

§ 6. — Cystocèle.

La cystocèle est la hernie de la vessie. C'est une affection rare et sur laquelle peu de travaux ont été publiés depuis le mémoire bien connu de Verdier à l'Académie de chirurgie.

Chez l'homme la vessie peut faire hernie par trois régions : le périnée, l'anneau crural, le canal inguinal ; chez la femme elle peut de plus sortir à travers le vagin et l'urèthre. Nous ne nous occuperons pas ici de la cystocèle vaginale et uréthrale, qu'on trouvera décrite au chapitre des affections des organes génitaux de la femme, et parmi les trois variétés de hernie de la vessie chez l'homme nous ne décrirons en détail que celle qui se fait à travers le canal inguinal ; la cystocèle crurale est si rare qu'elle constitue une véritable curiosité pathologique, et la cystocèle périnéale est presque aussi exceptionnelle puisque Hache n'a pu en relever que huit cas.

La *cystocèle inguinale* est beaucoup plus fréquente dans le sexe masculin que dans le sexe féminin. Elle est secondaire ou primitive. Secondaire, elle se développe à la suite d'une hernie intestinale ou épiploïque adhérente au réservoir, qui fait basculer son sommet et l'attire dans le canal inguinal. Primitive, elle est toujours précédée du développement de certaines altérations de la vessie qui la rendent possible. Ce sont la dilatation du réservoir, l'atonie ou la paralysie de sa tunique musculaire, qui mettent d'une façon à peu près permanente l'organe distendu au contact de l'orifice péritonéal de l'anneau inguinal. On comprend que dans ces conditions la toux, les efforts divers peuvent provoquer aisément l'engagement du viscère dans le canal inguinal.

La cystocèle inguinale est toujours unilatérale, il n'existe qu'un cas où elle était double. Une grande différence anatomique sépare la cystocèle secondaire de la primitive, c'est la présence d'un sac péritonéal dans le premier cas, son absence dans le second. Tous les autres caractères de forme, de volume, de situation sont sensiblement les mêmes dans les deux variétés. La vessie, s'engageant dans l'orifice interne du trajet inguinal, le parcourt au-dessus des éléments du cordon en reproduisant les divers degrés de la hernie inguinale, mais, fait important, jamais la vessie ne fait hernie en totalité, de sorte que le réservoir est divisé en deux parties, une poche extra-abdominale et une poche intra-abdominale séparées par un goulot plus ou moins long et étroit. Ces deux poches sont d'inégales dimensions, et lorsque la poche extra-abdominale est très développée il n'est pas rare qu'il se produise ce que l'on voit se produire dans les hernies du cæcum ordinairement dépourvues de sac, à savoir la formation d'un sac secondaire renfermant des intestins.

L'existence de la cystocèle inguinale se traduit d'abord par des signes physiques. On constate dans le pli de l'aîne seul ou se prolongeant

jusque dans le scrotum la présence d'une tumeur plus ou moins volumineuse, indolente, sans changement de coloration à la peau. Elle est sujette à des augmentations et à des diminutions de volume revenant à peu près périodiquement dans les vingt-quatre heures et liées à la réplétion et à l'évacuation du réservoir urinaire.

Lorsqu'elle est distendue, la tumeur donne une sensation très nette de fluctuation ; lorsqu'elle est revenue sur elle-même elle est molle, pâteuse au toucher. Elle est réductible, mais la réduction provoque le besoin d'uriner. Lorsqu'elle a été réduite et qu'on injecte, à l'exemple de Duplay, une certaine quantité de liquide dans la vessie, on voit la tumeur se reproduire.

A ces signes se joignent, si la cystocèle est secondaire, une sensation de rénitence, de la sonorité et parfois du gargouillement dans le point où se trouve l'intestin.

