

pour celles d'une cystite. Ces dernières s'éclaircissent toujours par le repos, et d'ailleurs l'inflammation de la vessie s'accompagne toujours de fréquence et de douleur des mictions. Le diagnostic est plus difficile si la cystite coïncide avec l'uretéro-pyérite; c'est ici que la recherche des signes physiques et tous les modes d'exploration des uretères acquièrent une grande valeur. On devra y avoir également recours pour déterminer le côté affecté avant de se décider à toute intervention chirurgicale. L'uretéro-pyérite reconnue, le chirurgien doit s'efforcer d'en déterminer l'origine, et souvent ce n'est pas la question la plus facile à résoudre, circonstance fâcheuse, car le traitement trouve dans la cause du mal des indications précieuses.

Nous avons vu que l'évacuation incomplète et irrégulière de la vessie est une des causes les plus fréquentes des uretérites ascendantes, la première indication thérapeutique est donc de rétablir la fonction physiologique du réservoir. C'est dans ce but qu'une uréthrotomie, une lithotritie, une taille suivant les circonstances, en assurant le libre cours de l'urine à l'extérieur, empêcheront l'inflammation de se propager de la vessie à l'uretère. Que si ce traitement causal ne peut être appliqué, on devra se contenter d'un traitement médical qu'il ne faut dans aucun cas négliger. Il consistera en repos à la chambre et même au lit, éviter les refroidissements, les excès de boissons, etc.; administration des antiseptiques à l'intérieur, en particulier du biborate de soude; régime lacté; révulsifs sur les régions rénales et sur le trajet de l'uretère. Lorsque ces moyens sont impuissants et que la fièvre, les douleurs, le pissement de pus épuisent les malades, l'indication d'une intervention chirurgicale est formelle. La ponction de la poche purulente est insuffisante à évacuer le pus, quelque répétée qu'elle soit. La néphrectomie offre un moyen radical de supprimer tous les accidents, mais sa grande mortalité, ainsi que nous l'avons fait remarquer à propos de la pyélo-néphrite, ne saurait la faire adopter comme opération de choix. C'est à la néphrotomie ou incision simple du rein que la préférence devra être donnée, car cette opération est peu grave par elle-même; elle remplit toutes les indications et est applicable même aux cas dans lesquels les deux reins sont malades, les lésions du second rein s'amendant très souvent sous l'influence de l'incision et de la fistulisation du plus malade.

ARTICLE III. — MALADIES DE LA VESSIE.

§ 1. — Lésions traumatiques.

Les lésions traumatiques doivent être pratiquement divisées en lésions produites à travers une solution de continuité des parois de l'enceinte où la vessie se loge, et en lésions produites sans solution de

ces parois. A la première catégorie se rapportent les plaies proprement dites, à la seconde les déchirures ou ruptures.

§ 2. — Plaies proprement dites.

Les plaies de la vessie sont relativement rares ou, pour être plus exact, elles sont rarement observées, parce qu'elles passent inaperçues au milieu des désordres graves qui les accompagnent dans la majorité des cas. Ainsi que l'a fait justement remarquer J.-D. Larrey, la réplétion de l'organe par l'urine y prédispose puissamment. Les causes déterminantes qui y donnent lieu sont les instruments tranchants, piquants et contondants. Au dire des auteurs, Bartels entre autres, les instruments tranchants n'atteindraient jamais accidentellement la vessie, mais par contre cet organe est assez souvent blessé par les instruments chirurgicaux au cours d'une opération. Sans compter les plaies que le chirurgien fait à la vessie de propos délibéré, dans les opérations de taille par exemple, le réservoir urinaire peut être accidentellement atteint au cours d'opérations sur le rectum, l'utérus, l'ovaire, etc. Les instruments piquants sont une des causes fréquentes des traumatismes vésicaux, ce sont des outils divers, des armes (épées, baïonnettes, lances), des corps effilés et aigus (pierres, échalas), des défenses d'animaux (cornes de taureau, de bison). Tous ces agents peuvent atteindre presque directement le réservoir par la paroi abdominale ou indirectement par le périnée, le trou obturateur. Dans ces derniers cas à la lésion vésicale s'ajoutent presque toujours de graves lésions vasculaires et viscérales (intestin, rectum, etc.). Les instruments contondants sont de beaucoup les causes les plus fréquentes des plaies vésicales (deux cents quatre-vingt-cinq fois sur les trois cents soixante-quinze faits réunis par Bartels). Ce sont des balles, des éclats d'obus, de bombe; parfois le projectile est la cause indirecte de la blessure qui est produite par des esquilles osseuses violemment projetées sur la vessie.

