

SYMPTOMATOLOGIE. — La paralysie de la vessie se manifeste par des symptômes variables suivant que le col ou le corps se trouvent intéressés. Dans la paralysie du col, l'orifice vésical, constamment ouvert, laisse s'écouler librement l'urine qui vient des reins; il y a *incontinence*. Dans la paralysie du corps, le liquide urinaire s'accumule dans la vessie; il y a *rétenion*, mais cette rétenion se présente avec des caractères différents, suivant les cas, et surtout suivant que la paralysie est *incomplète* ou *complète*.

Dans la *paralysie incomplète*, qui est la plus fréquente, et que l'on désigne aussi sous le nom d'*inertie* ou d'*atonie vésicale*, les symptômes existent quelquefois depuis longtemps déjà, lorsque les malades se décident à consulter le chirurgien. Dans tous ces cas, un travail très-considérable, une contraction laborieuse et prolongée des muscles de la paroi abdominale sont nécessaires pour commencer la miction; malgré des efforts multipliés et énergiques, l'urine s'écoule lentement, goutte à goutte, tombe verticalement, et lorsque le sujet croit avoir fini d'uriner, des gouttes de liquide continuent à s'échapper et viennent souiller ses vêtements. Si, dans ces conditions, on vient à pratiquer le cathétérisme, on s'aperçoit que la vessie contient encore une certaine quantité d'urine, qui s'écoule sans force par le pavillon de la sonde, et que, pour vider complètement l'organe, des pressions sur la région hypogastrique sont absolument nécessaires.

Dans le cas de *paralysie complète*, il peut y avoir rétenion absolue d'urine, mais généralement, au bout de quelques jours, le malade pisse, comme on dit, par regorgement, ou, en d'autres termes, il y a rétenion avec incontinence.

Indépendamment du trouble fonctionnel, qui est le symptôme principal de la paralysie de la vessie, on constate dans le cours de cette affection diverses altérations du liquide urinaire, mais elles sont principalement en rapport avec les lésions, causes de la paralysie, et ne sauraient par conséquent trouver place dans ce chapitre.

DIAGNOSTIC. — Il est généralement facile de reconnaître la paralysie vésicale. Il suffit, en effet, d'un examen attentif et complet pour distinguer la rétenion, suite de paralysie, de celle qui peut être la conséquence d'un obstacle matériel au cours de l'urine. C'est au cathétérisme qu'il appartient, dans ces cas, de demander la solution de la question. Quant au diagnostic de la cause de la paralysie, il ne pourra être établi que par l'étude soigneuse des accidents contemporains et des commémoratifs.

TRAITEMENT. — La paralysie de la vessie étant toujours secondaire, son traitement doit être celui de la cause qui la détermine. Il est cependant un certain nombre de moyens palliatifs qui, dans tous les cas, doivent être employés; tels sont: en première ligne, le cathétérisme répété une ou deux fois par jour, puis les injections froides, les injections sous-cutanées d'ergotine, l'électrisation. S'ils ne peuvent procurer une

guérison complète, ces moyens ont le plus souvent pour effet de parer aux accidents immédiats et de ralentir la marche de la paralysie.

5° Déplacement de la vessie (hernie de la vessie)

La hernie de la vessie, que l'on trouve également désignée dans les auteurs sous le nom de *cystocèle*, peut s'effectuer par le canal inguinal, par l'anneau crural ou à travers les plans musculaires qui entrent dans la constitution du périnée. C'est la cystocèle inguinale qui est de beaucoup la variété la plus fréquente; les cystocèles crurale et périnéale ne constituent que de véritables curiosités pathologiques et n'ont pu encore, en raison de leur rareté, être l'objet d'aucune description didactique.

VERDIER, *Sur la hernie de la vessie* (Mém. de l'Académie roy. de ch., t. II, p. 13). — CH. LEROUX, *Hernie de la vessie* (Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, 1880, n° 5). — DE LA BARRIÈRE, *De la cystocèle inguinale*, thèse de Paris, 1881.

A. Cystocèle inguinale.

ÉTIOLOGIE. — Plus fréquemment observée chez l'homme que chez la femme, cette affection a été à peu près exclusivement rencontrée chez des vieillards, ce qui tend, on le conçoit, à rendre inadmissible l'opinion de Méry, qui voulait voir dans tous les cas de cystocèle le résultat d'un vice de conformation.

