

persiste-t-elle ? Quelques auteurs ont écrit que jusqu'à 20 ans, la vessie était située assez haut dans l'abdomen. Nous n'avons pas eu l'occasion de faire des recherches nombreuses sur ce point. Cependant, dans notre tableau, se trouvent précisément deux individus âgés de 20 ans, chez lesquels la vessie était située profondément dans le petit bassin, et était devenue bel et bien un organe véritablement pelvien. L'âge de 20 ans nous semble un peu trop reculé ; nous croyons qu'au-dessus de 15 à 16 ans, en général, il serait téméraire de trop compter sur la position abdominale de la vessie.

3° CHEZ LA FEMME.

Chez la femme, le repli prévésical du péritoine, sous l'influence de la distension de la vessie, remonte comme chez l'homme, et même la plupart des anatomistes écrivent que, chez elle, la vessie se laisse plus facilement distendre, et est située plus haut au-dessus du pubis que chez l'homme. Cependant les quelques expériences que nous avons faites à cet égard nous ont donné des résultats à peu près identiques ou même inférieurs. Avec des injections de 400 gr., dans la vessie et dans le ballon rectal, nous avons obtenu, comme hauteur du cul-de-sac péritonéal prévésical, au-dessus de la symphyse : 5 cent., 4 1/2, 7, 2, 3, 3, 2. Il existe donc, comme chez l'homme, des différences individuelles marquées. Nous ferons même observer que la présence dans le petit bassin à la fois de la vessie et de l'utérus rend, chez la femme, l'introduction du ballon dans le rectum et sa distension plus difficile que chez l'homme.

Il ne faut guère songer à introduire le ballon dans le vagin. Il ne pourrait pas se développer librement et sortirait, à moins d'être très petit, et, dans ce dernier cas, ne remplissant que très imparfaitement son but, il serait inutile.

De plus chez la femme, la vessie, à cause de la faiblesse du sphincter et de la brièveté du canal de l'urèthre, ne retient pas l'injection. Pour obvier à cet inconvénient, il n'y a qu'à faire comprimer par le doigt d'un aide le canal de l'urèthre contre le bord inférieur de la symphyse pubienne.

CAPACITÉ DE LA VESSIE

Il ne sera peut-être pas inutile de dire ici quelques mots de la capacité de la vessie. Mais il faut distinguer la capacité *normale*, qu'on pourrait appeler aussi physiologique, fonctionnelle, et la capacité *absolue*. Ces mots se comprennent d'eux-mêmes. Par capacité normale ou fonctionnelle, on entend parler de la quantité de liquide que la vessie peut contenir sur le vivant, sans qu'il en résulte ni gêne, ni douleur bien marquée, et par capacité absolue, on veut signifier la quantité de liquide que l'organe peut contenir sans se rompre.

Sappey fixe la capacité normale, chez l'homme, à 500 ou 600 c. c. ; elle serait un peu moindre chez la femme, quoiqu'on en ait dit. Hofmann donne des chiffres un peu plus élevés, 700 c. c., chez l'homme et 650 chez la femme. Les différences individuelles sont d'ailleurs ici encore très appréciables.

Quant à la capacité absolue, elle est, comme le fait remarquer Sappey, presque illimitée : on a cité des cas où la vessie contenait jusqu'à 4, 5, et 6 kilog., d'urine. Mais dans ces cas pathologiques, la vessie subit une dilatation lentement progressive. Une dilatation un peu rapide, comme celle qu'on produit en poussant des injections vésicales, serait loin de comporter de pareils chiffres. Voici ceux que nous avons obtenus sur le cadavre :

Age.	Rupture à :	Siège de la rupture :
68.	1.000 gr.	
48.	850 —	
65.	1.250 —	
23.	1.400 —	au sommet, près de l'ouraque ;
50.	1.700 —	en haut, partie postérieure et latérale ;
26.	1.500 —	partie latérale ;
56.	1.300 —	en avant à 3 cent., au-dessus du col ;
38.	1.100 —	partie latérale gauche près du col ;
60.	1.500 —	partie latérale droite près du sommet ;
35.	1.650 —	en avant, près du sommet ;
77.	1.000 —	partie latérale droite.

Comme chiffre moyen, 1,300 gr. Quant au siège de la rupture, il a été très variable, le plus souvent sur les faces latérales. Quand la rupture se fait au niveau d'une portion de la vessie recouverte de péritoine, la séreuse souvent ne se déchire pas ; les fibres musculaires écartées laissent filtrer l'eau entre la tunique musculaire et la tunique péritonéale, et le liquide forme une boursofflure, une espèce de kyste sous-séreux.

