

nies ombilicales et les hernies inguinales. Ces dernières ne peuvent ordinairement être réduites, l'avortement spontané est en outre rare : c'est dire que l'accouchement ne peut presque toujours se terminer que par le Porrô, ou l'opération césarienne. Sur 8 femmes opérées, 3 sont mortes, 5 ont guéri; 4 enfants ont été sauvés, 4 ont péri, dont 2 mort-nés. Une fois le Porrô a été pratiqué avec succès, 5 fois la césarienne, avec 3 morts, 1 fois l'avortement pratiqué, 1 fois l'accouchement s'est fait spontanément.

Les hystérocèles ombilicales qui se produisent tard, qui ont un collet grand ouvert et qui ne contiennent qu'une partie du fœtus se terminent d'une façon heureuse. Quatre fois observées, elles n'ont donné aucune mortalité, pas plus pour l'enfant que pour la mère.

Nous avons dit pourquoi nous ne nous attarderions pas dans cet article à l'hystérocèle ventrale qui rentre dans la dystocie.

Traitement. — Réduire la hernie, la taxifier avec douceur, si elle résiste, et si elle ne peut rentrer, la soutenir avec un bandage : voilà tout ce qu'il y a à faire au début, surtout pour les hernies inguinales. On peut poser au début la question de l'avortement provoqué, étant donné le taux de mortalité qui suit les hystérectomies pratiquées à la fin de la grossesse, et qui atteint la moitié des enfants et presque autant de mères. En tout cas, nous donnons, pour qu'on y puise et qu'on y trouve les raisons de la conduite que l'on croira devoir suivre, la relation abrégée de tous les cas d'hystérocèles jusqu'ici publiés, 8 inguinales, 4 ombilicales, telles qu'elles ont été colligées par S. Adams dans le tableau ci-dessous modifié par M. Vinay (de Lyon).

OBSERVATEURS	VARIÉTÉ	ÉPOQUE où le diagnostic a été établi	TRAITEMENT	RÉSULTATS	
				Mère	Enfant
POL.....	Hernie ing.	Fin grossesse	Opérat. césar.	Morte le 3 ^e j.	Sauvé
SENNERT....	—	Bonne heure	—	Morte le 25 ^e j.	Sauvé
SAXTORPH....	—	Bonne heure	Accouc. spont.	Guérie	Mort-né
LÉDESMA....	—	3 ^e mois	Opérat. césar.	Guérie	Mort
FISCHER....	—	6 ^e mois	—	Morte	Sauvé
REKTORZIK..	—	4 ^e mois	—	Morte	Sauvé
SCANZONI....	—	4 ^e mois	Avort. prov.	Guérie	Avortem.
WINCKEL....	—	Bonne heure	Opér. de Porrô	Guérie	Mort-né
LÉOTAUD....	Hernie omb.	8 ^e mois	Bandage	Guérie	Sauvé
MURRAY....	—	8 ^e mois	Accouc. spont.	Guérie	Sauvé
OLLIVIER....	—	9 ^e mois	Bandage	Guérie	Sauvé
HAGNER....	—	Pendant trav.	Forceps	Guérie	Sauvé
RUYSCH....	Hernie vent.	Bonne heure	Bandage	Guérie	Sauvé
ROUSSET....	—	5 ^e mois	Accouc. spont.	Guérie	Sauvé
PETIT....	—	Bonne heure	Band. et perf.	Guérie	craniotom.
KENNEDY....	—	9 ^e mois	—	—	—
BUTTLER....	—	8 ^e mois	Bandage	Guérie	Sauvé
BELL....	—	Pendant trav.	Bandage	Guérie	Sauv. jum.
FRY.....	—	6 ^e mois	—	—	—
PAPIN.....	H. sac-sciat.	Pas de gross.	Laparotomie.	Inconnue	Pas gross.

XIII. — HERNIES DE LA VESSIE (1).

C'est par des autopsies et au cours d'interventions sur les hernies que l'on a constaté la présence de la vessie dans des sacs herniaires. Pendant longtemps, on s'est contenté de la simple mention de ces faits, puis l'anatomie pathologique et la pathogénie en furent étudiées, et aujourd'hui les cystocèles sont connues, expliquées et traitées, tout aussi bien que les plus classiques entérocéles. Cependant, parmi elles, celles qui relèvent de la variété inguinale sont beaucoup plus fréquentes et ont donné lieu à des travaux plus nombreux et de date plus ancienne que les cystocèles crurales, qui ne sont bien décrites que depuis quelques années seulement.

