

processus facile à comprendre, le sommet de la vessie, la faisant basculer dans le sac herniaire.

Le mécanisme invoqué par Leroux est séduisant, et, dans le cas qu'il a observé, il semble en effet très plausible d'admettre que les adhérences épiploïques qui étaient fixées au sommet du réservoir urinaire aient entraîné celui-ci dans le sac herniaire; mais nous ne croyons pas que l'on puisse généraliser cette théorie, car on a cité des observations dans lesquelles il n'existait aucun tractus ayant pu faire basculer la vessie. Dans l'observation classique de Krönlein, après ouverture du sac, on trouve celui-ci contenant des anses intestinales et la vessie; aucune adhérence n'est signalée, et la réduction de l'intestin se fait sans difficulté. On est donc forcé d'invoquer une autre pathogénie.

Verdier et, avec lui nombre d'auteurs, admettent que le péritoine vésical et la vessie elle-même sont entraînées et sortent de l'abdomen par un phénomène de glissement entre le sac et l'anneau. Mais ce mécanisme, qui explique très bien les cystocèles parapéritonéales, semble difficilement pouvoir être appliqué aux variétés intrapéritonéales. Nous croyons qu'il faut voir là un phénomène en rapport avec la disposition de la séreuse sur le globe vésical. En étudiant le mode d'adhérence du feuillet péritonéal à la vessie, nous avons vu qu'il existe une adhérence intime et très solide de la séreuse au muscle vésical, au niveau de l'insertion de l'ouraque. Ce point particulier est très important à connaître; il explique, selon nous, le mouvement de bascule qui fait plonger le sommet de la vessie dans le sac herniaire, et cela par le mécanisme suivant :

Une entérocele existe d'abord; par son accroissement progressif et la traction qu'elle exerce sur le péritoine voisin, la vessie tend à être entraînée si elle s'est modérément distendue; si, d'autre part, l'orifice herniaire est étroit, cette traction aura pour effet de produire seulement une variété parapéritonéale; si, au contraire, le globe vésical est très élevé derrière la paroi abdominale et l'anneau large, la traction péritonéale va réagir sur le sommet vésical. Point d'adhérence intime de la séreuse, et cela d'autant mieux que celle-ci est très peu adhérente sur la face antérieure. Cette traction aura pour effet de produire un mouvement de bascule analogue à celui que peuvent produire des adhérences épiploïques, comme dans le cas de Leroux.

La hauteur de la vessie distendue est aussi importante, le mouvement de bascule se produisant d'autant mieux que la vessie sera plus allongée dans le sens de la hauteur. Krönlein insiste, dans le cas qui lui est personnel, sur les dimensions du réservoir urinaire: « la vessie est démesurément grande ».

Une fois le mouvement de bascule produit, la vessie tendra à s'engager dans le trajet herniaire sous l'influence de la pression abdominale, et, après sa pénétration, nous aurons la cystocèle intrapéritonéale typique.

En résumé, nous voyons que, dans la pathogénie des cystocèles chez l'homme, la distension et l'affaiblissement de la paroi vésicale jouent le premier rôle. Elles doivent toujours exister, que l'on ait affaire à telle ou telle variété. C'est, en effet, l'augmentation du volume de la vessie qui permettra à celle-ci de s'engager par sa face antérieure dans un des orifices inguinaux ou cruraux, d'être attirée par le sac d'une entérocele volumineuse donnant naissance à la variété parapéritonéale, ou enfin de basculer comme nous venons de le voir plus haut.

#### B. — Chez la femme.

La pathogénie des cystocèles est un peu différente chez la femme; la grande cause de la hernie de la vessie, le prostatisme, manque en effet; aussi est-on frappé de leur rareté.

Pourtant, la distension du globe vésical et les modifications consécutives de ses rapports avec le bassin persistent toujours; comme condition étiologique essentielle, seule la cause première de cette distension est modifiée, et nous allons voir que certaines circonstances peuvent provoquer chez la femme l'augmentation de la capacité vésicale, tout comme le prostatisme le fait chez l'homme.

L'agent le plus essentiel de la distension vésicale est, chez la femme, la grossesse.

