

La description de ces opérations, dont nous avons déjà signalé les indications et les avantages. (Voy. Rétrécissement.)

Double cathétérisme comme moyen de faciliter l'opération de la boutonnière dans les cas de rétrécissements infranchissables. Verduc paraît avoir eu l'idée de ponctionner la vessie au-dessus du pubis, et d'introduire directement par la canule du trocart une sonde de caoutchouc, ou tout autre instrument mince et flexible, pour indiquer au chirurgien la portion du canal correspondant à la face postérieure du rétrécissement. M. Sédillot avait tenté inutilement, en 1851, l'emploi de ce procédé, qu'il croyait nouveau et qui lui a réussi sur un autre malade, dont l'observation a été publiée. M. Chassaignac a pu opérer ainsi un de ses malades. C'est un procédé fort délicat et dont le succès n'est pas certain. On ne sait pas toujours si l'instrument est arrivé dans l'urèthre ou s'il est resté contourné dans la vessie. Les sensations du malade sont souvent très-vagues et ne peuvent servir de guide.

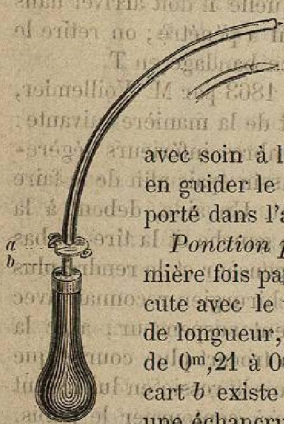
Ponction de la vessie. La ponction de la vessie peut se faire de cinq manières différentes : par l'urèthre, par l'hypogastre, par le périnée, sous le pubis et par le rectum.

Ponction par l'urèthre. C'est le cathétérisme forcé. Lafaye, sondeur d'Astruc, rencontra en avant de la vessie un obstacle insurmontable au cathétérisme ordinaire, et se servit d'une espèce de sonde à dard, pour créer une route artificielle à l'urine.

La tentative hardie de Lafaye fut couronnée de succès. Cependant sa conduite a trouvé peu d'imitateurs. Si l'on se décidait à pratiquer cette opération, il faudrait faire suivre avec soin à l'instrument la direction de l'urèthre, et en guider le trajet à l'aide du doigt indicateur gauche porté dans l'anus. (Voy. Cathétérisme forcé).

Ponction par l'hypogastre. Pratiquée pour la première fois par Méry en 1701, cette opération s'exécute avec le trocart courbe de F. Côme, de 0^m,12 de longueur, et dont la courbure est celle d'un cercle de 0^m,21 à 0^m,24 de diamètre. Sur la tige de ce trocart *b* existe une rainure profonde correspondant à une échancrure *a* de la canule. Le malade doit être

Fig. 658. couché sur le bord droit de son lit, les jambes et les cuisses fléchies; le chirurgien, placé du même côté, enfonce le trocart (fig. 658) tenu de la main droite, la concavité en bas, à 0^m,03 au-dessus de la symphyse du pubis, au milieu



de la ligne blanche et dans une direction parallèle à la vessie. On retire le poinçon *c, d*, et l'urine coule librement par la canule. Celle-ci est maintenue par un ruban passé autour du corps, jusqu'au moment où le cours des urines a été normalement rétabli. Si ce dernier résultat est lent à obtenir, il est prudent de remplacer la canule métallique par une sonde ordinaire. Dans le but de rendre cette substitution facile, M. J. Cloquet a proposé de faire la ponction avec un instrument dont la canule est entourée d'une gaine de gomme élastique, qui permet de laisser tout d'abord dans la plaie une sonde flexible. Dans le cas où les malades sont surchargés d'embonpoint, la face antérieure de la vessie est très-éloignée des parois de l'abdomen, et l'on pourrait suivre avec avantage le conseil donné par P. Frank et Abernethy, de ne ponctionner la vessie qu'après l'incision des téguments et du tissu adipeux de la paroi hypogastrique.

Ponction par le périnée. Proposée par Dionis, cette opération fut régularisée par le lithotomiste Tolet. Pour la pratiquer, on fixe le malade comme dans la taille latéralisée; un aide relève les bourses d'une main, et de l'autre appuie sur l'hypogastre pour déprimer la vessie. Le chirurgien, placé entre les cuisses de l'opéré, enfonce un trocart droit, long de 0^m,21 à 0^m,24, au milieu d'une ligne tirée de l'ischion au raphé, à 0^m,008 ou 0^m,01 au devant de l'anus. L'instrument, d'abord conduit dans une direction presque parallèle à l'axe du corps, est légèrement incliné en arrière pour éviter la prostate, au-dessous de laquelle il doit arriver dans la vessie. La sortie de l'urine indique qu'il a pénétré; on retire le poinçon, et l'on fixe la canule à l'aide d'un bandage en T.

Ponction sous-pubienne. Imaginée en 1863 par M. Voillemier, elle n'a encore été pratiquée qu'une fois et de la manière suivante: le malade est couché sur le dos, les membres inférieurs légèrement écartés, le bassin soulevé par un coussin épais afin de le faire basculer et de ramener le pubis en avant. Un aide, debout à la gauche du lit, saisit la verge avec la main gauche et la tire en bas et en arrière pour tendre le ligament suspenseur et le rendre plus saillant. Placé à la droite du malade, le chirurgien reconnaît avec l'indicateur de la main droite le ligament suspenseur; avec la main gauche, il pointe sur ce ligament un trocart plus courbe que celui de frère Côme, et l'enfonce jusque dans la vessie en lui faisant décrire une courbe allongée, de manière à contourner le pubis. Pendant ce mouvement il soutient et dirige l'instrument avec le pouce et l'index de la main droite pour éviter toute échappée. Arrivé dans la vessie, ce qu'on reconnaît au défaut de résistance et à la sortie de l'urine, on retire le poinçon. La canule est fixée jus-

qu'à ce que les voies naturelles soient rétablies par le cathétérisme ordinaire.

