

puisse pas irriter la vessie en pénétrant plus profondément.

Les cystites putrides ne peuvent généralement plus être guéries par intervention endovésicale, même en faisant des lavages désinfectants, de sorte que l'on est obligé de faire une fistule vésicale. La désinfection de la vessie s'opère de la manière la plus complète en rinçant celle-ci avec une solution de pyocétanine. De même, après l'ouverture de la vessie par taille, il est bon de cautériser et de brûler les parties exulcérées avec le thermocautère. Grâce à un traitement de ce genre, on peut rendre quelque peu supportable l'état des malades, jusqu'à la mort, et leur épargner l'usage immodéré de la morphine.

XXVII

HÉMORRHOÏDES VÉSICALES

On voit très souvent des veines traverser la paroi vésicale. Au cystoscope, elles se manifestent sous forme de cordons ayant la grosseur d'une plume d'oie, se perdant à leurs deux extrémités dans la profondeur. On découvre surtout fréquemment ces veines, larges et turgescents, chez des individus atteints d'athéromatose générale. On observe aussi parfois de véritables phlébectasies, c'est-à-dire la présence de veines sinusoides, fortes et proéminentes, dans la cavité de la vessie.

Mais on ne peut désigner sous le nom d'hémorrhoides vésicales que ces ectasies partielles de veines, surgissant sous forme de proéminences au-dessus du niveau de la muqueuse vésicale, et qui ont leur siège à côté du vaisseau. Les tubérosités de ce genre apparaissent au cystoscope colorées en rouge, transparentes, en forme de boules; parfois elles ont un noyau non transparent; il est probable que celui-ci est un phlébolithe.

C'est au col vésical que j'ai observé le plus souvent ces tubérosités. Malgré des recherches systématiques, je n'ai pas pu trouver souvent que les phlébectasies de ce genre ou des marisques réels coïncidassent avec la grossesse, comme le disent beaucoup d'auteurs,

bien que j'aie examiné une série de patientes affectées *intra graviditatem* d'importantes phlébectasies des lèvres. De même l'apparition de phlébectasies vésicales n'est pas nécessairement l'apanage d'un âge avancé ; elles naissent aussi dans la jeunesse, si certaines circonstances y prédisposent, comme c'est le cas dans les hémorroïdes anales.

Parfois les phlébectasies de ce genre saignent spontanément et très abondamment. On peut prouver au cystoscope, aussi bien que par la taille hypogastrique qui serait éventuellement devenue nécessaire, que ces hémorragies proviennent réellement de ces protubérances. On voit au cystoscope, surtout après le lavage de la vessie, qu'on a dû faire à cause de l'hémorragie survenue, un caillot attaché directement sur la suffusion d'une phlébectasie.

Les phlébectasies peuvent se manifester par certains symptômes, lorsqu'elles existent en grand nombre à l'orifice interne (le besoin d'uriner est alors plus fréquent), ou lorsqu'il y a des hémorragies veineuses. La malade évacue alors avec l'urine, du sang liquide ou du sang dissous dans l'urine ainsi que des caillots. Ceux-ci se rassemblent souvent en bols d'une certaine grosseur, de sorte que l'urètre est fortement dilaté par leur passage et que l'évacuation ne peut avoir lieu que par une forte pression et une poussée, qui est accompagnée d'une douleur considérable, conséquence de la dilatation du canal urétral.

Si une seule ou plusieurs protubérances veineuses isolées causent des douleurs provenant du besoin d'uriner, et des hémorragies, il faut les faire disparaître au galvano-cautère à l'aide du cystoscope à opérations.

Les phlébectasies nombreuses au col vésical doivent être laissées intactes, si les symptômes ne sont pas très prononcés. En tout cas, on devrait y accéder par la taille hypogastrique et une semblable intervention faite dans ce but, constituerait une grosse opération. Il faudrait songer à recourir à la double ligature ou à l'excision après ligature.

