

tum, au-dessus et quelquefois au-devant de la tunique vaginale. Lorsque le sommet de la vessie est lui-même descendu dans le canal inguinal, le péritoine qui revêt la face postérieure du réservoir urinaire est entraîné, et c'est ainsi qu'il se forme parfois au-devant de la tumeur inguino-scrotale un sac herniaire qui reçoit à son tour des viscères, une portion d'intestin par exemple. On s'explique ainsi comment certaines hernies inguinales sont formées d'un entéroccèle et d'un cystocèle, et l'embarras dans lequel peut se trouver le chirurgien qui opère une hernie étranglée de ce genre, pour démêler ce qui appartient à chaque hernie, lorsqu'il est privé de renseignements. Dans d'autres cas, la vessie, au lieu de s'engager dans le canal inguinal par sa face antérieure, s'y introduit par le sommet; alors le péritoine est entraîné en même temps, et si le déplacement ultérieur de la vessie est retardé, il est possible qu'une hernie intestinale inguinale précède l'évolution complète du cystocèle.

Lorsque la hernie de vessie est complète, la configuration de la vessie est changée. Le réservoir urinaire représente alors une sorte de sablier, formé d'une loge *inguinale* et d'une loge *pelvienne*, séparées l'une de l'autre par un rétrécissement, ou un canal d'un calibre quelquefois exigü.

Causes. Le cystocèle inguinal est le plus souvent unilatéral; on cite comme exceptionnel le fait de De la Porte, relatif à une hernie de ce genre qui existait des deux côtés. La maladie est plus commune chez l'homme que chez la femme; on l'observe surtout chez les vieillards. Pour que la hernie se produise, il faut que la vessie soit habituellement distendue et que les ligaments qui l'unissent aux parties voisines du bassin soient relâchés. Il est facile de comprendre, d'après cela, que la paralysie de la vessie, l'habitude de retenir longtemps les urines sont des causes prédisposantes. On a signalé aussi l'influence de la grossesse, la compression exercée par l'utérus sur la vessie augmentant le diamètre transversal de cette dernière. On a aussi remarqué que la hernie se forme le plus souvent du côté correspondant à celui sur lequel le sujet se couche.

Symptômes. Le cystocèle inguinal se présente sous la forme d'une tumeur indolente, plus ou moins consistante, sans changement de couleur de la peau qui la recouvre. Cette tumeur a un volume d'autant plus considérable, et présente une fluctuation d'autant plus distincte, que le sujet est resté plus longtemps sans uriner. En comprimant la tumeur, on la ramène parfois complètement dans l'abdomen; ou si elle est irréductible, on en diminue notablement le volume, parce que l'on fait passer l'urine de la loge extérieure dans la loge pelvienne. En pratiquant ces manœuvres, on fait éprouver au malade le besoin d'uriner. Les sujets affectés de cystocèle inguinale urinent souvent, parce qu'ils ne voient que la portion pelvienne du réservoir. Chez quelques-uns, la tumeur de l'aîne augmente après des efforts, parce que ceux-ci ayant pour effet de comprimer la portion de vessie restée dans le bassin et soumise à l'action du diaphragme et des muscles abdominaux, l'urine renfermée dans cette portion passe dans la loge inguinale. Les troubles de la miction sont moins prononcés quand, pour uriner, le patient se couche de façon à ce que, par les lois de la pe-

santeur, le liquide renfermé dans la loge inguinale peut passer dans la loge pelvienne; ou bien lorsque le sujet comprime avec les mains la tumeur herniaire.

