

taîne terreur et de l'exposer à l'hémorrhagie, à la phlébite et à des inflammations diverses, capables d'occasionner la mort, mais qu'elle a aussi l'avantage d'assurer l'extraction du calcul, d'être un remède efficace pour les affections dont la vessie et la prostate sont atteintes, et de guérir un grand nombre de malades qui invoquent son secours.

La lithotritie, de son côté, a l'avantage de s'offrir sous les apparences d'une méthode opératoire qui n'occasionne ni douleur, ni effusion de sang : circonstances heureuses qui rassurent les esprits; mais elle a l'inconvénient bien grand d'agir avec des instruments qui peuvent se briser dans la vessie, de donner lieu aux inflammations de la vessie et des autres pièces de l'appareil urinaire, d'exposer davantage à la récurrence, sans guérir un plus grand nombre de calculateurs.

Maintenant, si on veut bien se rappeler que la taille est praticable dans tous les cas, qu'elle est une ressource précieuse chez les malades que la lithotritie abandonne après des tentatives impuissantes, ou bien dans les cas où elle n'ose agir; si l'on a soin de noter que la lithotritie, même en choisissant ses malades, ne donne pas des résultats plus avantageux que la taille, on sera conduit à replacer la taille au rang élevé d'où on avait tenté de la faire descendre.

On discute tous les jours pour savoir quelle doit être la méthode générale, quelle doit être l'exception de la lithotritie ou de la taille. Tant qu'on ne s'expliquera pas nettement sur ces termes, on ne s'entendra pas. Qu'entend-on par méthode générale? est-ce celle qu'on doit employer le plus souvent? alors c'est la taille. Mais elle n'est pas, pour cela, la méthode de préférence; car, en présence d'un cas qui pourra également être favorable à la taille et à la lithotritie, c'est la lithotritie que la plupart des praticiens préfèrent. Cependant, comme ces cas sont plus rares, plus exceptionnels qu'on ne pense, la lithotritie se trouve, en même temps, la méthode de préférence et la méthode exceptionnelle, parce qu'il lui faut des cas simples; et les faits pathologiques ne sont simples que par grande

exception. La taille est donc la méthode générale, parce qu'elle s'applique à un plus grand nombre de cas; et la méthode de nécessité, parce qu'on la pratique quand on ne peut pas faire raisonnablement la lithotritie : ce qui arrive le plus souvent. (Vidal de Cassis, *Pathologie externe et Médecine opératoire*, t. v.)

ARTICLE VIII.

Hernies de la vessie ou cystocèle.

Thomas Bartholin rapporte, dans ses *Histoires anatomiques*, cent. iv, comment Jean-Dominique Sala, son ancien maître et son ami, qui vivait en 1520, découvrit la hernie de la vessie. Il avait connu à Venise un homme qui présentait tous les symptômes de la pierre, sans que le cathétérisme ni aucun signe physique eût pu en constater l'existence. A l'autopsie, on trouva la pierre dans la vessie; mais la portion de ce viscère, qui renfermait la concrétion, était sortie du ventre et passée dans le scrotum. On vit alors clairement la raison qui rendait le calcul inaccessible à la sonde. C'est donc à Dominique Sala que revient l'honneur de cette découverte pathologique.

Nous ne voulions que commencer l'histoire du cystocèle; nous le compléterons, chemin faisant, en mentionnant les principaux travaux dont il a été l'objet; mais nous devons, dès à présent, déclarer que le premier en date et en importance est celui que Verdier a inséré dans les *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*.

A l'exemple d'A. Cooper, nous exposons d'abord d'une manière générale les caractères de la hernie de la vessie pour passer ensuite à la description particulière de ses espèces.

Les seuls points du corps qui, d'après les observateurs, aient jusqu'ici livré passage à la hernie vésicale, sont : le vagin, le canal inguinal, le canal crural et le périnée. On avait cru long-temps que le cystocèle inguinal était le plus fréquent de tous, mais des recherches récentes, et surtout celles de madame Rondet et de M. Malgaigne, établissent que c'est au vagin que l'affection se montre le plus souvent. Nous verrons que le nombre des

observations recueillies principalement par ces deux auteurs, laisse le fait hors de doute.

Causes du cystocèle. Méry et quelques autres praticiens célèbres ont regardé le cystocèle comme le résultat d'un vice de conformation. Pour nier la possibilité de la production accidentelle de cette hernie, Méry se fondait sur un raisonnement spécieux. Suivant cet habile chirurgien, quand la vessie conserve sa grandeur ordinaire, elle est trop éloignée des ouvertures herniaires pour pouvoir s'y engager, et quand l'urine, en lui donnant un volume considérable, la place en face de ces ouvertures, elles sont trop petites pour recevoir le viscère ainsi distendu. (*Mémoires de l'Académie des sciences*, 1717.)

Plus tard, J.-L. Petit répondit à Méry, que, dans les conditions qu'il indiquait, le cystocèle était sans doute impossible, mais qu'il en oubliait une essentielle, l'ampleur que conservait la vessie après de longues rétentions d'urine, et c'est ce qui plaçait plusieurs points des parois du viscère vide en face des anneaux où il était retenu par l'extension de ses adhérences.

Méry s'appuyait encore sur les connexions de la vessie avec les parties voisines, qui doivent l'empêcher de sortir du bassin, son fond étant, dit-il, suspendu à l'ombilic par l'ouraque, ses côtés attachés aux artères ombilicales, la partie antérieure de son corps étant jointe aux aponévroses des muscles du bas-ventre, et la postérieure au péritoine. Méry oubliait l'extensibilité de ces liens, qui permet quelquefois un allongement si prononcé, ainsi que nous aurons occasion de le constater. D'ailleurs, Verdier oppose à Méry une objection qui, pour être tirée des symptômes, n'en a pas moins de force : c'est que la plupart de ceux qui sont atteints de cystocèle, ne s'en sont aperçus qu'assez tard, quelques-uns même dans un âge très-avancé, ce qui ne se concevrait pas si la maladie remontait à la naissance, à la vie intra-utérine.

Comme l'agrandissement de la vessie ou son changement de forme paraît

nécessaire à la production de ses hernies, il est bon d'être fixé à cet égard sur les conditions normales de ce viscère, et l'on ne saurait mieux s'adresser qu'à Verdier. Il nous semble en avoir mieux saisi la nature que les anatomistes modernes.

J'ai cru, à l'occasion du changement de figure qui arrive à la vessie dans sa hernie, ne pouvoir me dispenser de rappeler ici l'idée que l'on a aujourd'hui de la figure naturelle de cette poche urinaire, et dire aussi un mot de sa situation principalement lorsqu'elle est pleine.

