

sur la vessie, que, même pendant l'anesthésie, les contractions vésicales, tout à l'heure suspendues malgré les contacts si répétés du lithotriteur, se réveillent sous l'influence de la tension; vous connaissez aussi les inconvénients et les dangers de la distension. Vous en concluez que le temps qui a pour but de remplir suffisamment la vessie, pour la préparer à subir l'opération, est particulièrement délicat.

Il nous reste à l'étudier avant de terminer l'examen des conditions physiologiques de l'aspiration; nous rechercherons ensuite quelles sont les conditions physiques nécessaires à sa bonne exécution.

Cette question délicate « du degré de réplétion de la vessie », serait pratiquement insoluble si l'on voulait la réduire à une question de mensuration, si l'on voulait substituer l'indication des chiffres à celle que vous donne, si libéralement, l'interrogation de la vessie.

Rien de plus variable, vous le savez, que la capacité de la vessie. Ce réservoir entend rester maître de ce qu'il admettra et de ce qu'il refusera. Vous n'avez rien de mieux à faire que de consulter « sa volonté du moment » et de vous y soumettre. Ce qui semblait insoluble devient alors très aisé. Et nous vous avons déjà trop répété les règles que vous avez à suivre pour garnir une vessie de liquide dans un but opératoire, pour que nous y insistions encore. Il vous sera d'autant plus facile « d'obéir à la vessie » pour faire l'aspiration, que vous la remplissez à travers un tube large et à l'aide d'une canule très ouverte. Pour peu que vous soyez attentifs, vous sentirez la résistance du piston et, si vous ne devez pas obéir à ses premières sommations, comme vous le faites pour l'injection préparatoire au broiement, vous attendez, tâtant la véritable résistance de la vessie, et vous arriverez à la remplir sans la forcer. Ne craignez pas, de profiter de toute la tolérance que vous accordera l'anesthésie profonde, où doivent alors être plongés vos malades. Le trop de liquide fait obstacle à la bonne exécution du broiement; pourvu qu'il ne soit pas exagéré, il favorise au contraire l'aspiration, une seringue et demie ou deux seringues sont en général acceptées. Vous pouvez encore être guidés, dans l'appréciation de la quantité de liquide utilisable pour l'aspiration, en vous rendant compte de sa projection par la sonde. Lorsqu'il

est repoussé avec force, la vessie est en trop grande tension; lorsque la colonne liquide n'a qu'une faible trajectoire, vous pouvez agir. Quand la vessie est bien soutenue, ses parois ne sont pas attirées par la succion de la poire, et, si près que vous vous en approchiez, elles ne s'introduisent pas dans les orifices de votre sonde. En évitant ces aspirations de la vessie, vous arrivez, non seulement à empêcher un accident qui ralentit la manœuvre, mais à éviter de faire saigner la muqueuse.

Après avoir acquis une très grande expérience de l'aspiration, nous pouvons vous affirmer que cette opération, lorsqu'elle est bien faite, ne fait jamais saigner la vessie.

C. Conditions physiques. — La remarque que nous venons de faire a d'autant plus d'intérêt que l'étude des conditions physiques dans lesquelles s'accomplit l'aspiration démontre qu'il est « nécessaire de se rapprocher de la vessie ». C'est ce que va vous prouver l'exposé des résultats si nettement mis en lumière par M. Desnos.

La première condition est d'obtenir la complète agitation du liquide. Les corps étrangers, fragments de calculs ou autres, ne subissent pas l'action directe de l'aspiration; leur déplacement est subordonné aux mouvements du liquide. C'est donc une condition capitale que de produire, non seulement l'aspiration du liquide, mais des remous, capables de détacher des parois et de soulever de toute part la masse des fragments. Sans entrer dans les détails, nous dirons: que c'est avec une sonde à deux yeux latéraux aussi larges que possible et surtout allongés, que l'on arrive à ce résultat.

