

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.

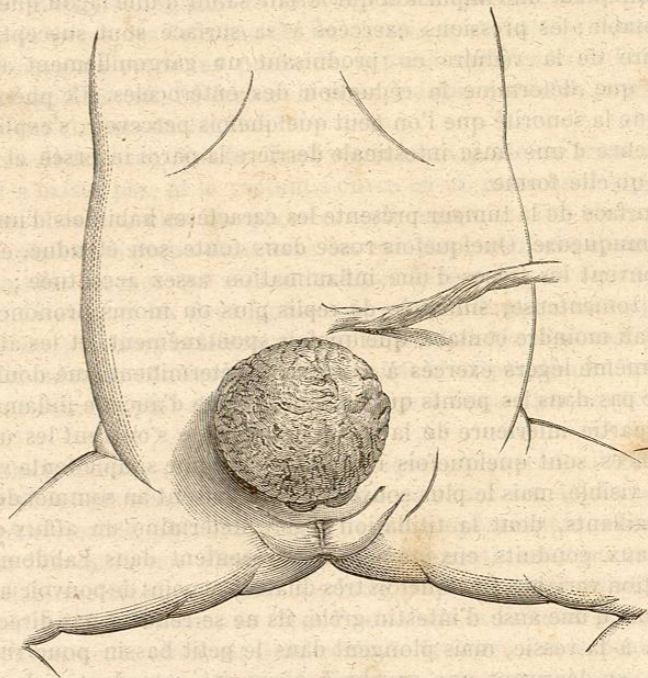


FIG. 175. — Exstrophie de la vessie.

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

dans des circonstances rares être remplacée par une dépression peu profonde, toute la lésion consistant alors en une fente plus ou moins large laissant suinter l'urine.

Dans tous les cas, il est certaines circonstances qui peuvent modifier l'aspect de la vessie exstrophée. L'expiration, la toux, les efforts, lui communiquent une impulsion qui la fait saillir d'une façon quelquefois très-notable; les pressions exercées à sa surface sont susceptibles au contraire de la réduire en produisant un gargouillement analogue à celui que détermine la réduction des entéroécèles. Ce phénomène, ainsi que la sonorité que l'on peut quelquefois percevoir, s'explique par la présence d'une anse intestinale derrière la paroi inversée et dans la cavité qu'elle forme.

La surface de la tumeur présente les caractères habituels d'une membrane muqueuse. Quelquefois rosée dans toute son étendue, elle offre plus souvent les traces d'une inflammation assez accentuée; elle est rouge, tomenteuse, sillonnée de replis plus ou moins prononcés; elle saigne au moindre contact, quelquefois spontanément, et les attouchements même légers exercés à sa surface déterminent une douleur qui n'existe pas dans les points qui ne sont le siège d'aucune inflammation.

A la partie inférieure de la vessie exstrophée s'ouvrent les uretères. Ces orifices sont quelquefois représentés par une simple fente verticale à peine visible, mais le plus souvent ils se trouvent au sommet de tubercules saillants, dont la titillation légère détermine un afflux d'urine. Quant aux conduits eux-mêmes, ils présentent dans l'abdomen une disposition variable. Quelquefois très-dilatés, au point de pouvoir acquérir le volume d'une anse d'intestin grêle, ils ne se rendent pas directement du rein à la vessie, mais plongent dans le petit bassin pour remonter ensuite, en décrivant une courbe à concavité regardant en haut et en avant.

Sur les limites de la tumeur, la muqueuse se continue avec la peau de la région abdominale, qui souvent est normale, mais présente quelquefois un aspect cicatriciel.

Bien que cela ait été observé dans quelques cas, il est rare de trouver l'ombilic avec sa forme et sa situation normales. Généralement situé plus bas que de coutume, quelquefois même exactement au-dessus de la tumeur, il se présente non plus sous la forme d'une dépression profonde, mais avec les apparences d'une cicatrice triangulaire, parfois à peine appréciable. En raison de cette disposition spéciale, la veine ombilicale est d'une longueur exagérée, les artères ombilicales et l'ouraque sont au contraire plus grêles et plus courts que dans l'état habituel; l'ouraque manque dans bon nombre de cas.

Au-dessous de la vessie, se trouvent les organes génitaux qui, dans tous les cas, sont le siège d'une malformation très marquée. La verge, qui peut manquer totalement, est représentée en général par un tubercule aplati de haut en bas, creusé sur sa face supérieure d'une gouttière

dont le fond n'est autre que la paroi inférieure de l'urèthre. Il y a là, en un mot, les lésions caractéristiques de l'épispadias.