En 1520, Jean Sala a relaté la première observation de cystocèle inguinale. La deuxième appartient à Plater (1620). Un des travaux les plus importants est celui de C. Verdier qui, en 1753, réunit 20 cas de hernies vésicales, signale une couche de graisse qui recouvre une fois la hernie, et mentionne comme causes pathogéniques la distension vésicale et la diminution de la résistance des parois. Il rapporte une observation de hernie crurale de la vessie : c'est la première en date de cette variété. En 1867, Nélaton étudie la pathogénie de cet accident, et admet, avec la distension, un affaiblissement de la paroi vésicale, et un changement de ses rapports qui, sous l'influence d'un effort, permet son engagement dans un trajet herniaire.

Krönlein en 1874, Leroux en 1880, signalent chacun un cas de cystocèle inguinale. Signalons la thèse de La Barrière (1881). Duret (1883) s'occupe de l'anatomie pathologique et de la pathogénie de ces hernies; Monod et Delagenière, en 1889, font connaître le rôle qu'ils attribuent au lipome vésical.

En 1890, un nouveau cas de cystocèle crurale est rapporté par Aüe, et Hedrick fait connaître 11 observations de cystocèle inguinale.

Dans son *Traité de la cure radicale des hernies*, Lucas Championnière s'occupe du traitement de ces hernies. Lejars, en 1893, rapporte

(1) KRÖNLEIN, *Arch. für klin. Chir.*, 1876. — LEROUX, *Revue mens. de méd. et de chir.*, 1880. — LA BARRIÈRE, thèse de Paris, 1881. — DURET, Variétés rares des hernies inguinales, thèse d'agrégation, Paris, 1883. — MONOD et DELAGENIÈRE, *Revue de chir.*, 1889. — AÜE, *Centralblatt für Chir.*, 1890, n° 12, p. 248. — HEDRICK, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1890. — LEJARS, *Revue de chir.*, 1893. — DEMOULIN, *Union méd.*, 1893. — PIQUET, thèse de Paris, 1893. — GUTERBOCK, *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, 1892. — OTTO LANZ, *Berliner klin. Wochenschrift*, 1892. — SCHOONEN, GUÉPIN, *Rev. de chir.*, 1893. — MACREADY, *The Lancet*, 1894. — REY-MOND, *Bull. de la Soc. anat. Paris*, 1894. — JABOULAY et VILLARD, *Lyon méd.*, 1895. — CURTIS, *Ann. of Surgery*, 1895. — LARDI, *Revue de chir.*, 1896. — FROELICH, *Revue méd. de l'Est*, 1896. — URBAIN GUINARD, *Arch. de méd.*, janvier 1896. — IMBERT, *Ann. des mal. des voies génito-urin.*, 1896. — LEGRAND, thèse de Paris, 1896. — FARGUES, thèse de Nancy, 1897. — GIBSON, *Medical Record*, 1897. — DE BOVIS, *Gazette des hôpitaux*, 1897. — FRIEDRICH BRUNNER, *Ueber Harnblasenbrüche (Zeitschrift für Chirurgie)*, 1898).

20 observations de blessures de la vessie pendant la kélotomie. A citer, la même année, le travail de Demoulin et la thèse de Piquet.

Güterbock, en 1891, fait connaître un troisième cas de cystocèle crurale; Otto Lanz, en 1892, publie deux observations nouvelles. Schoonen, en 1893, Guépin, la même année, étudient cette hernie.

Nous-même, en collaboration avec Villard, ajoutons quelques faits personnels et proposons la division des cystocèles en intra, extra et parapéritonéales. Frœlich signale une hernie crurale de la vessie en coïncidence avec une entérocele; Urbain Guinard trouve dans une hernie crurale droite étranglée une entérocele avec cystocèle, et constate en outre la présence de l'ovaire dans le sac; Imbert publie une bonne revue sur la cystocèle inguinale. Legrand fait de la cystocèle crurale l'objet de sa thèse, où il réunit douze ou treize faits. F. Brunner, à l'occasion d'une cystocèle crurale droite blessée dans une cure radicale, publie une étude d'ensemble basée sur 64 observations.