Dans les cas d'hémorragies vésicales, on procédera par lavages pour expulser les caillots existants. On se servira, à cet effet, d'une sonde, la plus large possible : il arrivera néanmoins souvent que l'œil de sonde ou le conduit seront bouchés par les caillots. S'il existe des caillots très gros et nombreux, de sorte que leur expulsion par lavages au moyen de la sonde est continuellement interrompue, il faut prendre un large cathéter à évacuation et procéder à l'évacuation de la vessie au moyen de la pompe, comme dans la lithotripsie. Si la vessie est remplie de sang et que des caillots extrêmement abondants s'y sont rassemblés, de sorte que l'évacuation de l'urine est empêchée et qu'on ne peut rien vider en introduisant la sonde, en raison de ce qu'elle plonge littéralement dans une masse solide, il ne reste rien d'autre à faire que de recourir à la taille hypogastrique. Après avoir ouvert la vessie, on la débarrasse des caillots sanguins et on arrête l'hémorragie en faisant des tamponnades à la gaze iodoformée. Les protubérances veineuses solitaires qu'on trouverait encore après le dégagement de la vessie doivent être cautérisées immédiatement au Paquelin.

XXVIII

HERNIES VÉSICALES

Le prolapsus de la vessie tout entière ou d'une partie de celle-ci seulement, se produit soit par la voie habituelle des hernies à travers le canal crural et inguinal, soit par l'ouverture qui sert de passage à l'artère épigastrique. Le plus fréquemment le prolapsus n'est que partiel; les parois vésicales qui ne sont pas autrement affectées, paraissent en partie déjetées en avant ou bien un diverticule préexistant forme le contenu de la hernie. De même la partie extra ou intrapéritonéale de la vessie peut constituer le contenu de la hernie; mais le premier cas mentionné est le plus fréquent.

Les hernies vésicales peuvent être causées par les circonstances suivantes: des proliférations lipomateuses à la surface de la vessie atteignent un tel degré de développement que ces tumeurs graisseuses pénètrent dans l'anneau herniaire et entraînent une partie de l'organe ou l'organe tout entier par la traction due à leur poids, ou encore, en cas d'inflammation dans le petit bassin, la vessie vient se souder aux intestins qui sont en voie de former une hernie et est entraînée par ces derniers et pincée dans le sac herniaire.

Bien des hernies vésicales diagnostiquées comme

telles, *intra operationem*, ne sont pas autre chose que des formations artificielles. L'enlèvement du sac herniaire, que l'on effectue d'une manière générale aujourd'hui en vue d'une opération radicale, s'exécute en le détachant complètement et en le tirant fortement en dehors. Il peut arriver au cours de cette opération qu'une partie de la vessie adhérente au sac herniaire soit entraînée dans le champ d'opération. Généralement, on ne découvre les hernies vésicales que lorsqu'on trouve une hernie intestinale ou épiploïque pendant une opération.

Les symptômes d'une hernie vésicale ne sont pas nécessairement accentués. On rencontre parfois, il est vrai, dans l'anneau herniaire, ou devant celui-ci une tumeur qui augmente de volume lorsqu'il y a rétention prolongée d'urine; en appuyant sur cette tumeur, on crée le besoin d'uriner et lorsque l'évacuation a eu lieu, la tumeur s'est rapetissée. La sonde introduite dans la vessie peut être passée directement dans la tumeur qu'on examine et peut aussi être palpée depuis le dehors lorsque l'accès à la partie proéminente est libre. Le diagnostic est alors établi avec une certitude absolue.

Une indication diagnostique importante pour la reconnaissance d'une hernie vésicale consiste en ce qu'une sonde introduite dans la vessie a continuellement la tendance de dévier dans la direction de la hernie et qu'il faut un effort pour la ramener au côté opposé de la vessie; cette tendance s'explique par les conditions anatomiques d'une hernie vésicale. La vessie est, en effet, tordue dans la direction de l'anneau de la hernie.