Complications. Il en est une assez commune: c'est l'*irréductibilité* de la tumeur, provenant d'adhérences formées entre la portion herniée de la vessie, dépourvue de sac, et le tissu cellulaire environnant. D'autres fois le canal de communication entre la loge inguinale et la loge pelvienne de la tumeur est obstrué par des matières muqueuses plus ou moins épaisses qui deviennent un obstacle au passage de l'urine d'une poche dans l'autre; on dit alors la hernie *engouée*. Que la portion extra-pelvienne de la vessie, ainsi distendue par l'urine, s'enflamme, il en résultera une augmentation de volume de la partie herniée et des accidents d'*étranglement*. D'après J.-L. Petit, dans ces dernières circonstances, le hoquet survient avant les vomissements, ce qui permet de distinguer le cystocèle inguinal étranglé de l'entéroccèle inguinal étranglé. Un autre accident du cystocèle inguinal est la formation de *calculs* soit dans la loge pelvienne, auquel cas les indications à remplir sont conformes à celles des calculs vésicaux en général; soit dans la loge inguinale. Dans le dernier cas, on comprend la possibilité, pour le chirurgien même expérimenté, de méconnaître la nature de la tumeur vésicale, la présence du calcul dans la poche changeant les caractères physiques de cette tumeur. Dans un cas de ce genre, Pott crut à l'existence d'un kyste du cordon spermatique et fit en réalité l'*excision* de la portion inguinale d'un cystocèle inguinal; l'enfant survécut. Roux, dans un autre cas plus complexe, car il s'agissait d'une hernie de vessie compliquée d'un entéroccèle étranglé prit, pour une portion d'épiploon dégénéré la tumeur vésicale mise à découvert pour lever l'étranglement, et en continuant les manœuvres opératoires pour faire l'excision de la tumeur, ouvrit largement la vessie.

Diagnostic. Il est facile lorsque le cystocèle est simple, réductible. Alors on ne confondra pas le *cystocèle* avec un *entéroccèle*, parce que le premier n'est pas accompagné de troubles digestifs, mais bien de troubles de la miction; que la réduction d'un entéroccèle se fait avec un bruit de gargouillement, ce qui n'a pas lieu dans le cystocèle.

L'*hydrocèle vaginale congénitale* a de commun avec le cystocèle de se réduire par la pression; mais la transparence de l'hydrocèle, l'absence de tout trouble de la miction, la diffèrent suffisamment du cystocèle.

Pronostic. Il ne devient grave que lorsque la hernie prend de l'accroissement et est irréductible, ou bien encore lorsqu'il se complique d'un des accidents que nous avons notés.

Traitement. Toutes les fois que la hernie est réductible, il faut repousser la tumeur dans l'abdomen et faire porter un bandage semblable à celui de l'entéroccèle inguinal (voy. p. 695). Si la tumeur est irréductible, mais petite, on conseille un bandage à pelote concave. La hernie est-elle irréductible et volumineuse, on la contient avec un suspensoir élastique. On recommande au malade de relever la tumeur, ou de la comprimer fortement, chaque fois qu'il urine. Si la vessie était paralysée, on pratiquerait

le cathétérisme. Lorsque le canal de communication entre la poche intra et la poche extra-pelvienne s'engoue, on est parfois obligé, pour donner issue à l'urine contenue dans la tumeur inguinale, de ponctionner cette dernière avec un trocart. Si un calcul se formait dans la loge inguinale de la vessie, on inciserait la tumeur pour extraire la concrétion. Lorsque le cystocèle s'étrangle, on met la hernie à découvert et on débride suivant les règles exposées précédemment (p. 696). Si un entéroccèle étranglé était compliqué de la présence d'une portion de vessie, on s'assurerait de la situation de la vessie avant de débrider l'ouverture aponévrotique qui étrangle l'intestin, afin de ne pas blesser le réservoir urinaire.

Cystocèle crural. C'est une hernie très-rare ; on n'en connaît qu'une seule observation recueillie par Verdier sur une femme hydropique.

Cystocèle périnéal. Il en existe une observation de Pipelet *junior*, pour l'homme ; deux faits appartenant à Méry et à Curade pour la femme.

II. CYSTOCÈLE VAGINAL.

Le cystocèle vaginal, ou la hernie de la vessie dans le vagin, a été signalé pour la première fois par Verdier. Il en existe des observations dues à Sandifort et à Hoin ; et de notre époque, les travaux de Rognetta, de Jobert et de Malgaigne en ont approfondi la connaissance.

Anatomie pathologique. C'est plus spécialement le bas-fond de la vessie, en rapport immédiat avec la paroi antérieure du vagin, qui forme la hernie. On comprend, d'après cela, qu'il y a constamment absence de *sac* herniaire. Nous ne connaissons pas d'une manière précise les enveloppes de la hernie ; il est impossible de savoir, faute de dissection, si la paroi antérieure du vagin est refoulée en bas tout entière par le bas-fond de la vessie, ou si la hernie se fait à travers une éraillure de la tunique externe, en refoulant la tunique interne ou muqueuse seulement.

