

Mémoire sur la contusion et la déchirure de l'urètre : nouveau procédé opératoire pour rétablir la continuité de ce canal / par le docteur Demarquay.

Contributors

Demarquay, Jean-Nicolas, 1811-1875.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

[Paris] : [Typ. Félix Malteste], 1858.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/z5n2tyrg>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

37

2

CONTUSION ET LA DÉCHIRURE DE L'URÈTRE

MÉMOIRE

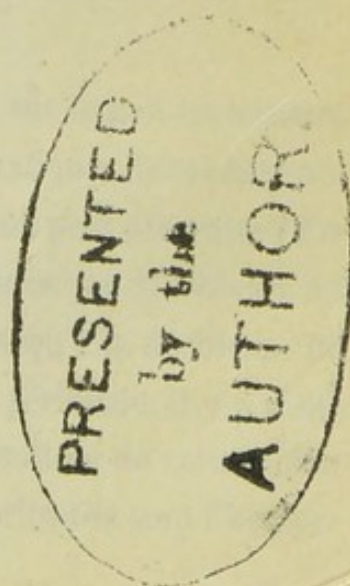
SUR

LA CONTUSION ET LA DÉCHIRURE

DE L'URÈTRE

NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

POUR RÉTABLIR LA CONTINUITÉ DE CE CANAL.



Digitized by the Internet Archive
in 2015

<https://archive.org/details/b2233094x>

MÉMOIRE

SUR LA

CONTUSION ET LA DÉCHIRURE DE L'URÈTRE

NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

POUR RÉTABLIR LA CONTINUITÉ DE CE CANAL.

PAR

LE DOCTEUR DEMARQUAY,

Chirurgien des Hôpitaux, etc.

Il est un point de la pathologie de l'urètre sur lequel les auteurs insistent peu, je veux parler des lésions traumatiques de cet organe. Cependant que de difficultés ce genre de lésion peut présenter ? En effet, depuis la déchirure de l'urètre déterminée par la volonté du malade dans le cas de chaudepisse cordée, jusqu'à la déchirure de cet organe par suite d'un choc sur la région périnéale, il y a mille degrés intermédiaires. Les accidents qui résultent de cette lésion sont primitifs ou consécutifs. Les accidents primitifs sont l'hémor-

rhagie, la difficulté ou même l'impossibilité absolue d'uriner, l'infiltration urinaire. Les accidents consécutifs sont la gangrène du périnée, l'élimination des escarres, et finalement, les rétrécissements de l'urètre ou l'oblitération complète de ce canal.

CONTUSION DU PÉRINÉE.

Les contusions de l'urètre et de la région périnéale ne sont pas rares, elles peuvent être peu graves et donner lieu seulement à une petite ecchymose, sans écoulement ou avec un léger écoulement de sang par l'urètre. D'autres fois, les accidents sont plus sérieux, il existe dans la région périnéale une vaste ecchymose, le malade rend une assez grande quantité de sang par le méat urinaire; l'exploration du canal ne fait rien découvrir, et les urines sont expulsées avec grande facilité. Nous voyons souvent des malades arriver à l'hôpital avec de fortes ecchymoses périnéales et scrotales, on pourrait craindre au premier abord une lésion grave des voies urinaires, mais l'examen attentif démontre que la lésion est légère, et que le repos et un régime délayant triompheront vite des accidents. Le plus souvent, ces derniers sont amenés par un coup reçu dans cette région, ou une chute faite d'un lieu plus ou moins élevé.

DÉCHIRURE DE L'URÈTRE.

Les coups et les chutes sur le périnée peuvent amener des déchirures de l'urètre. Tantôt l'instrument contondant, en même temps qu'il déchire le canal excréteur de l'urine, blesse les téguments; d'autres fois, l'intégrité de la peau du périnée est complète, et cependant l'urètre a été gravement lésé. Le mécanisme de cette lésion est facile à comprendre, la violence qui la

produit trouve, dans la symphyse pubienne, un point fixe, résistant, sur lequel l'urètre est contus ou déchiré par l'agent contondant. Dans ce cas d'intégrité du tégument externe, on comprend que la gravité de la lésion est en rapport avec l'étendue de la déchirure de l'urètre et le degré de contusion auquel les éléments du périnée ont été soumis.

