

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

l'administration de diurétiques énergiques, de préparations de cantharides. Les sujets adultes, doués d'un tempérament sanguin, sont plus souvent affectés que ceux qui se trouvent dans des conditions opposées. Quelquefois la cystite se développe sans cause appréciable, c'est-à-dire *spontanément*.

**Anatomie pathologique.** Lorsque la cystite se termine par résolution, on ne constate le plus souvent aucune altération de l'organe. Si l'affection a duré plusieurs mois, les parois de la vessie sont épaissies, les veines du réservoir urinaire variqueuses. La phlegmasie a-t-elle persisté plus longtemps encore, on constate un épaississement de la muqueuse et une hypertrophie de la membrane musculuse; les parois de la vessie peuvent atteindre une épaisseur de 2 centimètres et demi. La maladie s'est-elle terminée par suppuration, on trouve dans l'épaisseur des parois de l'organe du pus infiltré ou réuni en foyers plus ou moins volumineux. Parfois le pus a perforé les tuniques de la vessie et formé des collections dans divers points du petit bassin, vers le périnée, sur les côtés du rectum; ou bien encore ce liquide s'est frayé un passage dans la cavité de l'organe, vers le col de la vessie et s'écoule au dehors avec l'urine. Dans ce dernier cas, on trouve à la face interne de la vessie des ouvertures fistuleuses d'étendue et de profondeur variables, entourées dans certains points de veines variqueuses et recouvertes parfois d'un sang noir provenant de la rupture de ces vaisseaux. On rencontre aussi des productions pseudo-membraneuses plus ou moins adhérentes à la face interne de la muqueuse, lorsque la cystite est due à l'action des cantharides. La cystite s'est-elle terminée par *gangrène*, on voit dans la vessie des escarres accompagnées parfois d'une perforation de l'organe.

Lorsque la phlegmasie se développe dans une vessie dont les parois ont été au préalable atrophiées, on trouve les membranes de l'organe amincies, pâles, ramollies.

**Symptômes.** La cystite aiguë débute par une douleur à l'hypogastre; cette douleur, parfois très-forte, se propage au périnée et aux reins; elle est augmentée par la pression exercée avec la main au-dessus du pubis. En même temps les malades éprouvent des besoins fréquents d'uriner: la miction est très-douloureuse et le sujet expulse après de grands efforts quelques gouttes d'urine. Ce liquide s'accumulant dans son réservoir dont la contractilité est perdue, il se forme une tumeur au-dessus du pubis.

Il y a aussi des besoins fréquents d'aller à la garde-robe, une sensation de pesanteur au périnée et de ténésme rectal, lorsque la phlegmasie occupe le bas-fond de la vessie. Quelques malades accusent une douleur vive au méat urinaire. L'urine rendue spontanément ou évacuée par le cathétérisme est rougeâtre comme si elle était mélangée de sang; si on la laisse reposer, on constate la présence de mucosités et parfois de pus. La quantité de mucus augmente à mesure que la cystite tend à passer à l'état chronique. A ces phénomènes locaux s'ajoutent des symptômes généraux: fièvre intense; parfois agitation et délire, vomissements et hoquet, sueur d'odeur urineuse sur toute la surface du corps.

**Marche. Terminaisons.** La cystite aiguë abandonnée à sa marche naturelle se termine quelquefois par *résolution*; alors la fièvre diminue, le cours de l'urine se rétablit, après un espace de temps qui varie de quelques jours à deux semaines, suivant que la maladie atteint un homme robuste, dans la force de l'âge, ou un sujet faible, épuisé par une maladie antérieure (Ferrus). Dans d'autres cas, c'est par *suppuration*: tantôt le pus est sécrété par la muqueuse et rendu avec l'urine, tantôt il se forme dans l'épaisseur des parois du réservoir urinaire, produisant des collections plus ou moins nombreuses et volumineuses, c'est-à-dire des *abcès* qui s'ouvrent à la face interne de la vessie, dans le tissu cellulaire du bassin ou même dans le rectum. Il se peut encore que la cystite aiguë se termine par une *ulcération* plus ou moins profonde de la paroi vésicale, ce qui donne lieu à des hématuries graves, à une infiltration d'urine dans le bassin ou à un épanchement de ce liquide dans le péritoine. La *gangrène* est rare; lorsqu'elle se produit, les malades tombent dans la prostration; le pouls est petit, accéléré, la langue se sèche, il y a soif vive, un hoquet fréquent, refroidissement des membres. Les escarres en se détachant laissent une perforation qui entraîne promptement la mort, lorsque l'épanchement d'urine qui en est la conséquence se fait dans le péritoine. Bien plus souvent la cystite aiguë passe à l'état *chronique*. On a signalé encore une *rupture spontanée* de la vessie, lorsque les parois ont été affaiblies au préalable par la distension du réservoir. D'après Mercier, cet accident est surtout à redouter dans les points où existent des *hernies de la muqueuse* à travers la membrane musculaire (*cellules vésicales*).

**Diagnostic.** Il est généralement facile. On distingue la cystite de la névralgie et du rhumatisme de la vessie, en ce que dans ces dernières affections il n'existe ni fièvre ni changements dans les caractères physiques de l'urine.

**Pronostic.** La gravité est variable: elle l'est plus quand la phlegmasie occupe le trigone vésical, parce que l'ouverture des uretères peut alors être assez rétrécie par le gonflement inflammatoire pour empêcher l'arrivée dans la vessie de l'urine sécrétée par les reins. La terminaison de la maladie par ulcération, ou par gangrène, entraîne un péril immédiat. La phlegmasie qui atteint la paroi supérieure de la vessie peut, en se propageant au péritoine, déterminer une péritonite promptement mortelle.

**Traitement.** Au début, on emploie les antiphlogistiques: saignée générale, sangsues sur l'hypogastre, à l'anus, au périnée, bains tièdes prolongés, bains de siège et lavements émollients, cataplasmes émollients sur l'abdomen, repos complet, diète, boissons chaudes en petite quantité. En cas de distension de la vessie par l'urine, on pratique le cathétérisme; on s'abstient au contraire de ces manœuvres, qui sont douloureuses et difficiles, tant que la vessie ne renferme qu'une petite quantité d'urine, l'amendement de la cystite rétablissant en général la miction. S'il existe un calcul dans la vessie, on se gardera bien de tenter aucune manœuvre sur l'organe pour extraire ou broyer le corps étranger; on attend, pour exécuter ces opérations, que l'inflammation ait cessé. Si un corps étranger