En effet, par suite de l'augmentation progressive de volume de l'utérus, des phénomènes de compression se produisent du côté du réservoir urinaire, s'accompagnant aussi de modifications importantes dans les rapports normaux de l'organe. Si, dans le premier trimestre de la grossesse, les conditions n'ont pas notablement changé, et si la vessie peut trouver de la place pour se développer dans l'excavation pelvienne, il n'en est pas de même dans les derniers mois où, par suite de l'augmentation considérable de l'utérus et surtout de l'engagement fœtal, la vessie fortement comprimée s'étale et se modifie considérablement dans sa forme.

Deux facteurs ici interviennent: en premier lieu, la compression de l'urètre, amenant des troubles et de la gêne de la miction, favorisant par ce fait la distension vésicale; en second lieu, la nécessité pour le globe vésical de se loger un peu où il peut.

De là les formes variées que peut présenter l'organe: on connaît des vessies en forme de sablier, bilobées, les deux parties s'étalant l'une au-dessous, l'autre au-dessus du pubis; la vessie *en cornue*, le réservoir urinaire s'étant allongé en hauteur, s'étalant derrière la paroi abdominale au-dessus du pubis, reliée à l'urètre par un pédicule plus ou moins étroit.

Dans d'autres cas, ce sont les diamètres transversaux qui dominent. Ces dispositions sont constantes et facilement constatables sur les coupes de sujets congelés. On comprend facilement, d'après ces

rappports, la facilité avec laquelle la vessie pourra s'engager dans un anneau herniaire, et elle le fera d'autant mieux qu'elle rencontrera le trajet d'une ancienne hernie, alors que celle-ci, par le fait même de la grossesse et du refoulement des anses intestinales en haut, présente le plus souvent un sac inhabité au moins temporairement.

On voit donc que la grossesse prédispose d'une façon complète à la cystocèle, en favorisant la distension vésicale par gêne mécanique de la miction, en étalant le réservoir urinaire au devant des orifices inguinaux ou cruraux et en tendant par compression à l'engager au niveau de ces orifices.

Aussi, dans presque tous les cas publiés, s'agit-il de femmes âgées ayant présenté antérieurement une ou plusieurs grossesses. Certaines observations sont instructives; citons celle toute récente de Raymond. Une femme âgée de trente-huit ans présentait une hernie inguinale congénitale depuis l'âge de deux ans. A la suite d'une couche, elle éprouva de vives douleurs à ce niveau, et, depuis, la hernie cessa de se réduire complètement. On sait que ce caractère de réduction incomplète est assez particulier aux cystocèles; nous l'avons rencontré dans nos observations personnelles, et il est très probable que, dans le cas précité, c'est à la suite de la grossesse que la vessie, modifiée dans ses rapports, a pu s'engager dans un trajet herniaire préexistant. Mais la grossesse n'est pas la seule condition pathogénique; toute tumeur gênant la miction, modifiant les rapports de la vessie, pourra agir de la même manière.

Le *fibrome utérin* réalise parfaitement les conditions nécessaires, et l'observation rapportée par M. Lejars est particulièrement intéressante à ce point de vue. Il s'agissait d'une femme de trente-neuf ans, atteinte de hernie inguinale droite étranglée; on délimitait sans peine au-dessus du pubis une masse dure, arrondie, qui n'était autre chose qu'un fibrome du fond de l'utérus. Du reste, des pertes de sang avaient eu lieu à plusieurs reprises, et encore, durant les derniers jours, l'hémorragie n'était pas même entièrement arrêtée.

Dans ce cas, la tumeur utérine avait repoussé en haut la vessie, la refoulant au-dessus du pubis et permettant ainsi son engagement facile dans l'anneau inguinal. Cette observation nous montre aussi comment le fibrome, élevant le fond de l'utérus, avait entraîné au-dessus du détroit supérieur la trompe qui, elle aussi, avait accompagné le réservoir urinaire dans le canal inguinal.

Il est parfaitement rationnel d'admettre qu'une tumeur du petit bassin autre qu'un fibrome utérin puisse jouer le même rôle au point de vue de la pathogénie des cystocèles inguinales ou crurales; mais nous émettons là une pure hypothèse, n'ayant pas rencontré de cas relevant d'une pareille condition étiologique.

En résumé, comme nous le disons plus haut, la cystocèle chez la femme nécessite la distension de la paroi vésicale et la modification

de ses rapports normaux, tout comme la cystocèle chez l'homme; seule la cause première varie. Ce sont, chez la femme, la grossesse et les tumeurs du petit bassin qui jouent le rôle principal.