Anatomie pathologique. — La connaissance des rapports normaux de la vessie, et en particulier de la situation du revêtement péritonéal qui recouvre le globe vésical, fait entrevoir les variations que l'on pourra rencontrer dans les dispositions anatomopathologiques du sac et de son contenu, dans une telle variété de hernie.

Pour pouvoir s'engager dans un des orifices cruraux ou inguinaux, la vessie aura dû subir une augmentation considérable de capacité, car à l'état de vacuité, cachée derrière les pubis, il semble impossible à première vue qu'elle puisse jamais pénétrer dans un trajet herniaire. Cet état de distension devra être suffisamment permanent pour permettre un contact prolongé avec un des orifices de la paroi inférieure de l'abdomen. Dans ces conditions, on conçoit la possibilité d'une hernie vésicale. Or ce sont là le plus souvent des phénomènes d'ordre pathologique, et la distension vésicale, qui paraît être de la plus haute importance, est le plus souvent sous la dépendance de lésions plus ou moins avancées des voies urinaires inférieures. Nous étudierons les dispositions anatomiques réalisées au niveau du sac, puis les lésions des organes contenus dans son intérieur ou dans son voisinage; lésions le plus souvent primitives, telles que les altérations des parois vésicales en particulier et de l'appareil urinaire en général.

Le sac et sa constitution. — Dans l'étude des entérocelles ordinaires, on entend par sac la portion du péritoine évaginé au travers de la paroi abdominale, recouverte des différentes couches de tissu cellulaire ou fibreux qu'elle a repoussées au-devant d'elle et dont elle s'est coiffée dans ce mouvement.

Les différentes couches de tissus cellulaires ou aponévrotiques tassées les unes contre les autres, soudées entre elles, dont la dissection est devenue impossible, constituent des tuniques de renfor-

cement à l'enveloppe péritonéale qui reste à proprement parler le véritable sac herniaire. Dans les cystocèles, au contraire, la vessie peut tantôt faire hernie sans se coiffer d'un revêtement péritonéal, tantôt présenter un revêtement péritonéal incomplet, la séreuse ne tapissant qu'une partie plus ou moins étendue de vessie herniée, tantôt être contenue complètement dans un sac véritable renfermant alors le plus habituellement des anses intestinales ou de l'épiploon.

De là autant de variétés à étudier: a. *Cystocèles extrapéritonéales*; b. *Cystocèles parapéritonéales*; c. *Cystocèles intrapéritonéales*; résumant ainsi en un seul mot la situation du revêtement péritonéal considéré dans ses rapports avec la vessie herniée.

a. Cystocèle extrapéritonéale. — Nous entendons sous ce nom la variété décrite par Duret sous le nom de *cystocèle sans sac séreux*. C'est la variété la plus simple à décrire. Dans ces cas, c'est la face antérieure de la vessie, celle qui normalement est dépourvue de revêtement péritonéal, qui s'est engagée dans le trajet herniaire, et il n'existe pas à proprement parler de véritable sac. La vessie a repoussé au-devant d'elle les différents plans aponévrotiques et cellulaires et s'en est coiffée en les étalant sur sa surface, mais on n'observe pas une enveloppe nettement délimitée méritant le nom de sac. Cette disposition anatomique est des plus intéressantes à bien connaître, car au point de vue chirurgical, lors d'une intervention, dans la dissection des différentes enveloppes, on dissocie les couches successives qui constituent ce sac adventice, pensant toujours arriver sur le sac véritable et sans jamais le rencontrer. Aussi, s'il n'a pas fait d'avance le diagnostic de hernie vésicale, l'opérateur, lorsqu'il arrive sur la vessie proprement dite, croit seulement être parvenu sur le sac, alors qu'il a depuis longtemps dilacéré les différentes couches qui le constituaient.

Aussi l'erreur a-t-elle été fréquemment commise, et a-t-on pu voir des opérateurs habiles inciser d'un coup de bistouri ou de ciseaux le muscle vésical, créant ainsi une plaie plus ou moins étendue au réservoir urinaire, l'écoulement d'une certaine quantité d'urine, et l'aspect spécial de la muqueuse attirant seulement à ce moment l'attention.