Bien que le développement de la hernie de la vessie s'effectue lentement et d'une manière progressive, il est de règle, dans la plupart des cas, de voir son apparition se faire brusquement et coïncider avec des efforts plus ou moins violents, des secousses de toux; mais il importe de faire remarquer que l'on rencontre constamment du côté de la vessie des lésions antérieures à son déplacement, lésions caractérisées surtout par une dilatation excessive et permanente de sa cavité et par une altération notable de sa tunique musculaire susceptible d'entraîner à sa suite une perte complète de contractilité. Il résulte de ce fait, que les hernies de la vessie ne sont pas uniquement le résultat d'une cause déterminante, mais sont de longue date préparées par la dilatation de l'organe avec atonie ou paralysie de sa tunique musculaire; et c'est là un point très-important de leur histoire, car il permet de se rendre un compte exact du mode de formation des cystocèles qui aurait été sans cela entouré d'une profonde obscurité.

Lorsque la vessie est vide, sa situation dans l'excavation pelvienne, en arrière du pubis, loin de l'orifice interne du canal inguinal, explique d'une manière suffisante l'impossibilité absolue de son déplacement. Il est également difficile de supposer que lorsque la vessie est pleine d'urine et régulièrement distendue, une portion de sa paroi puisse

s'engager dans un orifice de la paroi abdominale. Cet engagement paraît, au contraire, très-facile à expliquer, si l'on suppose le réservoir urinaire maintenu au contact de cette partie de la paroi de l'abdomen qui constitue la région inguinale, et cela en dehors de toute réplétion, mais par le fait seul de sa dilatation permanente et de la paralysie de sa tunique musculaire.

Si tel est le mécanisme généralement adopté pour expliquer la formation des cystocèles primitives, il est d'autres hernies de la vessie, désignées sous le nom de *cystocèles secondaires*, qui se développent d'une tout autre façon. Se surajoutant à une hernie intestinale plus ou moins volumineuse, la vessie, dans ces cas, est entraînée dans le canal inguinal par le péritoine qui recouvre sa face postérieure et son sommet, et son déplacement peut être alors singulièrement facilité par les adhérences qu'elle est susceptible de contracter avec les anses intestinales herniées. C'est pour caractériser ce mode de formation tout spécial que l'on a pu dire que la cystocèle inguinale consécutive à une hernie intestinale était toujours précédée dans son développement d'un véritable mouvement de bascule de la partie la plus élevée de la vessie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Caractérisée anatomiquement par le déplacement de la vessie à travers le canal inguinal, cette variété de cystocèle est généralement unilatérale, et l'exemple de hernie vésicale double, rapporté par De La Porte en 1769, paraît être encore unique dans la science. Quel que soit, du reste, le côté occupé par la hernie, les caractères anatomiques qu'elle peut présenter n'en sont aucunement modifiés : il n'en est plus de même, suivant qu'on se trouve en présence d'une cystocèle *primitive* ou *secondaire*.

Dans les cas où la cystocèle s'est développée en dehors de toute hernie intestinale, c'est la face antérieure de la vessie qui a la première subi un déplacement. Si on se souvient de la disposition du péritoine au niveau de la vessie, et si l'on tient compte de ce fait que la paroi antérieure de cet organe est totalement dépourvue de revêtement séreux, on comprendra comment, dans la variété de cystocèle qui nous occupe ici, il n'existe pas trace de sac péritonéal. Située en avant des éléments du cordon, au-dessus de la tunique vaginale, la vessie herniée occupe d'abord la partie la plus interne de l'aîne, puis, en augmentant de volume, descend plus ou moins profondément dans les bourses. Ce qu'il importe surtout de remarquer, c'est qu'une portion seulement de la vessie est, dans tous les cas, déplacée, de telle sorte que la tumeur située en dehors de l'abdomen communique par un canal plus ou moins étroit avec une poche intra-abdominale, et que la vessie dans son ensemble présente assez bien la forme d'une gourde dont le col rétréci correspondrait à la partie de l'organe située dans le trajet inguinal.

Les dimensions que présentent les deux poches extra- et intra-abdominales sont, on le conçoit, en rapport absolument inverse ; quant au degré

de rétrécissement que peut offrir la portion intrapariétale de la vessie, il est parfois très-considérable, et, dans un cas observé par Pott, ce canal était réduit au diamètre d'un tuyau de paille.

Lorsque la hernie de la vessie est assez développée pour que la plus grande partie de cet organe soit située en dehors de l'abdomen, il en résulte une disposition particulière, que l'on observe également dans tous les cas de déplacement d'un organe abdominal tapissé incomplètement par le péritoine. La membrane séreuse adhérente au sommet de la vessie est attirée peu à peu dans le canal inguinal, quelquefois au delà, et un sac secondaire se trouve ainsi formé par glissement, sac dans lequel les anses intestinales ont une tendance toute naturelle à s'engager. La cystocèle primitive se complique donc rapidement d'une hernie intestinale secondaire.