*d. Cystocèles opératoires.* — Nous signalerons une variété de cystocèle mise en lumière par M. Piquet. L'auteur décrit un mécanisme tout particulier d'après lequel la vessie est amenée dans le champ opératoire. C'est en exerçant des tractions sur le sac pour en assurer une dissection suffisamment haute que la vessie peut être entraînée plus ou moins au dehors.

Il rapporte à ce sujet deux cas où ce mécanisme est manifeste. L'un est dû à M. Demoulin, l'autre à M. Sébilleau.

Ce mécanisme nous paraît très rationnel, et il sera, selon nous, d'autant plus facilement réalisé que l'on se trouvera en présence de vessie incomplètement vidée ou présentant déjà un relâchement de sa paroi qui permettra son engagement aux côtés du sac herniaire, lors d'une traction sur celui-ci.

*Symptômes.* — C'est surtout à la région inguinale et à la région crurale que l'on a constaté des hernies de la vessie. Quelques cas, cependant, en ont été vus au périnée, ainsi que nous l'avons expliqué à propos des hernies de cette région. Mais la cystocèle inguinale est beaucoup plus fréquente que la cystocèle crurale (70 cystocèles inguinales pour 12 crurales). La première est surtout une affection du sexe masculin, la seconde une maladie du sexe féminin; la première siège aussi bien à droite qu'à gauche, la seconde n'a jusqu'ici été rencontrée que du côté droit. L'une et l'autre sont des affections de l'âge adulte et de la vieillesse, les cas de hernies congénitales qui ont été signalés étant sujets à critique et à revision.

Les malades atteints de cystocèles inguinales ou crurales ont, depuis quelque temps, des envies fréquentes d'uriner; quelques-uns accusent le phénomène important de la *miction en deux temps*: ils vident d'abord, et dans un premier temps, la portion intra-abdominale de la vessie, puis, dans un second, la portion herniée; et alors ce second temps de la miction s'accomplit tout seul; tantôt, pour l'obtenir, le malade est obligé de prendre certaine attitude, ou d'exercer des pressions sur la hernie. Quelquefois, l'urine s'écoule pendant des accès de toux ou même en dehors d'eux et par une véritable incontinence. D'autres fois, il y a des altérations de l'urine dues à une altération concomitante de l'appareil urinaire et de la rétention.

Le malade porte une tumeur dans la région inguinale ou crurale, tumeur qui est le plus souvent irréductible, ou qui, du moins, ne se réduit qu'en partie par le refoulement de l'urine de la portion herniée dans la portion intrapelvienne et par le refoulement de l'intestin ou de l'épiploon, qui le plus souvent accompagne la hernie vésicale.

C'est alors à la partie interne de la hernie que l'on peut percevoir une masse qui persiste et qui est la vessie.

Cette masse, quand on ne l'a pas trop fortement exprimée, est molle, et peut donner la sensation de flot; la toux, l'effort, la font durcir et augmenter de volume; elle est mate, à moins qu'elle ne soit recouverte et accompagnée par une anse d'intestin. Il ne faut pas compter obtenir des renseignements bien sérieux du cathétérisme et d'une injection faite dans la vessie, à moins qu'on n'utilise ces moyens pendant l'opération et lorsqu'on a la masse molle de la partie interne du sac sous les doigts et les yeux.

Cette maladie évolue lentement, les malades n'en sont pas incommodés, ou si peu que, à moins d'un volume considérable pris par la hernie, les malades ne s'en préoccupent pas. A moins cependant que survienne un accident qui n'est pas rare: l'étranglement. Je ne parle pas seulement de l'étranglement de l'intestin et de l'épiploon qui, le plus souvent, sont herniés avec la vessie, et dont les signes sont bien connus et l'emportent d'ailleurs tellement par leur gravité et leur intensité qu'ils masquent les phénomènes concomitants du côté de la vessie; je parle aussi de l'étranglement de la cystocèle elle-même, qui a des signes spéciaux. C'est la variété de cystocèle que nous avons appelée extrapéritonéale qui offre le type de cette complication. Et celle-ci se montre soit sur une cystocèle qui vient d'apparaître, soit sur une cystocèle déjà ancienne. C'est toujours un effort qui en est la cause; la tumeur est irréductible, habituellement tendue et douloureuse; les malades ont des nausées, des éructations, plus tard des vomissements alimentaires et bilieux. Le ventre se ballonne, l'état général est mauvais; le pouls, petit; ce sont à peu près les mêmes signes que ceux d'une épiplocèle étranglée.