Nous n'avons pas la prétention de vouloir donner les chiffres ci-dessus tirés d'expériences cadavériques comme pouvant s'appliquer au vivant chez qui l'élément nerveux, la contraction musculaire, et souvent les modifications pathologiques de la vessie entrent en jeu.

La rupture spontanée du réservoir urinaire a lieu, le plus souvent, paraît-il, à la face postérieure, et presque toujours aussi l'épanchement est sous-péritonéal, comme l'a bien fait remarquer Houel. Une injection trop abondante, ou poussée trop violemment, suivie de rupture, pourrait donc ne pas déterminer, primitivement du moins, une péritonite. C'est toutefois, on le comprend, un accident excessivement grave. On cite à peine quelques cas de guérison. (1)

On fera donc bien d'être prudent, sur le vivant, et de ne pas pousser l'injection avec trop de violence. Il faut savoir s'arrêter, plutôt que de s'exposer, en voulant produire une distension trop forte, à amener une catastrophe. Il faudrait surtout se méfier si on avait affaire à une vessie irritée et malade depuis longtemps, à une vessie de vieux calculeux, pouvant offrir ces diverticules, ces hernies de la muqueuse, sur lesquels insistait encore tout récemment le professeur Dittel, à la Société des médecins de Vienne. Ces diverticules sont d'autant moins résistants, qu'ils n'ont pas de paroi musculaire.

(1) M. Monod aurait eu un cas de rupture ou fissure extra-péritonéale de la vessie avec guérison. (Société de chirurgie. Janvier 1883.)

INFLUENCE DU CHLOROFORME SUR LA VESSIE

Il serait assez intéressant aussi de savoir comment se comporte la vessie sous l'influence du chloroforme, employé pour amener l'anesthésie générale.

M. Desnos, qui a fait des expériences sur les chiens est arrivé aux conclusions suivantes :

« La vessie possède deux sortes de sensibilité : la sensibilité générale qui se manifeste par de la douleur au contact, et qui disparaît au moment où se produit la résolution musculaire : une sensibilité spéciale traduite par des contractions réflexes, qui résiste davantage à l'anesthésie, et ne disparaît que lorsque celle-ci est poussée un peu plus loin.

Lorsque cette dernière sensibilité a disparu, on n'observe plus aucune contraction du muscle vésical.

De tous les points de l'économie, c'est de la région du col vésical que la sensibilité disparaît en dernier lieu.

Quand on cesse le chloroforme, la vessie redevient sensible, et se contracte avant que la sensibilité générale ait reparu : la distension par une injection liquide produit une réaction beaucoup plus vive qu'une excitation par un corps solide.

Dans une vessie enflammée, les contractions sont aussi brusques que celles des muscles striés.

Dans les inflammations chroniques, les contractions sont très facilement éveillées, et la vessie se laisse difficilement distendre. »

D'après cela, on voit que pour amener une anesthésie absolue de la vessie, capable de la transformer en un organe purement passif, il faut pousser très loin la chloroformisation. On réveillera le moins possible les contractions vésicales en injectant le liquide à la température du corps, fait bien compris déjà, comme nous l'avons vu, par les premiers opérateurs. Il faudra pousser l'injection avec lenteur pour produire une distension pour ainsi dire naturelle, et essayer de surprendre la vessie. Une injection poussée un peu trop fortement ou trop rapidement amène des douleurs dénotées par les soupirs du patient,

et en outre, par action réflexe, des contractions puissantes de l'organe. On est obligé de s'arrêter pendant quelques instants : au lieu de gagner du temps, on en perd.

CHAPITRE III

EXPOSÉ DES DIFFÉRENTES MÉTHODES
ET PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

Nous n'avons fait qu'esquisser dans l'historique, les procédés opératoires des différents auteurs. Il est indispensable de les décrire ici dans un même chapitre. Nous essayerons d'être aussi bref que possible, n'insistant que sur les points capitaux, qui impriment à chaque procédé son originalité. On peut ranger plus ou moins artificiellement tous les procédés opératoires en 3 groupes, suivant la façon dont la vessie est attaquée. On peut arriver directement sur elle et l'ouvrir sans conducteur; on peut l'inciser sur un conducteur, enfin on peut l'attaquer seulement après une opération préliminaire : d'où trois grandes méthodes :

- 1^o Méthode sans conducteur.
- 2^o id. avec conducteur.
- 3^o id. en deux temps.

1^o — MÉTHODE SANS CONDUCTEUR

PROCÉDÉ ROUSSET

Il se trouve décrit assez longuement dans l'historique. Voici les points principaux :

1^o Distension de la vessie par une injection d'eau tiède, d'un liquide mucilagineux ou par l'accumulation de l'urine.

2^o Incision de la paroi abdominale, conduite du pubis vers