

Gunther en était également partisan.

Dulles, en Amérique, la préconise et rapporte que Bell, Brady, Deering, Starr en ont obtenu de bons résultats.

D'un autre côté, Dorfworth, malheureux dans ses essais, déclare qu'il ne l'emploiera plus : elle est bien plus propre à retarder qu'à avancer la guérison.

Krabbel se plaint que les fils de catgut coupent trop tôt et trop facilement les tissus.

Dittel, Dumreicher se déclarent contre elle.

Jaroslav-Kuzel avoue qu'il a eu beaucoup de difficulté à faire la suture dans un cas, en raison de l'étroitesse de la plaie et de la profondeur de la vessie.

Le professeur Van Gondœver, de Leyde, reconnaît également qu'elle est difficile. Néanmoins, il la croit possible dans la grande majorité des cas. Il est très bon de la pratiquer, mais il faut, en même temps, appliquer rigoureusement la méthode de Lister.

En France, l'engouement pour la suture de la vessie, après la taille hypogastrique, est loin d'être aussi prononcé.

M. Périer (Comm. orale) la considère, sinon comme dangereuse, du moins comme inutile.

M. Guyon ne la pratique pas non plus.

M. Monod, qui l'a employée chez ses opérés, la croit assez facile, mais il la regarde comme dangereuse et ne s'en servira plus.

M. Le Dentu la repousse également : « On peut cependant placer un point de suture médiane sur l'angle inférieur de la plaie vésicale et un ou deux points latéraux, de chaque côté de cet angle, pour réunir les plans musculo-fibreux à la paroi du réservoir urinaire, et empêcher le passage de l'urine dans l'espace rétro-pubien. »

Seul, M. Vincent, de Lyon, qui a fait de nombreuses expériences de suture chez les chiens ne la juge pas aussi sévèrement, et nous avons vu qu'il avait proposé de l'appliquer chez l'homme. Mais il conseille pour réussir, de faire les sutures très rapprochées : « En rapprochant de très près les anses de fil, dit-il, en évitant de les faire pénétrer au-delà de la muqueuse... en doublant et en superposant les rangées de points, on obtient une

suture vésicale très solide, qui résiste au ténésme vésical, à la distension et au retrait de la vessie, en un mot à tous les efforts de contraction active ou d'expansion passive. »

Quant aux différentes variétés de fil, voici ce que M. Vincent en pense. Les fils de catgut et même de lin et de soie finissent par se dissocier et par disparaître : les fils métalliques demeurent comme des corps inertes et inoffensifs dans leur poche d'enkystement. Il reproche au catgut d'être peu maniable, de se rompre aisément lorsqu'on serre le nœud, et de se résorber parfois trop vite. Le fil ordinaire phéniqué lui paraît en général devoir être préféré, surtout quand on n'établit qu'un plan de sutures. Dans la combinaison des deux plans (plan superficiel et plan profond) on peut utiliser sans danger la résorbabilité du catgut pour le plan profond.

EXPÉRIENCES DE SUTURE VÉSICALE

De notre côté, nous avons voulu pratiquer expérimentalement quelques sutures de vessie pour voir comment se comportait la plaie faite à l'organe et surtout aussi pour juger de la valeur comparative des différentes variétés de fils. Malheureusement, nos expériences sont peu nombreuses ; elles sont seulement au nombre de cinq, mais elles nous ont paru assez intéressantes pour mériter d'être consignées ici.

1^{er} CHIEN

Opération longue, pendant laquelle le chien anesthésié par l'éther, a eu plusieurs syncopes amenées par l'administration massive du médicament.

Incision de l'organe, longue de 2 à 3 centimètres. Suture avec 7 fils de Catgut. — Mort le 2^e jour.

Autopsie. — Rougeur diffuse tout autour de la plaie abdominale et de la plaie vésicale : adhérences inflammatoires du grand épiploon et d'une anse intestinale. Pas de pus dans le péritoine.

Les fils de catgut sont en place, et, à part le gonflement, n'ont subi aucune modification.

La suture est parfaitement suffisante et ne laisse pas échapper l'eau injectée dans la cavité vésicale.

2^e CHIEN

Anesthésie avec injection veineuse de chloral.

Incision de la vessie de 3 à 3 cent. 1/2 de longueur.

Suture faite de haut en bas avec : 3 fils de **catgut**, 2 fils de **soie** phéniqués, 3 fils de **lin** ordinaire phéniqués.

Suture de la paroi abdominale avec 2 fils d'argent profonds, et fils ordinaires superficiels.

La plaie abdominale a suppuré pendant les premiers jours : au 12^e jour elle présentait un très bel aspect rosé, au 20^e jour, elle était complètement cicatrisée. L'animal a été sacrifié au 30^e jour.

Autopsie. — Au niveau de l'incision de la peau, cicatrice blanchâtre, rétractée absolument linéaire.

On trouve dans le tissu cellulaire sous-cutané les fils d'argent que nous n'avions pas enlevés.

La cicatrice péritonéale se présente sous la forme d'un sillon blanchâtre déprimé sur certains points.