Pendant une opération, il arrive très souvent que

l'on ne diagnostique une hernie vésicale que lorsqu'on voit s'écouler de l'urine d'une partie ouverte de la hernie. On peut avant ce moment avoir été rendu attentif à l'existence d'un accident de ce genre par le fait que des masses graisseuses se déposent à côté de la hernie vers la ligne médiane, masses qui ne se laissent pas facilement tirer en avant. Si toutefois on les attire fortement contre soi, la paroi vésicale apparaît; elle est reconnaissable aux grosses veines qui la traversent et aux mailles de la musculature trabéculaire. D'une manière générale, il faut s'en tenir au principe que toutes les fois qu'à l'occasion d'une opération herniaire les circonstances du cas traité ne sont pas bien connues, on doit penser à la possibilité d'une hernie vésicale; il faut recourir à tous les moyens dont on dispose pour l'établissement du diagnostic : sondage de la vessie, remplissage avec de l'eau, exécution lente et prudente de l'opération.

Si la vessie vient à être blessée au cours d'une opération herniaire, on fermera de suite par suture la plaie vésicale; à moins que la paroi vésicale ait été fortement atteinte dans sa vitalité par incarceration.

La question de savoir si l'on doit ensuite fermer l'ouverture définitivement ou la drainer par mesure de précaution, a été controversée par certains auteurs; tout dépend de la confiance qu'a l'opérateur dans la suture vésicale.

Si la paroi vésicale a déjà été fortement endommagée par la stase, ou si elle est peut-être même partiellement en état d'inflammation et si la gangrène a commencé, il y a deux manières de procéder. Ou bien on fait une résection de la partie malade en la

sectionnant dans le tissu sain et l'on suture ensuite d'une manière définitive tout en ayant encore le choix entre la fermeture complète ou le drainage de la plaie abdominale, ou bien on peut placer extrapéritonéalement la partie de la paroi vésicale suspecte et on laisse la guérison s'opérer *per secundam*.

On a recommandé de divers côtés, dans les cas de hernies en diverticules, de faire l'ablation de ceux-ci, et cela surtout si leurs parois sont très amincies, pour fermer ensuite la plaie vésicale par suture complète.

XXIX

CYSTOCÈLE VAGINALE

La cystocèle vaginale est une des modifications les plus fréquentes et les plus importantes de la forme et de la situation de la vessie chez la femme. La cystocèle consiste en ce qu'une partie de la paroi vésicale ou la vessie tout entière a abandonné son siège normal et paraît s'être déplacée dans la direction de la vulve avec la descente de la cloison vaginale antérieure.

On distingue trois degrés de cystocèles : dans les cystocèles du premier degré, la partie du trigone de la vessie seulement est descendue et paraît arquée en avant ; dans celles du second degré, le fond de la vessie participe au prolapsus avec le trigone, de sorte que la vessie prend la forme d'un sablier ; la partie supérieure de la vessie est encore située sous la symphyse, la partie inférieure est descendue dans la vulve ; les deux parties du sablier sont séparées l'une de l'autre par l'orifice interne de l'urèthre ; dans les cystocèles du troisième degré, la vessie est complètement renversée, son sommet constitue maintenant la partie la plus basse, l'orifice intérieur du canal uréthral forme son point culminant. Il faut remarquer que dans les cystocèles développées la vessie paraît non seulement arquée en avant, mais elle est agran-

die en fait, c'est-à-dire qu'à l'état vide, sa capacité est considérablement augmentée.

Si une cystocèle subsiste longtemps, les parois vésicales s'épaississent, conséquence aussi bien de la stase chronique que de l'augmentation fonctionnelle exigée de la vessie. Dans les cystocèles très développées, les plis vésico-utérins rétrogradent vers le bas, de sorte que l'excavation vésico-utérine devient plus profonde ; habituellement cette poche en vient à se fermer en haut par adhérence ; si cela ne se réalise pas, des anses de l'intestin grêle peuvent se loger dans l'excavation et éventuellement s'y fixer par adhérence.