Les signes caractéristiques de cette lésion sont une douleur périnéale profonde, l'écoulement d'une plus ou moins grande quantité de sang, et la formation d'une ecchymose considérable dans la région périnéale. Si la déchirure est petite, peu étendue, une sonde peut encore pénétrer avec facilité dans la vessie; l'urine même, peut être rendue avec plus ou moins de facilité, par le malade, sans le secours du cathétérisme; seulement, à chaque émission, il éprouve dans la région périnéale, une sensation de chaleur due au passage de l'urine. Bientôt la fièvre s'allume, tous les accidents de la fièvre urineuse apparaissent, le périnée, les bourses se tuméfient, ainsi que la verge, et le chirurgien est obligé d'intervenir, d'abord à cause des douleurs que le malade éprouve, et ensuite pour favoriser l'émission de l'urine, devenue difficile ou impossible par suite de la tuméfaction périnéale et de l'inflammation des parties de l'urètre lésées.

Les accidents peuvent être plus sérieux encore; la violence a pu être telle, et par conséquent la lésion de l'urètre assez grave pour amener une impossibilité absolue de rendre l'urine. Le cathétérisme lui-même est impossible, et bientôt le blessé éprouve toutes les tortures que la rétention d'urine peut amener.

On comprend toute la gravité de pareilles lésions, et tout ce que la position du chirurgien présente de grave et de sérieux. L'intervention de l'art, dans ce cas, est fort délicate; les opérations auxquelles il faut recourir sont non seulement difficiles, mais encore dangereuses.

TRAITEMENT DE LA DÉCHIRURE DE LA PORTION PÉRINÉALE DE L'URÈTRE.

Toutes les fois que nous sommes appelé auprès d'un malade atteint de contusion périnéale, avec issue d'une certaine quantité de sang par l'urètre, notre premier soin, même quand le malade nous dit qu'il a rendu de l'urine immédiatement après l'accident, est d'introduire une sonde à bout olivaire dans le réservoir urinaire et de la laisser à demeure. La présence de cet instrument prévient toute infiltration urineuse grave, elle comprime légèrement les parties déchirées et s'oppose à l'hémorrhagie. De plus, si celle-ci ne s'arrête point, l'application sur le périnée de moyens réfrigérants et une compression légère suffisent le plus souvent pour faire cesser l'écoulement sanguin et prévenir l'infiltration urineuse. Malheureusement, les malades ne nous sont point amenés au moment même de l'accident; souvent nous ne les voyons que vingt-quatre ou quarante-huit heures après; dans ce cas, l'urine a pu s'infiltrer dans la région périnéale, s'unir avec le sang épanché, et amener de ce côté une violente réaction. Le chirurgien doit alors faire dans la région blessée des incisions assez profondes pour donner issue au sang, à l'urine et au pus épanchés. Cela fait, il doit chercher à pénétrer dans la vessie avec une sonde, afin de s'opposer au passage incessant de l'urine dans les tissus du périnée et des bourses. Il peut se faire que le cathétérisme soit devenu impossible. Dans ce cas, et même quand j'ai pu faire pénétrer une sonde dans la vessie, je cherche, en faisant des incisions dans la région malade, à pénétrer assez profondément, de manière à arriver jusque sur le voisinage de l'urètre intéressé; de la sorte, l'urine s'écoule plus facilement au dehors et s'infiltré moins dans les tissus.

La première condition, suivant moi, c'est d'amener facilement

l'urine au dehors, soit par l'introduction d'une sonde, soit par la déchirure urétrale, quand celle-ci a été suivie d'infiltration urineuse. Voilà pour les accidents primitifs. Bientôt, sous l'influence d'un traitement convenable, du régime, de bains, de cataplasmes, etc., les accidents se calment, les tissus se détergent, le tissu cellulaire, la peau sphacélée, ainsi que les portions de l'urètre lui-même, se détachent, et alors il peut se faire que le cathétérisme, qui était impossible vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'accident, devienne facile; on met alors une sonde à demeure. Le malade urine par sa sonde et les plaies et les fistules périnéales finissent par guérir complètement; seulement, le malade gardera longtemps la sonde, afin de prévenir les rétrécissements ultérieurs.