On sait que la vessie ne ressemble point absolument à une bouteille renversée, comme l'ont pensé plusieurs anatomistes du premier rang, tels que Vésale, Columbus, Spigelius, D. de Marchettis, les Bartholin, Veslingius, Van-horne, Graaf, Diemerbroeck, Verheyen, etc. Il paraît que la cause de l'erreur commune, sur la figure de la vessie, est venue de l'examen qu'on a fait de ce viscère séparé du corps; car ceux qui l'ont examiné attentivement sur le sujet même, comme M. Morgagni l'a fait sur des sujets dont la vessie n'avait reçu aucun changement par aucune affection contre nature; ceux-là, dis-je, nous ont donné des notions plus exactes tant sur la figure que sur la situation de la vessie. En effet la vessie, considérée pleine, n'est point un ovale qui diminue insensiblement depuis son sommet ou sa partie supérieure jusqu'à l'inférieure; celle-ci, au contraire, est la plus large. La vessie est un peu aplatie antérieurement du côté du pubis, et forme, dans sa partie postérieure et inférieure, sur l'intestin rectum, une convexité d'autant plus saillante qu'elle se trouve plus pleine, et que l'intestin l'est moins; c'est cette partie postérieure et inférieure de la vessie qui doit être appelée son fond, suivant la remarque de Winslow. On peut s'assurer des différents degrés de vacuité ou de plénitude de cette poche urinaire, lorsqu'ayant mis un ou deux doigts dans le fondement, on comprime avec l'autre le milieu de la région hypogastrique immédiatement au-dessus du pubis. Le col de la vessie est un rétrécissement de sa partie inférieure et antérieure qui s'avance à peu près comme la broche d'un

tonneau, pour me servir de l'expression de M. Weitbrecht, *appendicula tanquam obturamentum in dolio*, ou comme le bec d'un alambic.

» M. Ledran est le premier, si je ne me trompe, qui ait donné dans son Parallèle des différentes méthodes de tailler, en 1750, une figure de cette disposition naturelle de la vessie. M. Weitbrecht a donné aussi une figure de la vessie, et une très-bonne dissertation à ce sujet, également sur sa situation, dans le cinquième tome des Mémoires de l'Académie de Pétersbourg; mais cette découverte n'avait point échappé aux exactes recherches du célèbre M. Morgagni, ce qu'on peut voir dans sa première lettre anatomique publiée en 1728, n° 61. M. Winslow a reconnu cette même disposition de la vessie dans son Exposition anatomique publiée en 1752. L'illustre M. Haller en fait aussi mention dans ses savants Commentaires sur les Instituts de médecine de Boerhaave, et dans ses Élémens de physiologie.

» M. Heister, dans ses Instituts de chirurgie, au chapitre de l'opération de la lithotomie, a fait graver la vessie telle que je viens de la décrire, et M. Le Cat vient de donner dans son Recueil de pièces, concernant l'opération de la taille, imprimé à Rouen, une figure fort exacte de la vessie considérée pleine et dans sa situation naturelle. » (Verdier, *Mémoires de l'Acad. royale de chirurgie*, édit. in-4°, t. II, p. 6.)

On conçoit que, tout en conservant sa figure et sa grandeur, la vessie, ne subissant qu'un simple déplacement, peut cependant former hernie par le vagin. Une cause, qui rentre dans les précédentes, provient du changement de forme que la grossesse imprime à la vessie, changement dont l'importance et le mécanisme sont bien indiqués dans le passage suivant :

« On sait que lorsque la hernie de la vessie survient aux femmes par ces ouvertures (les anneaux inguinal et crural), c'est le plus souvent à celles qui sont enceintes, à raison du changement de figure qui arrive à cette poche urinaire par les compressions qu'elle reçoit, étant pleine, de la part de la matrice et des os

pubis, entre lesquels elle est située; en sorte que le corps de la vessie se trouve déprimé dans son milieu et allongé sur les côtés. Or ces allongemens des parois latérales de la vessie, répondant aux anneaux, peuvent y entrer pour peu que des efforts et une disposition particulière de ces ouvertures y contribuent, à quoi on doit ajouter que la situation de la vessie étant la même dans la femme que dans l'homme, hors du péritoine, elle ne trouvera dans son passage par les anneaux aucun obstacle de la part de cette membrane, et la tumeur qu'elle formera dans l'aîne, sera quelquefois double, y ayant une hernie de chaque côté. Il y a lieu de croire que la disposition de la matrice à se porter en avant dans les derniers mois de la grossesse et une certaine étendue de la vessie peuvent concourir à la formation de ces hernies. » (Verdier, *loco cit.*, p. 25.)

Nous avons déjà indiqué l'influence des rétentions d'urine.

La grossesse concourt aussi, et de deux manières différentes, à la production du cystocèle vaginal. En même temps que la matrice, en distendant par son développement les parties molles des parois abdominales, les amincit, les affaiblit, elle pousse la vessie en bas et fait céder la paroi antérieure du vagin.

A ces causes spéciales du cystocèle, il faut joindre les causes générales des hernies; ainsi les efforts, la toux, l'éternuement, la largeur des ouvertures herniaires, etc. Voici par exemple un cas où la production de la hernie fut le résultat du frottement.

Obs. 1. *Cystocèle vaginal exempt de complication persistant depuis quinze ans; guérison par l'emploi du pessaire.*

« Madame veuve Morbieux, âgée de soixante-huit ans, rachitique, d'une constitution grêle, d'un tempérament nerveux, ayant mis au monde sept enfants sans éprouver le plus léger accident, était affectée, depuis quinze ans, d'une hernie vaginale, qu'elle rapportait aux efforts qu'elle faisait chaque jour pour frotter son appartement. La malade s'aperçut de l'existence d'une tumeur arrondie, bouchant l'orifice vaginal, qui

s'accompagnait de constipation, de douleurs lombaires et d'envies fréquentes d'uriner. Cette dame renonça alors à frotter; elle se condamna au repos, mais elle ne fit usage d'aucun pessaire. Pendant dix ans, son indisposition fut supportable; mais, au bout de ce temps, ayant éprouvé des revers de fortune, elle fut obligée de travailler, de marcher beaucoup et de rester long-temps debout. Aussi ne tarda-t-il pas à se manifester une leucorrhée abondante, des tiraillemens d'estomac, des douleurs de tête: l'excrétion des urines devint très-dangereuse; il survint des douleurs hypogastriques; l'appétit et le sommeil se perdirent; la malade dépérissait de jour en jour, lorsqu'elle vint réclamer mes soins au commencement de mai.

» Le toucher m'ayant fait connaître l'existence de la hernie vaginale, j'eus recours aux mêmes moyens que dans les cas précédents; et, peu de temps après, les accidens cessèrent. » (Madame Rondet, *Cystocèle vaginal*, p. 50.)

Caractères anatomiques du cystocèle. Ce qui constitue les caractères anatomiques du cystocèle ayant rapport à la disposition du sac et à sa formation, ainsi qu'à la partie plus ou moins considérable du viscère hernié, trouvera mieux sa place dans la description des espèces, d'autant plus que tous ces éléments varient dans chacune d'elles.

Symptômes du cystocèle. Nous en emprunterons la description à M. Vidal.

« La hernie de vessie forme une tumeur molle, fluctuante, dont la forme varie suivant l'ouverture qui lui a donné passage, et dont le volume est d'autant plus grand et la fluctuation d'autant plus distincte, que le malade a été plus long-temps sans uriner. La pression la réduit quelquefois, et, si elle est réductible, on diminue beaucoup son volume en faisant rentrer l'urine dans la partie intra-pelvienne de la vessie, alors la tumeur affaïcée n'est plus formée que de membranes épaisses et molles roulant sous les doigts. Quand on a ainsi réduit par la pression le volume de la hernie, le malade éprouve un pressant besoin d'uriner, et les urines qu'il rend alors sont épaisses et

troubles. La hernie de la vessie est presque toujours accompagnée de douleurs aux reins, au périnée et à l'urètre, qui se font sentir plus vivement quand le malade urine, de dysurie; il y a quelquefois ischurie complète; certains malades ne peuvent uriner qu'en comprimant leur hernie et faisant ainsi passer l'urine de la poche extérieure dans la cavité intérieure de la vessie. Le cystocèle récent est quelquefois ramené à l'intérieur par la distension de la vessie; mais quand la hernie est ancienne, le point de la poche qui a subi l'action de l'ouverture abdominale est rétréci circulairement. La vessie est alors bilobée, la portion de cet organe qui forme la hernie est unie par des liens cellulaires, solides aux parties voisines.