Si la torsion du trigone par suite la cystocèle est très forte, il peut y avoir distension des orifices d'urètres, avec toutes les conséquences du refoulement de l'urine vers les reins.

Les symptômes de la cystocèle sont connexes à ceux du prolapsus du vagin et de la matrice.

La vessie même est ordinairement le siège de tiraillements allant jusqu'à la douleur, lorsque la muqueuse vésicale est affectée d'inflammation.

Il semble évident que la vessie soit plus accessible à une infection inflammatoire dans la cystocèle par suite de la stase des parois.

L'évacuation d'urine n'est généralement pas entravée d'une manière spéciale, même dans les déplacements très accentués ; dans beaucoup de cas, les malades, instruits par l'expérience, réduisent leur prolapsus avant la miction, ou essuient avec le doigt le reste d'urine provenant de la hernie vésicale.

Parfois, des cystocèles peuvent devenir un véritable embarras dans les accouchements ; si une vessie nor-

male à l'état plein peut déjà entraver l'accouchement, à plus forte raison une cystocèle remplie d'urine constitue-t-elle un obstacle.

Ordinairement les cystocèles remplies occasionnent déjà au commencement de l'accouchement des douleurs expulsives violentes, lesquelles cessent immédiatement lorsque la vessie a été vidée au moyen d'instruments; certains cas sont aussi cités dans la littérature, dans lesquels une cystocèle remplie d'urine occasionna un empêchement absolu à l'accouchement de sorte que la vessie dut être évacuée artificiellement soit par ponction, soit par incision, le cathétérisme n'étant plus possible.

Les cystocèles sont favorisées par toutes les causes entraînant un relâchement des attaches de la vessie ou par celles qui occasionnent la distorsion des parois vésicales par le déplacement de ses points d'attache.

Tout ce qui, par conséquent, contribue à la formation d'un prolapsus de la cloison vaginale ou de la matrice est une cause favorable à la formation de cystocèles, lesquelles sont plus ou moins accentuées, suivant le degré du prolapsus génital.

Dans, les cystocèles, les fonctions urinaires sont également en connexion avec le genre de modification génitale qui en est la cause; si l'urèthre postérieur et le col vésical sont fortement tordus par le déplacement du point de jonction de la vessie à l'utérus, l'incontinence apparaît; tandis que d'autre part, dans les distorsions importantes du fond de la vessie, des dérangements du détruseur ne sont pas chose rare.

Le diagnostic d'une cystocèle ne présente guère de difficultés à établir; une tumeur tendre se présente dans la vulve, quelquefois seulement sous l'effort de

la pression; cette tumeur, à l'état plein, est fluctueuse et ses parois qui peuvent être facilement pressées l'une contre l'autre (à l'état vide) sont l'indice d'une cystocèle; si ensuite on introduit une sonde et si on établit la relation avec le reste de la vessie, le diagnostic devient absolument certain.

Le traitement d'une cystocèle est semblable à celui qu'on applique contre le prolapsus génital qui en est la cause; si un prolapsus génital peut encore être complètement retenu au moyen d'un pessaire, le traitement au pessaire suffit également pour la cystocèle; si l'opération plastique est indiquée, la cystocèle est également guérie par la plastique génitale.

Saenger démontre qu'une guérison radicale de la cystocèle et du prolapsus vaginal correspondant ne peut être espérée que lorsqu'on joint à la colporrhaphie antérieure l'opération plastique correspondante sur le périnée.

Récemment, et surtout sous l'influence de Saenger et de von Arx, une autre idée a fait son chemin; c'est celle de rassembler la vessie par des sutures transversales à l'occasion de la plastique du prolapsus et de réduire ainsi le volume de la vessie à sa grosseur normale.