Le malade éprouve des envies fréquentes d'uriner et il ne rend ordinairement à chaque miction qu'une petite quantité d'urine, mais à de certains moments, grâce à la position prise pendant la miction ou à de certains artifices, comme par exemple la pression sur la poche inguinale, l'urine sort en grande quantité et le malade se trouve ainsi soulagé pour un temps assez long pendant lequel le diverticule de la vessie se remplit à nouveau.

La cystocèle inguinale s'accroît lentement. Elle peut rester définitivement stationnaire et acquiert tout à fait exceptionnellement un volume compromettant pour l'existence. Elle n'est pas en général mortelle, mais elle peut par suite des troubles d'excrétion de l'urine déterminer des troubles rénaux graves ; aussi son pronostic doit-il être réservé.

Un certain nombre d'accidents sont susceptibles, durant la lente évolution de la hernie vésicale, de compliquer simplement la situation ou de l'aggraver très sérieusement. Analogues à ceux qui se produisent du côté des hernies intestinales, on leur a donné les mêmes dénominations.

C'est d'abord l'irréductibilité, qui se produit d'autant plus facilement qu'il n'existe pas de sac et que la vessie se soude aisément par inflammation aux parois celluluses du trajet inguinal. Cet accident est peu grave en lui-même, mais il s'oppose à la cure spontanée de l'infirmité. Vient ensuite l'engouement que détermine l'obstruction temporaire du goulot par du mucus ou des boues calcaires. Cette complication se traduit par la tension, l'irréductibilité de la tumeur et peut devenir le point de départ d'erreurs de diagnostic. Enfin, l'étranglement de la cystocèle se manifeste par un ensemble de phénomènes graves simulant ceux de l'étranglement herniaire (douleur, hoquets, vomissements, petitesse du pouls, collapsus, etc.), et bien difficiles à différencier, quoi qu'en ait dit J.-L. Petit. Ces phénomènes sont peut-être d'ordre réflexe

et dus à l'irritation des nerfs de la vessie (?). Une dernière complication intéressante de la cystocèle inguinale est le développement de calculs dans la portion herniée. Presque toujours ces calculs passent inaperçus, ils font errer le diagnostic et donnent lieu à des surprises.

Le diagnostic de la cystocèle inguinale est simple lorsque tous les signes et symptômes précédemment énumérés existent et sont recherchés, mais souvent on les laisse échapper. Il faut donc dans toute tumeur anormale de l'aîne, qui ne semble pas être une hernie ou quelque autre tumeur ordinairement rencontrée dans la région, songer à la possibilité de la cystocèle. Lorsque la tumeur est irréductible ou engouée, le diagnostic devient plus difficile et il ne pourra souvent être fait qu'au moyen de la ponction avec analyse chimique du liquide auquel elle donnerait issue. Dans le cas d'étranglement, si le chirurgien ne possède aucun renseignement sur les caractères habituels de la tumeur inguinale, la hernie cystique sera presque fatalement prise pour un étranglement herniaire vulgaire.

Traitement. — Lorsque la cystocèle est réductible, il faut la maintenir à l'aide d'un bandage bien fait. Si elle est irréductible, on peut dans certains cas se contenter de la maintenir au moyen d'un appareil qui la protège et l'empêche de grossir. Mais si elle s'accompagne de gêne, de douleurs, on est autorisé à détruire ses adhérences par une opération sanglante et à tenter la cure radicale dans le but de mettre un terme aux tourments du malade et surtout de prévenir des accidents plus graves d'engouement, d'étranglement. Duplay va plus loin et, à l'exemple de Pott, il conseille dans les cas de cystocèle sans complications, mais à poche extérieure nettement isolée, d'en faire l'excision. On combattra l'engouement en ponctionnant la poche extra-abdominale et en la lavant largement par la même canule, de façon à prévenir l'altération de l'urine dans son intérieur. S'il survient de l'étranglement, on débridera le point étranglé, et si la poche extérieure est bien isolée de l'intérieure et si on pense que la capacité de cette dernière est suffisante, on réséquera le diverticule inguinal.

