

ARTICLE PREMIER

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LES ORGANES URINAIRES

I. — Cathétérisme.

Anatomie. — L'urèthre, long de 27 à 33 millimètres, et appliqué sur le vagin, forme une légère courbe à concavité supérieure, distante de 7 à 8 millimètres de la symphyse du pubis dans l'état ordinaire. Son orifice externe est situé tout à fait au bas du vestibule, sur la ligne médiane, immédiatement au-dessus du tubercule formé par la crête longitudinale antérieure du vagin. Chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants, dans la vieillesse, ou encore durant la gestation, cet orifice est sujet à remonter derrière le pubis, en sorte qu'il faut alors le chercher au-dessous et en arrière du vestibule, et prendre garde d'introduire la sonde dans le vagin au lieu de la mettre dans la vessie.

On peut sonder l'urèthre à nu, procédé ordinaire; ou par-dessous la couverture, en se guidant seulement sur le toucher.

1° *Cathétérisme ordinaire.* — La malade couchée sur le dos, le bassin élevé, les cuisses écartées et un peu fléchies, et les parties à découvert; le chirurgien, placé à droite, porte la main gauche en pronation sur le mont de Vénus, entr'ouvre les petites lèvres avec le pouce et l'indicateur, prend la sonde de la main droite comme une plume à écrire, et en présente le bec, la concavité en haut, à l'orifice de l'urèthre. A peine est-elle entrée, qu'il faut l'abaisser un peu pour l'engager au-dessous de la symphyse; puis on la relève, et, la poussant suivant la direction de l'urèthre, on entre d'un seul trait dans la vessie. Si le siège et la vulve paraissent trop enfoncés, on passe la sonde par-dessous le jarret correspondant.

2° *Cathétérisme par-dessous la couverture.* — Il y a deux principaux procédés, selon qu'on cherche l'urèthre d'avant en arrière ou d'arrière en avant.

Premier procédé. — Le clitoris étant relevé avec la pulpe de l'indicateur gauche, on porte le bec de la sonde sur l'ongle de ce doigt; on le fait glisser doucement de haut en bas sur la ligne médiane, et l'on tombe ainsi presque nécessairement dans l'urèthre.

Deuxième procédé. — La malade couchée sur le dos, les cuisses écartées, si cela est possible, le chirurgien placé à gauche, porte l'indicateur gauche à la partie inférieure et moyenne de la paroi antérieure du vagin et avec la pulpe du doigt reconnaît le tubercule uréthral, qu'il refoule légèrement en arrière et en haut. L'indicateur de l'autre main, avec laquelle on tient la sonde, porté immédiatement en avant et au-dessus

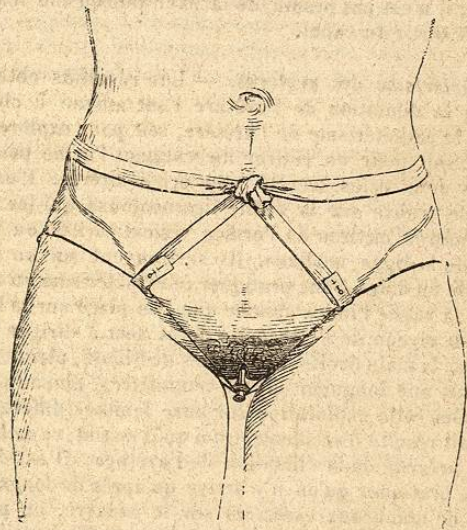


FIG. 737.

Manière de fixer la sonde.

du tubercule, donne la sensation du creux formé par l'orifice de l'urèthre, dans lequel il est facile d'engager le bec de l'instrument. Il vaut mieux s'exercer à diriger la sonde sur l'indicateur gauche, pour éviter la recherche de l'urèthre avec l'indicateur droit.