Les modifications que l'on observe dans la disposition anatomique des parties, lorsqu'on est en présence d'une cystocèle secondaire, tiennent toutes à la portion de la vessie qui se trouve entraînée dans le canal inguinal. Le déplacement se produisant par suite des tractions qu'exerce l'intestin par l'intermédiaire du péritoine, c'est la face postérieure de la vessie qui se trouve la première engagée, et cette face postérieure étant normalement pourvue d'un revêtement séreux, la hernie vésicale secondaire se trouve ainsi pourvue d'un sac péritonéal.

Quant à la forme et à la situation de la tumeur, elles ne diffèrent en rien de ce qu'elles sont dans la cystocèle primitive, et l'on peut observer dans l'un et l'autre cas les mêmes déplacements de la prostate et du col vésical qui ne sont influencés que par la situation droite ou gauche du trajet inguinal occupé par l'organe hernié.

SYMPTOMATOLOGIE. — La cystocèle inguinale primitive arrivée à sa période d'état, se manifeste par des symptômes *physiques* et *fonctionnels*.

On trouve à la partie la plus interne du pli de l'aîne, quelquefois descendant dans les bourses, une tumeur dont le volume et la consistance varient suivant les moments où on l'examine et sont influencés aussi par les efforts et les secousses de toux. Généralement indolente et développée sans changement de coloration de la peau qui la recouvre, cette tumeur donne, lorsqu'elle est volumineuse, une sensation très-nette de fluctuation ; elle est au contraire pâteuse, molle, confusément fluctuante, lorsque son volume a diminué, qu'elle est revenue sur elle-même. Partiellement réductible dans tous les cas, les pressions qu'on exerce sur elle pour arriver à un semblable résultat déterminent, en même temps que la diminution de son volume, des envies d'uriner qui se montrent brusquement et doivent être immédiatement satisfaites. Si, après que l'on a vidé la poche extra-abdominale, on vient à injecter du liquide dans la vessie, on voit peu à peu cette même poche se distendre. C'est là un excellent moyen de diagnostic, que j'ai mis en pratique chez un malade dont l'histoire est rapportée dans la thèse de De la Barrière.

Divers troubles de la miction se montrent aussi spontanément et constituent les signes fonctionnels qui parfois sont les premiers à attirer l'attention. C'est ainsi que les malades sont tourmentés par de fréquents besoins d'uriner ; qu'ils se plaignent en outre de n'uriner chaque fois qu'en très-petite quantité, alors qu'il leur semblait que leur vessie était pleine d'urine ; qu'ils s'aperçoivent enfin rapidement que chaque retard dans la miction s'accompagne aussitôt d'une augmentation de volume de la tumeur qu'ils portent au pli de l'aîne et que les pressions exercées sur cette tumeur les soulagent d'une façon notable et facilitent sensiblement la déplétion de leur vessie.

Les symptômes physiques et fonctionnels par lesquels se manifeste la cystocèle secondaire sont à peu de chose près semblables à ceux que nous venons de décrire comme appartenant à la cystocèle primitive. La tumeur qui la constitue présente, cependant, certains caractères spéciaux, en rapport avec sa composition mixte ; c'est ainsi qu'elle est en général formée de deux parties assez aisément isolables, dont l'une est remarquable par la matité et la fluctuation qu'elle donne à la main qui l'explore, dont l'autre, au contraire, est le siège d'une sonorité à la percussion qui dénote aussitôt son origine intestinale.

Qu'elle soit primitive ou secondaire, la cystocèle inguinale présente le plus souvent une marche lente et régulière, ne constituant en somme qu'une infirmité supportable et parfaitement compatible avec l'existence. Il est des cas pourtant où, par son accroissement progressif et continu, elle détermine une aggravation sensible des troubles de l'excrétion urinaire qui, devenant de plus en plus accentués, peuvent à un moment donné entraîner à leur suite des altérations rénales de nature à produire une terminaison fatale.

Il est, enfin, certaines complications qui peuvent modifier d'une manière sensible l'évolution normale de la maladie, et qui présentent à ce point de vue un réel intérêt.

En raison même de sa constitution et par suite de l'absence de sac qu'elle présente dans la majorité des cas, la hernie de la vessie contracte rapidement des adhérences avec le tissu cellulaire du trajet inguinal et avec celui qui double extérieurement la tunique vaginale ; une *irréductibilité* plus ou moins absolue est le résultat ordinaire d'une semblable disposition.