VICES DE CONFORMATION DE LA VESSIE.

Le réservoir urinaire peut faire défaut et les uretères viennent alors s'ouvrir soit dans l'urèthre, soit dans le rectum, soit à l'extérieur à la surface de la paroi abdominale, tout près du pubis. *L'absence de la vessie* est toutefois extrêmement rare, et il n'en existe dans la science qu'une dizaine de cas authentiques. *La multiplicité de la vessie* est encore plus exceptionnelle. Cependant, si les observations où il est dit qu'on a rencontré chez le même sujet 3, 4, 5, 6 vessies sont suspectes, il n'est pas douteux qu'il existe des exemples incontestables de vessie double. Un beau spécimen de ce vice de conformation se trouve dans le musée de

Guyon à l'hôpital Necker : on y voit deux poches accolées communiquant ensemble par un orifice de la largeur d'une pièce d'un franc et recevant chacune un uretère.

De tous les vices de conformation de la vessie *l'exstrophie* ou *extroversion* est de beaucoup le plus fréquent. Il consiste essentiellement dans l'absence de la paroi antérieure du réservoir permettant de voir par cette brèche la muqueuse qui en tapisse la paroi postérieure et qui fait une saillie plus ou moins prononcée à l'hypogastre.

Suivant l'étendue de la perte de substance on admet trois degrés d'exstrophie. Dans un premier degré, qui est très rare, la paroi abdominale seule fait défaut et la vessie fermée de toute part fait hernie à travers la solution de continuité, c'est plutôt une *ectopie de la vessie* qu'une exstrophie vraie qu'on observe alors. Dans un second degré il n'existe qu'une simple fente occupant dans le sexe masculin la partie située au voisinage de l'ombilic avec intégrité de la symphyse pubienne, dans le sexe féminin la partie voisine de la symphyse, qui est elle-même divisée. C'est la *fissure vésicale supérieure et inférieure* encore assez exceptionnelle. Dans un troisième degré le plus ordinairement observé, tous les tissus recouvrant normalement la vessie font défaut (paroi vésicale et paroi abdominale), la symphyse pubienne est disjointe et la division des parties s'étend jusqu'à l'urèthre chez l'homme (épispadias) et au clitoris et à la vulve chez la femme. C'est ce vice de conformation complet que nous aurons en vue dans notre description.

On voit soit un peu au-dessus du pubis, soit à son niveau même, une tumeur ovalaire, à grand axe transversal, faisant le plus souvent un relief plus ou moins considérable, mais quelquefois de niveau avec les parties voisines ou même déprimée au-dessous d'elles. Les cris, la toux, les efforts, augmentent la saillie de la tumeur; cependant chez un malade que nous avons observé les efforts de la défécation provoquaient la réduction de la tumeur, qui rentrait dans le petit bassin. Lorsque la paroi postérieure de la vessie proémine, elle peut toujours être réduite par pression à sa surface, et il n'est pas rare alors que cette réduction s'accompagne d'un bruit de gargouillement indiquant qu'au-dessous d'elle et la repoussant il existe des anses intestinales. La surface exstrophiee est d'un rouge plus ou moins vif, quelquefois cramoisie, d'autres fois à peine rosée. Elle est irrégulière, tomenteuse, mamelonnée, comme fongueuse. Constamment humide et baignée par les urines que distillent les uretères, elle se recouvre d'un enduit glaireux, blanchâtre, résultant de l'altération de ce liquide. Si la muqueuse à nu est saine, elle est parfaitement insensible au contact, mais elle devient douloureuse lorsqu'elle s'enflamme, remarque qui confirme l'exactitude des faits avancés par le professeur Guyon sur la sensibilité de la vessie à l'état normal et pathologique. Les uretères s'abouchent à la partie inférieure de la tumeur et à chacune des extrémités de son grand diamètre, soit au

niveau d'un mamelon, soit au fond d'une dépression d'où s'écoule l'urine goutte à goutte ou par un jet que provoque la titillation.