Le fait dominant de l'histoire clinique et thérapeutique des plaies vésicales est leur siège, aussi convient-il d'établir de suite en anatomie pathologique leur division en plaies *extra-péritonéales* et *intra-péritonéales*. A côté de ces deux caractères fondamentaux, il est bon de savoir que la plaie peut être *unique* ou *double*, *simple* ou *compliquée* de lésions des organes voisins (rectum, urèthre, uretères, plexus sacré, artère épigastrique, veine fémorale, etc., etc.), *étroite* ou *large*, à *bords nets* ou *autres*. La position, la longueur, la largeur, l'irrégularité du trajet suivi par l'agent vulnérant doivent être aussi pris en très grande considération. On en comprend aisément les raisons: déclive, large et régulier, le trajet permet le libre écoulement de l'urine et met à l'abri de bien des complications fatales, dans le cas contraire.

Les premiers symptômes des plaies vésicales sont ceux des grands

traumatismes abdominaux : douleurs violentes, irradiées à tout le ventre, les lombes, les membres inférieurs; chute, perte de connaissance; petitesse et fréquence du pouls, refroidissement général, etc. Le malade, revenu à lui, éprouve des envies intolérables d'uriner sans pouvoir les satisfaire et du ténésme vésical. Les phénomènes très graves du début apaisés, la symptomatologie est variable suivant que la plaie est intra ou extra-péritonéale.

Les plaies de la vessie sans ouverture du péritoine s'accompagnent des trois signes suivants, qui ont presque une valeur pathognomonique : écoulement d'urine au dehors par la plaie; hémorrhagie; troubles de la miction. L'écoulement de l'urine par la plaie revêt des allures diverses suivant les cas. Parfois il apparaît abondant, en flot, au moment de l'accident, puis disparaît définitivement, par suite du gonflement de la plaie, ou passagèrement, pour reparaitre au moment du dégorgeement des tissus. D'autres fois il n'a lieu qu'au bout de quelques jours à la chute des eschares. Ailleurs enfin, il persiste depuis le moment de l'accident jusqu'à une époque plus ou moins tardive et même indéfiniment. Dans ces diverses circonstances cet écoulement d'urine peut être continu ou intermittent, se faire goutte à goutte ou en jet. Lorsqu'il manque, il arrive souvent que l'urine, s'infiltrant dans les tissus périvésicaux, détermine des poches, des abcès urinaires et plus fréquemment, malheureusement, des infiltrations d'urine.

Comme l'écoulement de l'urine par la plaie, l'hémorrhagie est primitive ou secondaire. Le sang sort pur ou mélangé au liquide urinaire. Quelquefois il tombe dans la vessie et s'y accumule en se coagulant.

Si toute l'urine passe par la plaie, le blessé ne peut évidemment pas émettre d'urine par l'urèthre, mais dans le cas contraire il en rend presque toujours une quantité variable, souvent mélangée de sang. D'autres causes capables de s'opposer à la miction sont : le spasme de l'urèthre, la présence de caillots dans la vessie, voire même la suppression réflexe de la sécrétion rénale ou anurie. Dans ces cas le cathétérisme évacuateur fournira d'utiles renseignements, mais il devra être pratiqué avec prudence, à l'aide d'une sonde en gomme ou en caoutchouc de préférence à une sonde métallique, de façon à ne pas agrandir la plaie, détacher les caillots ou détruire les adhérences déjà formées.