Ces cystocèles extrapéritonéales sont relativement fréquentes; dans la majorité des observations publiées, il est vrai, on a affaire à des hernies contenant à la fois des anses intestinales et une partie du globe vésical, mais il faut bien songer qu'alors les accidents dus à l'étranglement intestinal avaient été la cause d'une intervention révélant d'une manière le plus souvent fortuite la présence du réservoir urinaire. Nous sommes persuadé que chez les individus âgés et prostatiques ces hernies vésicales extrapéritonéales sont fréquentes, mais que le plus souvent, en raison du peu de signes auxquels elles donnent naissance, elles passent inaperçues. Notre opinion est basée sur ce fait que dans les salles d'amphithéâtre nous avons pu trouver,

sans les chercher d'une façon particulière, quatre cas rentrant dans cette variété. Dans trois de ces faits, la vessie dilatée formait une hernie complètement dépourvue de revêtement péritonéal et nous avons pu nous rendre compte que les différentes couches de tissu cellulaire formaient un sac adventice bien difficile à différencier, sac plus véritablement théorique que répondant à une fonction anatomique utile à connaître au point de vue d'une intervention chirurgicale.

Une fois, la vessie étalée en bissac avait donné naissance à une double cystocèle inguinale extrapéritonéale.

Au cours de kélotomies, nous avons eu aussi l'occasion de rencontrer chez des prostatiques des hernies vésicales; il s'agissait alors de hernies sans sac péritonéal.

La littérature médicale contient un certain nombre d'observations de cystocèles extrapéritonéales. Tels sont les cas publiés par Roux en 1853, Pily en 1891, Jungelgel en 1892, Postempski en 1893, ayant trait à des variétés inguinales.

Beaucoup plus rares sont les cas de variétés crurales. Nous ne connaissons que le cas de Aüe et le nôtre, dans lequel la vessie seule formait la tumeur. Dans les autres observations, il existait un sac péritonéal plus ou moins développé.

b. Cystocèles parapéritonéales. — Dans cette variété nous comprenons, comme nous l'avons vu, les hernies vésicales accompagnées d'une hernie de l'intestin ou tout au moins d'un cul-de-sac péritonéal inhabité. Dans cette forme, en quelque sorte, à la hernie extrapéritonéale est venu se juxtaposer un sac péritonéal situé plus ou moins latéralement, dans lequel peuvent descendre ou non des anses intestinales. C'est là la variété décrite par Duret et figurée par lui sous le nom d'*entéro-cystocèle avec sac séreux incomplet*. Mais on préfère le nom de *parapéritonéal* pour mieux faire comprendre l'accellement et la juxtaposition des viscères herniés.

Lorsque le sac herniaire est mis à nu, on ne remarque tout d'abord rien de particulier; pourtant la dissection en est difficile du côté interne et en arrière; il semble qu'à ce niveau la paroi du sac soit augmentée et l'isolement des tissus se fait mal. En ce point, on a cessé de suivre la tunique péritonéale. On est sur la paroi vésicale.

La vessie est accolée à la tunique séreuse et semble en renforcer l'épaisseur. La situation du réservoir urinaire est à peu près constante, et dans les observations que nous avons dépouillées nous avons toujours trouvé la vessie dans une situation presque identique; c'est à la partie interne et postérieure du sac péritonéal que se trouve la vessie herniée, les anses intestinales recouvrant la face antérieure de cet organe étant au contraire débordées par lui en dedans. Cette disposition est facile à comprendre, étant donnés les rapports normaux de la vessie, et la pathogénie en est facile à déduire.

Les rapports de la vessie herniée sont les mêmes, que l'on ait affaire à une hernie inguinale ou à une hernie crurale.

Dans les cystocèles crurales, la disposition, disons-nous, est la même; rapportons, à ce propos, les observations suivantes: d'abord celle de Güterbock, qui découvrit, un peu en dedans et en arrière d'un sac péritonéal, un organe arrondi, noirâtre, ayant une consistance élastique et tendue, ressemblant à un segment d'intestin non recouvert de péritoine et qui, dans le cas particulier, n'était autre que la vessie herniée.