La surface externe de la plaie vésicale offre l'aspect d'une saillie blanchâtre, mamelonnée, couverte de petits peletons graisseux très adhérents. Elle est très résistante sous le doigt.

Vessie ratatinée sur elle-même, grosse comme une châtaigne. — Très bel aspect. Elle ne se laisse pas facilement distendre et l'eau poussée dans sa cavité avec une seringue revient bien vite en sortant autour du bec de l'instrument.

Au niveau de la cicatrice, la paroi de la vessie offre au moins le double d'épaisseur.

Dans la cavité, intégrité parfaite de l'organe, mais au niveau de la cicatrice, dépression linéaire d'un centimètre de longueur autour de laquelle la muqueuse un peu boursoufflée présente une coloration un peu plus foncée.

Examen histologique. — *Première coupe au niveau de la partie supérieure de la plaie vésicale.* — Pièces traitées par liqueur de Müller, gomme et alcool : coupes colorées au picro-carmin.

A un faible grossissement, on aperçoit les sinuosités de la muqueuse, bien dessinées par l'épithélium coloré en vert. En un point, la muqueuse semble avoir été comme attirée en dehors ; elle s'enfoncé et décrit une anse très profonde, une espèce de cul-de-sac, du fond duquel part une trainée rouge. — Cette dernière s'engageant à travers les faisceaux musculaires, traverse toute la coupe : près de la partie périphérique, elle est interrompue, ou plutôt elle s'écarte de chaque côté pour laisser voir au milieu une assez vaste excavation anfractueuse.

Le point déprimé de la muqueuse est celui où elle a été sectionnée par l'instrument tranchant.

La *trainée rouge* est la cicatrice intermusculaire.

L'*excavation arrondie* à la périphérie, est la place laissée vide par un nœud de catgut, qu'on voyait très bien à l'œil nu sous la forme d'une nodosité brunâtre grosse comme une tête d'épingle et qui s'est détaché de la coupe sous le rasoir, à cause de sa friabilité. — A un examen plus fort on distingue nettement les éléments qui constituent ces différentes parties.

Muqueuse. — L'épithélium est partout continu, constitué par de grosses cellules en raquette, colorées en vert. — Sur les bords de l'anse, l'épithélium est épais et formé de plusieurs rangées de cellules. Au-dessous de l'épithélium fibres conjonctives et élastiques. Traces d'inflammation jusqu'à une certaine distance de la plaie : vaisseaux multiples et gorgés de globules.

Cicatrice. — Le faisceau rouge qui la représente est constitué par du tissu fibreux à différents degrés d'évolution. Tout près de la muqueuse, quelques noyaux embryonnaires et quelques cellules fusiformes auxquelles font suite des fibres conjonctives complètement développées, qui se poursuivent jusqu'à l'extrémité de la coupe. Toute la cicatrice est à peu près constituée par du tissu fibreux à l'état adulte.

Excavation. — Elle se montre près de l'extrémité périphérique de la coupe. Les bords en sont anfractueux et remplis par des amas de noyaux embryonnaires, produits d'irritation développés autour du nœud du fil de catgut dont on aperçoit les vestiges sur plusieurs points, sous forme de grosses fibres colorées en vert par l'acide picrique, et entremêlées à des noyaux embryonnaires. Ces fibres sont droites, très nettes, et on ne peut en voir aucune attaquée par un travail de résorption. Tout autour de l'excavation, en dehors des noyaux embryonnaires, fibres conjonctives à l'état adulte. Le faisceau fibreux de la cicatrice semble s'être dédoublé à ce niveau.

Deuxième coupe au niveau du milieu de la plaie vésicale. — Présente les mêmes caractères au niveau de la partie périphérique où elle est constituée par du tissu conjonctif fasciculé. — Mais à la partie interne la *muqueuse* offre une *interruption manifeste*, et la *cicatrice* est *décollée, dédoublée sur une assez grande étendue*.

Cicatrice abdominale. — Toute entière constituée par du tissu conjonctif fasciculé, à l'état adulte.

3^e CHIEN

Anesthésie avec chloral.

Incision vésicale de 3 centimètres suturée avec 2 fils de **catgut**, 3 fils de **soie**, 2 fils de **lin ordinaire**.

Suture de la paroi abdominale avec 1 fil d'argent profond et fils ordinaires superficiels.

Fistule urinaire dès le 3^e jour. L'urine sort par la plaie abdominale, à travers les interstices des fils.

Mort le 4^e jours.

Autopsie. — Péritonite purulente.

La *surface extérieure de la plaie vésicale* est très remarquable, on y voit des *sillons transversaux* assez profonds, qui viennent aboutir perpendiculai-

rement à la plaie vésicale et produits par les fils de suture qui ont coupé les tissus. Les plus gros sillons correspondent aux fils de catgut.

Les fils qu'on retrouve à côté ou dans les adhérences épiloïques, en particulier les fils de catgut paraissent un peu gonflés et boursoufflés; mais ils n'ont subi aucun travail de résorption.