Les plaies vésicales intrapéritonéales peuvent s'accompagner des mêmes signes physiques que la variété précédente, car il existe aussi un orifice extérieur mettant en communication la vessie avec le dehors à travers la séreuse, mais dans le cas contraire ils peuvent manquer, l'urine, le sang s'épanchant dans le péritoine. Dans ce cas toute la symptomatologie se résume dans des phénomènes abdomino-péritonéaux extrêmement graves. Après quelques heures, après deux ou trois jours, quelquefois même dix, quinze jours, au moment de la chute des eschares, le hoquet, les vomissements, la petitesse du pouls, la sensibilité du ventre,

annoncent l'invasion de la péritonite qui ne tarde pas à emporter le malade.

Les plaies intrapéritonéales abandonnées à elles-mêmes, à moins qu'elles soient assez petites pour prévenir toute issue de l'urine, se terminent toujours par la mort par péritonite; l'enkystement à la suite de péritonite adhésive est exceptionnel, si même il existe.

Les plaies extrapéritonéales très petites, qui ne permettent pas la sortie de l'urine de son réservoir, ou au contraire les plaies très larges qui donnent une issue facile à l'urine, se terminent en général par la guérison complète ou avec fistules soit cutanées, soit viscérales. Les plaies étroites, à trajet déchiqueté, sinueux, à moins d'une intervention hardie, donnent lieu presque fatalement à des accidents d'infiltration d'urine, de fièvre urinaire, de septicémie qui emportent les malades.

Le diagnostic des plaies de la vessie repose sur les signes objectifs signalés plus haut; leur constatation ne laisse aucun doute sur l'existence d'une plaie extrapéritonéale. S'ils manquent, les commémoratifs, la nature, la longueur de pénétration du corps vulnérant, sa direction, ne fourniront que des présomptions sur l'existence de plaie vésicale. C'est dans ces cas que le cathétérisme, en donnant issue à une urine rare, sanguinolente, pourra être de quelque utilité pour le diagnostic. Quant à l'exploration de la plaie avec un stylet, tous les auteurs sont d'avis de la proscrire, en raison des dangers d'hémorrhagie, et de transformation d'une plaie non pénétrante en plaie pénétrante qu'il peut faire courir. Les commémoratifs joints à l'absence des mictions ou au peu d'abondance de l'urine émise malgré les envies d'uriner, le ténésme vésical, le cathétérisme évacuateur, serviront à faire le diagnostic des plaies intrapéritonéales. Mais trop souvent, malgré une analyse minutieuse de tous les phénomènes offerts par le malade, ce diagnostic est impossible, et il ne s'affirme que quelques jours après d'une façon bruyante et fatale par le développement de la péritonite.

Le pronostic des plaies de la vessie est très grave, cependant la chirurgie moderne en a rappelé du vieil aphorisme d'Hippocrate infirmé déjà depuis longtemps par la terminaison des plaies opératoires. Abandonnées à elles-mêmes, les plaies intrapéritonéales sont infailliblement mortelles. La mort survient du deuxième au troisième jour à la suite des plaies par instruments piquants, elle peut être retardée jusqu'au quinzième jour à la suite des plaies par armes à feu. Les plaies extrapéritonéales guérissent assez souvent même en dehors de toute intervention. D'après Bartels, la mortalité des blessures par instruments piquants est de 22,4 p. 100, celles des blessures par armes à feu est de 24,5 p. 100. Lorsque le trajet est large et béant, la gravité est moindre que dans le cas contraire, les complications étant alors moins à redouter, mais les fistules qui persistent souvent dans ces cas rendent encore le pronostic sérieux.