Mais il peut arriver que l'on ne puisse point faire pénétrer une sonde dans la vessie, malgré la détersion des plaies, et que toute l'urine s'écoule par le périnée. Cette circonstance est grave, elle indique une destruction assez considérable de l'urètre, sinon la destruction complète d'une partie de ce canal. Voici comment, dans un cas que je vais rapporter plus loin, je me suis assuré de cet état de choses. J'avais dû, pour combattre une infiltration urineuse grave, faire des incisions périnéales profondes, par lesquelles se sont écoulés l'urine et le sang épanchés, et, ultérieurement, des flocons de tissu cellulaire mortifié. Les sondes introduites par l'urètre venaient toutes sortir au périnée. Afin de savoir si la lésion était considérable, j'introduisis, à travers une des plaies du périnée, un doigt que je menai jusque derrière la symphise pubienne. Je pus alors constater qu'il y avait une interruption complète de l'urètre, les mouvements qu'on lui imprimait au-dessous de cette symphise n'étaient en rien gênés; il y avait là une cavité assez spacieuse. En agrandissant une des incisions périnéales, je pus introduire l'indicateur et le médius. Une sonde, assez volumineuse, fut alors engagée dans le

méat urinaire et elle vint tomber sous la symphyse pubienne. Il n'y avait point de doute dans le cas que je signale, une chute sur le périnée avait amené une déchirure de l'urètre, et, ultérieurement, une gangrène partielle de ce canal. Après avoir cherché inutilement pendant près d'un mois à pénétrer dans la vessie, soit par l'urètre, soit par le périnée, je me décidai, par des raisons que je discuterai plus loin, à faire une opération que je crois nouvelle, afin de rétablir la continuité des voies urinaires interrompues. Je ne la fis, je dois le dire ici, qu'après avoir pris l'avis de M. Monod, dans le service duquel le malade était placé, et avec le concours bienveillant de ce sage chirurgien.

OBSERVATION. — *Déchirure complète de l'urètre avec écartement des deux bouts. — Infiltration d'urine. — Opération nouvelle pour rétablir la continuité de l'urètre et retrouver le bout profond. — Guérison.*

M. Bazin, âgé de 25 ans, était monté sur une caisse, lorsqu'il eut le malheur de tomber les jambes écartées; le périnée vint frapper sur le pied d'un tabouret renversé. Ce jeune homme éprouva une vive douleur, et lorsqu'il voulut uriner, il ne put satisfaire complètement à ce besoin, il éprouvait une sensation de chaleur dans tout le périnée, comme si un liquide chaud pénétrait dans les tissus.

Il resta ainsi quatre jours dans sa chambre, et entra au bout de ce temps, le 12 avril 1857, à la Maison de santé.

A son entrée dans cet établissement, l'interne de garde put faire pénétrer une petite sonde dans la vessie. M. Demarquay, trouvant le périnée énormément développé et gros comme un chapeau, ayant une teinte livide, fit plusieurs incisions pour donner issue à une quantité de liquide qui peut être évaluée à plus d'un litre.

