

Extrait des *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*
du mois de mars 1890.

**Biblioteka Główna
WUM**

**Ponction vésicale hypogastrique avec sonde sus-pu-
bienne à demeure, et lavages antiseptiques de la
vessie, dans deux cas de prostate infranchissable.**

Par M. le docteur FERNAND LALESQUE,

Ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Société de biologie
(Prix Godard 1882.)

OBSERVATION I

Hypertrophie de la prostate. Fausse route. — Bellegarde (François),  g  de 70 ans, n  à Onesse, dans le département des Landes, entr it au petit hôpital de la Teste-de-Buch, le 26 octobre 1884, à 11 heures du matin. D'une santé robuste, exerçant le pénible métier de gardeur de brebis, exposé aux intempéries de toutes les saisons, il ne se souvient pas d'avoir jamais été malade. A peine si depuis deux ou trois mois il avait remarqué une certaine fréquence nocturne des urines, avec lenteur dans l'émission : phénomènes dont il ne s'était d'ailleurs nullement troublé.

Le vendredi 24 octobre, venu à Arcachon, en compagnie de quelques camarades, il se livra à des libations par trop copieuses. Si bien que, rentré à la Teste, le soir vers 9 heures, en état complet d'ivresse, il n'a pas gardé le souvenir de cette première partie de la nuit, mais se rappelle avoir éprouvé un impérieux besoin d'uriner, et fait une première tentative de miction vers 3 heures du matin, tentative infructueuse.

Tourmenté par un incessant besoin, le malade fit ap-

Biblioteka Główna WUM

Br.1578



000029256



peler un médecin dès le samedi matin. Notre confrère aurait fait, sans succès, plusieurs essais de cathétérisme, qui s'accompagnaient d'écoulement de sang par l'urèthre. De nouvelles tentatives furent réitérées dans la journée du samedi et dans la matinée du dimanche, toutes infructueuses, toutes de plus en plus douloureuses, et toutes suivies d'une recrudescence de l'écoulement sanguin. Pas une goutte d'urine n'avait été évacuée, malgré un grand bain tiède prolongé ; malgré, ou plutôt à cause de l'observation scrupuleuse, par le malade, des conseils de son entourage : boire beaucoup de tisane de chiendent, ce qui ne devait pas manquer de faire vider la vessie spontanément !

C'est donc dans ce triste état local que le malade fut porté à l'hôpital, dont le médecin en chef, le docteur Jules Lalesque, mon père, fit, dans l'après-midi, deux essais de cathétérisme. Les résultats en furent aussi négatifs, au point de vue de l'écoulement des urines, et aussi fâcheux au point de vue local.

A 6 heures du soir je vois le malade. Son état est le suivant : Depuis 48 heures, ou peu s'en faut, le malade n'a pas rendu une seule goutte d'urine, et il a beaucoup bu. La vessie, très fortement distendue, dessinant dans la région hypogastrique une tumeur globuleuse, fluctuante, douloureuse à la palpation, est saillante de l'arcade pubienne à l'ombilic. La verge en demi-érection, souillée de sang coagulé, laisse couler par le méat quelques bavures sanglantes. Le rectum, libre de matières fécales, permet à l'indicateur de toucher une prostate hypertrophiée, dans des limites ordinaires, mais surtout très douloureuse à la pression.

L'état général est mauvais : prostration, pouls petit, serré, rapide à 120 pulsations par minute, facies grippé, respiration haute, peau sèche. Tous ces symptômes, rapprochés de quelques frissons erratiques ressentis par le malade depuis 3 heures de l'après-midi, font penser à un commencement d'intoxication urineuse.

L'indication était très nette. Il fallait évacuer la vessie, et sans tarder. Faire de nouvelles tentatives de cathétérisme était inutile. Cependant, comme dans les manœuvres précédentes, on avait fait usage de sondes de petit calibre, droites, je cédaï aux sollicitations de l'entourage, et fis un essai à l'aide d'une sonde à béquille d'un plus fort calibre. Mais à peine mon instrument, conduit avec toute la douceur et toute la lenteur désirables, exigées par la situation, atteignait-il la prostate, que la douleur devint très vive, et que du sang s'écoula.

