

tient plus dans son axe que quelques débris cellulaires en colonne interrompue de la vessie à l'ombilic. Ces débris persistent parfois jusqu'à la naissance et au-delà (Luschka)⁽¹⁾. C'est grâce à la prolifération de ces débris que naissent les *kystes de l'ouraque*. Ils se développent dans la région hypogastrique, à partir du sommet de la vessie jusqu'à l'ombilic. Les *kystes résiduels wolfiens* ou *müllériens* se développent par le même processus, mais s'accolent à la face postérieure de la vessie et proéminent de ce côté. Les *kystes embryonnaires, par inclusion*, ne sont autres que ceux dont nous avons déjà parlé au chapitre des tumeurs de la vessie (voy. p. 616) sous le nom de *kystes dermoïdes paravésicaux*.

b. *Kystes simples*. — Ils constituent une variété dont la pathogénie ne saurait encore être déterminée avec précision. Le seul exemple connu est celui de Segond⁽²⁾; il constitue une tumeur opératoire. Ce kyste était situé dans le cul-de-sac vésico-utérin et avait le volume d'une noix; au cours de l'opération on reconnut qu'il était logé au milieu des fibres musculaires de la vessie auquel il adhérait intimement; son contenu était séreux.

2° *Kystes naissant aux dépens d'organes accolés à la vessie*. — On peut les diviser en :

a. *Kystes par rétention*. (Dilatation de l'utricule prostatique.)

b. *Kystes diverticulaires*. (Dilatation diverticulaire des vésicules séminales.)

Ces kystes ne sont pas très connus. Les premiers, ceux qui reconnaissent comme point de départ la dilatation de l'utricule prostatique, sont *médians* et offrent un pédicule adhérent à la base de la prostate. Ces kystes doivent être rapprochés, au point de vue de leur pathogénie, des myomes extra-vésicaux dont il a été question plus haut. Au contraire, les kystes qui reconnaissent pour point de départ la dilatation diverticulaire des vésicules séminales sont *latéraux*. Ces deux variétés de kystes se développent d'ailleurs toutes deux derrière la vessie, au-devant de l'aponévrose prostatopéritonéale de Denonvilliers et au-dessous du cul-de-sac péritonéal recto-vésical.

3° *Kystes indépendants de la vessie mais pouvant contracter des adhérences avec cet organe*. — *Kystes hydatiques*. — Dans différentes observations on a représenté ces kystes comme pouvant se développer aux dépens de la couche musculaire de la vessie, et, dans sa thèse inaugurale, Legrand⁽³⁾ s'est fait le défenseur de cette pathogénie. Je crois cependant, avec Charcot⁽⁴⁾, que, dans aucun des cas cités, il ne s'agissait de *kystes hydatiques vésicaux proprement dits*, mais seulement de *kystes hydatiques paravésicaux*, développés dans le *tissu cellulaire périvésical* et ayant dissocié plus ou moins la couche musculaire de la vessie pour faire saillie dans sa cavité. — Ces différents cas peuvent être classés en trois catégories : a. Kystes qui se développent à la face postérieure de la vessie, dans le tissu cellulaire qui la sépare du rectum chez l'homme, du col de l'utérus chez la femme; b. kystes développés dans l'hypogastre, en contact avec le sommet de la vessie et s'accroissant vers l'ombilic, qu'ils atteignent sans le dépasser; c. kystes occupant le petit bassin, plus ou moins adhérents au plancher pelvien et remontant jusqu'à l'ombilic. Les cas classés sous ces trois catégories concernent soit un kyste unique, soit des kystes multiples. Le nombre importe peu; ce qu'il faut bien mettre en évidence, c'est cette localisation spéciale des kystes

(1) LUSCHKA, cité par CLADO (*loc. cit.*)

(2) BAUDRON, Thèse de Paris, 1894, p. 174.

(3) LEGRAND, Thèse de Paris, 1890.

(4) CHARCOT, Soc. de biol., 1852.

et cette tendance à la progression suivant un chemin, toujours le même : localisation et mode de progression qui ont une grande importance au point de vue thérapeutique, car elles nous indiquent qu'il ne faudra jamais attaquer ces kystes par la voie transvésicale, mais toujours par la simple laparotomie.