Le scrotum, quelquefois normal, est dans d'autres cas ratatiné, flétri et ne renferme pas les testicules qui sont arrêtés à l'anneau ou contenus dans l'abdomen.

Des déformations analogues se rencontrent chez la femme. Les grandes et les petites lèvres, les deux racines du clitoris, sont écartées et séparées par une fente plus ou moins profonde, la paroi supérieure de l'urèthre manque complètement, l'utérus et le vagin, parfois normaux, sont assez fréquemment atteints de bifidité.

Dans les deux sexes, l'orifice anal est souvent porté en avant; quelquefois il n'existe pas, et le rectum s'ouvre en un point quelconque de la tumeur. Les muscles du périnée sont atrophiés ou absents; le sphincter vésical manque dans tous les cas. Le bassin est élargi dans son ensemble: l'espace qui sépare les deux tubérosités de l'ischion est très considérable, et les deux pubis sont séparés l'un de l'autre par un intervalle de plusieurs centimètres que le toucher rectal permet facilement de constater; cet écartement toutefois n'est pas absolu, les deux symphyses étant le plus souvent reliées l'une à l'autre par un très-fort ligament.

SYMPTOMATOLOGIE. — De l'étude anatomique qui précède, il est facile de déduire les phénomènes que l'on observe chez les sujets atteints d'exstrophie vésicale, phénomènes qui pour la plupart sont sous la dépendance de l'incontinence d'urine complète et continuelle qui chez eux est inévitable. S'écoulant goutte à goutte des orifices des uretères, le liquide sécrété par les reins se répand sur toute la tumeur et les parties qui l'avoisinent; aussi est-il de règle de trouver, sur la peau de la région pubienne, sur les organes génitaux et même sur les cuisses, des ulcérations ou plutôt des excoriations nombreuses qui résultent de ce contact irritant. Comme dans tous les cas où l'urine imprègne continuellement les vêtements, les malades atteints d'exstrophie vésicale exhalent une odeur particulière qui est l'origine, pour eux et pour leur entourage, d'une affreuse incommodité. Il résulte enfin des déformations si accentuées dont les organes génitaux sont le siège, que les hommes porteurs de cette infirmité sont inaptes à la fécondation, bien que, dans certains cas, leur sperme soit pourvu de spermatozoïdes et qu'ils soient susceptibles de désirs vénériens. Il n'en est plus de même chez les femmes, et l'on trouve dans la science plusieurs observations qui prouvent que la grossesse et l'accouchement sont possibles.

L'exstrophie de la vessie n'est nullement incompatible avec la vie, et l'on a vu des sujets, atteints de ce vice de conformation, arriver à l'âge de quarante, cinquante et même soixante et dix ans; il n'est pourtant pas très-rare que les enfants succombent peu de temps après leur naissance, ce qui tient à ce que la lésion vésicale se complique souvent d'autres malformations.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — Les causes immédiates de l'exstrophie de la vessie, comme celles de la plupart des vices de conformation, nous sont complètement inconnues, et tout ce que l'on peut dire à ce point de vue, c'est que cette affection se présente avec beaucoup plus de fréquence chez les garçons que chez les filles.

Quant à la pathogénie, elle a été l'origine d'un grand nombre de théories. Pour Chaussier et Breschet, la lésion serait le résultat d'une rupture de la paroi antérieure de la vessie qui aurait été au préalable herniée; ce serait, en somme, une complication du déplacement de cet organe, représenté à un degré moins avancé par l'écartement des muscles droits de l'abdomen entre lesquels viendrait saillir la vessie, qui formerait ainsi une tumeur sous-cutanée.

Bonn, et après lui Duncan, admirent également que l'exstrophie était le résultat de la rupture vésicale, mais cette rupture était pour eux consécutive à une accumulation de l'urine produite par une imperforation de l'urètre.

Pour Bischoff, Reichert et Thiersch, la rupture de la vessie par distension serait bien l'origine de la maladie, mais il faudrait chercher la cause de la distension, non dans une imperforation de l'urètre, mais dans l'absence de communications de la cavité vésicale avec le sinus uro-génital.