Aussitôt je pratique la ponction hypogastrique, sur la ligne médiane, à 2 centimètres au-dessus de l'arcade pubienne, à l'aide d'un trocart droit ordinaire, dont la canule mesure 4 centimètres et 1 millimètre de longueur. D'emblée je pénètre dans la vessie, et lorsque je retire le trocart de sa gaine, il s'échappe un flot d'urine, sous forte pression, projeté au loin. Puis au moment voulu (voir plus loin) j'introduis par la canule une sonde en gomme, glissant à frottement doux, calibre 17, d'une filière graduée par tiers de millimètre. Dès qu'elle est parvenue dans la vessie, je retire la canule et laisse couler l'urine par la sonde. L'évacuation se fait alors d'une façon continue pendant quelques instants, avec jet faible, un peu plus faible que celui qui se serait produit si la sonde avait été introduite par le canal de l'urèthre.

La quantité d'urine ainsi évacuée n'a malheureusement pas été appréciée.

L'écoulement venant à s'arrêter, j'injectai dans la vessie le contenu d'une seringue à hydrocèle, soit 160 grammes d'une solution tiède d'acide borique à 30 p. 1000, sans distendre sensiblement le réservoir urinaire, et sans diminuer le soulagement relatif éprouvé par le malade.

Applications de collodion sur le pourtour de la plaie cutanée et sur une assez large étendue du bas-ventre, qui avant l'opération avait été soigneusement approprié. Fixation de la sonde à l'aide de liens en coton, insérés sur elle

aussi près que possible de l'abdomen, disposés en rayons divergents, et fixés par une nouvelle couche de collodion. Enveloppement de la verge par un linge boriqué.

La sonde est bouchée à l'aide d'un fausset, avec recommandation à l'infirmier de le retirer toutes les deux heures pour laisser couler l'urine.

29 octobre. — L'état est satisfaisant : fièvre presque disparue entièrement dans les vingt-quatre premières heures qui suivirent l'opération. Retour de l'appétit, du sommeil. Le malade se lève une partie de l'après-midi, dans un fauteuil.

Trois fois par vingt-quatre heures, depuis le lendemain matin de l'intervention, on pousse dans la vessie une certaine quantité de la solution boriquée. Grâce à cette précaution, la première urine rendue, quoique louche, n'a absolument aucune odeur ammoniacale. L'écoulement sanguin par l'urèthre a cessé, et, le malade affirmant avec obstination avoir rendu un petit jet d'urine par le canal, je fais une prudente tentative de cathétérisme. Mais à peine la sonde est-elle introduite, que quelques gouttes de sang réapparaissent, je n'insiste pas.

6 novembre. — Dixième jour de la ponction, je change la sonde, sans aucune difficulté et sans aucune douleur. Elle n'est pas incrustée de sels calcaires; une sonde d'égal calibre est introduite.

11 novembre. — Le malade urine par l'urèthre. Pendant les premiers moments de la miction, l'urine sort à la fois par la sonde et par l'urèthre, puis seulement par l'urèthre. Si, au début de la miction, on a soin de ne pas enlever le fausset de la sonde, l'urine sort plus abondante par le canal, mais quelques gouttes viennent sourdre, à l'orifice cutané, le long de la sonde.

13 novembre. — L'écoulement de l'urine se fait sans difficultés et presque entièrement par l'urèthre. Je me décide à retirer la sonde sus-pubienne, et à oblitérer l'orifice cutané par plusieurs couches successives de collodion,

en recommandant au malade d'assurer cette occlusion par l'apposition de deux ou trois doigts, au moment d'uriner.

Huit jours après, le trajet hypogastrique était fermé, et le malade continuait à uriner sans difficultés par le canal. La guérison ne s'est pas démentie depuis lors. Mon opéré, aujourd'hui âgé de 75 ans, employé à garder les vaches d'une des laiteries de la ville, n'éprouve qu'un peu de lenteur de la miction. Quant à savoir, par le toucher rectal ou par le cathétérisme, dans quel état se trouvent sa prostate et son urèthre, c'est chose impossible. Au souvenir des souffrances endurées, Bellegarde se refuse absolument à tout examen, déclarant que si, de nouveau, il lui devenait impossible d'uriner, il ne se laisserait rien introduire dans l'urèthre, et me demanderait à nouveau de lui « trouver le ventre ».

OBSERVATION II

Cancer de la prostate. Fausse route. — Graveau (Jean), 68 ans, marin, entré à l'hôpital de la Teste-de-Buch le 16 avril 1886. Malade depuis déjà plus de six mois, très amaigri, sans forces, a uriné plusieurs fois du sang, présente une teinte jaune paille caractéristique. Du reste, le toucher rectal ne laisse aucun doute sur l'envahissement de la prostate par une tumeur cancéreuse d'un certain volume.