XXX

PROLAPSUS VÉSICAL

Le prolapsus vésical est une affection très rare; toutefois, dans le petit nombre des cas décrits, on constate une prépondérance de cette affection dans l'enfance. Le prolapsus de la vessie peut atteindre toute l'épaisseur de la paroi vésicale, ou bien la muqueuse seule est proéminente. Dans la première alternative, il peut s'agir encore d'un prolapsus partiel de la paroi vésicale ou bien la vessie tout entière a passé devant l'urèthre. En fait de prolapsus de la muqueuse, on n'a constaté jusqu'à présent que des prolapsus partiels.

Le prolapsus de la muqueuse vésicale seule n'est possible que lorsque celle-ci est devenue très mobile sur le tissu sous-jacent. Ce cas se présente fréquemment, lorsqu'une hypertrophie partielle s'est développée sur la muqueuse, ou bien lorsque surgit une dilatation des cryptes dans le voisinage du col vésical, de sorte qu'il se forme une excavation diverticulaire formant plus tard le prolapsus. La vessie ou une partie de celle-ci ne peuvent évidemment se déplacer que lorsqu'il y a eu inversion de la partie en question ou de la vessie tout entière. Le prolapsus se produit ainsi : la partie descendante pénètre dans l'urèthre et dilate celui-ci par sa présence, jusqu'à ce

que la vessie arrive à l'orifice extérieur de l'urèthre, à moins que ce dernier ne soit déjà naturellement assez large pour n'opposer aucune résistance à un prolapsus vésical en voie de progression.

La symptomatologie du prolapsus de la vessie varie évidemment suivant la forme sous laquelle l'affection se présente. On voit devant l'orifice externe une tumeur dont la grosseur varie depuis celle d'un pois jusqu'à celle du poing; sa surface est claire et brillante et elle a très distinctement le caractère de la muqueuse vésicale; la surface tout entière est constamment humide et répand une odeur d'urine. Dans les cas très accentués on voit le ligament intra-urétéral ainsi que les orifices des urétéres, lesquels évacuent l'urine par à-coups.

Pour découvrir les orifices des urétéres, orifices parfois très petits ou cachés par l'enflure de la muqueuse, il est nécessaire, lorsqu'on suspecte un prolapsus de la vessie, d'inspecter la surface de la tumeur, en séparant avec deux doigts la partie à observer et de découvrir ainsi les orifices des urétéres.

Lorsqu'on essaie de pénétrer avec une sonde à travers l'urèthre, à côté de la tumeur, cette opération ne réussit évidemment pas dans le prolapsus total.

Si un prolapsus subsiste longtemps, sa surface se modifie sous l'influence de l'air atmosphérique. L'épithélium sèche par endroits et diverses altérations de la muqueuse sont causées par des insultes extérieures. Le prolapsus vient-il à être étranglé par l'orifice uréthral externe qu'il se produit des stases se manifestant par la coloration livide de la surface de la tumeur ainsi que par l'enflure œdémateuse du prolapsus tout entier.

Les manifestations subjectives pendant et après l'apparition d'un prolapsus total de la vessie sont très différentes. Tandis que souvent, lors de l'apparition soudaine d'un prolapsus total, de graves manifestations de shock surgissent, autrefois il ne se produit aucune réaction importante. Evidemment un symptôme existe toujours, c'est le sentiment d'un besoin d'uriner permanent ainsi que la sensation d'une douleur vague à la surface de la tumeur. La strangulation de celle-ci occasionne, cela va sans dire, une douleur très considérable. Si une partie seulement de la paroi vésicale descend, mais si toutes les couches de la paroi vésicale participent à ce prolapsus partiel, on trouve de nouveau une tumeur devant l'urèthre, laquelle est colorée en rouge vif; mais on peut pénétrer dans la vessie au moyen d'une sonde sur un des côtés de la tumeur. Un prolapsus urétral se distingue d'un prolapsus partiel de la vessie en ce que dans le premier on ne peut pénétrer dans la vessie ailleurs que par le milieu, tandis que dans un prolapsus partiel de la vessie, on peut en faire le tour avec la sonde jusqu'à ses points d'insertion. Ces prolapsus partiels de la vessie se gonflent ordinairement beaucoup dans les accès de toux et par la pression abdominale, pour revenir ensuite en leur état primitif. Si on introduit un instrument creux dans la vessie, à côté de ce prolapsus, on fait sortir l'urine de la partie de la vessie non prolabée; il y a, de même, évacuation de l'urine lorsqu'on fait la reposition d'un prolapsus partiel.