Sous le nom d'*engouement*, on a désigné un accident qui se montre aussi quelquefois dans le cours des cystocèles anciennes, et qui paraît être bien évidemment le résultat d'une oblitération temporaire par des matières muqueuses ou calcaires de l'orifice qui fait communiquer la portion herniée de la vessie avec la partie de cet organe qui reste contenue dans la cavité de l'abdomen. L'augmentation de tension et l'irréductibilité de la tumeur inguinale, l'impossibilité de déterminer des envies d'uriner, en exerçant sur cette tumeur des pressions soutenues, sont les caractères qui permettent de reconnaître cette complication qui

a pu, dans un certain nombre de cas, être la cause de fâcheuses erreurs de diagnostic.

Comme les hernies intestinales, mais beaucoup moins fréquemment que ces dernières, la hernie de la vessie peut se compliquer de phénomènes d'*étrangement*. Consistant surtout en manifestations douloureuses et en vomissements, ces accidents évoluent dans un ordre particulier, et c'est là un point sur lequel insiste spécialement J.-L. Petit, qui s'exprime ainsi : « Le vomissement qui survient à la hernie cystique n'est pas considérable, et survient plus tard qu'à la hernie de l'intestin. J'ai remarqué que le hoquet survient à la hernie cystique avant le vomissement, et dans la hernie de l'intestin, le vomissement arrive le premier, et le hoquet après. »

Mais de toutes les complications qui peuvent survenir dans les cas de cystocèle, celle qui présente le plus grand intérêt est due au développement d'un calcul dans la portion de la vessie située au dehors de la cavité abdominale. Des faits de cette nature ont été pour un certain nombre de chirurgiens l'origine de véritables surprises. C'est ainsi que Pott, chez un jeune garçon de treize ans, pratiqua à la partie interne de l'aîne l'excision d'une poche qui contenait une pierre et qui se prolongeait dans le canal inguinal sous la forme d'un conduit membraneux. Ce ne fut qu'après l'opération, et en voyant l'urine s'écouler par la plaie, qu'il reconnut que la tumeur qu'il venait d'enlever n'était autre qu'une cystocèle renfermant un calcul. Dans un autre cas, rapporté par Verdier, un chirurgien ayant appliqué un caustique sur une tumeur inguinale, puis incisé l'eschare, mit à nu une pierre analogue à celle que l'on trouve habituellement dans la vessie. Grand fut son étonnement jusqu'au moment où la sortie de l'urine par la plaie vint lui révéler la véritable nature de la maladie.

DIAGNOSTIC. — Généralement assez facile, le diagnostic de la hernie de la vessie est quelquefois entouré de grandes difficultés. Lorsqu'elle est récente et réductible en tout ou en partie, les envies d'uriner que l'on provoque en exerçant sur elle des pressions légères, la possibilité de la distendre par une injection poussée par l'urèthre, l'absence de gargouillement qui accompagne sa réduction, permettent de la distinguer d'une hernie intestinale ou de toute autre tumeur faisant apparition à la racine des bourses, après avoir traversé le canal inguinal, telle que l'hydrocèle congénitale, par exemple. Il n'en est plus de même, lorsque la cystocèle, se compliquant d'engouement, cesse d'être réductible ; c'est en se basant sur son mode de développement et en s'aidant surtout des commémoratifs, qu'il est alors possible de la différencier d'une hydrocèle enkystée du cordon, ou de toute autre tumeur enkystée de la région de l'aîne.

Bien qu'il semble au premier abord qu'il doive être très-simple de reconnaître la présence d'un calcul dans une poche vésicale extra-abdominale, les erreurs que nous avons signalées plus haut sont de

nature à prouver que ce diagnostic dans bien des cas réclame une sérieuse attention.

PRONOSTIC. — La cystocèle inguinale constitue toujours une maladie grave, en ce sens qu'elle finit à la longue par déterminer des accidents qui résultent principalement du trouble apporté à l'excrétion de l'urine, d'une part, par suite du déplacement des uretères qui entraîne la rétention dans les calices et les bassinets, d'autre part, par suite des altérations des parois vésicales qui ne tardent pas à être atteintes d'inflammation chronique. La plupart des sujets atteints de cystocèle inguinale meurent, en effet, de pyélo-néphrite.

TRAITEMENT. — Le traitement des hernies de la vessie varie suivant les conditions dans lesquelles on les observe. Lorsque la hernie est réductible, elle doit être soigneusement réduite dans l'abdomen et maintenue ainsi à l'aide d'un bandage à pelote légèrement convexe. Est-elle irréductible? tous les efforts doivent tendre à la protéger et à l'empêcher d'augmenter de volume, ce qu'il est possible d'obtenir, à l'aide d'un bandage à pelote concave, si elle est petite, d'un bon suspensoir, si elle est plus volumineuse.