Quoi qu'on fasse, il sera toujours difficile d'épargner à la femme des tâtonnements peu conciliables avec l'objet essentiel de ce procédé, qui est de ménager la pudeur; on ne doit donc y recourir que quand la volonté persistante des malades en fait une nécessité. Le procédé ordinaire même, pour peu que le lieu

soit obscur, rend déjà difficile la recherche de l'urèthre ; mieux vaut placer la femme sur le bord du lit, les cuisses écartées, et les parties suffisamment éclairées pour que la sonde aille directement à son but.

La sonde peut se fixer au moyen de fils retenus en place par deux jets de bande partant d'une ceinture (fig. 737) ou en attachant simplement les fils aux poils du pubis comme on le fait chez l'homme. Quand on fait usage de la sonde Sims à double courbure en S, il n'est pas besoin de la fixer puisqu'elle n'a pas de tendance à sortir du canal.

3° *Cathétérisme des uretères.* — Les résultats obtenus par Simon par la dilatation de l'urèthre l'ont amené à chercher à pratiquer le cathétérisme de l'uretère, soit pour explorer sa perméabilité, soit pour en retirer directement l'urine pour savoir lequel des deux reins sécrète une urine altérée. L'orifice des uretères se trouve sur la saillie ligamenteuse qui les réunit à 2.6 centimètres environ de l'orifice vésical ; à 1.25 ou 1.60 centimètres de la ligne médiane. Ils se trouvent sur un bourrelet appréciable au doigt. Pour pratiquer ce cathétérisme on fait pénétrer dans la vessie l'index gauche que l'on place sur le bourrelet existant au niveau de l'orifice, le doigt sert à diriger la sonde poussée par la main droite. Les sondes de Simon, pleines ou canaliculées ont une longueur de 25 centimètres, Simon a pratiqué dix-sept fois cette exploration sur onze femmes différentes sans qu'il en soit résulté d'accidents. Quoi qu'il en soit, ce cathétérisme doit être précédé de la dilatation de l'urèthre ; il est de plus si difficile à pratiquer qu'on n'y arrive qu'après de longs tâtonnements et de nombreux exercices sur le cadavre, on peut donc le regarder comme un mode d'exploration tout à fait exceptionnel.

II. — Dilatation de l'urèthre.

La dilatation de l'urèthre a été employée comme moyen thérapeutique pour guérir certaines névralgies du col ; on y a eu surtout recours pour extraire les corps étrangers de la vessie ; on l'emploie depuis quelques années pour permettre par la vue ou par le toucher l'exploration de la vessie. La dilatation de l'urèthre n'est pas chose nouvelle, Bencivieni (1502), Marianus Sanctus (1526), Franco (1560) y avaient eu recours, en se servant d'instruments, pour extraire des corps étrangers de la vessie. Ast. Cooper modifia le spéculum dilatateur de Franco, mais c'est

G. Simon qui vulgarisa récemment la dilatation *rapide* de l'urèthre qu'il pousse du reste aussi loin que possible. Il fait avec des ciseaux, sur l'orifice externe de l'urèthre, qui est la partie la plus étroite et la moins dilatable du canal, deux incisions, l'une supérieure, de 2 millimètres et demi ; l'autre inférieure, de 5 millimètres, et il dilate le canal par l'introduction de spéculums d'un volume croissant. Ces spéculums sont au nombre de six, le plus petit a trois quarts de centimètre de diamètre, le plus gros ne mesure pas moins de deux centimètres.

On peut employer pour obtenir cette dilatation les dilateurs de Dolbeau, Guyon, Demarquay destinés à la lithotritie périnéale, ou les dilateurs spéciaux de Reliquet, Seneca (de New-York), de Kurz.

La *dilatation lente* compte aussi plusieurs procédés :

1° Douglas a eu l'idée d'introduire dans l'urèthre des bouts d'éponge préparée qu'on peut laisser douze ou vingt-quatre heures, ou même renouveler matin et soir pendant plusieurs jours.