Les manifestations que provoquent ces prolapsus partiels de la vessie sont semblables aux manifestations auxquelles donne lieu un corps étranger traversant l'urèthre et arrivant au-devant de celui-ci.

Par suite de la traction de la paroi vésicale, de l'atouchement de la muqueuse urétrale, un besoin d'uriner permanent se fait sentir. Il va sans dire que l'écoulement de l'urine est rendu plus difficile, et même éventuellement impossible par la pénétration du prolapsus dans l'urèthre. On peut, soit par la sonde, soit en tirant davantage en avant et en bas le prolapsus et en écartant légèrement l'urèthre, suivre directement le pédicule d'un prolapsus de cette espèce dans la direction du reste de la paroi vésicale.

S'il s'agit d'un prolapsus de la muqueuse vésicale, on voit devant l'urèthre une masse molle parsemée de nombreuses ramifications vasculaires, et qui peut être comprimée entre les doigts. Ici aussi on se trouve en présence des manifestations dues à des corps étrangers dans l'urèthre ou éventuellement à des suites de stases.

Le diagnostic différentiel entre un prolapsus de la muqueuse et des polypes proéminents dans la vessie s'établit par le fait que, premièrement, un polype n'est pas compressible; secondement, en ce qu'un polype n'enfle pas, comme cela se produit pour un prolapsus vésical, sous l'action de la pression abdominale, et enfin par la distribution des vaisseaux sur la surface. Tandis que le polype vésical n'est parcouru dans le sens de la longueur que par une ou deux anses de vaisseaux, la muqueuse de la vessie est reconnaissable, comme nous l'avons déjà dit, par l'arrangement caractéristique des vaisseaux. Une fois qu'on a fait la reposition d'un prolapsus de ce genre, la différenciation entre un polype et une hypertrophie de la muqueuse s'établit très bien au cystoscope. Il y a lieu de remarquer encore que l'on n'observe le

prolapsus total de la vessie que chez les enfants.

On est encore dans le vague au sujet de l'étiologie du prolapsus. On peut bien accuser en théorie les prédispositions, les relâchements à toute la paroi vésicale, ceux de toutes les attaches naturelles de la vessie, la largeur de l'urèthre dans toute son étendue, mais tout cela ne prouve pas grand'chose. Nous connaissons un nombre considérable de cas de dilatation très forte de l'urèthre, de relâchement du plancher pelvien tout entier, sans qu'il y ait eu prolapsus ou inversion de la vessie.

On indique généralement comme cause immédiate d'un prolapsus de la vessie, l'action soudaine, énergique, de la pression abdominale; des tressaillements violents du corps tout entier sont aussi indiqués dans la littérature comme cause déterminante.

Le diagnostic du prolapsus est généralement facile à établir lorsque le cas que l'on examine fait supposer un prolapsus de la vessie. La constatation de l'insertion de la tumeur, la constitution de sa surface, l'humectation permanente de cette dernière par l'urine, la palpation bimanuelle *per vaginam* ou *per rectum*, laquelle donne un résultat précis si on fait en même temps des essais de reposition; tous ces moyens de diagnostic rendent ordinairement la détermination de l'affection facile. Le prolapsus urétral et les tumeurs de l'urèthre ne peuvent entrer en considération qu'au point de vue du diagnostic différentiel, car ils ont un pédicule suffisamment long pour apparaître à l'orifice externe de l'urèthre. Il faut retenir que dans la littérature, on cite des cas de tumeurs qui, ayant eu leur siège dans le trigone, non seulement sortaient elles-mêmes du canal urétral,

mais encore entraînaient avec elles dans le prolapsus la base sur laquelle elles avaient pris naissance. Le cas de Caille est certainement unique en son genre: chez une fillette âgée de deux mois, une tumeur sortant de la muqueuse d'un urètre entraîna la partie inférieure de l'urètre et la vessie dans le prolapsus.