Chacune des complications que nous avons passées successivement en revue peut, au moment où elle se produit, devenir l'origine d'une indication thérapeutique spéciale. C'est ainsi que, lorsqu'il existe un arrêt persistant de communication entre les deux poches extra- et intra-abdominales, il peut devenir nécessaire de pratiquer, soit la ponction, soit l'incision de la poche extérieure, et cette dernière opération est principalement indiquée si la cystocèle se complique de la présence d'un calcul.

Dans le cas d'une cystocèle complètement isolée, serait-on en droit d'en pratiquer l'excision, à l'exemple de Pott qui obtint ainsi un remarquable succès? Nous pensons qu'en pareil cas l'intervention chirurgicale serait parfaitement indiquée, et nous n'hésiterions pas à imiter la pratique de Pott.

ARTICLE III

VICES DE CONFORMATION ET DIFFORMITÉS DE LA VESSIE

1° Exstrophie de la vessie.

On doit entendre sous ce nom un vice de conformation congénital de l'appareil urinaire caractérisé par ce fait, que la paroi antérieure de la vessie venant à manquer, la paroi postérieure se montre à l'hypogastre, faisant entre les muscles droits une saillie plus ou moins marquée. Devilleneuve, le premier, en 1767, reconnut la véritable nature de cette affection, que les importants travaux de Chaussier, de Breschet, de Quatrefages et d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire ont principalement

contribué à faire connaître. D'autre part, nous verrons que des tentatives opératoires, plus ou moins heureuses, ont été faites pour remédier à ce vice de conformation par divers chirurgiens contemporains, parmi lesquels on doit citer Simon, Lloyd, L. Roux, Richard, Pancoast, Le Fort.

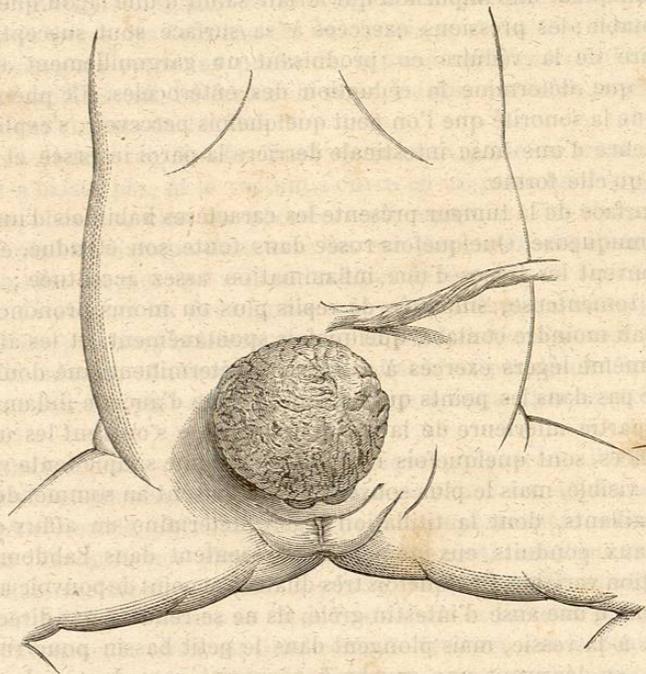


FIG. 175. — Exstrophie de la vessie.

DE QUATREFAGES, *De l'exstrophie de la vessie*, thèse de Strasbourg, 1832. —
A. JAMAIN, *De l'exstrophie ou extroversion de la vessie*, thèse de Paris, 1845. —
HERGOTT, *Exstrophie de la vessie chez la femme*. Nancy, 1874.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions anatomiques que l'on rencontre chez les individus atteints d'exstrophie de la vessie, ne portent pas exclusivement sur cet organe, et ne se présentent pas toujours avec les mêmes caractères. Dans la très grande majorité des cas, il existe au niveau de la région hypogastrique, au-dessus du pubis, quelquefois entre ces deux os, une tumeur dont le volume peut varier beaucoup et peut être compris entre ces limites extrêmes : celui d'une noix ou d'une grosse pomme. Ordinairement aplatie, et moins haute que large, cette tumeur fait au-dessus des téguments qui l'entourent une saillie plus ou moins marquée, s'élevant parfois de 5 à 6 centimètres au-dessus du plan de l'abdomen. Elle est, dans certains cas, située au même niveau que lui; on l'a vue