Quelquefois ont été observées des complications qui se rapprochent de l'engouement des hernies intestinales. Nous avons vu, comme Sue, Aüe, Güterbock, des malades qui, souvent, avaient des nausées, des vomissements, des coliques violentes, qui disparaissaient, dont la cause était peut-être l'oblitération transitoire de la portion herniée de la vessie par la tuméfaction de sa muqueuse, vers l'orifice herniaire, sous l'influence d'une cause congestive.

**Diagnostic.** — Il est des cas où le diagnostic de cystocèle inguinale ou crurale est évident; c'est lorsque, sur un ou une malade porteur d'une hernie, on constate des variations de volume de la tumeur en rapport avec les besoins d'uriner, le phénomène de la miction en deux temps, l'évacuation de l'urine par la pression sur la hernie.

Malheureusement, les signes fonctionnels caractéristiques sont souvent absents, et c'est le plus souvent à l'occasion d'une opération faite pour la cure radicale d'une hernie inguinale ou crurale ou dirigée contre leur étranglement, que le chirurgien se trouve en face

d'une cystocèle, qu'il dépiste rarement avant, et même pendant l'opération. Il n'y a guère qu'un signe qui puisse faire songer à cette ectopie; c'est, après la réduction de l'entéroécèle ou de l'épiplocèle, la persistance sur la face interne du sac d'une masse molle, et encore ce caractère ne se trouve-t-il pas dans la variété extrapéritonéale de la cystocèle. On a conseillé, pour reconnaître ces hernies vésicales, d'en faire l'injection avec une sonde introduite par l'urètre; mais ce moyen d'investigation ne vient pas à l'esprit, et, lorsqu'un chirurgien songe à l'employer, le diagnostic de cystocèle est déjà porté par lui. Ce moyen sert plutôt à faire disparaître un doute; il est habituellement mis en usage pendant l'opération et avant qu'une blessure ait été faite à la vessie. La simple sonde, qui arrive dans la portion herniée de la vessie et peut être sentie, est encore d'un renseignement plus précieux et plus commode que l'injection.

Quant au diagnostic de cystocèle concomitante à une hernie inguinale ou crurale étranglée, il n'a jamais été fait avant l'opération, parce que les phénomènes intestinaux ont toujours masqué les signes réactionnels engendrés par la vessie.

Il est d'ailleurs difficile de s'apercevoir, après la levée de l'étranglement, que l'on a sous le bistouri la vessie qui double et épaisit en dedans le sac. Très souvent, des opérateurs habiles n'ont pas songé que cela pouvait être le réservoir vésical, malgré que cet épaissement eût un pédicule passant derrière le pubis et fût composé d'une poche à deux feuillets capables de glisser l'un sur l'autre (Salicheck), malgré encore qu'on ait constaté une boule de graisse autour de cette masse.

Et c'est après avoir ouvert la vessie, avoir vu couler l'urine et avoir introduit le doigt dans le réservoir jusqu'à l'orifice interne de l'urètre que l'erreur a été reconnue.

Toute la question du diagnostic, en ce cas, réside donc dans le devoir qu'a le chirurgien de penser à la possibilité d'une hernie vésicale, dès qu'il a des difficultés dans la réduction d'une hernie; les éventualités possibles doivent lui être présentes à l'esprit; le diagnostic doit se faire souvent extemporanément *de visu*, au cours d'une herniotomie pour étranglement, alors qu'aucun renseignement, aucun anamnestique ne peut lui être fourni. Il faut voir clair et ne pas ménager l'incision de la paroi abdominale.

Mais si le chirurgien a blessé ou réséqué la vessie, il s'apercevra de son erreur au réveil du malade, qui accusera de vives douleurs pour uriner, du ténésme vésical, qui aura des mictions sanglantes, ou dont l'urine s'écoulera par la plaie de la herniotomie.

**Pronostic.** — Par elle-même, la cystocèle n'est pas grave, mais c'est une infirmité qui n'a aucune tendance à la guérison: bien au contraire, elle va avec les hernies volumineuses et dont la tendance est de s'accroître de plus en plus. Quant à ses blessures, elle n'ont de gra-

vité, à part la fistule, qui peut être persistante et occasionner l'infection de la vessie, que lorsque les urines sont préalablement altérées; les urines purulentes, en s'infiltrant dans les bourses, par suite de l'ouverture accidentelle d'une cystocèle inguinale ouverte par mégarde, peuvent amener des accidents infectieux mortels.