Le traitement du prolapsus de la vessie consistera tout d'abord à faire la reposition du prolapsus. Les petits prolapsus sont réduits au moyen de sondes épaisses, solides; les grands prolapsus et les prolapsus totaux le sont avec les doigts, en poussant doucement mais régulièrement et d'une manière constante, le sommet du prolapsus dans la direction de l'orifice urétral.

La seconde étape du traitement consiste à retenir le prolapsus et à empêcher son renouvellement. Chez les petits enfants on obtient ce résultat en plaçant des tampons sur la vulve et en les fixant par des bandages. Chez les individus dont le vagin est déjà devenu accessible, on tamponne le vagin surtout dans le fornix antérieur, ou bien on place un pessaire annulaire, autant que les circonstances le permettent. Un anneau de Meyer d'une épaisseur convenable rend les meilleurs services pour la rétention d'un prolapsus de la vessie.

Les opérations plastiques sur l'urèthre, que l'on fait en partant de l'idée qu'on peut prévenir la reproduction d'un prolapsus en rétrécissant le conduit urétral n'ont pas leur raison d'être. Si les conditions voulues pour la production d'un prolapsus de la vessie existent, la nouvelle poussée de la vessie dilate derechef l'urèthre; l'on pourrait tout au plus différer

de quelque temps la formation d'un prolapsus, ce qui n'aurait aucune utilité, car on n'est absolument pas en mesure de diagnostiquer les étapes initiales d'un prolapsus de la vessie. Mais il est très important de vider régulièrement la vessie au moyen de la sonde pendant un certain temps, après qu'on a réussi la reposition du prolapsus, ainsi que de traiter selon les règles la cystite traumatique qui peut avoir été provoquée par cette affection.

La reposition d'un prolapsus réussie et la rétention subséquente de celui-ci par tamponnement, ou au moyen d'un pessaire, conduisent généralement à la guérison définitive. Si, malgré tous ces efforts, un prolapsus de la vessie devait toujours récidiver, il ne resterait rien d'autre à faire, en dernier ressort, qu'une cystopexie ou une vésicofixation. On pourrait alors coudre directement le sommet de la vessie à la musculature de la paroi abdominale.

XXXI

PNEUMATURIE

La sortie d'air ou de produits gazeux de décomposition en même temps que l'urine est rare. L'attention de la malade est éveillée par le fait que l'évacuation de l'urine s'effectue avec un bruit de clapotement dans lequel on remarque le glouglou de l'urine mélangée de bulles gazeuses.

Le mélange de l'urine a lieu soit avec de l'air, soit avec d'autres gaz. L'expulsion d'air avec l'urine ne se produit pas ainsi qu'on pourrait le supposer, comme conséquence d'un cathétérisme fréquent et parce que des quantités d'air introduites avec la sonde sont retenues longtemps dans la vessie, pour être expulsées ultérieurement. Les petites quantités d'air introduites avec la sonde sont expulsées immédiatement à la miction suivante ou très rapidement résorbées par l'urine se rassemblant dans la vessie; il est vrai cependant qu'il y a des évacuations de longue durée de grandes quantités d'air, après dilatation forcée de l'urèthre. C'est un état qui se maintient très souvent jusqu'à la restitution complète de la faculté d'occlusion de l'urèthre et qui fatigue énormément les malades.

La provenance des mélanges de gaz se rassemblant dans la vessie peut être de deux natures. Elle a lieu