Traitement. — Le traitement des plaies de la vessie varie suivant que le péritoine a été intéressé ou est demeuré intact. Au cas de plaies extrapéritonéales, les indications thérapeutiques, toujours faciles à saisir, sont très difficiles à réaliser dans certains cas à cause de la situation, de l'irrégularité et des autres caractères de la solution de continuité; ces indications, qui ne sont pas ainsi que nous le verrons sans analogie avec celles que présentent les ruptures de l'urètre, consistent : 1° à arrêter l'hémorragie; 2° à assurer un libre écoulement à l'urine et surtout à prévenir son infiltration. Les injections de liquides froids, hémostatiques, le tamponnement fait avec soin et attentivement surveillé, au besoin le débridement avec forcipressure et ligature des vaisseaux, la glace sur l'hypogastre, les injections hypodermiques d'ergotine dans le cas d'hémorragie intravésicale satisferont à la première indication. Pour assurer l'écoulement de l'urine et prévenir son infiltration, on a tour à tour conseillé la sonde à demeure, la suture de la plaie vésicale, les larges débridements. Tous ces moyens trouveront leur emploi suivant les circonstances. Si la plaie est située sur l'hémisphère supérieur de la vessie, la sonde en caoutchouc rouge, si elle est bien supportée, soutirera l'urine, préviendra l'infiltration et mettra la plaie dans les meilleures conditions de réunion en assurant le repos de l'organe. Une antiseptie soignée de la plaie et de la vessie par des injections boriquées, l'administration de l'opium et autres calmants à l'intérieur, aideront au résultat. Lorsque la plaie intéresse l'hémisphère inférieur, faut-il en pratiquer d'emblée la suture? Cette pratique, conseillée il y a longtemps par Pinel, Grandchamp, ne s'est pas généralisée, et, même de nos jours, malgré la méthode antiseptique, beaucoup de chirurgiens y répugnent; tout au plus l'admettent-ils lorsque la plaie est facilement accessible et ses bords nets. Mais alors si on n'obture pas la plaie par la suture, il faut redoubler de précautions pour assurer l'écoulement de l'urine, et si on a le moindre doute sur le bon fonctionnement de la sonde à demeure, on doit détourner le cours de l'urine soit par un drainage à travers le trajet même de la plaie, soit en pratiquant une taille à cet effet. Si cela ne suffit pas, au moindre signe de rétention et d'infiltration d'urine il ne faut pas hésiter à faire de larges débridements. Dans ces cas particuliers, Bouilly va plus loin, et il veut que l'on fasse « la laparotomie avec suture complète de l'organe si la plaie est petite et régulière, avec suture partielle et application d'un tube à demeure faisant siphon, si elle est grande ou difficilement accessible. »

Dans les plaies intrapéritonéales, la mort étant fatale, il faut intervenir hardiment et hâtivement. Les beaux succès qu'ont obtenus dans leur pratique Walter (de Pittsburg) et Socin (de Bâle), les expériences de Vincent (de Lyon) ne laissent place à aucune hésitation, et les classiques Le Dentu, Follin, Bouilly, préconisent cette conduite. Après avoir

fait la laparotomie, le chirurgien débarrassera le péritoine du sang et de l'urine et en fera un lavage soigné. Puis il recherchera la solution de continuité du réservoir urinaire, régularisera et ébarbera ses lèvres s'il est nécessaire, et en fera la suture complète d'après le procédé de Lembert-Czerny, c'est-à-dire avec adossement péritonéal. Suivant les uns il n'y a aucun inconvénient à fermer complètement la vessie et à assurer l'écoulement de l'urine par une sonde à demeure; suivant les autres il est prudent de laisser béante une boutonnière à l'hypogastre et d'y fixer un tube évacuateur de sûreté.

§ 3. — Ruptures de la vessie.

On désigne sous le nom de ruptures de la vessie les solutions de continuité de ce viscère survenant sans plaie extérieure. Ce genre de lésion reconnaît des causes multiples agissant par des mécanismes bien différents sur une *vessie saine* ou *malade*, toutes circonstances dont les traités didactiques ne tiennent pas un compte suffisant dans leur classification, qui est par cela même incomplète et ambiguë. Voici celle que j'ai proposée il y a quelques années et que le professeur Hache a adoptée dans son article du Dictionnaire Encyclopédique.

Ruptures (vessie saine).....	} traumatiques	par cause directe.
		par cause indirecte.
		par effort.
Ruptures pathologiques (vessie malade)	}	par perforation.
		par contractions musculaires de ses propres parois.

L'étude des causes de ces diverses variétés de rupture de la vessie et l'analyse de leur mécanisme fera saisir les avantages de cette classification.