Dans les derniers temps de l'existence du malade, la difficulté de la miction alla s'accroissant, et exigea l'emploi de la sonde. Pendant près d'un mois, le cathétérisme fut mis en pratique, mais devenait de jour en jour plus difficile. Si bien que le 24 juillet, la miction étant impossible, la sonde ne pouvant plus passer par l'urèthre, à raison du volume de la tumeur et d'une fausse route datant de trois jours, je pratiquai la ponction sus-pubienne, avec le même trocart et dans les mêmes conditions que pour l'opéré de l'observation I.

Notons que l'état cachectique était à son apogée, la fai-

blesse extrême, et que le malade avait une phlegmatia double des membres inférieurs.

Le soulagement apporté par mon intervention fut réel. Aucun accident ne se produisit du côté des voies urinaires, jusqu'au jour où le malade fut emporté par son carcinome, le 2 août au soir, c'est-à-dire huit jours après l'opération.

I

En publiant les deux faits dont la relation précède, mon intention n'est point d'essayer la réhabilitation de la ponction avec canule à demeure, au détriment de la ponction capillaire aspiratrice. Ce serait aller à l'encontre de tous les faits connus et classiques. Du moins ressortira-t-il de cette étude que l'ancien procédé, avec certaines modifications techniques, et avec le secours de la méthode antiseptique, est peut-être moins à dédaigner qu'autrefois.

Malgré tout, la ponction avec instrument à demeure, quel que soit d'ailleurs cet instrument, ne saurait en aucun cas être le procédé de choix. Seules des circonstances de milieu ne m'ont pas permis d'employer la méthode évacuatrice par les ponctions capillaires et aspiratrices successives. Lorsque je vis mon premier malade, ce fut d'une façon tout à fait fortuite. L'indication de vider sa vessie s'imposait immédiate. Je n'avais sous la main rien de l'instrumentation voulue pour la mise en œuvre d'une ponction capillaire, et je ne pouvais, à raison de la distance et de mes occupations, m'astreindre à revenir deux fois par 24 heures répéter les ponctions évacuatrices.

Le temps pressait. Je n'hésitai donc pas à recourir à l'ancien procédé classique de la ponction sus-pubienne, me souvenant de cette parole de mon maître le professeur Guyon : « Cette opération, malgré ses dangers, a servi à la guérison d'une certaine proportion de malades ».

En ce qui concerne le malade de la deuxième obser-

palliative, dont le succès ne donnerait qu'un sursis de quelques jours. Encouragé par un premier résultat heureux, j'étais désireux de remettre en pratique la même méthode, avec les mêmes modifications, afin d'en mieux apprécier la valeur.

De la sorte, il m'a été possible, pour les deux cas qui me sont personnels, de constater l'innocuité de la ponction hypogastrique avec instrument évacuateur à demeure.

Quels sont donc les dangers de cette méthode suspubienne ? Comment et dans quelles limites peut-on les pallier ou les éviter ?

L'épanchement d'urine dans le péritoine est un accident mortel. La chute dans la séreuse abdominale de quelques gouttes d'urine altérée, ayant subi la décomposition ammoniacale, suffit pour déterminer une péritonite fatale. C'est là le principal danger de la ponction hypogastrique avec canule.

Cet accident survient lorsque l'instrument laissé à demeure se déplace et quitte la vessie, soit à raison de sa brièveté, soit à raison d'une pénétration opératoire insuffisante, soit que la vessie pendant sa déplétion glisse le long de la canule et l'abandonne. Il est à remarquer que cet accident, relevé deux fois dans la statistique du docteur Pouliot (*Ponction vésicale hypogastrique*, thèse de Paris 1868), est survenu alors que l'instrument laissé à demeure était rigide, métallique. On pourra l'éviter, croyons-nous. Pour cela, à l'ancienne canule, corps rigide, d'une longueur et d'une pénétration incertaines, il faut substituer une sonde en gomme. Poussée assez avant dans la vessie, elle s'y replie, comme j'ai pu le constater sur celles retirées de la vessie de mes opérés, après quelque temps de séjour. Il est donc bien peu probable que, dans ces conditions, la sonde puisse être expulsée du réservoir urinaire, et que les chances de son arrachement ne soient pas diminuées.

Cette substitution doit avoir lieu, non quelques jours après la ponction, mais au moment même de l'opération.