Cependant des adhérences se sont déjà établies entre les lèvres de la plaie sur la plus grande longueur: au milieu seulement, existe un orifice arrondi du volume d'une petite plume d'oie qui a laissé filtrer l'urine.

Il faut en attribuer l'origine à la trop grande distance qui séparait les deux fils voisins.

En dedans, tout autour de la plaie, la muqueuse est un peu boursoufflée et injectée.

4^e CHIEN

Anesthésie au chloral.

Suture de l'incision vésicale faite de haut en bas avec 2 fils de **catgut**, 2 fils de **crin de Florence**, 2 fils de **soie**, 1 fil de **lin ordinaire**.

Suture abdominale avec fils d'argent profonds et fils ordinaires superficiels. Suppuration de la plaie extérieure, mais pas d'issue d'urine. — Le chien allait très bien, mangeait avec appétit et pouvait être considéré en bonne voie de guérison, quant au 7^e jour, agacé par les fils de la paroi abdominale, il les a mordus, a détruit la cicatrice et provoqué l'issue des intestins.

Nous le trouvons mort le 8^e jour, les intestins en dehors de la plaie et la gueule ensanglantée.

Autopsie. — Plaie de la vessie absolument réunie et solide. Une injection poussée avec assez de force dans la cavité vésicale ne parvient pas à rompre la cicatrice.

La surface extérieure de la plaie est recouverte de fausses membranes fibrineuses qui lui adhèrent assez solidement: mais, les fausses membranes enlevées, on découvre à la surface de la plaie des *sillons transversaux* assez profonds produits par les fils qui ont sectionné les tissus. On retrouve encore à la partie supérieure un fil de catgut qui ne paraît pas avoir subi de bien grandes modifications, il est seulement un peu plus grenu « érodé », les fibres musculaires comprises dans le nœud, ont été étranglées et rompues, aussi il se détache facilement et laisse à sa place un trou qui ne communique pas cependant avec l'intérieur de la cavité vésicale.

Les 2 fils de crin seuls ont resté et n'ont pas étranglé les tissus: le supérieur est complètement recouvert et ne laisse voir qu'une de ses extrémités, l'inférieur s'aperçoit tout entier. Ils contiennent dans leurs nœuds des fibres musculaires.

On retrouve les autres fils dans les débris ou les fausses membranes qui recouvrent la plaie.

Quoiqu'il en soit, les lèvres de la plaie paraissent bien réunies, et on n'aperçoit aucune solution de continuité.

La plaie intérieure n'offre plus qu'une longueur de 1 centimètre environ,

la vessie étant revenue sur elle-même; elle est entourée d'une zone de congestion d'une coloration bleu-foncé ou noirâtre, elle est comblée par une matière blanche qui paraît être de la lymphe plastique. — Le reste de la muqueuse vésicale est sain, à part une petite plaque rouge à quelque distance de la plaie.

Examen histologique. — La muqueuse, au niveau de la cicatrice décrit une anse profonde, comme dans le cas n° 2. Même trainée rouge descendant également à travers les faisceaux de fibres musculaires. Mais ici la muqueuse au niveau de la dépression est largement interrompue. — La cicatrice présente très nettement les 3 degrés d'évolution du tissu conjonctif du côté de la surface interne de la vessie, noyaux embryonnaires, un peu plus loin, fibres fusiformes, cellules fibro-plastiques, et enfin fibres de tissu conjonctif parfaitement développées et formant faisceau.

5^e CHIEN

Anesthésie par le chloral.

Incision de la vessie de 1 à 1 cent. 1/2 de longueur. Suture avec 4 fils de **catgut**, 1 seul fil de **crin**, au milieu: suture de la plaie abdominale.

Au 4^e jour, gonflement très prononcé de la cuisse gauche: inflammation de la plaie faite pour découvrir la veine, par laquelle on a injecté le chloral. — Suppuration.

Nous retirons les points de suture de la plaie abdominale craignant que le chien ne les enlève avec ses dents comme dans le cas précédent. — Nous produisons ainsi précisément ce que nous voulions éviter: rupture de la cicatrice abdominale, trop faible encore, et issue des intestins.

Mort le 5^e jour.

Autopsie. — Adhérences de l'épiploon et des intestins à la plaie vésicale.

La vessie ne contient pas l'eau qui s'échappe facilement. La plaie extérieure se présente sous la forme d'un sillon assez large, déchiqueté, ulcéré. Ce sillon est ouvert et communique largement avec l'intérieur de la cavité vésicale. Il est interrompu *sur un seul point* par un pont qui en relie les deux bords, et c'est précisément à ce niveau qu'on rencontre le fil de crin. — Dans le reste du sillon on trouve au fond les sutures de catgut un peu boursoufflées, mais ne tenant plus à la plaie.

A l'intérieur, coloration rouge-noirâtre de la muqueuse autour de la plaie, qui est largement ouverte en haut et en bas; au milieu, au niveau du fil de crin de Florence, pont solide réunissant les deux lèvres du sillon.

Le crin se voit à la surface extérieure de la plaie, au niveau du pont de réunion: il est enfoui dans les fibres musculaires et tient solidement.