Une condition qui prédispose puissamment aux ruptures de la vessie lorsque ces parois sont saines est un certain degré de distension. Aussi observe-t-on de préférence cet accident chez les gens ivres qui perdent aisément la sensation du besoin d'uriner. Suivant Larrey, on l'observerait aussi fréquemment chez les combattants qui, entraînés par l'ardeur de la bataille, ne songent pas à vider leur vessie. Dans ces conditions un coup sur l'hypogastre, une chute sur le ventre, un choc quelconque (éboulement, écrasement, tamponnement) fait éclater la vessie par un mécanisme facile à comprendre. Le traumatisme augmente subitement la pression du liquide jusqu'à lui faire dépasser la résistance des tuniques du réservoir urinaire. Lorsqu'il existe en même temps que la rupture de la vessie une fracture du bassin, on peut admettre que l'agent vulné-

rant, après avoir brisé la ceinture osseuse, est venu atteindre directement la vessie. Mais il peut aussi se faire que des fragments d'os, des esquilles aient produit la solution de continuité du réservoir, ou encore que le déplacement des portions du squelette rompu, dans les fractures du pubis par exemple, aient tirillé la vessie jusqu'à en amener la rupture, ainsi que cela se passe, nous le verrons, dans certaines variétés de rupture de l'urèthre. On désigne plus spécialement sous le nom de *déchirures* de la vessie des lésions produites par ces deux derniers mécanismes. Telles sont avec leur mécanisme les causes directes des ruptures de la vessie.

Une chute sur les pieds, les genoux, le siège, un coup violent sur la région sacrée, sont les *causes indirectes* des ruptures vésicales. Laugier pensait que dans toutes ces circonstances, la vessie violemment projetée contre l'angle sacro-vertébral venait s'y briser. Ferraton a combattu cette interprétation qu'infirmes d'ailleurs dans un grand nombre de cas le siège même de la solution de continuité. Pour cet auteur, les deux pôles de la vessie se rapprochent au moment du choc, et le liquide incompressible se portant brusquement à l'équateur de la sphère, la fait éclater à ce niveau.

Les ruptures que nous désignons sous le nom de *ruptures par effort* peuvent se produire dans tous les actes qui réclament une violente contraction musculaire. C'est ainsi qu'on les a vues se faire chez les individus soulevant de lourds fardeaux, chez la femme pendant l'accouchement, chez les personnes soumises à l'influence des anesthésiques, en particulier de l'éther pendant la période d'excitation. J'ai expliqué le mécanisme de l'éclatement du réservoir dans ces diverses circonstances par la pression brusque qu'exercent sur le viscère plus ou moins distendu les muscles de la paroi abdominale. Si le liquide peut fuir, la vessie échappe aux effets du traumatisme, mais si, en raison de l'instantanéité du choc ou d'une altération pathologique de l'urèthre, un rétrécissement par exemple, la rétention de l'urine est augmentée, elle fait effort sur la paroi du réservoir et en provoque la rupture.

Les *ruptures pathologiques* sont préparées par deux ordres d'altérations absolument opposées. C'est d'une part l'amincissement, les dégénérescences diverses des parois vésicales qui en diminuent la résistance au point d'en amener la perforation. C'est d'autre part le développement exagéré de la musculature de la vessie. Si paradoxal que cela puisse paraître, rien n'est plus réel que l'influence de l'hypertrophie de la musculature sur les auto-ruptures de la vessie. J'en ai développé le mécanisme dans un travail publié dans la Revue de chirurgie et inspiré par le professeur Guyon. Il se passe dans ces vessies, à musculature puissante et se contractant irrégulièrement sur le liquide qui y est renfermé, quelque chose d'analogue à ce qui se produit dans l'utérus lorsque le produit de la conception arrêté par un obstacle quelconque

offre un point d'appui solide à ses contractions désordonnées : le viscère se rompt sur son contenu. C'est chez les hommes jeunes atteints d'hypertrophie de la vessie consécutivement à l'existence d'un rétrécissement, d'un calcul, d'une inflammation violente et douloureuse que l'on observe de préférence cet accident. Il s'est produit un certain nombre de fois pendant les manœuvres de la distension préparatoire de la vessie pour la taille hypogastrique.