C'est la ligne de conduite adoptée chez mes deux opérés. Voici comment j'ai procédé : après avoir pénétré dans la vessie, j'ai, tout en retirant le trocart, fortement enfoncé la canule; puis, dès que l'urine a commencé de s'écouler en bavant, j'ai fait basculer la canule, de façon à relever son extrémité interne ou vésicale, pendant que son extrémité externe ou cutanée sus-pubienne s'abaissait. La canule s'est donc trouvée au-dessus du niveau de l'urine, et non seulement il ne s'est plus écoulé de liquide venant de la vessie, mais, de plus, les quelques gouttes restées dans la canule se sont égouttées par l'orifice externe. Puis, maintenant la canule dans cette position déclive, j'ai introduit la sonde jusqu'à la moitié de sa longueur, et alors seulement j'ai retiré la canule. N'est-ce pas le moyen d'éviter la chute dans le péritoine des quelques gouttes d'urine qui pourraient, ou glisser de l'intérieur de la canule, ou sourdre par la plaie vésicale au moment du retrait de l'instrument ?

L'épanchement d'urine dans le péritoine peut se produire par un autre mécanisme : l'urine, au lieu de faire issue par la lumière de la canule, s'infiltré le long de ses parois. C'est là son mode de production le plus fréquent. En effet, la statistique déjà invoquée du docteur Pouliot donne, sur 22 cas de ponction sus-pubienne dans les affections de la prostate, 12 guérisons et 9 morts, dont 8 par infiltration, qui au point de vue du mécanisme de l'origine de l'infiltration se décomposent ainsi qu'il suit : 2 par arrachement de la canule, et 5 par infiltration le long de l'instrument laissé à demeure.

Il semble que là encore l'emploi de la sonde doive pallier ce danger. Voici comment s'exprime à ce sujet le docteur Pouliot : « Les inconvénients qu'on pourrait trouver à son usage seraient de ne pas remplir la plaie aussi exactement que le peut la canule (Velpeau, Fleury, de Clermont, etc.), et de ne pas présenter un canal suffisant pour satisfaire assez tôt les contractions vésicales. Ces griefs seraient d'une grande importance. Avant de les examiner, voyons

si les craintes qu'ils inspirent sont fondées sur l'observation : pas une issue funeste n'est signalée dans les différents recueils, et je n'en connais qu'une seule, que m'a fait connaître M. le professeur Gosselin. » Puis l'auteur signale deux observations personnelles heureuses, par l'emploi de la sonde. A ces faits je puis joindre les deux qui me concernent, et dans lesquelles il ne se fit pas le moindre écoulement le long des parois de l'instrument laissé à demeure : une sonde en gomme.

La substitution de la sonde à la canule semble donc un progrès réel. Sa substitution immédiate présente, outre les avantages précités, celui de ralentir l'écoulement de l'urine. Toujours, lorsqu'on a recours à la ponction hypogastrique dans les cas de prostate infranchissable, on a épuisé les ressources ordinaires de la thérapeutique instrumentale par l'urèthre. Il y a réplétion exagérée du réservoir urinaire. La pression y est telle que, dès l'arrivée de la canule et le retrait du trocart, l'urine jaillit et abaisse très rapidement cette pression intra-vésicale. La mise de la sonde ralentit très sensiblement l'évacuation, et place l'opéré dans de bonnes conditions, en le mettant à l'abri des hémorragies consécutives à une déplétion trop complète et trop rapide. D'ailleurs la quantité d'urine, à laquelle la canule donne issue, est très amplement suffisante pour amener le soulagement immédiat du malade.

II

Longtemps la blessure du péritoine a été considérée comme un accident grave, pouvant résulter de la ponction sus-pubienne.

Aujourd'hui, nous savons que rien de semblable n'est à craindre, que la vessie distendue, saillante au-dessus de l'arcade du pubis, se présente, au moins dans les deux tiers inférieurs de son globe, dépourvue du revêtement péritonéal. Au surplus, la ponction, faite dans des conditions

rigoureuses d'antiseptie, rendra plus négligeable la lésion si limitée du péritoine.

On a encore signalé, comme complications, l'inflammation du tissu cellulaire de la paroi abdominale, l'inflammation de la vessie, parfois même des accidents gangreneux. Ces complications s'observaient plus particulièrement à l'époque où le chirurgien faisait usage d'instruments rigides, mal appropriés. De telle sorte que, si l'emploi de la sonde en gomme n'avait pas trouvé son indication dans la ponction hypogastrique, il faudrait là se conformer aux lois formulées par le professeur Guyon, lois relatives à l'usage des instruments laissés à demeure dans la vessie : « A moins de circonstances exceptionnelles, vous ne laisserez pas à demeure d'instruments métalliques. Si vous y étiez obligés, ce séjour ne devrait être que temporaire, 24 heures au plus ; mais vous devez tout faire pour éviter semblable obligation. C'est aux instruments en gomme ou en caoutchouc qu'il convient de recourir. » Les sondes plus souples, d'une adaptation de courbure plus aisée, ne compriment pas fortement, et à longue échéance, toujours le même point du tissu cellulaire ou de la muqueuse. Elles exposent en conséquence beaucoup moins à l'inflammation ou à la mortification des tissus.