L'état du malade s'améliora, et au bout de deux ou trois jours M. Demarquay ôta la sonde qui avait été placée dans la vessie au moment même de l'entrée du malade à la Maison de santé; il chercha à la rem-

placer par une plus volumineuse. Malgré ses tentatives réitérées, il ne put arriver dans la vessie ; après des essais répétés pendant plusieurs jours, il chercha à se rendre compte des difficultés insurmontables qu'il rencontrait. Le doigt introduit par une des plaies du périnée préalablement agrandie, pénétrait profondément et arrivait sous la symphyse pubienne, qu'il contournait avec facilité. Une sonde introduite dans l'urètre arrivait dans une grande cavité et permettait de constater une interruption de cet organe. De plus, quand le malade urinait, le doigt, placé dans la profondeur du périnée, sentait un liquide chaud venir de la partie profonde de cette région, et qui ne coulait point par l'urètre. Toute l'urine coulait par le périnée. M. Demarquay évalue à deux travers de doigt au moins l'espace compris entre les deux bouts de l'urètre. Pour déterminer d'ailleurs plus exactement cet espace, il introduisit l'indicateur et le médius, fit arriver une sonde par le méat jusque sur le doigt indicateur, dont le bord radial bouchait l'extrémité bulbaire de l'urètre divisé. Le bord cubital du médius, au contraire, reposait sur le col de la vessie et sentait l'urine arriver directement. Il existait entre la symphyse pubienne et la peau du périnée, une cavité dans laquelle les deux doigts se mouvaient avec facilité. Cette interruption s'explique très bien par la chute, qui amena une déchirure et une contusion de l'urètre, et finalement par l'épanchement d'urine considérable, qui mortifia le tissu cellulaire du périnée et la portion contuse de l'urètre. Ce dernier ne fut évidemment que déchiré et fortement contus au moment de l'accident ; l'interruption fut consécutive à la gangrène et à l'élimination des es-carres.

Depuis l'entrée du malade jusqu'au 1^{er} mai, M. Demarquay chercha tous les matins à faire pénétrer une sonde dans la vessie ; ne pouvant y parvenir, il se décida à pratiquer l'opération suivante. Il fit une incision courbe au devant de l'anus, comme s'il voulait pratiquer une taille bilatérale, en exagérant même cette incision, puis incisa couche par couche pour arriver sûrement dans le point où il espérait retrouver le bout profond de l'urètre. Cela fait, il exerça une traction sur la paroi antérieure du rectum, abaissa de la sorte le col vésical et fit uriner le malade. Pendant cet acte, il introduisit une sonde mince et flexible dans la vessie,

et la ramena par un mécanisme bien simple dans la partie antérieure de l'urètre. Ensuite, il fit glisser une sonde assez volumineuse, ouverte à son extrémité terminale, dans la cavité vésicale, et ôta la sonde conductrice. Tous les huit jours, pour remplacer la sonde, il introduisait une bougie en baleine assez rigide dans le réservoir urinaire, ôtait la sonde ancienne et la remplaçait par une nouvelle. Au bout de quatre mois de traitement, le malade fut parfaitement guéri; les plaies du périnée sont cicatrisées; et pour prévenir une atrésie consécutive de l'urètre, M. Demarquay obligea ce jeune homme à n'uriner qu'avec l'aide d'une sonde de gros calibre introduite dans la vessie.

Quand j'ai présenté à la Société de chirurgie ce malade guéri de cet accident fatal, plusieurs objections m'ont été adressées :

1^o M. Michon et quelques autres personnes m'ont reproché de n'avoir point attendu plus longtemps, et de n'avoir point compté davantage sur le bénéfice de la nature. Il arrive, en effet, quelquefois, que des malades ayant une plaie périnéale, guérissent. Cela est vrai, mais dans ce cas particulier, il n'y avait pas plaie de l'urètre, il y avait interruption du canal, ce qui est bien différent; et, dans cette circonstance, il était bien évident que la nature ne pouvait rien par elle-même. Il est également certain qu'avec le temps l'extrémité du bout vésical se serait oblitérée, et que le rétablissement de la continuité des voies urinaires serait devenu à peu près impossible. Dans ce cas, l'intervention de l'art est difficile et dangereuse.