La forme de la solution de continuité qui peut être en fente linéaire curviligne, étoilée avec ou sans perte de substance, sa direction transversale, verticale ou oblique, son étendue qui, suivant Bartels, atteint 5 centimètres en moyenne, sont des caractères importants à connaître pour l'anatomo-pathologiste, mais le siège l'emporte sur tous les autres enseignements pour le chirurgien. Comme pour les plaies, la division en ruptures intra et extrapéritonéales s'impose. D'après Maltrait (de Lyon), les ruptures intrapéritonéales sont plus fréquentes que les ruptures extrapéritonéales dans la proportion de 95 contre 57. D'après le même auteur, la rupture a lieu dans la moitié des cas en arrière, dans le quart des cas en haut, dans le sixième en avant et tout à fait exceptionnellement sur les côtés. Rivington, dans un travail plus récent, est arrivé sensiblement aux mêmes conclusions que Maltrait. On a recherché s'il n'existerait pas une loi qui permettrait de conclure du genre de traumatisme, de sa direction, de sa violence, etc., au siège de la rupture ; cette loi est encore à trouver. Inutile d'insister sur les désordres produits par la rupture de la vessie, épanchement de sang, d'urine dans le tissu cellulaire péritonéal, dans le péritoine, déterminant des accidents inflammatoires plus ou moins graves. Mais nous devons faire remarquer que, contrairement à ce que l'on pourrait croire à priori, il résulte des faits interprétés par Rivington, Ferraton, que même dans les ruptures intrapéritonéales l'épanchement d'urine dans la séreuse et la péritonite est exceptionnel dans les premiers jours qui suivent l'accident. C'est ainsi qu'à l'autopsie de blessés morts vingt-quatre, quarante-huit heures et même trois ou quatre jours après l'éclatement du réservoir, la solution de continuité paraît fraîchement produite, ses bords n'ont subi aucune réaction inflammatoire, il n'y a pas d'urine dans la cavité péritonéale et cette séreuse est intacte. La puissance d'absorption du péritoine peut expliquer cette absence de liquide urinaire, mais elle ne rend pas compte du défaut de tout travail réactionnel au niveau de la rupture. Suivant Ferraton, les recherches de Brown-Séquard touchant l'influence des actions inhibitoires sur l'arrêt des échanges nutritifs permet d'interpréter ce phénomène. L'irritation des extrémités nerveuses du grand sympathique au contact de l'urine suspendrait non seulement la sécrétion urinaire, mais encore tous les actes organiques. L'évolution clinique des ruptures vésicales est très analogue à celle des plaies. On voit se dérouler au moment de l'accident les

mêmes phénomènes généraux graves : lipothymie, syncope, pâleur de la face, sueurs froides. Il s'y joint parfois une sensation de déchirure intérieure. Ces phénomènes de début calmés, le malade accuse une douleur violente dans le bas-ventre, des besoins impérieux d'uriner avec épreintes, ténésme vésical et rectal. Malgré tous ces effets, il ne parvient à émettre que quelques gouttes d'urine sanguinolente ou même rien. La palpation à l'hypogastre révèle la vacuité de la vessie, et une sonde introduite dans le réservoir ne donne issue qu'à une faible quantité d'urine teintée de sang. Parfois au cours de cette exploration le bec de la sonde passant par la fente viscérale donne des renseignements utilisables pour le diagnostic du siège de la rupture, comme nous l'allons voir, mais qu'il faut bien se garder de provoquer intentionnellement. Les liquides injectés dans le réservoir rompu ne distendent plus le globe et ne reviennent plus ou seulement en partie par la sonde.

La mort peut survenir dans les premières heures par *shock* ; elle peut se produire du troisième au cinquième jour avec tous les symptômes de la péritonite, enfin le malade peut succomber tardivement aux phénomènes d'empoisonnement urinaire, d'infiltration d'urine, de septicémie, etc. Dans les ruptures intrapéritonéales abandonnées à elles-mêmes, l'issue est toujours fatale et le cas de guérison spontanée rapporté par Henry Morris est jusqu'ici unique dans la science. Les ruptures extrapéritonéales peuvent parfois se terminer par la guérison en dehors de toute intervention et, d'après Bartels, leur mortalité serait de 73 p. 100. Souvent elles laissent à leur suite des fistules vésico-tégumentaires, vaginales, intestinales.