» Dans les premiers temps de son existence, le cystocèle est très-peu incommode; il n'est pas douloureux, n'est pas accompagné de coliques, se cache et reparaît alternativement: rien dans tous ces symptômes qui puisse effrayer le malade; aussi, dit J.-L. Petit, cette hernie est-elle souvent négligée au début, le malade ne s'en occupe que quand il éprouve quelque difficulté d'uriner et de la douleur, n'a quelquefois recours au chirurgien que quand il est atteint d'ischurie. » (*Traité de pathol. ext. et de méd. opér.*, t. V, p. 83.)

Il n'y a que de très-rare exceptions à cette indolence du cystocèle, mais il semble revêtir quelquefois la forme aiguë et peut produire alors de vives souffrances, comme on le voit dans le cas suivant, sur lequel nous reviendrons plus loin.

« Obs. 2. En mars 1855, madame D..., sage-femme, âgée de quarante-cinq ans, ayant eu plusieurs enfans, mais toujours forte et robuste, assistait une femme en travail; et pour activer les douleurs, elle la faisait marcher par la chambre en la soutenant par-dessous les bras, lorsque, dans un effort nécessité par cette manœuvre, elle sentit une tumeur descendre brusquement à la vulve, avec des tiraillemens aux aînes et des douleurs de reins.

» Elle continua cependant à assister la femme, revint chez elle, et put encore retourner chez sa malade, qui logeait à un quatrième étage; mais, vers le soir, les douleurs devinrent si fortes, qu'elle fut

obligée de se coucher. La nuit fut sans sommeil, agitée par des souffrances excessives; aux tiraillements déjà signalés s'ajoutaient des envies d'uriner à chaque instant; et l'urine, en passant sur la tumeur, y déterminait une sensation de brûlure. La malade avait tenté de faire rentrer la tumeur, mais celle-ci était ressortie; et, à force d'être mouillée par l'urine, elle était devenue si douloureuse que le moindre contact excitait des contractions de tous les traits du visage, la malade résistant autant que possible au besoin de se plaindre et de crier.

» Je la vis à dix heures du matin. Elle était couchée sur le dos, le poulx agité, mais sans fièvre; l'urine d'un jaune rougâtre, rendue en petite quantité et à chaque instant.

» Je sentis au toucher une tumeur qui dépassait la vulve comme la moitié d'un petit œuf de poule environ, parsemée de rides fortement dessinées et transversales, excessivement douloureuse au toucher et surtout à la pression; le doigt pouvait filer entre elle et la paroi postérieure du vagin; en avant, au contraire, la tumeur et la paroi vaginale étaient en contact très-serré; le doigt sentait une résistance qui faisait présumer qu'il y avait un cul-de-sac très-peu éloigné; mais la douleur occasionnée par l'effort pour pénétrer était telle, que je ne voulus pas insister.

» D'ailleurs, il ne pouvait rester de doute sur la nature de la tumeur, et le plus pressant était évidemment de la repousser dans le vagin.

» J'y procédai avec le doigt index et le doigt médius de la main droite; la malade n'avait pas voulu se découvrir à la vue. Les premiers efforts de pression, bien que très-modérés, causèrent des douleurs atroces; je continuai donc très-lentement, poussant un peu, puis, me bornant à maintenir le peu de terrain que j'avais gagné, il me fallut près d'une demi-heure pour faire totalement disparaître la tumeur; elle était rentrée dans le vagin sans s'effacer, et ne s'affaissa que sous une compression prolongée; mais enfin, le but fut atteint, et il ne resta plus qu'à le maintenir.

» Pour cela, je pris une petite éponge que j'enveloppai d'une compresse taillée

en croix de Malte pour faire moins de plis; le tout fut imbibé d'huile; et pendant ces préparatifs, la malade tenait les deux grandes lèvres rapprochées et enfoncées dans le vagin à l'aide des deux doigts index et médius de la main droite.

» Mon tampon étant prêt, je cherchai à l'introduire, mais le frottement contre la paroi antérieure du vagin, irritée par l'urine, était douloureux; la malade se chargea de cette introduction, qu'elle opéra très-bien et avec moins de douleur que je ne lui en faisais moi-même. L'éponge était dans le vagin, les bouts de la croix de Malte à la vulve, je mis quelques fines compresses par-dessus; puis je refermai les grandes lèvres que je soutins avec des compresses plus épaisses et le tout fut maintenu par un mouchoir en cravate attaché en manière de chauffoir.

» Puis, je fis mettre la malade sur le dos, le bassin soutenu par un oreiller, et on dut arroser les compresses et le tampon avec une solution très-concentrée de sulfate de zinc.

» Les tiraillements des aines et des lombes persistèrent une partie de la journée, mais moins forts, et seulement par intervalles. Le besoin d'uriner était vif: l'urine en sortant causait des douleurs brûlantes, et la solution de sulfate de zinc en déterminait de semblables. Deux jours après, la malade ôta le tampon sans m'en rien dire; le troisième jour elle se leva sur son séant; le quatrième, elle fit quelques tours par la chambre, mais quelques tiraillements l'ayant avertie de son imprudence, elle garda le lit encore quelques jours, après lesquels elle se releva sans autre précaution et se trouva guérie.

» Elle me conta que dix-huit ou vingt ans auparavant, elle avait eu une descente, en tout semblable, avec les mêmes douleurs et une aussi courte durée; depuis, elle ne s'en était jamais ressentie malgré des couches répétées.

» Huit ans se sont passés depuis la récurrence et la seconde guérison, et le cystocèle n'a pas reparu; madame D... porte à la ligne blanche, au-dessous de l'ombilic, une petite hernie qui est assez sujette à se gonfler, et que l'on réduit cependant sans beaucoup de difficulté.

» J'ai rapporté ce fait avec tous ses détails, parce que je n'en connais pas de semblables dans la science, et moi-même je n'ai pas observé, depuis, de douleurs si intenses, ni une telle résistance de la tumeur. Je répète que le diagnostic ne pouvait laisser aucun doute; le colutérin était à sa place, et la tumeur nettement circonscrite par en haut, repoussait l'idée d'une hernie intestinale entre la vessie et le vagin. Il n'existe pas non plus, que je sache, d'autre exemple d'une guérison aussi prompte et aussi persistante. J'ai bien vu chez une plâtrière de Montmartre, âgée de trente-trois ans, un cysto-rectocèle survenu à sept mois de grossesse, qui disparut après les couches, mais pour revenir quelques mois après. J'ai vu aussi une blanchisseuse qui avait eu une tumeur du même genre, à sa deuxième couche, disparue pendant quelques années, mais revenue à la sixième couche pour ne plus disparaître. Enfin, j'ai rapporté dans un mémoire sur le rectocèle vaginal, l'observation d'un rectocèle récent, disparu en quelques jours; mais je n'ai pu m'assurer si la guérison avait persisté. » (Malgaigne, *Journ. de chir.*, déc. 1845, p. 409.)