2° Bromfield porta jusque dans la vessie, à l'aide d'une sonde, un appendice cœcal d'un petit animal, y poussa une injection d'eau chaude, qu'il retint à l'aide d'une ligature ; puis, en tournant à plusieurs reprises le bout extérieur, il refoula le liquide dans la portion uréthrale. Il obtint aussi peu à peu une dilatation telle que, lorsqu'il retira l'appareil, le calcul s'échappa de lui-même.

3° Enfin, A. Cooper a laissé une fois son spéculum à demeure pendant huit heures.

L'éponge est le plus commode pour le chirurgien ; elle offre cependant des inconvénients dont il est bon d'être averti. Au commencement, elle est assez bien supportée, mais à mesure que son séjour se prolonge, elle irrite à la fois et par la dilatation croissante qu'elle fait subir au canal, et par son contact irrégulier, et par la rétention d'urine. Pour obvier à ce dernier inconvénient, l'emploi de la laminaria creusée d'un canal à son centre est bien supérieure à l'usage de l'éponge. Hutchinson a proposé de placer une petite sonde au centre de l'éponge. Pour rendre son contact moins rude, on pourrait la mettre dans un condom, rempli ensuite d'une injection d'eau tiède.

La dilatation lente est-elle préférable à la dilatation immédiate ? Il est encore un peu difficile de se prononcer. S'il ne s'agit que d'une dilatation modérée, on peut la faire rapidement en une seule séance ; mais s'il s'agit d'une large dilatation pour obte-

nir le passage d'un gros calcul ou l'introduction du doigt, il paraît préférable de commencer à obtenir un certain élargissement du canal par la dilatation lente, quitte à l'augmenter à son maximum au moment de l'opération ou de l'exploration. La grande question, en effet, est de savoir si l'urèthre très fortement dilaté recouvrera sa contractilité et s'il ne restera pas une incontinence d'urine. D'après Winckel cet accident serait complètement rare après la dilatation par le procédé de Simon; cependant elle a été observée plusieurs fois après la dilatation, quel que soit le procédé employé; mais le plus souvent elle n'est que passagère.

III. — Exploration de la vessie.

Je viens de dire comment on peut l'explorer avec le doigt; on l'explore aussi avec la vue comme on le fait pour la vessie de l'homme avec l'endoscope de Désormeaux. Chez la femme la direction à peu près rectiligne de l'urèthre, son peu de longueur, sa dilatabilité permettent l'emploi d'instruments beaucoup moins compliqués. Grünfeld, Ultzmann, Fürth ont imaginé des appareils qu'il me paraît inutile de décrire, celui de Rutenberg leur étant de beaucoup supérieur. Il se compose d'un cylindre de maillechort, sorte de spéculum fermé vers son pavillon d'un ajutage, sur la circonférence duquel existe un tube qui communique avec l'intérieur du spéculum et qui sert à l'introduction de l'eau. Au centre est une glace, qui bouche l'ouverture du spéculum. Le long de la paroi est un tube creux, sorte de seringue munie d'un long piston. Ce tube renferme une tige qui, à l'extrémité vésicale du spéculum donne attache à un petit miroir circulaire qu'on manœuvre de l'extérieur au moyen du piston qui n'est que la terminaison de cette tige. Après que l'urèthre a été dilaté avec le spéculum de Simon, on vide la vessie de l'urine qu'elle renferme, on introduit l'endoscope qui forme bouchon et l'on fait par le petit tube une injection d'eau pure dans la vessie afin de la distendre. Cela fait, au moyen de la tige formant piston, on pousse dans la vessie, au delà de l'endoscope, le miroir qui au moment de l'introduction était retenu dans sa cavité. Au moyen d'une lampe à gaz dont la lumière est renvoyée dans l'axe de l'endoscope par un miroir concave, comme on le fait pour l'ophthalmoscope ou le laryngoscope, on éclaire la vessie dont l'image vient se peindre dans le miroir plan.