Malgré leur mobilisation, « les fragments ne sont pas aspirés à une grande distance ». Lorsqu'ils restent au contact de la paroi malgré le mouvement du liquide, la sphère d'attraction de l'aspirateur ne s'exerce guère qu'à 6 ou 7 millimètres des yeux de la sonde; lorsqu'ils flottent, elle s'étend à 12 ou 15 millimètres. La sphère d'attraction est donc doublée, mais elle est, même à son maximum, encore très limitée.

Il faut par conséquent que le chirurgien « manœuvre de façon à se rapprocher des fragments ». Dans les premiers moments de l'aspiration, la situation de la sonde est presque sûrement bonne. Les fragments sont nombreux, ils tourbillonnent et

arrivent de toutes parts vers les orifices de sortie. Mais au fur et à mesure que leur nombre diminue, ils tendent naturellement à gagner les points déclives. Il faut que la sonde aille les y chercher et qu'elle les y attire. L'extrémité oculaire de l'instrument qui d'abord occupe le centre du réservoir, est progressivement abaissée et arrive graduellement au contact de la paroi inférieure. Cela n'est pas toujours suffisant. Il peut être utile de déprimer la vessie, de façon à attirer les fragments dans la rigole, qui se forme au point d'appui de la sonde. Il faut aussi leur donner le temps d'y tomber. Si, dans les premiers moments de la manœuvre, vous pouvez brillamment faire se succéder des aspirations assez rapides, vous devez, bientôt, laisser s'écouler quelques instants, entre le moment, où vous aurez mis le liquide en mouvement par la pression de la poire et celui où vous la renouvellerez.

Dans une vessie qui n'est pas irrégulière, ces manœuvres simples peuvent suffire. Mais vous savez quelles sont les déformations que peut subir le col vésical et son bas-fond sous l'influence de l'hypertrophie de la prostate. Nous vous les avons sommairement rappelées en vous parlant du cathétérisme explorateur (p. 146). Pour vous rapprocher suffisamment des anfractuosités si diverses que vous pourrez rencontrer, il faudra que votre sonde puisse s'y insinuer. Elle ne le peut qu'en se couchant sur le côté, comme le lithotriteur, à droite ou à gauche du col, et, comme lui encore, en se renversant complètement, en glissant sous la saillie de la prostate. Pour bien faire l'évacuation il faut, en effet, répéter les manœuvres mêmes du lithotriteur, aller méthodiquement dans les différentes régions de la vessie, s'attacher particulièrement à celles où, pendant le broiement, l'on a rencontré le plus de fragments. Ce sont choses que la première partie de la séance vous a parfaitement apprises, car, après la manœuvre du lithotriteur, vous savez à merveille, quelle est la place occupée de préférence par les calculs, et quelle est l'exacte conformation de la vessie.

D. Conditions instrumentales. — 1) Sondes. — Vous ne pourrez exécuter ces manœuvres qu'avec un instrument à petite courbure, complètement semblable à celle du lithotriteur. Avec l'instrument droit, vous ne sauriez contourner des

saillies prostatiques, ni plonger au-dessous d'elles ; vous ne le pouvez pas davantage avec un instrument à grande courbure. L'un et l'autre sont pourtant de bons instruments d'évacuation, ce qui prouve que les fragments peuvent, grâce à l'agitation du liquide, à la pression exercée sur le bas-fond, abandonner les anfractuosités de la région du col. Il n'en sera pas toujours ainsi ; avec des instruments imparfaits, vous n'arriverez qu'à grand-peine à compléter l'évacuation. Au point de vue de la forme, vous devez donc donner la préférence à un instrument de petite courbure. Nous avons fait construire par M. Collin une sonde coudée sur le modèle du lithotriteur n° 2, et nous nous en servons à peu près exclusivement (*fig.* 108, p. 436).

Il ne suffisait cependant pas d'avoir à sa disposition une sonde que sa forme rendit apte à contourner les saillies ou à s'insinuer dans les anfractuosités ; il fallait encore que cette sonde pût s'attacher à l'appareil aspirateur, de façon « à pouvoir très aisément pivoter sur son axe ». C'est ce qui est réalisé dans l'aspirateur de notre modèle, grâce à une très ingénieuse disposition que M. Collin a imaginé sur notre demande. La douille qui reçoit la sonde, à frottement, est garnie de liège ; cela suffit pour assurer à la fois sa parfaite adhérence et son entière mobilité sur son axe. Cela a une véritable importance, car les mouvements de latéralité, ne servent pas seulement à aller à la rencontre des fragments, ils permettent de se dégager, lorsque la vessie a été aspirée.