Je ne puis entrer dans l'étude clinique détaillée de chacune de ces variétés de tumeurs. Leurs symptômes sont presque toujours les mêmes; les malades nous sont envoyés comme atteints de cystite à cause de leur fréquence de miction, fréquence diurne et nocturne. Cet accident s'explique par la difficulté que peut rencontrer la vessie dans son ampliation normale. Le diagnostic anatomique est toujours possible en interrogeant la palpation et la percussion hypogastrique, le toucher rectal combiné au palper, et le cathétérisme avec un instrument métallique. Le *palper* fait connaître les formes, la situation et la consistance de la tumeur; la *percussion* dénote sa matité et, dans un cas, m'a fait trouver le frémissement hydatique. Le toucher rectal localise les lésions et, combiné au palper et au cathétérisme avec la sonde en métal, il permet de prouver les rapports de la tumeur *en avant*, ou *en arrière*, ou *au-dessous de la vessie*. La seule cause d'erreur serait de prendre la vessie distendue par l'urine ou une péri-cystite fibro-lipomatense pour un néoplasme.

CHAPITRE XII

VICES DE CONFORMATION ET DÉPLACEMENTS DE LA VESSIE :

EXSTROPHIE — DIVERTICULES — VALVULES DU COL CYSTOCÈLES

I

VICES DE CONFORMATION DE LA VESSIE

Nous étudierons sous ce nom des lésions bien différentes au point de vue de leur pathogénie et de leur gravité : l'*exstrophie*, affection grave, qui est une malformation congénitale; les *diverticules* et les *valvules du col* qui sont, au moins dans l'immense majorité des cas, des lésions acquises, souvent bénignes, et, dans tous les cas, beaucoup moins sérieuses que la précédente.

I. — EXSTROPHIE DE LA VESSIE

A. HERRGOTT, Exstrophie de la vessie chez la femme. Thèse de Nancy, 1874. — DUPLAY, *Traité de path. ext.*, t. VI, p. 778. — SONNENBURG, *Berl. klin. Woch.*, 1881 et 1882. — P. BERGER, Exstrophie de la vessie. *Sem. méd.*, 1885, n° 2. — TRENDELENBURG, *Centralbl. f. Chir.*, 5 déc. 1885 et XV^e Congrès allem. de chir. — HEYDENREICH, Du traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie. *Sem. méd.*, 1886, p. 21. — NEUDORFER, Die Operation der Ektopie der Blase. *Centralbl. f. Chir.*, 1886, p. 547. — GAY, Exstrophie de la vessie. Autoplastie. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, t. IV, p. 312. — RICHELLOT, Un cas d'exstrophie de la vessie. *Idem*, 1887,