IV. — De l'extraction des corps étrangers de la vessie.

Ce sont, comme chez l'homme, ou des calculs, ou des corps étrangers introduits du dehors.

Ces derniers varient de matière et de forme et réclament parfois des procédés spéciaux. Denucé a eu affaire à un crochet de brodeuse, dont l'extrémité pointue, engagée dans la paroi inférieure de l'urèthre, faisait une saillie assez marquée du côté du vagin, à 3 ou 4 centimètres de profondeur. Le crochet en hameçon ne permettait pas de le retirer directement; Denucé le poussa plus avant, de manière à le faire sortir par le vagin. Mais plus communément ce sont des corps allongés et mousses, comme un bout de sonde brisé, un étui, etc. On peut les aller chercher avec des pinces, avec beaucoup plus de facilité que chez l'homme: d'abord, à raison du peu de longueur du canal, puis, parce qu'avec le doigt introduit dans le vagin on peut déjà leur imprimer une direction favorable; et enfin parce qu'on peut s'aider d'un autre doigt introduit par l'urèthre même.

Quelquefois il s'agit de corps arrondis, comme de petits cailloux, que l'on va chercher avec des pinces ou des tenettes; l'urèthre, qui leur a livré passage de dehors en dedans, les laisse facilement repasser de dedans en dehors. Quand enfin ce sont des calculs, surtout s'ils ont acquis un certain développement, il faut au préalable procéder à la dilatation de l'urèthre.

J'ai déjà dit que la dilatation avait été faite dans ce but par Beneveni, Marianus Sanctus, Franco et César Alpin au ^{xvi} siècle. Solinger (1698) Douglas, Bertrandini ont employé la dilatation lente par l'éponge préparée.

Si les calculs ont plus de 2 centim. de diamètre il faut recourir à la lithotritie. Si par leur dureté, leur nature ils ne peuvent être brisés, ou si des indications particulières à la malade contre-indiquent cette opération, il faut avoir recours à la taille.

La lithotritie se fait comme chez l'homme, mais avec bien plus de facilité à raison du toucher vaginal qui permet de diriger l'instrument sur la pierre et de la dilatabilité du canal qui laisse échapper de plus gros fragments.

V. — De la taille.

La taille chez la femme se pratique d'abord comme chez l'homme en divisant l'urèthre et le col de la vessie : elle porte ici le nom de *taille uréthrale* ; puis, par le vagin, *taille vaginale* ; et enfin par l'hypogastre. Lisfranc avait aussi imaginé d'arriver à la vessie par une incision semi-lunaire pratiquée en travers du vestibule, entre la symphyse et l'urèthre.

Ce procédé n'a, que je sache, été appliqué qu'une seule fois par Thomas en 1839. Il s'agissait d'une femme enceinte qui guérit en 32 jours.

La taille hypogastrique se faisant comme chez l'homme ne demande pas d'autre description. Nous n'aurons à parler que de la taille uréthrale et de la taille vaginale.

1° *Taille uréthrale*. — Elle s'est pratiquée d'abord sous le nom de *grand appareil*, en divisant obliquement à gauche une petite portion de l'urèthre, et cherchant à dilater le reste ; c'était encore la pratique de Laurent Colot, qui seulement dirigeait l'incision en avant vers la symphyse. Au commencement du XVIII^e siècle, on divisa l'urèthre tout entier, d'abord obliquement à gauche, à l'imitation de la taille latérale chez l'homme ; puis des deux côtés (Louis et Fleurant avaient même proposé pour ce procédé un lithotome double) ; puis A. Dubois a repris l'incision de L. Colot avec une sonde cannelée et un bistouri, mais en la faisant aussi étendue que l'exige le volume du calcul, et ajoutant même au besoin des incisions latérales ; et enfin Dupuytren a préconisé le lithotome caché de frère Côme, introduit sans autre instrument dans la vessie.