Ces théories, essentiellement mécaniques, n'expliquent pas certains faits dans lesquels les causes de la distension faisaient absolument défaut. Aussi certains auteurs ont-ils invoqué un vice de développement pour expliquer la formation de l'exstrophie vésicale. De Quatrefages et Steiner ont émis l'hypothèse que celle-ci pouvait reconnaître pour cause une adhérence établie entre le placenta ou le chorion et la paroi antérieure du fœtus au niveau des points où doivent se développer la vessie et les organes génitaux. Jamais, admettant les idées de Serres sur le développement symétrique de toutes les parties de l'embryon, a pensé qu'il s'agissait là simplement d'un défaut de soudure des deux portions droite et gauche de la face antérieure de la vessie.

Enfin Le Dentu, après avoir longuement discuté chacune des nombreuses hypothèses qui ont été émises sur la pathogénie de l'exstrophie de la vessie, s'arrête à une opinion mixte. « Supposons, dit-il, que, pour une cause quelconque, il se produise un arrêt de développement dans les lames ventrales, au lieu de se rejoindre sur la ligne médiane, ces lames laisseront entre elles un certain écartement dans lequel viendra se montrer l'altantoïde qui, plus tard, sera la vessie; la paroi antérieure de cet organe, n'étant plus soutenue, sera à nu, et elle se présentera sous la forme d'une mince et fragile lame que le moindre choc, le moindre effort pourra très-facilement déchirer. » Nous adoptons sans hésiter cette explication qui paraît, en effet, très-rationnelle, et surtout qui se concilie bien avec la coexistence fré-

quente de malformations portant sur les organes génitaux et quelquefois même sur toute la paroi antérieure de l'abdomen.

TRAITEMENT. — En raison des lésions qui caractérisent l'exstrophie vésicale, et surtout en raison de l'absence constante dans ces cas des sphincters de la vessie et de l'urètre, on prévoit que le traitement de cette affection pourra seulement être palliatif. Il sera souvent possible d'éviter aux malades les inconvénients principaux qui tiennent au vice de conformation dont ils sont atteints, mais jamais on ne devra espérer refaire une cavité assez spacieuse pour que l'urine puisse y séjourner et surtout d'où elle puisse s'écouler sous l'influence de la volonté. Ceci posé, les principales indications du traitement palliatif de l'exstrophie de la vessie comprennent les deux points suivants : 1° protéger la face postérieure de la vessie contre l'action irritante des corps extérieurs et prévenir ainsi les douleurs et l'inflammation qui en résultent; 2° préserver le sujet des inconvénients de toutes sortes qui résultent de l'écoulement incessant de l'urine. On peut remplir ces indications soit au moyen d'appareils prothétiques seuls, soit au moyen d'opérations chirurgicales.

C'est à Jurine (de Genève) et à Bonn (d'Amsterdam) que revient le mérite d'avoir inventé et employé les premiers un appareil ingénieux pouvant empêcher l'écoulement incessant de l'urine sur les vêtements, sur la peau de l'abdomen et des cuisses. Encore mis en usage de nos jours, cet appareil se compose d'une cuvette qui coiffe, sans la toucher, la portion saillante de la vessie, et qui plus bas s'adapte exactement sur le pubis et sur le périnée qu'elle recouvre jusqu'auprès de l'anus; cette première pièce est munie d'une tubulure à robinet, permettant l'écoulement de l'urine dans un second réservoir placé contre la cuisse. Bien qu'il ne donne pas toujours des résultats parfaitement satisfaisants, ce moyen prothétique est généralement suffisant pour permettre aux sujets du sexe masculin affectés d'exstrophie de quitter les vêtements de femmes qu'ils seraient sans cela obligés de porter. Il est certainement préférable à la compression permanente des uretères qui, essayée dans un cas par Bouisson, n'a pu être tolérée en raison des douleurs qu'elle occasionnait.

Le traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie comprend deux méthodes principales qui répondent à deux indications différentes. Dans la première de ces méthodes, le chirurgien se propose de déverser les urines dans le rectum qui leur constituerait ainsi un réservoir clos; la seconde méthode a pour but de compléter autant que possible la cavité de la vessie en lui conservant un orifice à son extrémité inférieure.

La première de ces deux méthodes a été employée par Simon et Lloyd en 1852.

Après de nombreuses tentatives infructueuses pour faire déboucher les uretères dans le rectum, Simon arriva cependant au résultat qu'il

avait cherché à obtenir, et presque toute l'urine s'écoulait dans l'intestin lorsque le malade, neuf mois après, succomba à des accidents de pyélonéphrite chronique.