Enfin l'urètre est souvent dévié par un mécanisme aisé à comprendre :

« Il y a quelques années que M. Levret m'appela pour voir une femme âgée d'environ quarante ans, affligée d'une hydropisie du bas-ventre. On apercevait au haut de la cuisse, antérieurement, une tumeur dont le volume se trouvait différent selon que la malade avait été plus ou moins de temps sans uriner. Cette circonstance donna lieu de penser que la tumeur était formée par une portion de la vessie qui s'était glissée par l'arcade crurale, et nous fûmes confirmés dans cette opinion par l'obliquité, que nous reconnûmes à l'urètre en sondant la malade; ce conduit se tournait un peu à droite, y étant entraîné par la vessie qui se portait de ce côté-là. » (Verdier, *loc. cit.*, p. 25.)

Diagnostic du cystocèle. Une tumeur fluctuante, qui se montre à l'un des points où se font les hernies, qui augmente de volume quand il y a long-temps que le malade n'a uriné, dont la com-

pression donne l'envie d'uriner, ou fait même immédiatement sortir l'urine par le canal de l'urètre, voilà les principaux signes de la hernie de la vessie.

« Lorsque la portion de la vessie qui fait la hernie est vide, outre que la tumeur a peu de volume, les parois de la poche qui fait la hernie sont affaissées, et on ne découvre en la touchant que des membranes épaisses et mollasses qui roulent sous les doigts. Pour connaître qu'il y a sûrement une hernie de vessie, on s'informerait si le malade urine aisément et sans douleurs, la dysurie étant un signe ordinaire de cette maladie; on demanderait si le malade a de fréquentes envies d'uriner, s'il est sujet à la rétention d'urine, si la tumeur que forme la hernie augmente lorsqu'il a été long-temps sans uriner, et si par la sortie des urines elle diminue, ou disparaît entièrement.

» On connaîtra que la hernie de vessie est jointe à celle de l'intestin ou de l'épiploon, si outre les signes qui sont particuliers à la hernie de la vessie l'on rencontre ceux qui caractérisent la hernie de l'intestin ou de l'épiploon. » (Verdier, *loc. cit.*, p. 45.)

Si la hernie renferme un ou plusieurs calculs, on pourra s'en assurer en comprimant la tumeur, surtout quand la portion déplacée du viscère sera vide, et qu'elle ne sera pas en quelque sorte masquée par une hernie intestinale. Il faudra redoubler d'attention dans cet examen, surtout lorsque malgré les symptômes ordinaires de la pierre, la sonde ne la rencontrera pas dans la portion de vessie qui lui est accessible, c'est-à-dire celle qui est restée dans le bassin. A ce sujet nous rappellerons le cas de Dominique Sala, qui présentait ces conditions et où la pierre ne put être reconnue ni dans la vessie non herniée, ni dans la hernie, et dont l'existence fut constatée à l'autopsie dans la partie du viscère contenue dans le scrotum.

Nous ajouterons que toutes les fois qu'on pourra consulter la transparence de la tumeur il faudra recourir à ce moyen de diagnostic, la tumeur devant sans doute être toujours opaque, ainsi

que A. Cooper l'a constaté pour un cystocèle inguinal.

Complications du cystocèle. Ces complications sont la présence d'un ou de plusieurs calculs dans la vessie et surtout dans la portion herniée du viscère, l'existence de la hernie d'un autre viscère par la même ouverture; la maladie d'un organe voisin, comme la chute de l'utérus dans le cystocèle vaginal, l'hydrocèle dans le cystocèle inguinal, etc.

L'étranglement du cystocèle peut se produire de plusieurs manières, dont voici les deux principales: tantôt des calculs contenus dans la hernie oblitèrent son col, et en empêchant l'urine de repasser dans le ventre et d'être rejetée au dehors, amènent l'inflammation de l'organe, son gonflement et par suite son étranglement.

Obs. 5. « Feu M. Petit le père fut consulté par un homme de quarante-sept ans, qui se plaignait que depuis trois années, au moindre effort qu'il faisait pour uriner, le côté droit des bourses s'enflait, et que l'enflure augmentait à mesure qu'il redoublait ses efforts, l'urine ne sortant alors que goutte à goutte: ce malade ajoutait que s'étant avisé de se comprimer les bourses, en les élevant avec les mains, il fut très-surpris de voir sortir l'urine à plein canal, et les bourses se désenfler entièrement, et que cependant ayant remarqué dans la suite, que lorsque l'urine avait séjourné quelque temps dans la vessie, ce qui arrivait principalement dans la nuit, il ne trouvait plus la même facilité à la faire sortir, malgré le secours de la compression, et qu'il la rendait alors avec cuisson; il essaya diverses situations pour se soulager, et il éprouva, qu'étant couché sur le dos, et se soulevant le bas des reins, il urinait plus aisément, quelquefois en abondance, sans être obligé de se presser les bourses.

» Le malade disait encore avoir senti plusieurs petites pierres rondes amassées dans la tumeur du scrotum, lesquelles repassaient sans peine dans la vessie et sortaient ensuite par l'urètre.

» Sur cet exposé, M. Petit jugea que la tumeur du scrotum était une hernie de la vessie, puisqu'elle disparaissait par la sortie de l'urine, occasionnée par la compression: cette compression était surtout

nécessaire lorsque le malade se tenait debout; l'urine, contenue dans la portion de la vessie descendue dans le scrotum, ne pouvant alors remonter contre son propre poids, il fallait un secours particulier, qui suppléât à la faible contraction de cette portion de la vessie, et qui tint lieu de l'action des muscles du bas-ventre dont elle était privée; au lieu que le malade étant couché sur le dos, et se soulevant le bas des reins, il n'était pas étonnant que l'urine repassât de la portion de la vessie descendue dans les bourses, dans celle qui était restée dans le bassin, sans qu'il fût obligé de comprimer la hernie, cette situation favorisant le retour de l'urine.

» Les pierres qui passaient librement de la hernie dans la portion de la vessie restée dans le bassin, pouvaient interrompre la communication établie entre ces deux portions, en s'arrêtant dans l'anneau.

» Il y a lieu de penser que M. Petit, en proposant cette opération, se fondait principalement sur ce que la hernie n'étant point ancienne, ses adhérences au scrotum en devaient être plus faibles; et sur ce que le malade disait que la poche qui faisait la hernie semblait, en se vidant, abandonner le scrotum pour approcher des anneaux.» (Verdier, *l. cit.*, p. 17).

L'autre mode de l'étranglement est celui-ci: l'urine retenue dans la poche herniée et s'y accumulant de plus en plus, remonte vers le collet qu'elle serre contre l'anneau. Il se peut faire qu'une hernie de vessie en s'étranglant ainsi elle-même, étrangle en même temps une hernie intestinale comprise dans la même ouverture. Le cas que nous allons rapporter est remarquable, non seulement sous ce point de vue, mais encore en ce qu'après que le malade avait uriné, la compression de la tumeur, lui en faisait renaître le besoin, et en ce que la compression de la tumeur en amène la guérison. Voici le fait:

Obs. 4. « En 1749, M. Sue le jeune fut consulté par un religieux, âgé d'environ soixante-seize ans, d'un tempérament assez replet, sur une hernie intestinale qu'il avait depuis cinq ans. Cette hernie for-

mait, du côté gauche du scrotum, une tumeur d'un volume considérable: elle n'était accompagnée d'aucun accident fâcheux. Le bandage que le malade portait ne contenant point exactement la hernie, M. Sue lui en procura un meilleur.