J'ai vu, en effet, un des chirurgiens les plus habiles de notre époque, M. Lenoir, échouer dans une semblable opération. Pendant que je le remplaçais à Necker il y a quatre ans, je reçus dans son service un homme fort et vigoureux, dont l'urètre avait été déchiré : toutes les urines passaient avec peine et avec beaucoup de douleurs par des fistules périnéales, je ne pus faire pénétrer

aucune bougie dans la vessie. A son retour, M. Lenoir ne fut pas plus heureux, il chercha alors avec une grande habileté à rétablir la continuité du canal, en allant à la recherche de la portion oblitérée ou fortement rétrécie sans pouvoir y parvenir; les soins les plus grands, les plus minutieuses recherches, tout fut vain; il fallut renoncer à une opération dont le succès eût sauvé ce malheureux blessé.

L'urétrotomie périnéale sans conducteur est, en effet, une opération grave et surtout extrêmement difficile, sinon le plus souvent impossible.

2^o Un reproche plus sérieux me fut adressé par M. Richet. J'aurais pu, suivant mon habile confrère, arriver au même résultat en me servant d'un procédé plus simple. Il m'aurait suffi de recourir à un procédé déjà mis en usage par Lisfranc, c'est-à-dire de faire une incision périnéale médiane, comme dans le premier temps de la taille, d'après le procédé de Sanson, d'écarter les lèvres de la plaie et d'arriver ainsi sur le bout profond de l'urètre. Cette objection m'a frappé, et, avant d'y répondre, j'ai fait, sur dix à douze cadavres, des expériences propres à éclairer cette question. Lorsque l'on incise le périnée sur la ligne médiane et que l'on ne coupe point le sphincter, il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'arriver profondément sur le bout vésical de l'urètre, préalablement coupé par une section sous-cutanée. Si, au contraire, on incise profondément le sphincter et le tissu ambiant, on peut arriver au même résultat que j'ai obtenu par le procédé que j'ai mis en usage; mais cette opération a le grand inconvénient de convertir l'anus et le périnée en une vaste plaie sans cesse baignée par l'urine et les matières fécales.

Une étude attentive du sujet me confirme dans mon idée première, à savoir, que pour arriver sûrement sur le bout profond de

l'urètre, il faut suivre la paroi antérieure du rectum, et que de la sorte on tombe sûrement sur la portion membraneuse de l'urètre et sur le sommet de la prostate. Les recherches récentes que j'ai faites confirment de tout point ce que j'ai avancé, il y a huit ans, dans le journal de M. Malgaigne. Dans ce travail, où j'étudiais le meilleur procédé opératoire à mettre en usage pour arriver sur les calculs arrêtés dans la portion membraneuse de l'urètre, j'établissais, par des recherches anatomiques minutieuses, qu'il était facile d'isoler la paroi antérieure du rectum de la portion membraneuse de l'urètre et de la prostate, sans intéresser aucun organe important.

L'opération délicate que j'ai faite sur le sujet de l'observation rapportée plus haut, confirme en tout point mes premières idées. Aussi je n'hésite pas, après y avoir bien réfléchi, et d'après mes dernières recherches cadavériques surtout, à engager ceux de nos confrères qui pourraient se trouver dans la même position que moi à suivre exactement le procédé que j'ai mis en usage, et qui se trouve décrit dans l'observation citée plus haut. On a pu voir, en lisant cette observation, qu'après avoir retrouvé le bout profond de l'urètre, j'ai ramené l'extrémité libre de la petite bougie que j'avais introduite dans le réservoir urinaire, dans la portion pénienne de l'urètre, et que cette bougie m'a servi de conducteur pour mener une sonde dans la vessie.

Comme il faut changer les sondes tous les huit ou dix jours, il importe de se servir de sondes ouvertes aux deux extrémités, afin de faire pénétrer une bougie dans l'intérieur de la vessie. Pour rendre cette opération plus facile, j'ai fait construire des bougies en baleine, comme celles employées généralement par M. Guyon ; seulement, je leur donnai plus de longueur. Une fois qu'une de ces bougies avait pénétré à travers la sonde dans la vessie, j'ôtai cette dernière tout doucement, et en la fendant de la partie superficielle vers la partie

profonde. Ces bougies en baleine sont d'excellents conducteurs, et je les préfère de beaucoup aux petites bougies fines dont nous nous servons chaque jour.