2° *Taille vésico-vaginale*. — Pratiquée dès le XVI^e siècle dans un cas de cystocèle vaginale, instituée ensuite plus régulièrement par Fabrice de Hilden, en 1628, elle compte un assez grand nombre de procédés, qui toutefois se rattachent à trois principaux. Fabrice de Hilden coupait la paroi vésico-vaginale sur le calcul même, qu'il ramenait vers le col à l'aide d'une curette introduite dans la vessie ; Vacca distendait la vessie avec une injection d'eau chaude pour y plonger le bistouri par ponction ; J.-J. Rigal enfin, faisait l'incision sur la cannelure d'un cathéter. C'est ce procédé, modifié par Clémot, qui a réuni le plus de suffrages.

Procédé de Clémot. — Le cathéter placé dans la vessie, on glisse sur la paroi postérieure du vagin un gorgeret qui, appuyant fortement sur le périnée, vient arc-bouter contre l'extrémité du cathéter. Le chirurgien porte alors le long du gorgeret un bistouri droit tenu comme une plume à écrire, traverse la paroi vésico-vaginale pour tomber dans la cannelure du cathéter, et divise cette paroi d'arrière en avant, jusque près du col de la vessie qui doit être respecté.

Velpeau a proposé de placer la femme sur le ventre, ainsi qu'on a fait depuis pour la fistule vésico-vaginale.

Vallet (d'Orléans) pratique l'incision de la vessie en travers, à l'aide d'un cathéter brisé dont la cannelure se tourne en travers dans la vessie. Mais il y a joint la modification beaucoup plus importante de réunir immédiatement la plaie par suture. On a cru devoir, dans ces derniers temps, inventer des cathéters spéciaux, cela est parfaitement inutile.

Appréciation. — La taille uréthrale est d'abord soumise à ce premier reproche, d'exposer à blesser quelque artère pour peu qu'elle se rapproche des os ; dans la seule opération de ce genre que Malgaigne ait vu faire, l'incision dirigée vers la symphyse avait déterminé une hémorrhagie telle que l'opérateur, Félix d'Arcet, jugea prudent de l'appeler. Mais un accident bien autrement grave est l'incontinence d'urine qui suit presque inévitablement. Tous les procédés y exposent. Frère Côme, qui faisait l'incision latérale, fut obligé d'y renoncer pour cette seule cause ; Louis tailla deux jeunes filles par l'incision bilatérale : l'une mourut, l'autre eut une incontinence ; Vacca n'appliqua qu'une seule fois l'incision verticale : l'incontinence suivit encore ; et Souberbielle écrivait à l'Académie, en 1828, que, sur six femmes soumises à ce procédé par un seul chirurgien, deux étaient mortes, et les quatre autres ne pouvaient garder leur urine. Ces chiffres montrent aussi qu'elle a une gravité comparable à celle de la taille périnéale chez l'homme ; elle a donc été justement rejetée de la pratique générale.

Frère Côme avait donné la préférence à la taille hypogastrique. Mais la taille hypogastrique n'est guère moins grave chez la femme que chez l'homme : sur 42 opérées, dont 16 entre trois et dix-sept ans, frère Côme a eu 7 morts.

Reste la taille vaginale, qui n'a presque aucune gravité. A la vérité, quand on abandonne la plaie à elle-même, il y a lieu de craindre une fistule vésico-vaginale consécutive. Clémot, sur trois opérées, en avait eu une atteinte de cette redoutable infirmité ;

Flaubert, plus malheureux, en avait eu trois sur quatre. Mais la suture immédiate devra rendre ces fistules excessivement rares; aujourd'hui, avec les procédés employés pour la fistule, sa guérison est certaine. Dans les cas où la taille vaginale est faite pour guérir une cystalgie, et dans lesquels la fistule doit être gardée quelques mois, on a parfois de la peine pendant les premiers jours à empêcher son occlusion spontanée. On a même proposé de suturer, sur les bords de cette fistule, la muqueuse vésicale à la muqueuse vaginale.