» Quelque temps après, le malade, à l'occasion d'une rétention d'urine, fut obligé de garder le lit: alors il pouvait se passer de bandage; mais le besoin d'uriner l'ayant obligé de se lever, il fit en se baissant un effort, et sentit à l'instant une douleur des plus vives dans la région des anneaux, le volume de la hernie devint plus considérable, l'envie de vomir et le hoquet survinrent.

» L'augmentation de ces accidents, et la rétention d'urine qui se renouvela, obligèrent le malade de rappeler M. Sue, il ne manqua pas à son arrivée de le saigner; il tenta, mais inutilement, la réduction de la hernie. Le malade, qui n'avait point uriné depuis vingt-quatre heures, souffrant beaucoup, M. Sue le sonda: deux pintes d'urine s'écoulèrent par la sonde, et on vit le volume de la tumeur diminuer considérablement. Cette circonstance, qui semblait devoir faire penser que la hernie intestinale était compliquée avec celle de la vessie, laissa néanmoins quelque doute, attendu la continuation des accidents: mais ces derniers accidents ayant cessé par une seconde évacuation d'urine, que M. Sue procura en élevant le scrotum et le pressant en même temps, on ne douta plus que la vessie ne fût partie de la tumeur.

» M. Sue dit avoir remarqué que les douleurs vives, les envies de vomir et les hoquets ne manquaient pas de revenir, lorsque les urines se trouvaient en quantité dans la hernie. Il fit sentir au malade la nécessité de les faire écouler par le secours de la compression, dès qu'il s'apercevrait de l'augmentation du volume de la tumeur, et il lui conseilla de n'user que d'un simple bandage suspenseur; tout autre, qui serait compressif, ne convenant point, parce que la descente n'était pas susceptible de réduction. Le malade, attentif à suivre ces conseils, jouit actuellement d'une assez bonne santé.

» On voit par cette observation, com-

bien il importe à ceux qui ont une hernie, soit intestinale ou épiploïque, de ne point quitter le bandage, non seulement pour empêcher qu'une nouvelle hernie ne se joigne à la première, mais aussi pour prévenir les accidents fâcheux dont la descente devenue compliquée, pourrait être accompagnée ou suivie, tels que ceux dont on a fait mention ci-dessus; accidents que l'on aurait pu attribuer à l'étranglement de l'intestin, quoiqu'ils n'eussent d'autre cause que la quantité d'urine, qui en s'amassant dans la portion de la vessie passée dans les bourses, avait gonflé considérablement celle qui répondait à l'anneau.» (Verdier, *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, t. 2, p. 20).

Pronostic du cystocèle. C'est en général une maladie peu grave, que les sujets portent même quelquefois long-temps sans s'en apercevoir; ce n'est pas même alors une infirmité. Mais l'affection peut prendre un caractère plus sérieux.

Cystocèle vaginal. Métrite consécutive.
Traitement antiphlogistique suivi de l'application du pessaire. Guérison.

Obs. 5. « Madame Bossant, blanchisseuse, rue du Faubourg Saint-Denis, âgée de quarante-huit ans, d'un tempérament très-sanguin et d'une forte constitution, ayant eu onze enfants à la suite d'accouchements non laborieux, éprouva il y a huit ans, peu de temps après sa dernière couche, de la gêne aux parties génitales et des besoins fréquents d'uriner, et, quelques semaines après, un sentiment de pesanteur vers le rectum qui l'incommodait beaucoup; le coût causait des douleurs de reins plus ou moins aiguës, suivant que l'époque des menstrues était plus ou moins rapprochée. Étant forcée, pour soutenir sa nombreuse famille, de se livrer aux travaux les plus pénibles, de porter chaque jour de lourds fardeaux, elle ne tarda pas à éprouver de nouveaux accidents; une tumeur molle se forma à l'orifice du vagin, qui devint rapidement assez volumineuse pour écarter les grandes lèvres; il survint un écoulement leucorrhéique, des douleurs à l'hypogastre, de la difficulté à uriner. La station prolongée causait des tiraillements d'estomac et des douleurs sympathiques

entre les épaules; l'abdomen offrait un développement qu'on observe dans une grossesse arrivée au septième mois; la pression en était douloureuse; dans la nuit, la malade éprouvait, en outre, des douleurs dans les articulations des cuisses, et souvent des nausées avaient lieu à son lever. La répugnance qu'elle éprouvait de réclamer les secours d'un médecin lui fit passer sept ans dans des souffrances inouïes; à cette époque elle eût recours à un homme de l'art qui la déclara atteinte d'une métrite chronique, et la soumit à un traitement antiphlogistique assez énergique, l'exploration des parties génitales ne fut pas faite. Cependant le mal empirait, la malade perdait son embonpoint et ses forces, la figure s'altéra profondément; madame Bossant se regardait comme en proie à une maladie au-dessus des ressources de l'art, lorsque je fus appelée près d'elle.

» Le toucher me fit découvrir entre les grandes lèvres une tumeur molle, du volume de la tête d'un fœtus de sept mois, à surface sillonnée, par suite de l'application d'une serviette dont les plis laissaient leur empreinte sur la tumeur. Le méat urinaire était béant, le canal de l'urètre raccourci au point de paraître effacé. Je pratiquai le cathétérisme la malade étant couchée sur le dos. La direction vicieuse du canal de l'urètre s'expliquait par le développement considérable de la hernie. Aussi au lieu d'introduire ma sonde d'avant en arrière et de bas en haut comme on le fait ordinairement, je l'introduisis de haut en bas, c'est-à-dire de la commissure supérieure des grandes lèvres à la commissure antérieure du périnée; je retirai environ une pinte d'urine exhalant une odeur ammoniacale. Je réduisis ensuite la hernie avec deux doigts d'avant en arrière et de bas en haut, ce qui déterminait de nouveaux besoins d'uriner. Elle rendit encore environ un verre d'urine; je pus alors circonscrire le col de la matrice, qui était volumineux, dur et très-court. Son orifice ne présentait rien de remarquable; le corps de l'utérus était engorgé et renversé en arrière; le toucher était douloureux. L'état d'irritation des parties ne me permit pas de poser un pessaire le

même jour; on appliqua vingt sangsues sur la région hypogastrique, qui était le siège d'une assez vive douleur; la malade fut condamnée pendant huit jours à un repos absolu, prit plusieurs bains et usa d'injections émollientes. Après l'emploi de ces moyens, je pus lui appliquer mon pessaire en sphère avec les mêmes précautions que dans les cas précédents; tous les accidents ne tardèrent pas à se dissiper, et madame Bossant, après huit années de souffrances, a complètement recouvré la santé. » (Madame Rondet, *Cystocèle vaginale*, p. 47.)

Le cystocèle peut même déterminer des accidents mortels ainsi que nous le verrons plus loin.

Traitement du cystocèle. Si la hernie est réductible, il faut la faire rentrer par un taxis convenablement dirigé et l'empêcher de ressortir par un bandage ou un pessaire qui la maintienne exactement. Mais il faut bien se mettre en garde contre une méprise qui pourrait avoir des suites graves; il peut arriver, comme le constate une observation que nous avons citée, qu'on croie avoir réduit la hernie quand on n'a réduit que l'urine qu'elle contenait. Dès-lors, la vessie restant dans l'ouverture, si l'appareil exerçait sur elle une compression excessive ne pourrait-elle pas s'étrangler? Dans le cas où l'urine ne peut plus repasser de la hernie dans la partie intrapelvienne du viscère, on devrait imiter l'exemple de Morand et faire à la tumeur une ponction avec un trois-quarts. La détente amenée par l'écoulement du liquide peut produire la chute de l'inflammation et du gonflement, et rétablir ainsi la communication entre le corps de la vessie et son appendice hernié.

