis je prends la pince de Farabeuf et son écarteur et d'un seul coup la symphyse est fendue puis écartée de 5 centimètres. L'hémorragie veineuse peut être assez considérable : elle cède à une simple compression. Grâce à ce procédé, on peut atteindre la face antérieure du col, toute la région prostatique de l'urètre, et l'on se crée une large voie par laquelle on manœuvre très aisément, car l'accès vers le trigone vésical est ainsi singulièrement facilité. L'opération terminée, on pratique la suture osseuse à la soie. Le reste de l'opération se fait comme dans la taille hypogastrique, et il suffit d'un bandage de corps énergiquement serré et de la fixation des jambes du malade pour assurer l'immobilisation.

En trois semaines, les opérés sont guéris, sans aucun trouble de la marche.

Accidents de la taille hypogastrique. — Ils sont exceptionnels. Pendant la distension vésicale, le réservoir urinaire peut se rompre (Pousson); la déchirure sous-péritonéale étant suivie, dans presque tous les cas, de l'intervention immédiate, n'est qu'une complication sans gravité. Mais si la rupture est intrapéritonéale, la mort est la conséquence de cet accident. En général, il est dû à une intolérance vésicale qui ne permet pas la distension, la vessie se contracte brusquement sur son contenu et se rompt : de là une contre-indication absolue de la distension vésicale surtout dans certaines vessies douloureuses, qui ne peuvent supporter quelques grammes de liquide. Pour ma part, je ne distends jamais la vessie. Le péritoine peut être blessé; cet accident n'est, en général, suivi d'aucune complication, si l'on opère aseptiquement. Quant aux hémorragies, elles sont rares et peu inquiétantes. Parmi les accidents consécutifs, il n'y a guère à redouter que l'infiltration d'urine et la persistance d'une fistule; on se mettra à l'abri de ces accidents en assurant le drainage parfait de la vessie et en ne laissant pas les tubes-drains trop longtemps en place.

Cystostomie sus-pubienne ou hypogastrique. — J'ai dit plus haut que toutes les fois que l'état de la vessie, de la prostate ou de l'urètre le permettait, il fallait, après la taille hypogastrique, tenter la suture immédiate et complète de la vessie. Il est malheureusement des cas où il faut agir autrement et laisser la vessie ouverte pendant un temps plus ou moins long allant de plusieurs semaines à plusieurs mois, de façon à assurer à la fois le repos de l'organe et l'écoulement de l'urine. Il est même des cas (hypertrophies prostatiques exagérées, cancer de la prostate, du bas-fond vésical, tuberculoses avancées de la vessie, rétrécissements compliqués de l'urètre) où l'écoulement de l'urine par l'incision hypogastrique devra être entretenu d'une façon définitive, où il faudra créer un véritable méat hypogastrique destiné à remplacer le méat urétral disparu. Dans ces conditions, la simple cystotomie ne suffit plus. Il faut recourir

à la *cystostomie*. La cystostomie qui, comme son nom l'indique, est la création méthodique au-dessus du pubis d'un orifice contre nature, temporaire ou permanent, destiné à assurer la miction irrémédiablement compromise, consiste essentiellement dans la suture des bords de la plaie vésicale avec ceux de la plaie abdominale : cette suture, outre qu'elle rend plus facile et plus complète l'évacuation de l'urine, s'oppose à la rétraction toujours grande de la plaie vésicale, maintient le parallélisme des bords de l'entonnoir vésico-abdominal et s'oppose ainsi à la rétention, à l'infiltration d'urine, complication qui, avec la blessure redoutée du cul-de-sac péritonéal, avait fait abandonner, pendant si longtemps, la taille sus-pubienne.

Le manuel opératoire de la cystostomie, tel qu'il a été décrit pour la première fois par le professeur Poncet (1), de Lyon, comprend deux temps : ouverture de la vessie, suture des lèvres de la plaie vésicale aux lèvres de la plaie abdominale. Le premier temps est, à quelques détails près, le même que dans la taille hypogastrique ordinaire : l'incision cutanée, commençant au bord supérieur de la symphyse pubienne doit mesurer 6 à 8 centimètres dans le sens vertical, l'incision de la vessie 10 à 15 millimètres; dans tous les cas, cette dernière doit être telle que l'extrémité de l'index pénètre facilement dans la vessie plus ou moins vidée, par conséquent revenue sur elle-même. Lorsque cette évacuation de la vessie est complète, on fait une toilette parfaite de la plaie hypogastrique qui a été en contact avec l'urine, puis on procède au deuxième temps, à la suture.

Les sutures seront faites de préférence avec des fils de crin de moyenne grosseur; elles seront habituellement au nombre de six. Chaque fil traversera de part en part la paroi de la vessie à 4 ou 5 millimètres du bord de l'incision; il sera ensuite mené à travers l'aponévrose, le bord interne de chaque droit abdominal, le tissu cellulaire de la peau, pour sortir à 5 ou 6 millimètres des bords. Souvent cette manœuvre présente des difficultés, et lorsque l'épaisseur des parties molles abdominales ne permet pas d'amener facilement en contact les bords de la vessie avec ceux de la peau, il est préférable de ne comprendre que la peau dans les sutures. Les bords cutanés se mobilisent facilement; il leur appartient d'aller à la rencontre de ceux de la vessie, qui sont parfois friables, peu résistants aux tractions. Les fils seront modérément serrés et l'on attendra, pour les tordre, qu'ils soient tous en place. On aura soin, en outre, de faire un affrontement direct de la peau avec la muqueuse vésicale. Enfin, on rétrécira, s'il y a lieu, par un ou plusieurs points, la plaie hypogastrique soit en haut, soit en bas.