p. 52. — PASSAVANT, *Arch. f. klin. Chir.*, 1886, p. 465, et 1887, p. 1; *Centralbl. f. klin. Chir.*, 1887, p. 465. — TRENDELENBURG, Ueber Heilung von Harnblase-Ektopie durch directe Vereinigung der Spaltränder. *Arch. f. klin. Chir.*, 1887, p. 625. — RICHELOR, Exstrophie vésicale. *Bull. Soc. de Chir.*, 1887, p. 159 et 161. — HACHE, Pathogénie et variétés de l'exstrophie de la vessie. *Revue de chirurgie*, 1888, p. 218. — POUSSON, Exstrophie de la vessie. *Ann. gén.-urin.*, 1888, p. 337. — ZEAS, Die Ektopie der Harnblase. *Arch. f. klin. Chir.*, p. 755. — BERGER, Exstrophie de la vessie. *Sem. méd.*, 1889, p. 225. — SEGOND, Traitement de l'exstrophie vésicale. V^e Congrès franç. de chir., 1889. — POUSSON, Traitement chirurgical de l'exstrophie vésicale. *Lyon méd.*, 1890, p. 220. — PASSAVANT, Die Blasen-Harnröhrenhat mit Vereinigung der Schambeine bei angeborener Blasenspalte mit Epispadie. *Arch. f. klin. Chir.*, 1889, p. 6. — BERGER, Exstrophie de la vessie. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1891. — SPERNIO, Une forme rare d'exstrophie de la vessie. *Giorn. R. Accad. di Medic. Torino*, 1892, p. 612. — PRIOLEAU, Sur un cas d'exstrophie de la vessie; intervention et succès. *Ann. gén.-urin.*, 1895, p. 778. — KLEIN, Accouchement et exstrophie de la vessie. *Arch. f. Gynäk.*, 1895, p. 549. — MAYDL, Nouvelle méthode de traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie. Congrès de Rome, 1894. — ROSENBAUM, Épispadias avec fente du col de la vessie. *Deutsche med. Woch.*, 1895, p. 996. — GILIS, L'exstrophie de la vessie; son explication embryogénique. *Sem. méd.*, 24 fév. 1894. — RICKERTS, Exstrophie de la vessie. *Med. Record*, 14 avril 1894. — REICHEL, De la production de malformations de la vessie et de l'urèthre. *Arch. f. klin. Chir.*, 1894, t. XLVI. — DUPLAY, Du traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie. *Arch. gén. de méd.*, sept. 1894. — MAYDL, Sur le traitement radical de l'ectopie vésicale. *Wiener med. Woch.*, 16 juin 1894. — DURAND, L'exstrophie vésicale et l'épispadias; pathogénie. Thèse de Lyon, 1894. — KATZ, Traitement de l'exstrophie de la vessie. Thèse de Paris, 1895. — MAUCLAIRE, Essais de chirurgie expérimentale applicables au traitement de l'exstrophie de la vessie. IX^e Congrès franç. de chir., 1895. — LORTHOIR, Exstrophie de la vessie. *Ann. de la Soc. belge de chir.*, 15 fév. 1896. — DALLE ORE, Exstrophie totale de la vessie; autoplastie par la méthode de Thiersch. *Atti del Assoc. med. lombarda*, mai-juin 1894. — POUSSON, Progrès réalisés dans le traitement de l'exstrophie de la vessie. *Ann. gén.-urin.*, fév. 1896. — POZZI, Traitement opératoire de l'exstrophie de la vessie. X^e Congrès franç. de chir. Paris, 1896. — TROSNOFF, Traitement de l'exstrophie de la vessie. *Ann. de chir. russe*, 1896, 5. — DURET, Cure de l'exstrophie vésicale par la suture vaginale. II^e Congrès franç. d'uroi., Paris, 1897. — POZZI, Modifications de la méthode autoplastique dans l'exstrophie de la vessie. *Ann. gén.-urin.*, janvier 1897.

C'est un *vice de conformation congénitale* de l'appareil urinaire, caractérisé par ce fait que la paroi antérieure de la vessie et la paroi abdominale n'ayant pu se souder sur la ligne médiane, la vessie étale sa surface interne à l'hypogastre, où elle se continue avec la paroi abdominale antérieure. Pour se faire une bonne idée de cette disposition, il suffit de supposer une incision comprenant la paroi supérieure de l'urèthre, la symphyse pubienne, la paroi abdominale antérieure, et ouvrant largement la vessie : le tout étant écarté nous donnera l'aspect d'un *épispadias avec exstrophie de la vessie*.

Historique. — Dénommée par les anciens *tumeur fongueuse congénitale* de la vessie, ce fut Chaussier qui lui donna le nom d'*exstrophie*; mais déjà en 1767, de Villeneuve avait montré la nature de cette tumeur et pensait qu'elle était constituée par la paroi postérieure seule de la vessie. Cette question a suivi à travers la littérature médicale les étapes habituelles. Simplement observée et décrite autrefois, on chercha plus tard, avec Chaussier et Breschet, à en préciser la nature, que les travaux d'embryologie de Quatrefages, Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire vinrent éclairer en partie. Mais ce n'est que depuis Simon et Roux qu'on tenta d'y porter remède. Cette dernière période est encore ouverte; le traitement de l'exstrophie est, comme nous le verrons, bien loin d'avoir dit son dernier mot.