La question de forme n'est pas la seule qui doive vous préoccuper dans le choix d'une bonne sonde évacuatrice. La question de volume a aussi son importance. A notre avis, il est inutile et dangereux de vouloir utiliser toute la distensibilité de l'urètre normal, pour y introduire des instruments de 10 à 11 millimètres de diamètre. Ce n'est pas, nous vous l'avons déjà dit, le diamètre du tube évacuateur, qui assure le complet résultat de l'évacuation, « c'est la manière dont le broiement est exécuté ».

C'est le broiement qui doit rester l'acte principal de l'opération. Il faut continuer à appeler « lithotritie » la belle opération qui permet de débarrasser les calculeux par les voies naturelles.

Nous avons adopté pour notre part les numéros 21 à 26 de la filière Charrière comme diamètre de nos sondes évacuatrices.

et nous faisons surtout usage du 25 et du 26. C'est donc à un diamètre d'un peu plus de 8 millimètres que nous avons recours ; nous croyons être dans la vérité clinique en conseillant de ne pas dépasser 9 millimètres. Il n'est en aucune façon nécessaire de s'exposer à des difficultés d'introduction et par cela même à des dangers. Et nous attachons d'autant plus d'importance à ces préceptes que ce serait rétrécir le cercle des applications de la lithotritie, amoindrir le bénéfice que le malade retire si heureusement du débarras immédiat et complet, que de le subordonner à cette condition trop mécanique. Nous avons pu, bien des fois, complètement évacuer de très nombreux fragments avec un tube de 7 millimètres, c'est-à-dire avec le numéro 21 de la filière Charrière. On peut, de la sorte, ne pas craindre de faire la lithotritie à des sujets porteurs de canaux anciennement rétrécis, dans lesquels on n'arrivera qu'à grand'peine à passer de plus gros instruments. Et comme le broiement complet n'a d'autre limite que la patience et l'habitude de l'opérateur, on peut espérer que, chez l'enfant comme chez l'adulte, la lithotritie prendra de plus en plus la place de la taille.

Il faut, en effet, attacher une grande importance à la facile introduction des instruments, et, pour ne parler ici que des sondes, on doit sans hésiter, sacrifier quelques avantages accessoires à la sécurité que donne la facilité des manœuvres. Aussi avons-nous tenu à prouver, par de très nombreuses opérations et par nos expériences, que la sonde à grande courbure était un bon évacuateur¹. Elle n'a certainement pas les avantages du

¹ Le très grand volume de la prostate peut rendre l'évacuation fort laborieuse. Alors même qu'elle n'est pas irrégulière et laisse bien passer les instruments coudés, la prostate empêche le liquide injecté de s'échapper largement par la sonde. Aussi bien pour les grands lavages que pour l'aspiration, le chirurgien ne parvient qu'avec peine à obtenir un bon courant de sortie. Il a pu faire le broiement et n'arrive pas à extraire les fragments. Cela s'observe rarement, mais cela arrive dans les cas où la prostate, faisant en quelque sorte ballon dans le rectum, soulève la vessie. On constate alors qu'avec de moyennes quantités de liquide, on la fait rapidement saillir à l'hypogastre ; aussi ai-je coutume de désigner ces vessies sous le nom de « vessies à piédestal ». L'on est obligé d'enfoncer très profondément l'instrument coudé et de l'abaisser entre les cuisses pour que sa portion oculaire soit bien dans la vessie ; il le faut mettre à l'horizontale et le plus souvent au dessous. Le va-et-vient du liquide injecté s'établit alors, mais les grands lavages ramènent peu de fragments, et l'aspiration n'est guère fructueuse. La position qu'il faut donner à l'instrument place, en effet, sa portion oculaire trop au-dessus de la région déclive de la vessie, et si, pour y remédier, on cherche à l'abaisser, on la ramène vers la prostate. Dès que l'on élève le corps de la sonde, ses yeux se mettent au contact des saillies dont on les rapproche ; le