Lloyd eut l'idée de faire communiquer directement les deux cavités vésicale et rectale. Ayant à cet effet perforé la cloison à l'aide d'un gros trocart, il plaça une mèche dans l'ouverture ainsi obtenue. Sept jours après, son malade succomba à une péritonite, et l'on reconnut à l'autopsie que le cul-de-sac péritonéal avait été traversé de part en part.

Ces résultats sont peu encourageants et l'on conçoit que les chirurgiens aient plutôt dirigé leurs efforts vers le perfectionnement de la seconde méthode et tenté de refaire à la vessie la paroi antérieure qui lui manque. Cette idée a pour la première fois été nettement formulée par Gerdy, qui, sur un malade atteint d'exstrophie vésicale, résolut d'aviver les bords de la perte de substance et de les réunir ensuite à l'aide d'une suture enchevillée. Mais comme, dans ce cas particulier, la paroi postérieure de la vessie était très-saillante, et que les uretères proéminaient sous la forme de deux tubercules fongueux, de 1 à 2 centimètres de longueur, ce chirurgien, pour faciliter la suture, commença par exercer une compression légère sur la tumeur hypogastrique, puis excisa un des mamelons qui existaient au niveau de l'embouchure des uretères. Cette opération préliminaire détermina dès le lendemain l'apparition de phénomènes fébriles, accompagnés d'anurie absolue, qui en quatre jours occasionnèrent la mort.

Ce procédé n'est applicable que dans les cas où la paroi vésicale est peu saillante, facile à refouler ou même légèrement excavée. J'ai pu, dans de telles conditions, obtenir un excellent résultat, chez un jeune garçon atteint d'exstrophie vésicale et d'épispadias complet.

Mais, dans la majorité des cas, en raison de la saillie formée par la paroi postérieure de la vessie, le procédé de Gerdy devrait être abandonné, et il faudra recourir à une autoplastie avec lambeaux.

Appliquée pour la première fois par J. Roux (de Toulon), la méthode autoplastique a subi diverses modifications entre les mains de Richard, de Pancoast, de Wood, de Hirschberg, de Thiersch, de Le Fort. Nous ne pouvons décrire ici ces divers procédés opératoires, ce qui nous entraînerait à de très longs développements, et nous renvoyons le lecteur aux ouvrages spéciaux et particulièrement aux *Traité de médecine opératoire*. Nous nous bornerons à cette indication générale, savoir, que ces procédés ont tous pour caractère principal de constituer la cavité vésicale à l'aide d'un ou de plusieurs lambeaux taillés sur le scrotum ou sur la paroi abdominale.

Nous ajouterons, en terminant, que, suivant la remarque judicieuse de Le Fort, l'un des principaux éléments de succès dans ces opérations autoplastiques, est de procéder à la réparation par temps successifs, sans chercher à parfaire celle-ci du premier coup. C'est par l'application de ce principe général que j'ai pu, ainsi qu'on le verra plus tard,

obtenir des résultats inespérés dans le traitement chirurgical de l'hypospadias et de l'épispadias. D'ailleurs, ce dernier vice de conformation co-existant souvent avec l'exstrophie de la vessie, il sera presque toujours nécessaire de compléter le traitement chirurgical de celle-ci par la réparation de la paroi supérieure de l'urèthre. Nous renvoyons le lecteur pour ce dernier point au chapitre de l'épispadias.

En somme, le traitement chirurgical, lorsqu'il réussit, procure des avantages considérables. Outre qu'il fait disparaître l'inflammation de la muqueuse vésicale et les douleurs qui en sont la conséquence, il permet l'adaptation très-facile d'un urinal au niveau de l'ouverture laissée libre à la partie inférieure de la vessie, ouverture que l'on peut même prolonger jusqu'à l'extrémité de la verge, lorsqu'on a pu réussir à réparer l'épispadias. Dans certains cas même, si l'on a eu le soin de donner à la paroi nouvelle une ampleur suffisante, l'urine peut s'accumuler en certaine quantité et ne s'écouler que d'une manière intermittente. Il suffira pour cela de placer, à l'exemple de Thiersch, sur l'orifice vésical un compresseur qu'on enlève de temps en temps.

Enfin, relativement à l'époque où il convient d'opérer la restauration de la vessie atteinte d'exstrophie, sans que l'on puisse donner à cet égard de règle fixe, il semble que cette opération doive être pratiquée de bonne heure dès que les enfants sont assez vigoureux pour la supporter, et assez intelligents pour se prêter dans une certaine mesure aux exigences du traitement. On pourrait donc commencer celui-ci vers l'âge de huit ou dix ans.

FIN DU TOME SIXIÈME