Anatomie pathologique. — *Signes physiques.* — L'exstrophie de la vessie se présente sous forme d'une tumeur rougeâtre, occupant la région hypogastrique et la région pubienne. Cette tumeur, du volume d'une noix chez les très jeunes enfants, d'une pomme chez les adolescents, arrondie, rosée, net-

tement formée par une muqueuse humide, fait une saillie plus ou moins marquée. Sa forme est également variable; quelquefois séparée en deux lobes latéraux par une dépression verticale, plus rarement représentant assez exactement une simple fente; souvent elle est pédiculée à la base, surtout quand elle est volumineuse. Cette tumeur subit des mouvements d'expansion pendant la toux, la respiration, les efforts; par la compression, on peut la réduire en partie; souvent on détermine ainsi du gargouillement et l'on sent que sa périphérie est bordée par une surface dure, quelquefois tranchante, constituée par les aponévroses de la paroi abdominale (fig. 165, p. 638).

La surface de la tumeur est rose, rouge vif, quelquefois tuméfiée, fongueuse, saignant au moindre contact, et toujours douloureuse. Quand on l'examine de près, on voit que sa moitié inférieure est toujours plus rouge, plus humide que sa moitié supérieure. A sa périphérie on constate une partie épidermée se continuant insensiblement avec l'épiderme cutané et envoyant des sortes de prolongements, d'îlots sur la surface muqueuse, vestiges d'une lutte entre l'épithélium de la vessie et celui de l'épiderme qui tend à envahir la surface vésicale (Dastre)⁽¹⁾. Cette disposition se retrouvait sur les exstrophies expérimentales que nous avons pratiquées; en tout cas, jamais l'épidermisation n'envahit toute la surface muqueuse. A la partie inférieure de la tumeur on trouve souvent deux *petites saillies arrondies*, représentant les orifices des uretères, et l'on voit sourdre à ce niveau l'urine, non point goutte à goutte, mais par une sorte de petite éjaculation alternative, non rythmique. L. Le Fort⁽²⁾ a observé chez son malade que la titillation de la muqueuse au voisinage des orifices amenait un afflux brusque d'urine par l'uretère. Tous les physiologistes se sont servis de ces exstrophies pour étudier le mode de sécrétion de chacun des uretères et les effets de l'oblitération de l'un des deux canaux. Autour de la tumeur, Thiersch⁽³⁾ a fait remarquer l'existence de *cicatrices irrégulières*, qui seraient les reliquats de l'allantoïde; toutefois, cette altération épithéliale dont nous avons parlé peut donner le change. Elle a peut-être donné lieu à l'opinion de Steiner, qui voit dans cette surface cicatricielle une trace de l'adhérence congénitale de l'hypogastre avec le placenta, adhérence qui serait la cause de l'exstrophie. Au-dessus de la tumeur, on peut voir ou sentir une dépression médiane, véritable éventration par absence de la ligne blanche et remontant jusqu'à l'ombilic. La dépression ombilicale peut se confondre avec la tumeur; en général, elle en est très rapprochée et il en résulte des modifications dans les vaisseaux ombilicaux : allongement de la veine ombilicale, raccourcissement de l'ouraqué et des artères ombilicales.

Au-dessous de la vessie, on voit deux appendices qui représentent la verge et les testicules. La partie inférieure de la tumeur se continue chez l'homme avec un pénis rudimentaire, long de 3 à 4 centimètres, aplati, mais dans lequel on peut, avec une certaine attention, reconnaître une gouttière médiane et, de chaque côté, deux corps caverneux, le tout aboutissant en bas à une éminence plate qui constitue le gland et au-dessous un large prépuce pendant, qui constituera un des éléments de la méthode autoplastique. Le scrotum est aplati et peut renfermer exceptionnellement les testicules. Chez la femme, il y a un écartement des grandes lèvres, des deux racines du clitoris et des petites lèvres. L'ouver-

⁽¹⁾ DASTRE, *Bulletin des sciences naturelles*, 1878.