Lang, après avoir incisé un sac prévésical, aperçut, sous une couche grasseuse peu considérable, des fibres musculaires pâles en forme de réseau représentant la musculature de la vessie, et fut frappé par l'épaisseur anormale de la paroi postérieure du sac au moment où il allait l'inciser (observation de Schoonen, dans laquelle on a rencontré au cours de l'opération une cystocèle tapissée de péritoine sur sa face antérieure). Quant à l'étendue du revêtement péritonéal par rapport à la paroi vésicale, elle est variable. Tantôt la hernie vésicale est presque tout et le cul-de-sac péritonéal fort minime; tantôt, au contraire, à une entérocele volumineuse est accolé un faible prolongement vésical. Il existe des cas intermédiaires dans lesquels une partie relativement considérable de la vessie était herniée; mais, par suite du développement considérable de l'entérocele, la plus grande partie de la paroi vésicale était recouverte de péritoine. Un degré de plus et nous arrivons à la cystocèle intrapéritonéale.

c. Cystocèles intrapéritonéales. — C'est là la tumeur herniaire avec intussusception de la vessie de Duret, c'est la cystocèle par bascule observée et étudiée par Krönlein et Leroux.

Ici, au point de vue de l'aspect extérieur et de la constitution du sac, tout se passe comme si l'on avait affaire à une hernie ordinaire; seul le contenu change.

Au milieu d'anses intestinales ou de masses épiploïques, on trouve une partie plus ou moins grande du globe vésical, mais celui-ci est à son tour complètement tapissé d'un revêtement péritonéal.

D'autre part, point intéressant et particulièrement étudié par Krönlein et Leroux, la partie du réservoir urinaire qui fait saillie dans le sac herniaire est le sommet de la vessie. Il semble que celle-ci, allongée dans le sens de la hauteur ait subi un mouvement de bascule, suivant lequel une plicature se produisant au niveau de la partie moyenne, la vessie présenterait un dispositif analogue à celui d'un bonnet phrygien pour engager de haut en bas son sommet dans le trajet herniaire.

Les observations de Krönlein et Leroux reproduisent des types de cette variété de cystocèle. Dans les cas de ces deux auteurs, « la vessie est démesurément grande, elle est presque tout entière dans le sac herniaire du scrotum et la partie descendue est partout

recouverte de péritoine... En incisant longitudinalement la paroi postérieure de la vessie, on voit que le sommet et le corps sont passés dans le sac, seul le bas-fond est resté dans le bassin... »

Dans l'observation de Leroux, après section du sac herniaire, on constate qu'il contient « une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme qui n'est autre que la vessie distendue par plus d'un litre d'une urine claire, transparente, sans odeur ammoniacale. La portion herniée de la vessie contenue dans le sac est recouverte par le péritoine jusqu'au niveau du bas-fond vésical. La vessie n'a contracté aucune adhérence et se trouve complètement incluse dans le sac, sauf en un point correspondant au bord droit où quelques brides l'unissent à l'épiploon ».

Ces observations sont on ne peut plus nettes au point de vue de la variété de hernie que nous décrivons.

La cystocèle intrapéritonéale est rare et ne se rencontre guère que dans les hernies volumineuses. Nous n'avons pas eu l'occasion d'en observer de cas. Tous les faits signalés ont trait à des hernies inguinales; nous ne croyons pas qu'on ait rapporté cette variété dans les hernies crurales.

Nous avons exposé les rapports de la vessie avec le péritoine; nous devons voir comment se compose la hernie totale, quelle qu'elle soit, accompagnée ou non d'un sac séreux, vis-à-vis des tissus voisins.

Tout d'abord, dans l'étude des cystocèles inguinales, nous avons été frappé de ce fait que dans trois cas où la vessie était dépourvue de sac séreux, l'artère épigastrique se trouvait en dehors du pédicule. Le viscère avait donc fait hernie par l'une des fossettes moyenne ou interne. Dans l'observation où il existait une entérocele concomitante, l'artère épigastrique était au contraire située au côté interne, c'est-à-dire que la hernie avait eu lieu par la fossette inguinale externe; cette considération anatomique méritait d'être signalée, car elle présente un certain intérêt au point de vue pathogénique. Nous reverrons ce point à propos de la pathogénie.

Signalons ensuite le *lipome préherniaire*, auquel MM. Monod et Delagenière ont attaché une si grande importance. Ces auteurs signalent en effet une masse graisseuse plus ou moins abondante et de consistance variable. « Tantôt molle, presque diffluite, cette graisse ne constitue parfois que de simples pelotons graisseux, d'autres fois une couche épaisse qui entoure la vessie. » Ils rapportent dans une de leurs observations la présence d'une véritable tumeur, sorte de lipome herniaire.