tube droit pour l'extraction des gros fragments, la sonde à petite courbure est elle-même primée, à cet égard, par la sonde droite ; mais la sonde droite est plus difficile à introduire que les sondes courbes et parmi les sondes courbes, les grandes courbures entrent plus aisément que les petites. Il est donc nécessaire de savoir que l'on peut y recourir sans compromettre les résultats de l'aspiration, et, comme dans la manœuvre intravésicale, la sonde à petite courbure, qui est déjà supérieure à la sonde droite pour la manœuvre urétrale, l'emporte manifestement sur celle-ci, il n'y a, à notre avis, aucune hésitation possible.

Il faut « préférer la sonde à petite courbure » : car la sonde droite, n'a sur elle d'autre avantage que de plus facilement extraire les gros fragments ; or, cet avantage cesse d'exister lorsque, par un broiement complet, l'opérateur a pris la peine de n'avoir à extraire que des poussières ou des menus débris. C'est, vous le savez, la règle des bonnes évacuations. La sonde à petite courbure peut, de même que la sonde à grande courbure et que la sonde droite, être complètement parcourue par un mandrin qui la désobstrue, si un fragment engagé empêchait de continuer l'évacuation de ceux qu'il retient. Quand le broiement a été complet, le jeu seul de la poire suffit en général à libérer le tube, lorsque trop de matière calculeuse s'engage à la fois, mais le mandrin est parfois nécessaire.

2) *Aspirateur*. — Nous n'aurons plus, pour terminer cette étude déjà longue, qu'à vous dire quelles sont les conditions principales que doit réaliser un bon aspirateur. Ici encore, nous vous demanderons de ne pas vous exposer toute la question ; nous vous renverrons aux ouvrages déjà cités pour sa complète histoire et nous ne parlerons : que de l'aspirateur dont nous faisons usage.

liquide pénètre, mais il ne sort plus ou ne revient qu'incomplètement. Si l'on n'y prenait garde, la vessie pourrait être dangereusement distendue ; la situation en pareil cas devient périlleuse. « La sonde à grande courbure est alors indiquée ». Grâce à sa forme, il est relativement facile, de maintenir toute son extrémité oculaire dans le corps de la vessie, et, l'on peut la faire quelque peu descendre en élevant la tige, sans interrompre le courant. On pare donc avec cet instrument à l'une des grosses difficultés de l'évacuation ; l'on évite un véritable danger.

Pendant qu'il est fixé à la sonde, l'aspirateur et la vessie sont complètement réunis par elle et peuvent être assimilés à des vases communicants. Aussi l'aspirateur doit-il être construit de telle sorte que, quelle que soit la position de la sonde, il ne soit jamais trop élevé au-dessus du niveau de la vessie, de façon à ce que le poids du liquide n'exerce pas de pression inutile sur ses parois. Il faut encore que le chemin à parcourir par les graviers, depuis l'œil de la sonde jusqu'à l'aspirateur, soit le plus court possible et qu'une fois dans le récipient, aucun courant ne puisse les en déloger. La sonde doit pouvoir facilement être tenue dans la position que le chirurgien jugera la plus utile, facilement élevée et abaissée, très aisément tournée sur son axe, sans que cependant l'appareil quitte la position verticale qu'il doit invariablement garder. Enfin, il faut que le remous du liquide soit complet, pour bien assurer le soulèvement des fragments.