⁽²⁾ LE FORT, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1876, p. 874.

⁽³⁾ TIERSCH, Quatrième Congrès de la Soc. allem. de chir., 1875.

ture du vagin est réduite à une fente transversale antéro-postérieure, et, dans ces cas, on peut commettre des erreurs sur le sexe de l'enfant; l'anus est souvent situé sur un plan plus antérieur. Mais, fait important, lorsqu'on vient à déprimer toute cette région pubienne, on sent que les os sous-jacents font défaut; il existe

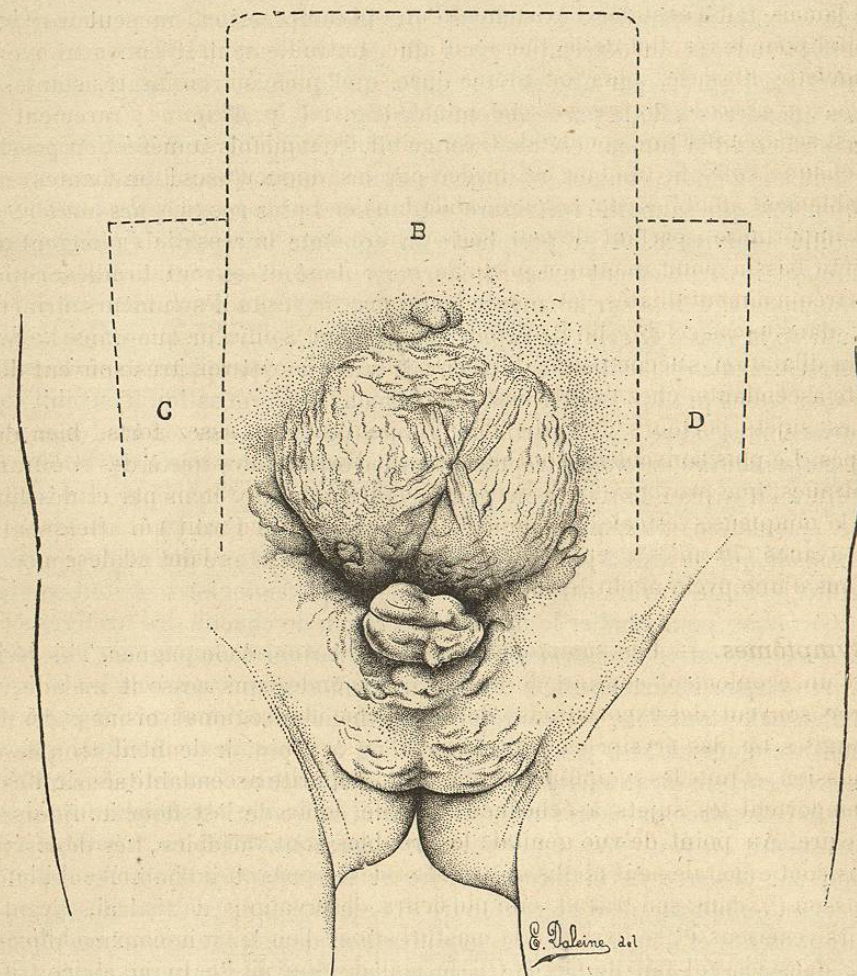


FIG. 163. — Méthode autoplastique. Procédé Wood-Le Fort (tracé des lambeaux).
B, lambeau abdominal. — CD, lambeaux inguinaux.

là un écartement entre les symphises, variant de 5 à 12 centimètres. Exceptionnellement, la symphyse est soudée (Rigaud)⁽¹⁾.

L'examen par le toucher rectal permet de constater souvent une absence de la prostate et des vésicules séminales; en y joignant le palper hypogastrique, on sent que le rectum est directement accolé à la partie postérieure de la vessie, et l'on peut aussi délimiter beaucoup plus exactement la séparation des pubis. De même le toucher rectal conduit immédiatement sur le sacrum, qui, par suite de l'absence de la symphyse, s'est enfoncé entre les deux os iliaques, d'où la diminution antéro-postérieure du détroit supérieur.