Quant à la direction et au siège de l'incision, il ne saurait y avoir d'hésitation. Il faut craindre la suture d'un des uretères, par conséquent il faut rester fidèlement sur la ligne médiane et l'incision transversale de Vallet doit être rejetée. Il ne faut pas non plus prolonger l'incision jusqu'à l'urèthre, ce qui pourrait exposer à une incontinence d'urine.

ARTICLE II

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LA VULVE ET LE VAGIN

I. — Des tumeurs des grandes lèvres.

Les grandes lèvres peuvent être le siège de tumeurs sébacées, de kystes séreux analogues à l'hydrocèle, de kystes muqueux analogues à la grenouillette, qui semblent siéger dans quelque granulation de la glande vulvo-vaginale ou dans son conduit excréteur oblitéré à son orifice; et enfin de tumeurs fibreuses et autres. Les procédés opératoires sont les mêmes que partout ailleurs; seulement, quelquefois l'ablation des tumeurs entraîne une hémorrhagie en nappe difficile à réprimer, surtout dans l'état de grossesse. Voici comment Malgaigne s'est comporté dans un cas de ce genre.

Il s'agissait d'une tumeur fibro-plastique qui, du volume d'un œuf de pigeon au début de la grossesse, était arrivée à sept mois et demi au volume du poing; et déjà une ulcération des téguments de la face interne avait donné lieu coup sur coup à deux hémorrhagies alarmantes. Il fit une incision à la face externe; la tumeur était enveloppée d'un kyste fibreux, et l'énucléation s'en fit avec facilité. Mais presque immédiatement, par toute la surface de la plaie, survint une hémorrhagie que ni le tamponnement ni le perchlorure de fer ne purent réprimer. Il étreignit la base de

la grande lèvre entre deux points de suture enchevillée; le sang continuant à couler par en haut, il embrassa le reste de la plaie dans une ligature, et l'hémorrhagie fut arrêtée. Il n'y eut d'autre accident qu'une légère tuméfaction; le troisième jour, il enleva la ligature supérieure, le quatrième jour les points de suture; et la plaie marcha rapidement à cicatrisation.

On a quelquefois observé, lors de la rupture d'un thrombus des grandes lèvres, des hémorrhagies assez graves pour devenir mortelles, surtout lorsqu'elles arrivent durant le travail; sur 22 cas de ce genre, on n'a pas compté moins de 12 morts. Le même moyen serait également efficace pour les arrêter.

II. — Vagin double.

Le cloisonnement du vagin coïncide presque toujours avec un utérus double, je ne connais qu'une seule exception: l'observation de Maunoir, dans laquelle un vagin double coïncidait avec un utérus simple. J'ai réuni dans ma thèse d'agrégation (1863) un certain nombre d'observations de ce vice de conformation. Le plus ordinairement un seul des deux vagins sert au coït qui s'exerce sans aucune gêne, aussi les opérations ont-elles été assez rares. Maunoir a coupé la cloison parce que le vagin qui servait au coït était précisément celui qui répondait à la moitié du col qui ne portait pas le museau de tanche. Huguier a coupé une cloison incomplète parce qu'elle gênait les rapports sexuels. Chassaignac employa pour la détruire l'écrasement linéaire. En général les malades se refusent à se soumettre à une opération pour obtenir la guérison d'un vice de conformation que le hasard seul leur fait quelquefois découvrir.

III. Imperforation et absence du vagin.

Ce vice de conformation présente plusieurs variétés.

1^o *Imperforation de l'hymen.* — Ce vice de conformation est assez fréquent. La vulve est normalement conformée, mais l'hymen ne présente aucune ouverture, ou une ouverture trop étroite pour laisser passer librement les règles. Une ponction ou mieux une incision simple ou cruciale avec excision des lambeaux suffiront presque toujours pour obtenir une ouverture permanente et la sortie du sang menstruel.