Nous vous avons déjà dit que la sonde à deux yeux latéraux, allongés, réalise mieux que toute autre cette dernière condition. Vous savez aussi que son mode d'adaptation à l'aspirateur permet les mouvements sur son axe. Les mouvements d'ascension et de descente, qui portent son bec dans tel ou tel point de l'axe vertical de la vessie, sont très facilement exécutés grâce au tube oblique et élastique, qui sert à la réunir au corps de l'aspirateur. Cette obliquité du tube allonge un peu le chemin que les fragments ont à parcourir, mais facilite leur descente. Lorsqu'ils ont été amenés à l'extrémité de la sonde, ils y pénètrent immédiatement et n'ont plus qu'à obéir aux lois de la pesanteur, pour tomber dans le récipient. Une fois qu'ils y sont descendus, ils ne peuvent plus être refoulés dans la vessie. L'incidence très oblique du tube d'arrivée, n'est pas dans la direction des courants d'entrée et de sortie, qui sont nécessairement parallèles au corps de l'instrument. Cela suffit. Nous avons, en effet, employé pendant de longues années un premier modèle ainsi construit, et, bien que l'agitation des fragments descendus dans le récipient fût vive, il était facile de constater qu'ils n'étaient pas refoulés. Leur agitation ne se produisait « qu'au moment de l'aspiration » ; ils restaient immobiles pendant le refoulement ; de plus, l'inspection de l'index en verre fixé sur le tube d'arrivée était toujours négative.

Il était cependant utile d'empêcher le remous que l'aspiration produisait dans le récipient. Sur les conseils de notre éminent confrère et ami, M. Louis Cailletet, de l'Institut, nous avons fait construire le nouveau modèle, dont M. le D^r Duchas-telet a donné la description, en 1890, dans les *Annales génito-urinaires* et dont nous avons fait dessiner la coupe dans ce volume (p. 62). C'est grâce à la position plus déclive du récipient et à l'étranglement de son col, que les fragments des-

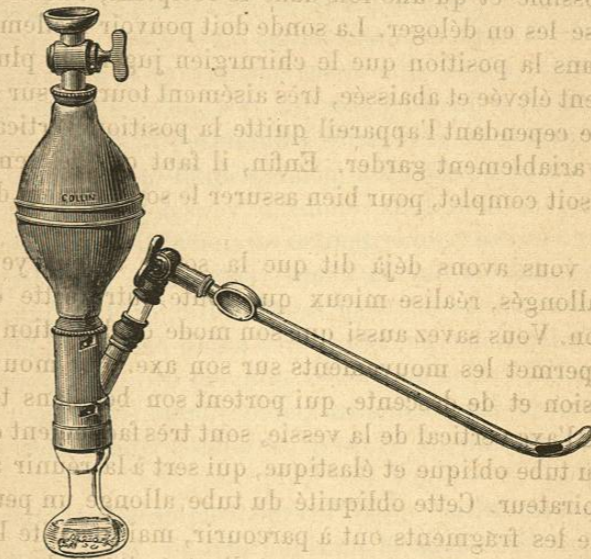


FIG. 111. — Aspirateur nouveau modèle et sonde évacuatrice en position.

endus dans sa cavité, ne sont plus mis en mouvement. Cette ingénieuse disposition a fourni la démonstration de l'impossibilité du refoulement des fragments dans la vessie, de façon si évidente, que depuis l'époque où nous avons fait construire ce modèle, il n'a plus été proposé d'aspirateur à soupapes. Elle a d'autres précieux avantages.

Rien n'est plus facile que de suivre tous les temps de l'aspiration. On voit, en effet, descendre successivement tous les fragments à travers le col du réceptacle. Lorsqu'ils arrivent dans la partie qui précède l'étranglement, ils sont soumis à un peu de tourbillonnement ; dès qu'ils s'y engagent, ils descendent

et arrivent, sans recevoir aucune impulsion, dans le corps du récipient; quelles que soient leur finesse et leur légèreté, ils ne seront plus mis en mouvement. L'opérateur sait quand il doit refaire une aspiration, puisqu'il voit se terminer les effets de la précédente; il apprend qu'il ne faut pas trop les rapprocher et ménage ses efforts ainsi que les mises en tension de la vessie; n'étant pas gêné par les fragments recueillis qui restent en contre-bas, il observe à son aise tous ceux qui arrivent. Il voit leur nombre diminuer après les premières aspirations; il change la position de la partie oculaire; la récolte augmente pour bientôt cesser; il explore ainsi toutes les régions de la vessie et cesse d'agir, quand il a bien constaté qu'il ne ramène plus rien. Le goulot du récipient lui sert donc d'*index*, et il ne saurait en avoir de plus facile à observer; il suffit de le regarder avec un peu d'attention pendant qu'il manœuvre.