Causes. Symptômes. Diagnostic. Le cystocèle vaginal se développe sous l'influence des mêmes conditions que l'entéroccèle vaginal (p. 731). Il est caractérisé par une tumeur située à la partie supérieure de l'entrée du vagin, et quelquefois étendue jusqu'à l'entrée de la vulve ; cette tumeur, d'un volume considérable, mais qui dépasse rarement celui d'un œuf de poule, est revêtue par la muqueuse du vagin, et conséquemment sillonnée de plis transversaux à la surface ; elle est plus volumineuse avant qu'après la miction ; si on la comprime, on fait refluer l'urine par le méat urinaire, et si l'on introduit une sonde dans la vessie, on en sent le bec à travers la partie la plus saillante de la tumeur. Quelquefois même le cathétérisme avec une sonde de femme est très-difficile et s'opère beaucoup mieux avec une sonde d'homme. Pour peu que la tumeur soit volumineuse, elle occasionne de la gêne et de la douleur ; elle détermine souvent des envies fréquentes d'uriner et rend parfois la miction très-difficile.

On ne confondra pas le cystocèle avec l'entéroccèle, en ayant égard aux troubles dans l'excrétion urinaire et aux résultats fournis par le cathétérisme de la vessie. Les mêmes considérations s'appliquent au diagnostic

différentiel du cystocèle et du simple renversement de la muqueuse du vagin ; dans ce dernier cas, on n'observe pas de difficulté pour uriner, et la sonde introduite dans la vessie n'est pas sentie dans la tumeur.

La chute complète de l'utérus est suivie d'un renversement du vagin qui entraîne le bas-fond de la vessie, il existe alors un *cystocèle vaginal* qui est sous la dépendance du déplacement de l'utérus et qui se reconnaît aux signes que nous indiquerons plus tard. Il ne sera pas sans intérêt de faire remarquer que lorsque le cystocèle se présente sous cette forme et que la tumeur n'est pas réduite, des calculs peuvent s'y former ; c'est ce qui résulte des observations de Ruysch, Tolet, Blandin.

Pronostic. Traitement. Les accidents qui se manifestent du côté de l'excrétion urinaire, l'obstacle que la tumeur peut apporter à l'expulsion du fœtus, pendant le travail de l'accouchement, rendent toujours fâcheux le pronostic du cystocèle vaginal.

La réduction de la tumeur est facile après que l'urine renfermée dans la vessie a été évacuée par le cathétérisme. La contention en est obtenue par un pessaire cylindrique que l'on immobilise au moyen d'un ressort fixé à une ceinture hypogastrique.

Jobert a tenté d'opérer la cure radicale du cystocèle vaginal, en faisant une perte de substance à la muqueuse de la paroi antérieure du vagin et en réunissant les lèvres de la plaie, de manière à rendre cette paroi plus résistante. Il est difficile de dire si ce procédé donne une guérison durable.

CHAPITRE V.

INFLAMMATION DE LA VESSIE.

On la désigne sous le nom de *cystite*. Elle se présente sous la forme *aiguë* ou *chronique* ; elle a son siège sur toute l'étendue de la vessie ou au *col* de l'organe seulement.

I. CYSTITES AIGUES.

Causes. Les plus communes sont les actions traumatiques de tous genres : blessures accidentelles de la vessie, ou pratiquées volontairement par le chirurgien ; manœuvres de lithotritie ; compression violente exercée sur l'hypogastre. Dans d'autres cas, la cystite est la conséquence de la propagation au réservoir urinaire d'une phlegmasie des organes qui ont des rapports de continuité ou même de contiguïté avec ce viscère : blennorrhagie urétrale, vaginite, métrite. Une cause fréquente est la présence d'un ou de plusieurs calculs dans la vessie, surtout après une course à cheval ou dans une voiture mal suspendue. On a vu survenir cette affection à la suite de la disparition d'un accès de goutte ou d'un exanthème cutané, d'une hémorragie périodique. Elle reconnaît aussi pour point de départ