Si les urines sont infectées, s'il existe des fausses routes uréthrales, il faut pratiquer une large irrigation uréthro-vésicale avec une solution boriquée stérilisée à 4 pour 100. Dans le cas de fausse route, on injecte ensuite dans le canal le contenu d'une petite seringue en verre remplie d'huile iodoformée.

Ne pas laisser de sonde, de drain dans l'urètre, dans la vessie, dans la plaie. Quels sont les résultats obtenus grâce à ce *modus faciendi* pour l'urètre sus-pubien? Pendant un certain temps, variable suivant l'étendue et la dimension de la plaie, il y a incontinence complète, toutes les urines s'échappant par l'hypogastre, puis peu à peu le trajet se constitue, la fistule se rétrécit et la vessie reprend son rôle de réservoir; mais il n'en est pas toujours de même, et on peut avec M. Poncet diviser les malades en trois catégories :

1° Ceux qui ont une *incontinence totale* à laquelle on est obligé de remédier

(1) PONCET, *Cystostomie*, 1 vol. Paris, 1899 (Masson).

par le port d'un appareil spécial (voy. thèse de Delore). — 2° Ceux dont la *continence est partielle* : après une à deux heures seulement, parfois davantage, la vessie se vide spontanément de son trop plein. — 3° Ceux enfin où l'on peut dire que le *résultat est parfait*, la fistule hypogastrique fonctionnant comme un véritable urètre contre nature. Les urines peuvent s'accumuler pendant quatre ou même cinq heures; puis se produit le besoin d'uriner : tantôt, spontanément, la vessie se vide d'elle-même, projetant l'urine à une certaine distance par sa propre contraction et par celle de la paroi abdominale, tantôt on l'évacue à l'aide d'une sonde introduite facilement dans l'ouverture hypogastrique.

Sur 54 prostatiques cystotomisés anciens dont l'opération remontait à six mois au moins (dans un cas elle datait de sept ans et demi) et qui avaient gardé leur méat hypogastrique perméable, M. X. Delore (1), élève de Poncet, a trouvé : l'incontinence absolue 15 fois, l'incontinence partielle 7 fois, la continence enfin 14 fois, c'est-à-dire dans les deux cinquièmes des cas.

Les autopsies qu'on a eu l'occasion de pratiquer, dans ces dernières années, chez ces cystotomisés ayant conservé un méat hypogastrique, ont permis de constater l'existence d'un véritable urètre contre nature, au moins dans la majorité des faits. Ce canal possède deux orifices, l'un viscéral, l'autre cutané; il est entouré par un anneau fibro-élastique souvent fort épais et tapissé d'une muqueuse partout continue; sa longueur moyenne est de 5 à 4 centimètres et atteint quelquefois le chiffre de 5 à 6 centimètres; sa direction est ordinairement oblique de haut en bas et d'avant en arrière. La longueur de l'urètre contre nature, son calibre, la présence d'un anneau fibreux canaliculaire, surtout au pourtour du nouveau méat, la résistance des muscles droits, la présence assez fréquente de valvules dans l'intérieur du canal, expliquent jusqu'à un certain point pourquoi les cystotomisés parviennent, dans la majorité des cas, à acquérir une continence plus ou moins parfaite.

La connaissance de ces particularités anatomiques a d'ailleurs poussé certains auteurs à provoquer des dispositions anatomiques nouvelles qui, dans leur esprit, devaient être capables d'assurer aux opérés une continence définitive et complète; c'est ainsi que sont nés les procédés de Macguire (2), Vassilief (3), Martin (4), Jaboulay (5), etc., que nous ne ferons que citer, d'autant plus qu'ils n'ont pas donné de résultats supérieurs à la méthode de Poncet, à laquelle il faudra se tenir jusqu'à nouvel ordre.

L'*urètre artificiel sus-pubien* se comporte d'une façon toute différente, suivant l'état de fonctionnement de l'*urètre normal*. Lorsque celui-ci, pour une raison ou pour une autre, est définitivement et complètement obturé, l'urètre sus-pubien reste perméable; à la vérité, il se rétrécit toujours plus ou moins, mais on peut écarter toute crainte de le voir un jour s'oblitérer; il est, en tous les cas, facile de le cathétériser de temps à autre pour entretenir sa perméabilité. Quand, au contraire, la miction par les voies naturelles redevient possible, le méat hypogastrique a une tendance à se fermer spontanément; il est alors, dans tous les cas, facile d'en obtenir l'occlusion. La nature se charge ainsi elle-même de déterminer le temps pendant lequel l'urètre sus-pubien doit être entretenu.

(1) DELORE, Thèse de Lyon, décembre 1897.

(2) MACGUIRE, *Med. News*, 17 mai 1890.

(3) VASSILIEF, *Gazette hebdom.*, mai 1894.

(4) MARTIN, *Centr. für Chir.*, 25 nov. 1895.

(5) JABOULAY, *Lyon médical*, mai 1892.