L'aspirateur dont nous venons de vous donner la description sommaire, et dont vous pouvez prendre mieux d'idée sur la figure ci-jointe et sur la coupe représentée (*fig. 49*, p. 62), remplit donc toutes les conditions désirables. Il a été construit sur nos indications, par notre très habile fabricant, M. Collin, dont la collaboration nous est si souvent utile. Nous avons cru devoir vous le faire connaître parce que nous l'avons très longuement expérimenté et qu'il ne nous a jamais rien laissé à désirer.

Nous avons utilisé, pour la construction de cet appareil, le modèle introduit dans la pratique par sir H. Thompson. Le corps seul est resté semblable par ses dimensions et sa forme, nous l'avons fait renforcer dans sa partie médiane pour lui donner plus de force et fournir aux doigts un bon point d'appui. L'éminent opérateur anglais a largement contribué à faire entrer dans la pratique et à perfectionner les manœuvres de la lithotritie moderne. Nous aurions à vous dire quelle est sa contribution, si nous vous faisons l'histoire complète de l'opération. Nous nous contenterons d'ajouter son jugement au nôtre et de lui donner plus de force, en vous disant que l'aspiration des fragments est aussi considérée par lui, comme le complément nécessaire des grandes séances de lithotritie. Nous ne vous décrirons pas les aspirateurs que Bigelow a créés et perfectionnés avec la très remarquable et très rare ingéniosité qu'il

savait apporter à la confection des appareils instrumentaux. Nous ajouterons seulement qu'entre autres différences notre aspirateur diffère de ceux du créateur de la méthode par la suppression de tout support mécanique; c'est un aide que nous chargeons de soutenir le corps de pompe. Son rôle est des plus simples: il n'a qu'à maintenir l'instrument dans la verticale et parfois à l'élever ou à l'abaisser, suivant les indications de l'opérateur.

Lavages modificateurs. — L'action modificatrice des lavages est surtout demandée aux propriétés que leur confèrent les substances dont ils deviennent le véhicule. Les « qualités » médicamenteuses des liquides introduits dans la vessie a, sur l'état de cet organe et sur celui de son contenu, l'influence la plus certaine; c'est une des plus précieuses ressources de notre thérapeutique.

Elles ne sont salutaires, nous ne saurions le perdre de vue, que lorsqu'elles sont employées *suivant les règles physiologiques*, que l'étude des lavages évacuateurs nous a permis d'exposer. Pour bien juger leurs effets, nous devons aussi ne pas oublier que, lorsque l'on se conforme à ces règles, on obtient, par le fait même de l'action mécanique des courants et du nettoyage qui en est l'heureuse conséquence, de très importants résultats. C'est pourquoi l'eau bouillie et les solutions antiseptiques faibles sont de véritables modificateurs et suffisent dans des cas si nombreux, aux nécessités de la pratique.

L'étude que nous allons faire va nous montrer que « les qualités physiques » des lavages, ont aussi été mises à profit. L'on a, en effet, tout naturellement cherché à utiliser « la pression » que les liquides permettent de développer, et l'on a tenté, en s'en servant, d'élargir la cavité vésicale afin d'augmenter sa capacité.

Nous nous occuperons tout d'abord de cette première partie de la question. Il y a intérêt à montrer une fois de plus, que, pour être utile et ne pas devenir nuisible, l'action mécanique ne doit s'exercer au sein de la vessie que dans les limites imposées par les réactions normales et pathologiques. L'on ne peut trop insister, dans l'intérêt bien entendu de la pratique, sur un point aussi capital. Quelques mots suffiront pour indi-

quer ce que l'on peut demander à « la température » des liquides injectés dans la vessie. L'influence si positive et parfois si heureuse de leurs qualités médicamenteuses retiendra surtout notre attention.