Un calcul existe-t-il dans le cystocèle, la taille sera facile et sans gravité.

Les développements qui trouveront naturellement leur place dans la description des espèces compléteront en quelque sorte ces généralités.

§ 1. Cystocèle vaginale.

Nous commençons par le cystocèle vaginal, parce que sa fréquence révelée par les travaux des modernes le rend la plus importante de toutes les hernies de la

vessie; on peut même dire qu'elle est plus fréquente à elle seule que toutes les autres réunies. Nous en avons déjà traité incidemment à l'occasion des maladies du vagin (1); mais nous entrerons ici dans tous les développements que le sujet comporte.

Durant les deux mois d'octobre et de novembre 1855, il s'est présenté à M. Malgaigne, au bureau central des hôpitaux de Paris, 455 individus venant chercher des bandages herniaires ou des pessaires; sur ce nombre il y avait 100 femmes; sur ces 100 femmes 50 portaient des prolapsus vaginaux. Ces 50 femmes étaient réparties de la manière suivante :

Cystocèle simple,	8
Rectocèle simple,	5
Chute de matrice,	2
Cystocèle et hernie inguinale,	1
Cystocèle et hernie crurale,	1
Cystocèle et hernie ombilicale,	1
Cystocèle avec exomphale,	1
Cystocèle avec rectocèle,	6
Cystocèle avec chute de matrice,	2
Cystocèle, rectocèle et mérocèle,	2
Rectocèle et chute de matrice,	1
Rectocèle et hernie ombilicale,	1
Chute de matrice et du vagin,	1

Ainsi sur ces trente cas, vingt-deux cystocèles vaginaux. Ce qui démontre la fréquence de la maladie.

Voici l'histoire que M. Malgaigne trace du cystocèle vaginal.

« Le *cystocèle vaginal*, du moins à l'état simple, n'a été signalé que très-tard, et il passe encore aujourd'hui pour une affection fort rare. La première observation que je sache est celle de Robert, publiée par Verdier; la deuxième fut communiquée à Hoin par Chaussier; une troisième fut publiée par Sandifort en 1777; Chopart, en 1791, n'en citait encore que deux autres, l'une d'Enjournbaut, chirurgien d'Avranches, et l'autre de Baude-locque; Sabatier, qui avait oublié de consulter Chopart, ne connaissait que les deux faits de Robert et de Chaussier, auxquels sa vaste expérience ne lui en avait permis d'ajouter qu'un troisième; et Boyer, plus pauvre encore, édifiait son article avec les trois faits de Robert, de

(1) Voir Bibliothèque du médecin-praticien, MALADIES DES FEMMES, t. 1^{er}, p. 120 et suivantes.

Chaussier et de Sandifort. Richter en Allemagne, Monteggia en Italie, n'en savaient pas davantage; sir A. Cooper en Angleterre, n'en avait vu qu'un cas unique, auquel il en avait joint un autre communiqué par le docteur John Sims (1). Enfin, en 1855, lorsque M. Rognetta entreprit d'élucider l'histoire de cette maladie, il ne put que réunir à grand-peine les trois observations relatées par Boyer, les deux autres de sir A. Cooper, une sixième extraite d'un journal anglais, une septième qu'il avait recueillie lui-même; et complétant ces documents pratiques à l'aide de quelques expériences tentées sur le cadavre, il serait sans doute parvenu à tracer une description plus exacte que ses devanciers, s'il n'avait eu la malheureuse idée de rattacher au cystocèle vaginal le cystocèle périnéal, et de regarder comme deux nuances ou deux degrés de la même maladie, deux déplacements essentiellement différents.

» Là s'arrête, pour ainsi dire, la première période de l'histoire du cystocèle vaginal. Jusque-là il est regardé comme une lésion rare, exceptionnelle, que n'ont pu rencontrer dans leur vaste clientèle les plus renommés praticiens; et il n'a fallu guère moins d'un siècle pour en ramasser péniblement une dizaine d'observations. Tout ce qui se rattache à son histoire est donc considéré comme une chose curieuse plutôt que comme une chose utile; il y a à cet égard un consentement universel.

» C'est à partir de 1855 seulement que quelques voix s'élevèrent contre cette opinion générale; et d'abord, une sage-femme fort distinguée, madame Rondet, ayant à faire prévaloir certains pessaires pour lesquels elle avait pris un brevet d'invention, se trouva ainsi à portée d'examiner un grand nombre de femmes affectées de divers prolapsus; elle réunit en quelques années jusqu'à vingt-sept ob-

(1) Voyez *Mém. de l'Acad. royale de chirurg.*, t. II, p. 33; Leblanc, *Précis d'opérat. de chirurg.*, t. II, p. 368; Sandifort, *Obs. anatomico-pathol.*, t. I; Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*, édit. de 1821, t. I, p. 393; Sabatier, *Médec. opérat.*, édit. de 1832, t. III, p. 678; A. Cooper, *Oeuvres complètes*, traduct. franc., p. 364 et 365.

servations de cystocèles vaginaux, et écrivit sur ce sujet un petit mémoire qu'elle adressa à l'Académie royale de médecine. Un rapport fut fait à cette savante compagnie; mais tout en ayant l'air d'accepter comme positifs les faits de madame Rondet, la commission déclarait pourtant qu'elle regardait toujours le cystocèle vaginal comme peu commun, en ajoutant qu'il était facile de le confondre avec d'autres hernies. L'Académie, visiblement préoccupée de la même idée, fit un accueil très-froid à ce mémoire; la presse ne fut guère moins dédaigneuse, et je fus le seul à cette époque qui, dans la *Gazette médicale*, soutins contre la commission et contre l'Académie, qu'entre les hernies par le vagin le cystocèle était une des plus fréquentes; et quelques mois plus tard, je le signalais comme étant la plus fréquente de toutes (1).

» Depuis cette époque, il a été publié peu de documents nouveaux pour l'histoire du cystocèle vaginal; et je ne vois guère à citer que quelques articles de M. Éguisier, puisés dans la pratique de M. Tanchou, et plus récemment un mémoire de M. Jobert lu à l'Académie de médecine (2). » (Malgaigne, *loc. cit.*)

Causes du cystocèle vaginal. Age. La plupart des auteurs avaient pensé que cette hernie se montrait surtout dans un âge avancé, mais les faits récemment recueillis placent sa plus grande fréquence entre vingt et trente ans, c'est-à-dire à l'époque où les organes génitaux sont dans la plénitude de leur activité. On l'a rencontrée à dix-sept ans et à cinquante-trois ans; bien entendu que nous parlons de son apparition. Avant vingt et après cinquante ans, c'est une rare exception.

La plupart des femmes ont été mères avant le développement de cette affection; à peine cite-t-on le cas d'A. Cooper, dont le sujet était une jeune fille de vingt-trois ans, et celui de Sandifort où la jeune fille, âgée de dix-sept ans, offrait les caractères de la virginité. Nous ajouterons que M. Malgaigne a observé

(1) Voyez *Gaz. médic.*, 1835, p. 666 et 731; et 1836, p. 220.