La plus grande difficulté que présente la lésion traumatique de l'urètre est incontestablement celle qui résulte de l'impossibilité absolue où se trouve le malade de vider sa vessie, surtout quand le cathétérisme est impossible; il peut arriver, en effet, que le malade qui a reçu un choc dans la région périnéale, ne puisse plus rendre une goutte d'urine, et que le chirurgien ne puisse point faire pénétrer une sonde dans la vessie. Dans ce cas, que faire? Faut-il faire la ponction de la vessie, ou chercher à pénétrer à travers le périnée jusque dans le réservoir urinaire? La première idée qui se présente à l'esprit est de faire la ponction de la vessie; de la sorte, en effet, on soulage le malade; et en laissant une canule à demeure, la vessie est vidée à volonté. Mais si la ponction de la vessie est une opération simple, il faut convenir que les suites en sont souvent fort graves. J'ai fait cette opération sur des vieillards atteints de rétention d'urine, et chez lesquels le cathétérisme était impossible. Sur mes quatre opérés, trois sont morts, et celui qui a survécu, n'a dû ce bonheur qu'à une circonstance heureuse qui m'a permis de pénétrer dans la vessie quelques heures après la ponction. Mes autres malades sont morts d'infiltration urineuse sous-péritonéale, intermusculaire et sous-cutanée.

Voici, en effet, ce qui se passe au bout de vingt-quatre heures : la canule, laissée dans la vessie, a légèrement enflammé tous les tissus qu'elle a traversés; elle est moins fixe dans son canal artificiel. L'urine passe alors entre la canule et les parties environnantes, et s'infiltré surtout dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Il se passe là, en un mot, ce qui se passe si souvent dans la taille sus-pubienne. Pour ces raisons, je préférerais, dans un cas aussi

grave, avant de recourir à la ponction vésicale, aller à la recherche du bout profond de l'urètre, en suivant le procédé que j'ai indiqué plus haut. Sans doute, il n'est point facile de pénétrer dans la vessie sans un conducteur, et dans le cas de rétrécissement infranchissable, tous les chirurgiens ne seraient point aussi heureux que M. le professeur Sédillot. Mais que l'on réfléchisse bien que les circonstances dans lesquelles se trouve le chirurgien, par suite de la déchirure de l'urètre, sont moins difficiles que dans les cas de rétrécissement infranchissable où l'inflammation a tout confondu. Dans les circonstances que nous supposons, non seulement on aurait pour guide l'anatomie, mais encore un cathéter qui serait poussé jusqu'au centre de la lésion même; et tout me fait espérer qu'avec du temps et de la patience, on pourrait vaincre les difficultés.

M. Monod a vu, dans une circonstance analogue à celle que nous signalons, Aston Key, pénétrer ainsi dans la vessie, ce que le cathétérisme le mieux fait n'avait pu réaliser, fut au contraire obtenu à l'aide d'une incision périnéale qui lui permit, malgré une infiltration sanguine et urineuse considérable, d'arriver sur l'urètre lésé. D'ailleurs, l'opération que je propose ne présente aucune gravité, et si elle n'était suivie de succès, on pourrait recourir à la ponction vésicale sus-pubienne, et chercher ultérieurement à pénétrer dans la vessie en découvrant l'urètre, plus ou moins gravement intéressé. D'ailleurs, ce serait le cas de recourir au procédé opératoire préconisé dans le siècle dernier par Verduin et remis tout récemment en usage par deux chirurgiens distingués, MM. Chassaignac et Morel-Lavallée. Ce procédé consiste, lorsque la ponction vésicale a été faite, à chercher à conduire une sonde à travers la canule mise dans la vessie, afin de l'engager dans le col. On comprend que s'il était possible, comme l'ont fait nos honorables collègues, d'engager une sonde dans l'urètre en suivant

la voie que nous avons indiquée plus haut, il deviendrait alors facile de retrouver la partie de ce canal plus ou moins gravement blessée, et de conduire une sonde dans la vessie. Cela fait, on pourrait et on devrait enlever la canule, sa présence étant devenue inutile.