A sa périphérie la muqueuse se continue directement et brusquement avec les téguments. Ces téguments sont en général normaux, parfois cependant ils sont lisses, d'apparence cicatricielle; mais même dans ce cas ils sont souples, non adhérents aux parties sous-jacentes dont on les sépare facilement. C'est principalement au-dessus de l'exstrophie que la peau revêt cet aspect, et ce qui frappe à ce niveau c'est la situation et la forme de l'ombilic qui souvent fait défaut. Lorsqu'elle existe, la cicatrice ombilicale est placée plus bas qu'à l'ordinaire, très près des limites de la tumeur et se confondant quelquefois avec elle.

Au-dessous la verge, fendue sur le dos jusqu'à l'urèthre (épispadias) est atrophiée, rudimentaire, réduite parfois à un simple tubercule aplati verticalement et représentant le gland au-dessous duquel le prépuce, très développé dans la majorité des cas, forme un appendice fort ingénieusement utilisé dans certains procédés de restauration.

Le scrotum peut être normal et muni de ses deux testicules, mais le plus ordinairement il en est dépourvu, ceux-ci ayant été retenus soit à l'anneau, soit dans l'abdomen; il est alors aplati, ratatiné, comme collé sur les plans profonds. Du côté des organes génitaux externes de la femme, on observe des difformités analogues: le clitoris est aplati, séparé en deux par une fente plus ou moins profonde qui peut s'étendre jusqu'à l'urèthre, lequel semble alors faire défaut; les grandes et les petites lèvres sont écartées, et tandis que les premières sont comme atrophiées, les secondes acquièrent un développement inusité. Outre ces lésions visibles à première vue et qui constituent les signes physiques de l'affection, il existe des lésions profondes, très intéressantes à connaître au point de vue du traitement. Ce sont, chez l'homme, l'absence du sphincter interurétral et de la prostate; chez la femme la bifidité du vagin et de l'utérus. Chez l'homme les vésicules séminales sont atrophiées et les canaux éjaculateurs peuvent manquer; lorsqu'ils existent, ils s'ouvrent à la base de la gouttière uréthrale. Dans les deux sexes les uretères allongés plongent souvent dans le petit bassin avant d'atteindre la vessie, et assez souvent ils sont dilatés à leur point de réflexion. Enfin, fait très important, les pubis sont écartés dans des limites variant de 3 à 12 centimètres et réunis à distance par une bandelette fibreuse.

Assez souvent d'autres difformités soit du côté de la zone génito-anale, soit du côté d'organes plus éloignés, se joignent à la malformation vésicale: tels sont dans la première série: la communication du rectum avec la vessie, l'imperforation de l'anus, l'absence de rectum, des hernies, la chute de l'utérus; dans la seconde série le spina bifida, la fissure du sacrum, les pieds bots, le bec-de-lièvre, etc.

Le trouble fonctionnel le plus important offert par les exstrophés est

l'écoulement permanent de l'urine, qui, coulant sur le scrotum et la racine des cuisses, provoque et entretient des excoriations, des incrustations calcaires qui sont une source de gêne et de douleur constante pour le malade. L'odeur urineuse ajoute à cet état lamentable. En raison de l'écartement du pubis qui projette en dehors les cavités cotyloïdes, la démarche est particulière (marche de cane). Par suite de l'épispadias concomitant et de l'atrophie de la verge, les individus du sexe masculin atteints d'exstrophie sont inaptes à la copulation et partant à la fécondation, mais plusieurs d'entre eux présentent des spermatozoïdes vivaces et quelques-uns ont des désirs vénériens prononcés. Les femmes par contre peuvent accomplir le coït, concevoir et accoucher. Simple et sans complication d'autres anomalies graves, l'exstrophie est compatible avec l'existence, et on a vu de ces mal conformés atteindre un âge avancé. Cependant on comprend que l'ouverture directe des uretères à l'extérieur prédispose aux uretérites et aux pyélonéphrites, qui en effet emportent un certain nombre de patients.