(2) *Gaz. des hôp.*, 1838, p. 263, 361 et 381; *Mém. de l'Acad. royale de méd.*, 1840, t. VIII.

le cystocèle vaginal sur trois femmes qui n'avaient point eu d'enfants. Chez l'une d'elles, une chute sur le siège paraissait être la cause de la hernie.

L'influence prédominante et presque unique de l'accouchement est donc évidente, mais ce qui ne l'est pas c'est son mode d'action. Les efforts de l'accouchement, en comprimant la vessie, l'engagent-ils simultanément à travers les points éraillés ou amincis des parois vaginales; ou bien n'est-ce que plus tard, par suite du relâchement et de l'affaiblissement des parties, que se produit le cystocèle déterminé par les causes efficientes des hernies en général? Ce n'est le plus souvent qu'après les couches, et quelquefois long-temps après, que les femmes s'aperçoivent du cystocèle vaginal; mais est-il étonnant que dans l'état où les met un accouchement, cette hernie, qu'elles portent assez communément des années sans s'en douter, leur échappe? La vérité ne se trouve peut-être exclusivement dans aucune de ces deux alternatives, et les efforts de l'accouchement ne peuvent-ils pas, dans certains cas, occasionner immédiatement le cystocèle, et dans d'autres le préparer seulement en affaiblissant les points qui doivent céder plus tard? Il y a plus, c'est que la grossesse elle-même non-seulement dispose à cette hernie; mais suffit encore pour la produire; nous verrons plus tard une hernie périméale se montrer à la fin de deux grossesses consécutives, pour disparaître après les couches. Manifestement, le cystocèle vaginal subit la même influence étiologique; quand les faits ne le diraient pas, la logique le prouve.

Nous croyons que les considérations précédentes répondent aux questions posées par M. Malgaigne dans le paragraphe suivant:

« Les efforts de l'accouchement ne peuvent-ils passer pour une cause déterminante, suffisante; et les femmes qui ont rapporté à quelques jours plus tard la date de leur cystocèle ne le portaient-elles pas à partir de l'accouchement même? On pourrait penser, en effet, que tant que la femme garde le lit, le cystocèle, faisant moins de saillie, sera de-

meuré inaperçu, pour se révéler tout à coup dès que la marche l'aura fait proéminer davantage. Cette conjecture est spécieuse, surtout elle satisfait l'esprit en assignant une cause matérielle, efficace, à une lésion qui autrement ne s'explique pas aussi bien; mais, jusqu'à plus ample informé, il ne faudrait pas se hâter de prendre une hypothèse pour une réalité; et il faut se souvenir que d'autres cas fort nombreux de cystocèle, survenus en dehors du temps des couches, manquent également d'une cause déterminante au moins appréciable. » (Malgaigne, *loc. cit.*, p. 560.)

Après l'accouchement les causes les plus efficaces se tirent des professions. Nous ne pouvons mieux faire à ce sujet que de citer M. Jobert de Lamballe, qui a parfaitement traité ce point:

« L'étude des professions, l'appréciation de l'âge des malades éclairent singulièrement l'étiologie de cette affection. En effet, l'analyse des faits publiés par divers auteurs démontre qu'on voit le cystocèle se développer chez les personnes qui se tiennent habituellement debout, ou qui en exerçant beaucoup leurs membres inférieurs communiquent des secousses au bassin. Ainsi on l'a rencontré chez les cuisinières, les blanchisseuses, les femmes qui frottent, celles qui portent des fardeaux. Il est à remarquer que ces tumeurs apparaissent aussi à un âge avancé, presque toujours au moins après la quarantième année, quoiqu'on les ait pourtant observées sur des femmes de vingt-quatre à trente ans; notons en outre que toutes avaient eu des enfants. » (*Mémoires de l'Académie de méd.*, t. VIII, pag. 712.)

A ces causes madame Rondet ajoute la grande capacité du bassin, une leucorrhée ancienne, l'abus du coït et des bains chauds, des chaufferettes, la rétention d'urine ou tout au moins l'habitude de ne satisfaire que rarement au besoin de rendre ce liquide. Suivant elle, et nous partageons son avis, l'usage de certains corsets avec lesquels les dames se serrent la poitrine et le bas-ventre pour amincir la taille, l'usage des robes à taille longue, dont la ceinture comprime les organes contenus dans l'abdomen,

concourent incontestablement à la production du cystocèle vaginal ainsi qu'aux déplacements des organes génitaux et des autres viscères en général. Enfin nous rappellerons le cas de Sandifort, où les efforts d'une toux convulsive déterminèrent un cystocèle vaginal chez une jeune fille de dix-sept ans.

Quant au mécanisme du cystocèle vaginal, il est à peu près le même que celui des autres hernies en général, un point cède et la vessie le suit ou le pousse; nous avons dit que ce point de la paroi vaginale éprouvait un affaiblissement; c'est l'opinion de presque tous les auteurs; cependant M. Jobert de Lamballe soutient qu'au moins dans beaucoup de cas, la paroi vaginale s'épaissit à mesure qu'elle s'élargit; ce serait à la fois une hypertrophie en largeur et en épaisseur. Mais nous avons vu d'ailleurs (*Bibliothèque*, t. I, p. 124) comment le savant chirurgien de Saint-Louis expose le mécanisme du cystocèle vaginal.

Obs. 6. « Une femme, nommée Braë mard Françoise, âgée de trente-sept ans, teinturière, entra à l'hôpital Saint-Louis, le 26 février 1859. Cette malade, à son entrée, se trouvait dans l'état suivant: 1° amaigrissement général; 2° coloration jaune de la peau; 3° ventre volumineux, tendu, résistant à la pression, mais élastique et simulant la fluctuation, mat, excepté à l'épigastre et nullement douloureux à la pression; 4° urines bourbeuses, la malade éprouvait fréquemment le besoin d'uriner; 5° enfin, tumeur molle, fluctuante, ovale, faisant saillie hors de la vulve; elle s'étendait depuis le méat jusqu'au col de la matrice, qui était abaissé.

» L'introduction d'une sonde dans l'urètre, qui avait perdu sa direction, nous permit de reconnaître un cystocèle.

» Le 17 juin 1859, cette malheureuse femme succomba. C'était pour nous l'occasion d'étudier les parties dans le cystocèle. Nous dirons d'abord qu'on trouva la cavité abdominale remplie par une masse énorme d'une matière molle, d'un blanc-jaunâtre marbré, et très-vasculaire; le doigt la pénétrait facilement et on la séparait aisément des intestins; enfin l'excavation elle-même du bassin était

remplie par cette matière de nature véritablement encéphaloïde; le foie et le colon transverse avaient été fortement refoulés en haut ainsi que l'estomac. Le foie, les reins, l'utérus et ses annexes ne contenaient aucune parcelle de cette production accidentelle.

» Le vagin et la vessie formaient entre les grandes lèvres une tumeur ovoïde dont le sommet se terminait au méat urinaire. Elle offrait sur sa partie antérieure des plis transverses; en introduisant une sonde, on parcourait toute l'étendue de la cavité formée par cette poche; la vessie, examinée avec soin, n'offrait aucun changement ni dans son épaisseur, ni dans sa consistance. J'ai voulu m'assurer de l'état de l'aponévrose pelvienne, et, après avoir enlevé le péritoine, j'ai pu me convaincre qu'elle n'était le siège d'aucune éraillure; mais ses fibres étaient plus écartées et plus longues, et les ligaments pubio-vésicaux qui s'étendent sur le col de la vessie et sur les parois du vagin offraient une largeur beaucoup plus considérable que dans l'état ordinaire. La dissection de la face antérieure du vagin ne présentait pas la moindre déchirure; et, en introduisant dans le vagin un corps quelconque, on pouvait s'assurer qu'il n'existait d'amincissement dans aucun point.