L'emploi de la méthode antiseptique doit surtout mettre à l'abri de ces accidents purulents ou gangreneux. Si, autrefois, les instruments employés étaient mal appropriés, ils avaient surtout le tort énorme de n'avoir pas subi la désinfection, alors inconnue. On évitera presque toujours les complications en se conformant aux lois de l'antiseptie : toilette du malade, désinfection des instruments, antiseptie de la plaie. Dans la ponction sus-pubienne, cette indication capitale est remplie par le *lavage de la vessie*.

Cette manœuvre, toujours pratiquée par l'urèthre avec ou sans sonde (procédé Vandenabeele-Lavaux), n'avait jamais été pratiquée par la voie sus-pubienne, d'après mon excellent ami le docteur Verchère. Il est l'auteur de la pre-

mière observation publiée de lavage vésical après ponction hypogastrique (*Union médicale*, 1888, n° 135). La lecture de son intéressante observation et des judicieuses remarques qui l'accompagnent m'a décidé à publier mes deux faits, antérieurs de quelques années. Non point que je veuille revendiquer une priorité quelconque, mais uniquement dans le but de fournir des documents pour servir à l'étude de la méthode étudiée en ce moment.

Le lavage de la vessie, pratiqué de la sorte, présente-t-il des inconvénients? Que doit-on craindre? « Est-ce d'injecter dans le tissu cellulaire la solution boriquée? dit Verchère. Si on a soin d'enfoncer profondément *la canule* du trocart, dès qu'on est sûr qu'elle est dans la vessie, ce que l'on constate aisément par l'issue de l'urine, ce danger n'est pas à craindre. » J'ajoute qu'avec la sonde à demeure, ce danger est bien moins à redouter encore.

J'ai pratiqué dans les deux cas le lavage avec une solution tiède d'acide borique à 30 p. 1 000. Après chaque miction, on poussait dans la vessie une quantité de liquide antiseptique un peu supérieure à celle de l'urine émise. On laissait séjourner la solution quelques minutes dans la vessie, pour lui donner ensuite un libre écoulement. La manœuvre était répétée quatre fois dans les 24 heures, les premiers jours de l'opération. A chaque séance, on faisait passer dans la vessie, par plusieurs injections successives, la valeur d'un litre de la solution boriquée. Trouble au commencement de la séance, le liquide ressortait de plus en plus clair à la fin. J'avais donc la certitude de ne pas laisser stagner d'urine dans le bas-fond de la vessie. D'ailleurs, j'avais bien soin de terminer chaque séance de lavage en laissant séjourner dans le réservoir urinaire 50 à 60 grammes du liquide antiseptique, et cela, jusqu'à la miction suivante. On pourrait modifier la technique du lavage en retirant par aspiration le liquide injecté, manœuvre qui serait aussi facile avec une sonde qu'elle l'a été avec la canule capillaire, dont s'est servi Verchère.



III

Quant aux autres objections adressées à la ponction hypogastrique, il n'y a guère lieu que de les citer pour mémoire. La difficulté de l'écoulement a pu présenter à Velpeau une contre-indication. Lorsque la vessie, fortement et longtemps distendue, a perdu sa contractilité, l'issue de l'urine peut être difficile. Une légère pression continue pourra y remédier, comme aussi l'injection d'une certaine quantité de liquide qui relèverait la pression intra-vésicale. L'aspiration directe lèvera toutes les difficultés.

La possibilité d'une fistule persistante ne saurait guère être prise en considération. Car, bien au contraire, la tendance très marquée à la cicatrisation du canal vésico-cutané est souvent une gêne.

CONCLUSION

En somme, je crois pouvoir tirer des faits qui précèdent et de leur discussion, les conclusions suivantes : la ponction hypogastrique peut donner des résultats autrement favorables que par le passé, si à la canule à demeure on substitue une sonde en gomme ou en caoutchouc, et si on met en œuvre, dans toute sa rigueur, la méthode antiseptique pré- et post-opératoire. Je n'hésite pas à leur attribuer l'absence de toute complication chez mes deux opérés.