La présence de ce lipome herniaire avait déjà été observée par Verdier dès 1753, et dans plusieurs observations de hernies vésicales les auteurs en avaient mentionné l'existence. Citons à ce sujet les

cas de Delagenière, Maurice Constant, Perrin, Broca, etc. Cette disposition a été de nouveau rencontrée.

Pour nous, nous croyons en effet à la présence d'un amas de graisse au-devant de la hernie vésicale. Dans trois de nos observations d'amphithéâtre, ce dispositif était réalisé. Et nous avons rencontré dans plusieurs opérations cette masse graisseuse préherniaire. Voici la disposition anatomique qui existait dans nos observations : Après incision des téguments superficiels, on tombe sur une masse pâteuse constituée par des tissus graisseux, masse mal limitée, difficile à isoler nettement des parties voisines, et c'est au milieu de ce gâteau cellulaire qu'apparaît la paroi vésicale, facile à reconnaître à son épaisseur et à la présence de faisceaux de fibres musculaires. Une autre lésion qui nous paraît constante est l'altération de la vessie, qui est profondément modifiée dans sa structure et dans ses rapports.

Le plus souvent on a noté une augmentation considérable de la capacité du réservoir urinaire. Cette distension, qui est permanente, fait contracter à la vessie des rapports étendus avec la paroi abdominale antérieure; ce viscère s'est en quelque sorte étalé au-dessus du pubis. Dans presque toutes les observations publiées, il s'agit de vessies volumineuses. Dans tous nos faits personnels, nous avons eu affaire à des vessies considérablement dilatées. Cette dilatation est sous la dépendance du relâchement du muscle vésical. En effet, la paroi est diminuée d'épaisseur, les fibres musculaires semblent avoir perdu leur tonicité, et dans nos autopsies nous avons toujours trouvé une vessie remplie d'urine en grande quantité. Ajoutons les altérations de la muqueuse et de la paroi vésicale vue par sa partie interne. Dans nos quatre observations, il s'agissait toujours de vessies à colonnes ou de vessies à cellules.

Nous avons le tableau classique des altérations vésicales consécutives au prostatisme, surtout si nous ajoutons la constatation d'une augmentation plus ou moins marquée du volume de la prostate.

Toujours dans le même ordre d'idées, rappelons les altérations des uretères et des reins, altérations que certains auteurs ont considérées comme secondaires à la hernie vésicale, mais qui, pour nous, ainsi que nous le montrerons plus loin, ne sont qu'une manifestation d'une altération générale urinaire primitive. Dans un de nos cas, il existait manifestement une dilatation des uretères du bassin.

Dans le cas de cystocèles, on a noté plusieurs fois la présence dans le sac herniaire d'organes autres que l'intestin grêle et l'épiploon.

Thiriar a rapporté un cas de hernie volumineuse inguinale droite contenant presque tout l'intestin grêle, mais qui renfermait aussi le cæcum et l'appendice. La vessie était située à la partie interne.

Lejars a rapporté en 1893, dans la *Revue de chirurgie*, un cas de hernie inguinale simultanée de la trompe et de la vessie.

M. Reymond (1) a publié une observation de hernie inguinale simultanée de la vessie, de la trompe et de l'ovaire. Ces faits anatomopathologiques sont très importants à connaître au point de vue pathogénique, car ils sont l'indice des mécanismes spéciaux qui peuvent présider à la production des cystocèles.

Enfin, une cystocèle inguinale droite nous montra une fois, sur un homme de soixante-dix ans que nous opérâmes, la présence de la totalité de la vessie et de la prostate. La hernie était de la grosseur d'une tête d'enfant. Le diagnostic de son contenu n'était pas difficile, parce qu'en appuyant sur elle on faisait sourdre l'urine par la verge.

Donc, immédiatement après l'incision, nous tombâmes sur la vessie. Mais il y avait dans cette vessie une grosse masse presque comme une orange; au premier moment nous crûmes à une tumeur de la vessie surajoutée. Cependant, après réflexion, je me rappelai que j'avais éprouvé cette même sensation en faisant un plissement d'une vessie très dilatée à la suite d'une hypertrophie prostatique. Ce devait être la prostate. En effet, c'était elle; le toucher rectal, pratiqué immédiatement par un assistant expérimenté, ne permettait pas de la sentir, et, d'autre part, le toucher intra-abdominal et intrapelvien fait par derrière la vessie ectopiée ne montre rien qui ressemble à la prostate par derrière le pubis.