» Mais comment a eu lieu le cystocèle? Est-ce la tumeur qui a concouru à sa formation, ou bien sont-ce les trois accouchements qui ont été cause de son apparition? Il peut bien se faire que ces deux choses y aient contribué; toujours est-il que les ligaments pubio-vésicaux dilatés et le défaut de soutien de la paroi antérieure du vagin, et non son éraillure, expliquent à merveille l'existence du cystocèle. (Jobert de Lamballe, *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. VIII, p. 711.)

En sorte qu'il y a sur l'altération qu'éprouve la paroi vaginale dans la formation du cystocèle trois opinions: l'une, appuyée sur des faits semblables au précédent, veut que la paroi du vagin s'affaiblisse en même temps qu'elle s'élargit; la seconde qui admet un amincissement progressif, une sorte d'usure des fibres du vagin, et enfin la troisième, qui suppose qu'il se fait une rupture dans les fibres

propres de ce conduit. Il y a une chose qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que ce pourrait bien être là un de ces cas où une partie de la vérité se trouve dans toutes les opinions, un certain nombre de faits répondant à chacune d'elles. Cependant on doit avouer que l'opinion de M. Jobert est la seule qui ait été convenablement vérifiée à l'autopsie; les autres ne semblent données que théoriquement.

Caractères anatomiques du cystocèle vaginal. L'observation précédente conduit naturellement à l'examen de l'anatomie pathologique de la hernie.

En se laissant guider plutôt par l'observation sur le vivant que par les autopsies encore peu nombreuses que possède la science sur ce sujet, il est évident que les faits, d'accord avec la disposition anatomique des parties, assignent comme siège ordinaire à la hernie de vessie par le vagin la paroi antérieure de ce canal. Placée en effet entre l'hémicycle antérieur du bassin et la face correspondante du vagin, la vessie, dès que ses liens viendront à se relâcher, descendra directement si elle obéit à sa pente la plus naturelle; c'est bien là assurément le mode normal de la maladie. Pour se hernier sur les côtés du vagin, la vessie a en quelque sorte besoin d'un élargissement latéral qui ne parait pas nécessaire, au moins au même degré, quand elle s'abaisse perpendiculairement. Aussi les autopsies sont-elles moins rares dans cette variété que dans la seconde; outre celle que nous avons empruntée à l'excellent Mémoire de M. Jobert, en voici une qui a été faite par le célèbre Duverney; il est à regretter qu'elle soit rapportée si brièvement:

Obs. 7. « En 1745 M. Duverney, chirurgien de Paris, et démonstrateur en anatomie et en chirurgie au Jardin royal, eut en sa disposition le cadavre d'une femme où se rencontrait une chute du vagin des plus considérables. Il sépara du reste du corps les parties qui composent le bassin, afin de pouvoir examiner avec plus de facilité cette hernie particulière. Il fit voir à l'Académie, d'une manière très-sensible, que le vagin avait entraîné dans sa chute, non-seulement la ma-

trice, mais aussi la vessie, dans laquelle était renfermée une pierre d'un volume assez considérable; il fit aussi remarquer que la vessie se trouvait dans la duplication que le vagin formait par la chute de sa portion antérieure. » (Verdier, *Mém. de l'Académie de chirurgie*, t. II, p. 28.)

Pour être rare, l'existence du cystocèle vaginal latéral n'en est pas moins démontrée par le scalpel. Il se montre même des deux côtés à la fois comme dans le cas rapporté par Burn de Glasgow, et que nous allons reproduire. Dans ce cas, une grande partie de la hernie s'était logée dans l'épaisseur de la grande lèvre. Cette observation fait voir encore comment, la vessie étant dépourvue de péritoine dans la partie qui se hernie, ce cystocèle manque de sac.

Obs. 8. « Observation communiquée par M. Burn de Glasgow, lue à la Société médicale d'Edimbourg. *Hernie vésicale de la grande lèvre.*

» Dans le courant de l'hiver dernier, le corps d'une très-vieille femme fut apporté à la salle de dissection.

» Quand l'abdomen fut ouvert et l'intestin grêle enlevé de la cavité pelvienne, la vessie, examinée par en haut, avait complètement perdu son apparence ovoïde. Elle était étendue en travers du bassin, ayant son grand diamètre dirigé transversalement; au lieu d'être verticale et d'occuper la partie moyenne du bassin, elle était déprimée au point de refouler la surface supérieure du vagin entre les lèvres de la vulve. Sur ses parties latérales, la vessie déplacée formait une sorte de diverticulum qui descendait à la manière d'une corne de chaque côté du vagin.

» Après avoir ouvert la vessie, on vit manifestement que la hernie s'était formée de chaque côté, à partir de la portion latérale de la vessie qui n'est pas recouverte par le péritoine.

» Conséquemment, dans cette espèce de hernie vaginale, il n'y a point de sac péritonéal.

» En passant le doigt dans le kyste du côté droit, je trouvai qu'il suivait la direction de la partie latérale du vagin, et qu'il était en définitive situé dans l'épais-

seur de la grande lèvre, très-près de la commissure postérieure de la vulve.

» Comme cette position de la tumeur ne s'accordait pas avec ce qui a été observé par sir A. Cooper, qui, le premier, a fait connaître aux chirurgiens la hernie de la grande lèvre, je remplis le sac herniaire de crin; on vit alors comme une boule qui occupait l'épaisseur de la grande lèvre, en arrière et au-dessous d'une ligne partant de l'orifice du vagin et dirigée de dedans en dehors. Sous ce rapport, il y avait une différence entre ce cas et ceux qui ont été examinés sur le vivant par M. Cooper, et dans lesquels la tumeur était située au-dedans du repli de la grande lèvre, au-dessous d'une ligne tirée de l'orifice du vagin et dirigée en dehors.

» Sur le sujet que j'ai disséqué, comme chez les malades de M. Cooper, la tumeur était pyriforme, mais elle ne suivait pas exactement le même trajet des deux côtés; à droite, la tumeur passait dans la grande lèvre, mais à gauche elle suivait le trajet du tendon du muscle obturateur interne, et paraissait, quand le kyste fut rempli de crin, comme une boule qui aurait été placée entre la partie inférieure du vagin et le rectum.

» Des deux côtés, la tumeur était située entre le muscle releveur de l'anus et le muscle obturateur interne.

» A gauche, la hernie s'était effectuée entre le muscle obturateur interne et le muscle releveur de l'anus. Le collet du kyste était étroitement embrassé par l'insertion membraneuse concave du muscle releveur de l'anus, laquelle eût indubitablement été la cause de l'étranglement, si ce dernier avait eu lieu.

» Ainsi que le prouve incontestablement cette dissection, on voit que même chez ce sujet, chez lequel cependant la tumeur était encore parfaitement réductible, il existait, dans le point déjà indiqué, un rétrécissement manifeste. En suivant en arrière le trajet de l'intestin sur l'obturateur interne, on trouvait qu'il y avait dans ce lieu une tendance naturelle à l'étranglement; aussi dans ce point un léger degré d'épaississement dans les viscères déplacés aurait-il suffi pour compléter l'incarcération.