L'exstrophie de la vessie est une affection très rare qu'on n'observerait que 7 fois sur 700,000 naissances, d'après Puech et 2 fois sur 100,000 nouveau-nés d'après Neudörfer. Elle se montre un peu plus souvent chez les garçons que chez les filles. Ses causes nous échappent complètement et sa pathogénie est encore fort obscure. Pour Chaussier et Breschet, l'exstrophie résulte de la rupture de la vessie préalablement herniée, et pour Bonn et Duncan, cette rupture est la conséquence d'une surdistension du réservoir consécutive à une imperforation de l'urèthre. Pour Bischoff, Reichert, Thiersch, la rupture surviendrait parce que la vessie ne communiquerait pas avec le sinus uro-génital. Ces théories mécaniques sont infirmées par les observations de Depaul, qui ont montré que la vessie fœtale lors de rétention s'hypertrophie au lieu de se rompre, et par les faits où, malgré l'existence d'une fistule vésico-intestinale, l'exstrophie ne s'en est pas moins produite. De plus aucune d'elles ne rend compte de la coexistence constante de l'épispadias. De Quatrefages et Steiner expliquent la difformité par l'adhérence au placenta ou au chorion de la paroi abdominale antérieure du fœtus. Jamain, Forster, Lancereaux, admettent un défaut de soudure des portions latérales de la vessie en avant. Le Dentu, qui discute fort savamment toutes ces hypothèses dans son livre, invoque l'arrêt de développement des lames ventrales sous l'influence d'une cause encore inconnue; dès lors l'allantoïde, qui sera la vessie, n'étant plus soutenue, se rompt en avant et l'exstrophie est constituée.

Traitement. — Pendant longtemps on s'est exclusivement contenté de remédier à cette triste infirmité par des appareils prothétiques (appareils de Jurine, de Bonn); mais depuis un certain nombre d'années de nombreux efforts ont été tentés pour arriver à un résultat palliatif meilleur par des opérations chirurgicales, et même dans ces derniers temps

quelques chirurgiens ont essayé de guérir radicalement ce vice de conformation. Les opérations mises en œuvre pour remédier chirurgicalement à l'exstrophie sont très nombreuses, et dans un travail sur ce sujet où je les ai exposées et étudiées en détail, j'ai cru devoir les rapporter toutes à trois grandes méthodes. La première méthode consiste à pratiquer la suture directe des bords de la vessie exstrophée soit par simple affrontement de ses bords avivés (procédé proposé par Gerdy, exécuté par Rigaud de Strasbourg et Hal.-C. Wyman), soit par affrontement après rapprochement préalable des pubis (procédé conçu par Dubois et Dupuytren et mis à exécution récemment par Trendelenburg). La seconde méthode a pour objectif la dérivation du cours des urines par abouchement des uretères dans l'intestin avec conservation de la vessie (procédé de Simon, Holmes, Lloyd, Thomas Smith), ou par greffe des uretères à la paroi abdominale et extirpation du réservoir (procédé de Sonnenburg). La troisième méthode enfin s'attache à restaurer à l'aide de lambeaux empruntés aux parties voisines la paroi vésicale absente. C'est la méthode française imaginée par Roux, perfectionnée par Wood, Thiersch, Le Fort et pratiquée par un très grand nombre d'opérateurs.

Des deux procédés de la première méthode, le premier ne peut convenir qu'à des cas exceptionnels (simple fissure de la vessie, second degré de l'exstrophie), le second n'est praticable seulement que chez les jeunes sujets; la méthode de suture directe des bords de la vessie, qui en principe est la meilleure, puisqu'elle répare par synthèse simple et sans emprunt de tissus étrangers la malformation vésicale, ne peut donc être pratiquement qu'une méthode exceptionnelle.