Le double toucher pratiqué en même temps dénote formellement l'absence de la prostate dans le bassin et l'abdomen.

Il s'agissait d'une hernie par bascule, c'est-à-dire intrapéritonéale. Pour arriver sur la vessie, nous avons dû couper le feuillet pariétal du péritoine faisant sac devant la vessie. C'est ce qui explique que le doigt introduit par l'abdomen, allant à la recherche de la prostate absente de son domicile habituel, évoluait facilement.

La prostate était donc, elle aussi, dans la hernie inguinale, et cette prostate était très grosse. Le rôle de l'hypertrophie prostatique dans la pathogénie de ces cystocèles n'a jamais été plus évident qu'ici. Mais cette prostate a subi à son tour le contre-coup de l'accident amené par elle; elle a été entraînée par l'organe qu'elle avait contribué à faire hernier.

Pathogénie et étiologie. — C'est, nous l'avons vu, avec César Verdier, en 1753, que pour la première fois la pathogénie des hernies vésicales fut ébauchée. Étudiées plus tard par Nélaton, Duret, Monod et Delagenière, elle fut complétée à propos de certains points particuliers, notamment par Krönlein et Leroux.

Il faut étudier séparément, au point de vue de la pathogénie, les cystocèles chez l'homme et chez la femme, ces dernières étant rares, à part la variété vaginale, dont nous ne nous occupons pas. Il nous

(1) REYMOND, *Bull. de la Soc. anat.*, 1894, p. 843.

semble qu'on doive envisager d'une manière toute différente la pathogénie des processus, suivant l'un ou l'autre sexe.

A. — Chez l'homme.

Verdier, énumérant les conditions nécessaires pour la production de la cystocèle inguinale, signalait comme causes prédisposantes la flaccidité de la vessie, la distension de ses parois, la largeur de l'anneau inguinal. On peut dire que du premier coup il envisageait les conditions véritablement essentielles suivant lesquelles la cystocèle peut se produire.

En 1857, Nélaton y ajoutait l'effort.

La distension vésicale est en effet la cause fondamentale; elle modifie considérablement les rapports du réservoir urinaire avec la paroi abdominale. Celui-ci s'étale en arrière d'elle et, par ce mécanisme, la paroi antérieure de la vessie peut venir se placer au-devant des orifices inguinaux internes ou cruraux, si, comme on l'a observé, la vessie s'est surtout étalée en largeur.

Cette distension doit en outre être permanente, car, dans le cas contraire, la vessie, à chaque miction, venant se cacher en arrière du pubis, aurait avec les orifices inférieurs de la paroi abdominale des rapports trop temporaires pour permettre la production d'une hernie.

En effet, la deuxième condition pathogénique importante est le défaut de contractilité du muscle vésical.

La paroi de la vessie étant devenue flasque et molle, dépourvue de sa contraction musculaire normale, se laisse facilement engager à l'état de membrane inerte dans un orifice herniaire suffisamment dilaté, et y restera engagée d'une façon définitive, car on sait qu'un des caractères cliniques des hernies vésicales est l'absence de réduction totale. Par la pression on chasse bien, il est vrai, les urines contenues dans la partie herniée, mais le sac musculaire ne se réduit pas. Cette atrophie de la fibre musculaire vésicale et la disparition de sa contractilité est une des conditions presque absolument nécessaires de la production d'une cystocèle.

En effet, si la contractilité était conservée, comme nous le disions tout à l'heure, chaque miction devrait amener une réduction temporaire de la hernie, peu en faveur avec sa production.

Nous sommes brefs sur ces deux premières conditions, faciles à comprendre d'elles-mêmes. Quant à l'effort invoqué par Nélaton dans la production des hernies vésicales, nous croyons son action très réelle. Nous pensons que cet effort intervient toujours d'une façon plus ou moins active, et nous devons préciser la manière dont nous concevons son action.

Pour que l'effort intervienne d'une manière réelle, il faut qu'il survienne alors que la vessie, étant remplie et distendue, est en contact avec la paroi de l'abdomen. A ce moment seul, l'effort tend à l'en-