

qui forme le cul-de-sac est précisément celle qui a été détachée de la paroi abdominale. En lisant Sappey, il semblerait que plus la vessie est distendue, moins on a d'espace pour pénétrer dans sa cavité, puisque le péritoine descend davantage : or, cela n'est pas exact ; je le répète, la portion du péritoine qui recouvre la paroi antérieure de la vessie distendue n'est autre que celle qui tapissait la paroi abdominale avant la distension, et en voici la preuve : mesurez la distance qui sépare le pubis du cul-de-sac péritonéal et celle qui sépare le cul-de-sac péritonéal du sommet de la vessie, c'est-à-dire de l'insertion de l'ouraue : la distance est la même, et il n'en peut être autrement ; la figure 848, représentée par Sappey dans son ouvrage, fournirait au besoin la démonstration de ce que j'avance. Donc, l'espace privé de péritoine est d'autant plus grand que le cul-de-sac est plus profond, c'est-à-dire que la cavité vésicale est plus distendue ; le péritoine ne joue pas un rôle actif dans la distension de la vessie, il ne descend pas ; son rôle est purement passif, la vessie le refoule en haut et s'en coiffe en partie.

J'insiste sur ce point à cause des conséquences qui en résultent. C'est à tort, écrivait Sappey, que « les chirurgiens ont proclamé d'une voix presque unanime qu'un calcul peut être facilement extrait par cette région sans léser le péritoine et que celle-ci mérite d'être préférée à la région inférieure, lorsque la ponction devient nécessaire ». En prenant pour base l'anatomie, Sappey rejetait donc absolument la taille de Franco et la ponction hypogastrique, conclusion journallement démentie. Il est un fait indiscutable : c'est que, lorsque la vessie est distendue, une portion de sa face antérieure répond immédiatement à la paroi abdominale sans interposition du péritoine. Ainsi, sur le sujet qui m'a servi à faire la figure 249, la distance entre le pubis et le cul-de-sac péritonéal était de 3 centimètres et demi. On peut donc, sans danger de blesser le péritoine, pénétrer dans la vessie par-dessus le pubis, à la condition de ne pas prolonger l'incision trop haut.

C'est pour extraire un corps étranger ou une tumeur, pour donner issue à l'urine, pour pratiquer le cathétérisme rétrograde, ou pour établir un urètre hypogastrique, que l'on ouvre la vessie au-dessus du pubis.

La taille hypogastrique, imaginée par Franco dans un éclair de génie, tour à tour reprise et abandonnée, jouit aujourd'hui d'une faveur exclusive. L'emploi du ballon rectal de Petersen, en rendant la vessie plus accessible, le drainage pratiqué avec un double tube en caoutchouc par M. Perier, en prévenant l'infiltration d'urine, ont rendu la taille hypogastrique beaucoup moins grave qu'autrefois. Si l'on considère, d'autre part, que le manuel opératoire en est simple, que l'hémorragie est peu à craindre, on conçoit le succès de cette méthode qui a détrôné la taille périnéale, et paraît même, bien à tort selon moi, devoir se substituer à la lithotritie dans tous les cas.

Voici, en quelques mots, un bon procédé opératoire : la vessie est remplie d'une solution d'eau boriquée tiède que l'on injecte à l'aide d'une sonde en gomme. Le ballon de Petersen est ensuite introduit dans le rectum et rempli de liquide jusqu'à ce que la vessie vienne s'appliquer hermétiquement contre la paroi abdominale et forme une sorte de tumeur.

On pratique alors sur la ligne médiane, immédiatement au-dessus du pubis, une incision d'environ 5 centimètres de hauteur qui passe entre les deux petits muscles pyramidaux. Arrivé dans le tissu cellulaire prévésical, on aperçoit le