La méthode de dérivation du cours de l'urine, détestable lorsqu'on la pratique dans l'intestin (tous les opérés sont morts), n'est guère plus recommandable alors qu'on abouche les uretères à la paroi abdominale, car il n'est pas beaucoup plus facile de recueillir alors les urines.

La méthode qui s'applique à la généralité des cas et qui remplit le mieux toutes les indications est la méthode autoplastique. Sans avoir la prétention de reconstituer physiologiquement le réservoir (l'absence anatomique du sphincter s'y oppose), elle restaure suffisamment les formes et se prête au port d'un appareil collecteur de quelque utilité. Parmi les nombreux procédés dont elle dispose, la préférence doit être donnée au procédé de Wood, perfectionné par Le Fort, qui a ingénieusement utilisé le prépuce à la restauration partielle de l'épispadias.

ARTICLE IV. — MALADIES DE LA PROSTATE.

§ 1. — Lésions traumatiques.

Les lésions traumatiques de la prostate sont rares. La situation profonde de la glande, protégée par la ceinture osseuse du bassin, la dérobe

en effet à l'action des corps vulnérants. Cependant cet organe peut être atteint exceptionnellement de contusions et plus souvent de plaies.

On pourrait croire que les traumatismes violents de la portion pubienne du bassin et de la région périnéale entraînent, au milieu de la désorganisation profonde des organes voisins (fracture des os, déchirure des aponévroses, rupture de l'urètre), la dilacération de la prostate. Il n'en est rien, et les recherches expérimentales de Terrillon sont venues encore, il y a quelques années, confirmer les observations anciennes de Chopart en démontrant que la prostate reste indemne, alors que le ligament de Carcassonne, la portion membraneuse de l'urètre, les os du pubis et des ischions ont été déchirés et rompus. Le fait de Velpeau qui, dans une autopsie, trouva le tissu de la prostate semé de petits foyers hémorragiques, reste à peu près unique dans les annales de la science.

Si la contusion violente, aiguë, si l'on peut s'exprimer ainsi, est rare, il n'en est peut-être pas de même de la contusion chronique de la prostate, résultant de l'exercice immodéré de l'équitation, du vélocipède. Certaines prostatites aiguës ou chroniques, que nous avons eu occasion d'observer chez plusieurs cavaliers ou vélocipédistes, en dehors de toute atteinte blennorrhagique antérieure, avaient peut-être pour point de départ des petits foyers hémorragiques, de minimes lésions destructives provoquées par l'ébranlement prolongé du périnée chez ces malades.

Quoi qu'il en soit, la description clinique de la contusion prostatique est encore à faire, et les matériaux manquent pour mener à bien cette étude.

Quoique peu fréquentes, les plaies de la prostate ont aujourd'hui leur histoire complète dans les livres classiques. Elles sont produites de *dedans en dehors* par l'intermédiaire du canal de l'urètre, ou de *dehors en dedans*.

Le premier genre de plaies résulte d'un cathétérisme maladroit ou violent ou encore de la présence d'un corps étranger (calcul ou autres) ayant déchiré le canal prostatique. Nous traiterons de ces plaies à propos des ruptures de l'urètre et des fausses routes.

Les plaies de dehors en dedans sont déterminées par des instruments piquants, tranchants et contondants. Une division reposant sur la nature des corps vulnérants a bien son importance, mais la considération du point par lequel ils atteignent la glande a une plus grande valeur. A cet égard, la prostate peut être atteinte par le périnée, le rectum, l'hypogastre.

Les plaies faites à travers le périnée sont de beaucoup les plus fréquentes. Ce sont d'abord toutes les plaies chirurgicales réclamées par les tailles; viennent ensuite les plaies accidentelles produites au cours d'une lutte (épée, couteau, tranchet) ou survenues dans une chute sur un échelas (Velveau), une branche d'arbre (Dugas).