Ponction par le rectum. Fleurant, chirurgien de l'hôpital de la Charité de Lyon, pratiqua pour la première fois, en 1750, la ponction par le rectum. Le malade placé comme pour l'opération précédente, le chirurgien introduit le doigt indicateur gauche dans le rectum, la face dorsale appuyée contre la paroi postérieure de l'intestin, et reconnaît la saillie vésicale. Le trocart, présentant un segment de cercle d'environ 0^m,24 de diamètre, est porté sur la face palmaire du doigt, la concavité tournée en haut et la pointe cachée dans l'intérieur de la canule. Lorsque celle-ci a dépassé le bout du doigt et que l'opérateur sent qu'elle est en contact avec la face antérieure du rectum, il pousse la tige du trocart, perce d'un seul coup la paroi recto-vésicale et pénètre dans la vessie à 0^m,03 environ en arrière de la prostate. Le poinçon est retiré, et la canule, restée en place, est fixée au moyen du bandage en T double.

Cystotomie hypogastrique. M. Sédillot a donné le conseil (1856) de recourir à la taille hypogastrique, lorsqu'il est impossible de dégager et de trouver le bout postérieur de l'urèthre (voy. p. 655), et dans le cas où la vessie est remplie de caillots sanguins dont l'extraction est impraticable.

Il a pratiqué cette opération avec l'assistance de MM. les docteurs Cochu et Ehrmann (de Mulhouse) etc. dans les circonstances suivantes. Appelé auprès d'un malade qu'il avait traité neuf années auparavant d'une rétention d'urine, causée par une énorme tumeur prostatique et auquel il avait laissé une sonde dont la courbure était appropriée à sa tumeur, et dont le sujet s'était constamment servi depuis ce moment, il le trouva atteint de quelques accidents inflammatoires et hémorrhagiques, à la suite desquels la vessie, peu à peu distendue, remontait au-dessus de l'ombilic, et la sonde ne donnait issue qu'à du sang putréfié et à des gaz fétides. Le malade, âgé de soixante-dix ans, avait le hoquet et avait paru condamné à une mort inévitable. Toute la face antérieure de l'abdomen jusqu'au pubis était sonore. Le chirurgien expliqua ce symptôme par une accumulation de gaz dans la vessie, dont il incisa assez largement la face antérieure. Quatre litres environ de sang putréfié la remplissaient. On en fit l'extraction, partie avec la main, partie au moyen d'abondantes injections d'eau Pagliari. Un petit calcul était placé en arrière de la prostate dont le volume atteignait celui des deux points, et fut retiré quelques jours plus tard. Le malade s'est rétabli parfaitement et conserve une canule hypogastrique, qui le met à l'abri de nouveaux accidents de rétention.

M. le docteur A. Augé a pratiqué avec un égal succès la cystoto-

mie hypogastrique (*Union méd.*, p. 444, ann. 1865) pour une rétention d'urine, suite d'une rupture traumatique de l'urèthre à la région périnéale.

Appréciation. Les seules ressources du chirurgien dans les cas de rétention d'urine complète sont : le cathétérisme, les uréthrotomies interne et externe, les ponctions uréthrales (cathétérisme forcé), périnéales, rectales et hypogastriques, et la cystotomie sus-pubienne. L'uréthrotomie externe s'applique à des conditions spéciales, telles qu'une déchirure avec infiltration, un rétrécissement insurmontable; nous nous en sommes suffisamment occupés. Le cathétérisme forcé est une méthode très-périlleuse et qu'un chirurgien très-exercé et très-confiant dans son adresse pourrait seul tenter, avec les restrictions que nous avons indiquées (procédé Robert). La ponction de la vessie par l'hypogastre l'emporte sur la ponction de la vessie par le rectum, et cette dernière est supérieure à la ponction par le périnée. Quant à la ponction sous-pubienne, elle n'a encore été pratiquée qu'une fois, et elle ne semble pas devoir être préférable à la ponction périnéale. Rappelons que la ponction est un moyen temporaire, qui ne saurait amener dans aucun cas la guérison. Il faut profiter du répit que donne l'écoulement artificiel de l'urine pour en rétablir les voies normales; Chopart a cité l'exemple d'un malade qui vécut plus d'une année avec une sonde placée dans la vessie au-dessus du pubis. La mort fut le résultat d'imprudents essais de rétablissement de la miction par l'urèthre. La plaie fistuleuse de la vessie, dont on avait retiré la canule, s'était fermée, et une rétention urineuse funeste en avait été la suite.

M. Sédillot a pratiqué un grand nombre de fois la ponction vésicale sus-pubienne, et il n'hésite pas à déclarer que c'est une opération très-simple, très-efficace la plupart du temps, innocente, et loïn, comme quelques chirurgiens, Reybard, Velpeau, M. Ségalas etc. l'ont soutenu, d'être une des opérations les plus périlleuses de la chirurgie. Lorsque la vessie est distendue par l'urine, on ne risque en aucune façon de blesser le péritoine; les malades sont immédiatement soulagés, et il est rare que le cours des urines ne se rétablisse pas spontanément du troisième au cinquième jour, par la disparition des accidents inflammatoires qui ont provoqué la rétention, dans tous les cas où ces accidents dépendent d'un rétrécissement du canal, dont les parois sont momentanément tuméfiées. On ménage complètement l'urèthre et la prostate, ce qui est d'une importance capitale, et la plaie peut être maintenue ouverte ou être fermée.

Lorsque l'on veut substituer à la canule métallique une sonde de