L'ensemble des symptômes précédemment énumérés aidé des commémoratifs ne permet guère de méconnaître la rupture vésicale. Quant au diagnostic entre la rupture intra et extrapéritonéale, les anamnétiques, l'intensité des phénomènes généraux lorsque le péritoine est intéressé, seront des signes de présomption que transformeront en signes de certitude l'examen méthodique du patient. La situation du bec de la sonde, sentie à travers la paroi abdominale ou par le toucher rectal, fournira à cet égard des renseignements précieux, mais nous ne saurions trop rappeler combien il faut être sobre de ces explorations instrumentales. Les injections dans la vessie rompue sont préférables et fournissent, d'après Ferraton, des signes plus certains. A cet effet, il conseille, après avoir vidé la vessie de ce qu'elle peut contenir, d'injecter 2, 3 litres d'eau tiède et même plus. Si la plaie est extrapéritonéale, le liquide diffuse dans le tissu périvésical, où il ne peut être perçu ; si la plaie est intrapéritonéale, il se répand dans le péritoine et donne lieu à une ascite artificielle facile à reconnaître. C'est là un moyen de diagnostic tout théorique, qui ne serait peut-être pas sans danger dans la pratique, et qui, dans un cas de Varnier, a laissé méconnaître une rupture intrapéritonéale.

Le traitement des ruptures de la vessie comporte les mêmes indications que celui des plaies. Nous n'y reviendrons pas, mais nous ferons remarquer que dans les ruptures intrapéritonéales, la laparotomie s'impose avec plus de force encore que dans les plaies, car la mort est certaine si on n'intervient pas, tandis que l'opération offre de sérieuses chances de succès, ainsi qu'en témoignent les neuf faits rapportés par Rivington, dans son travail de 1884, et cinq nouveaux cas réunis par Hache dans un récent article.

§ 4. — Corps étrangers de la vessie.

Sous le nom de corps étrangers de la vessie, nous décrirons tous les corps ayant pénétré accidentellement dans le réservoir urinaire à l'exclusion des calculs. Leur introduction dans la vessie peut se faire par trois mécanismes importants à connaître : par effraction à la suite d'un des traumatismes que nous venons d'étudier ; par ouverture inflammatoire ou ulcéraire des parois vésicales ; par cheminement à travers les voies naturelles. Les deux premières catégories de corps étrangers ne sont que des épiphénomènes dans l'histoire des plaies, des ruptures, des ulcérations de la vessie. Leur présence complique la situation, mais ne caractérise pas la lésion pathologique. Rappelons donc seulement qu'à la suite des plaies de la vessie, des projectiles, des lambeaux de vêtements, des fragments d'os peuvent être introduits dans le réservoir de l'urine ; qu'à la suite d'ulcération mettant la vessie en communication avec les viscères voisins (rectum, intestin) ou avec des productions pathologiques développées dans ses environs (kystes de l'ovaire, abcès, etc.) peuvent pénétrer dans la vessie des matières fécales, des noyaux de fruits, des pépins de raisins, des vers, des poils (pilimiction), des débris d'embryon (kystes dermoïdes), etc.

Les corps étrangers introduits par les voies naturelles sont de beaucoup les plus nombreux et ce sont eux que nous aurons surtout en vue dans ce chapitre. Leur introduction peut être le résultat d'un accident du cathétérisme, de manœuvres inavouables chez des sujets sains d'esprit ou atteints d'aliénation mentale. Très souvent les malades, pour remédier eux-mêmes à des difficultés de la sécrétion, s'introduisent dans l'urèthre des instruments primitifs ou défectueux qui se brisent et tombent dans la vessie ; d'autres fois cet accident survient au cours de manœuvres pratiquées par le chirurgien et des bouts de bougies conductrices, de sondes en gomme ou métalliques, des fragments de lithothruteurs sont restés dans le réservoir de l'urine. La liste de tous les corps étrangers, introduits par les sujets pervers ou déments dans la vessie, serait longue, et nous renvoyons au *Traité des corps étrangers en chirurgie*, de Poulet, ceux qui voudraient en prendre connaissance. Il n'y a aucun objet de vêtement, de toilette, aucun ustensile professionnel