Dilatation mécanique de la vessie. — L'observation des phénomènes physiologiques et pathologiques, nous a montré à quel point la capacité de la vessie peut varier. A l'état normal, sa tolérance est grande et vous permet, par exemple, de dormir toutes vos heures de sommeil. Mais elle est à la merci des états pathologiques, en premier lieu de la cystite et, d'une façon très prononcée encore, des modifications de la prostate, en particulier de sa congestion. L'âge lui-même la limite, alors que la prostate ne s'hypertrophie ni ne se congestionne, alors que son fonctionnement demeure normal et nous savons le rôle que peut jouer l'état nerveux ; à toutes les périodes de la vie. Il est des sujets qui, sans la moindre lésion appréciable des centres nerveux, ont une excitabilité du muscle vésical, qui les conduit à une véritable intolérance fonctionnelle. Ce sont « les impressionnables ».

Ces variations pathologiques et physiologiques de la capacité de la vessie, sont très communément observées. Elles se traduisent par de grandes différences dans la quantité d'urine rendue à chacune des mictions. Alors qu'il n'y a pas d'état pathologique local, ces variations sont capricieuses. Si la muqueuse vésicale n'est pas restée indemne d'inflammation, elles sont la conséquence de la cystite et vous voyez la contenance de la vessie augmenter ou diminuer suivant les péripéties du traitement. Mais, s'il est vrai « de façon générale, que la capacité de cet organe dépend de sa sensibilité et qu'elle est physiologique et non anatomique », il est cependant des cas où le réservoir de l'urine subit des diminutions définitives. Ces amoindrissements de la cavité vésicale sont parfois tels qu'on les jugerait invraisemblables, si l'anatomie pathologique n'en fournissait la démonstration.

Notre collection particulière en offre de beaux spécimens, et il n'est pas indifférent, au point de vue de la question qui nous occupe, de vous les signaler. M. le D^r Noguès a bien voulu mesurer leurs diamètres et se rendre compte de leur capacité.

Je dois me borner à quelques exemples et je ne cite que les chiffres extrêmes, mais il est intéressant de le remarquer ; dans tous ces cas, « le diamètre transverse » est celui qui est le moins réduit. Les vessies dont les dimensions sont les plus petites appartiennent à des tuberculeux. Deux d'entre elles (numéro 371, série D, et numéro 436, série F) ont le volume apparent d'une noisette et peuvent contenir l'une 15 à 18 centimètres cubes et l'autre 8 à 10 centimètres cubes ; le numéro 433 (série F), qui a le volume apparent d'une noix moyenne, en reçoit 20 centimètres cubes. La tuberculose, semble surtout capable d'amener la diminution anatomique permanente du réservoir urinaire ; sur les vingt et une pièces examinées, il en est dix qui sont des vessies tuberculeuses. Les autres pièces ont été recueillies chez des sujets anciennement rétrécis et fistuleux atteints de néoplasme infiltré ou de cystites graves ; dans l'ensemble, les lésions sont celles de la cystite végétante, de la cystite interstitielle, de la péri-cystite. On le voit, dans les cas de cystites anciennes et graves, notamment dans les cystites tuberculeuses, la diminution de la capacité vésicale peut devenir considérable ; elle est alors invariable, car elle est la conséquence de lésions définitivement constituées.

Il n'est pas besoin de dire que de semblables conditions sont incompatibles avec la moindre tentative de dilatation ; mais, en demeurant sur le terrain anatomique, il est utile de remarquer, qu'alors même que la vessie pathologique conserve la faculté de contenir, l'inégale résistance des divers points de ses parois est la règle. La distension ne pourrait avoir pour résultats, que de forcer les points faibles de la paroi ; elle ajouterait à son insuffisance fonctionnelle. Vous savez que, sous la seule influence des stagnations d'urine, des hernies de la muqueuse se font entre les faisceaux dissociés de la couche musculuse, que c'est là le mécanisme de la formation des cellules et le point de départ des perforations spontanées.

L'on ne peut donc faire, la dilatation d'une vessie, que l'on sait être depuis longtemps pathologique. Mais est-il possible de la tenter, lorsque l'on a affaire à des lésions peu profondes et peu anciennes, et dans les cas où l'intolérance fonctionnelle ne peut être rattachée à une modification pathologique des parois vésicales ?