**Traitement.** — Faut-il opérer des hernieux qui ont en même temps des cystocèles? Oui, à condition qu'ils ne soient pas trop âgés, trop affaiblis, ou trop malades par leur appareil urinaire.

Cependant la question ne se pose pas le plus souvent ainsi, puisque, le plus souvent, c'est par hasard que l'on découvre la cystocèle en opérant une vulgaire entéroécèle ou épiplocèle. Or rien n'est difficile à réduire comme cette masse représentant la vessie qui est habituellement en dedans du sac. Il faut, pour y arriver, faire une véritable herniolaparotomie. Et cette grande incision de la paroi abdominale doit être pratiquée dans tous les cas où on a reconnu la vessie et où celle-ci n'a pas été blessée, afin d'en obtenir la réduction immédiate et de pouvoir faire la fermeture hermétique de l'ancienne et de la nouvelle ouverture du ventre.

Nous repoussons formellement la résection de la paroi vésicale faite de parti pris et de préférence à la réduction par la herniolaparotomie. Mais il peut arriver que cette résection soit faite par mégarde et erreur de diagnostic. Il faut alors suturer hermétiquement, suivant la règle établie, à l'aide de trois plans la perte de substance qui en est résultée. Puis, la réduction faite, on mettra une sonde à demeure. Si, cependant, les urines étaient purulentes et le sujet affaibli, on pourrait, tout en fermant la plaie vésicale, laisser la région blessée fixée à l'orifice inguinal ou crural ou même à son ancienne place, une fois réduite l'entéroécèle et l'épiplocèle concomitante. La paroi abdominale étant fermée en haut, les téguments resteraient ouverts en bas, pour ne pas exposer aux dangers de l'infiltration d'une urine altérée, au cas où la suture viendrait à lâcher. Mais toujours il faut suturer la plaie faite à la vessie, et placer une sonde à demeure.

FIN DU TOME VII.

## TABLE DES MATIÈRES

DU TOME VII

### MALADIES DE LA MAMELLE

Par J. W. BINAUD et J. BRAQUEHAYE.

I. Anomalies.....	2
II. Lésions traumatiques.....	24
I. Contusions, 24. — II. Plaies du sein, 25. — III. Brûlures du sein.....	27
III. Affections inflammatoires.....	27
I. Inflammations aiguës. — II. Inflammations chroniques.....	54
IV. Tuberculose mammaire.....	91
V. Syphilis.....	106
VI. Affections parasitaires.....	117
I. Parasites animaux, 117. — II. Parasites végétaux.....	125
VII. Troubles nerveux.....	130
VIII. Tumeurs de la glande mammaire.....	137
Tumeurs adéno-conjonctives, 139. — Tumeurs épithéliales.....	165
Diagnostic des tumeurs de la mamelle, 193. — Traitement des tumeurs de la glande mammaire.....	201
IX. Tumeurs de la région mammaire.....	222

### AFFECTIONS CHIRURGICALES DE L'ABDOMEN

Par Aimé GUINARD.

I. Infections du péritoine.....	241
I. Infections généralisées, 243. — II. Infections circonscrites, 288. — Infections spécifiques, 297. — a. Tuberculose, 297. — b. Cancer.....	327
II. Affections traumatiques.....	337
I. Contusions, 337. — II. Plaies.....	379
III. Affections non traumatiques.....	407
I. PAROIS DE L'ABDOMEN.....	407
I. Phlegmons et abcès, 407. — II. Tumeurs.....	414
II. ESTOMAC ET DUODÉNUM.....	420
I. Corps étrangers de l'estomac, 420. — II. Cancers de l'estomac et du duodénum, 430. — III. Affections non cancéreuses de l'estomac et du duodénum, 438. — Technique de la chirurgie de l'estomac.....	442
IV. Maladies de l'intestin.....	464
I. APPENDICITE.....	464
I. Causes prédisposantes locales de l'appendicite, 498. — II. Causes prédisposantes générales.....	499
II. OCCLUSION INTESTINALE.....	523

### HERNIES

Par M. JABOULAY.

I. HERNIES EN GÉNÉRAL.....	552
La hernie.....	552