⁽¹⁾ RIGAUD, Thèse de Hergott, Nancy, 1876.

La dissection permet de se rendre un compte exact des parties profondes. La prostate est rudimentaire, les vésicules sont absentes ou atrophiées et conduisent dans deux canaux éjaculateurs ouverts dans la gouttière pénienne à la base d'un petit tubercule. Chez la femme, on rencontre fréquemment la bifidité du vagin et de l'utérus. Les muscles du périnée sont peu marqués et l'examen de l'urètre n'a jamais fait constater l'existence d'un sphincter vésical musculaire⁽¹⁾, fait capital pour le résultat de la thérapeutique. Entre les symphises on trouve une bandelette fibreuse, plus ou moins épaisse et plus ou moins résistante. La muqueuse vésicale tapisse presque immédiatement le péritoine; rarement elle en est séparée par une couche de tissu cellulaire rendant sa dissection possible. De chaque côté, la tumeur est bridée par les aponévroses tranchantes, mais notablement affaiblies, de la paroi abdominale. La disposition des uretères est fort importante: partant de leur embouchure dans la vessie, ils plongent dans le petit bassin pour remonter jusqu'au rein; ils sont souvent tirillés, coudés, très fréquemment dilatés, au point de former de véritables tumeurs urinaires qui, dans le cas célèbre de Breschet, avaient fait saillie jusque dans la fesse. Cette dilatation s'accompagne d'hypertrophie de leur paroi, très souvent d'urétérisme ascendante, chez l'adulte surtout.

Les sujets porteurs de cette affection peuvent être assez forts, bien développés. Le plus souvent ils sont maigres, malingres, en proie à des souffrances continues, que provoque le moindre attouchement des vêtements et des linges sur la muqueuse vésicale enflammée; et si l'on peut en voir qui atteignent un âge avancé (70 ans)⁽²⁾, en général ils succombent dans leur adolescence aux lésions d'une pyélo-néphrite ascendante.

Symptômes. — Les symptômes fonctionnels qui accompagnent ces lésions sont un écoulement continu de l'urine qui inonde sans cesse le malade, provoque souvent des excoriations, de l'érythème des régions voisines, des lymphangites ou des érysipèles. Plus souvent les urines deviennent troubles dès l'émission, et tous les symptômes d'une pyélo-néphrite ascendante se manifestent et emportent les sujets à échéance variable. Leur vie est donc toujours très précaire. Au point de vue génital, les troubles sont variables. Les désirs vénériens sont généralement abolis ou très peu développés chez l'homme; cependant Pousson⁽³⁾, dans son travail, cite plusieurs observations de malades ayant des désirs vénériens et se livrant à la masturbation; j'en ai vu moi-même plusieurs cas; dans le seul fait de Gerdy⁽⁴⁾, le malade pouvait se livrer au coït. Chez la femme, l'accouchement est possible et l'on a constaté ainsi que l'affection n'était pas fatalement héréditaire. Ajoutons que la délivrance est souvent difficile, et que cet accouchement est presque toujours suivi de prolapsus utérin. Klein⁽⁵⁾, cependant, cite un cas d'accouchement spontané survenu à terme chez une femme affligée d'une exstrophie vésicale: il n'y eut qu'à faire deux petites incisions vulvaires latérales au moment où la tête apparut à la vulve.

Diverses malformations concomitantes sont souvent observées. Les unes occu-

⁽¹⁾ THIERFELDER (cité par TRENDLENBURG) a cependant observé un cas (avec autopsie) où il existait des fibres sphinctériennes.

⁽²⁾ VIGNEAU, Thèse de Montpellier, 1866. (Sur 71 exstrophies, 10 moururent entre 10 et 20 ans, 15 entre 20 et 40, 5 entre 40 et 50.)

⁽³⁾ POUSSON, *Annales génito-urinaires*, 1888, p. 94.

⁽⁴⁾ GERDY, *Gazette des hôpitaux*, 1840.

⁽⁵⁾ KLEIN, *Arch. für Gynäk.*, 1895, p. 549.