

Sur une autre malade, M. Jobert supprima le premier temps de son procédé, l'emploi du nitrate d'argent, et il réussit également.

Obs. 18. « Le 31 octobre 1858, entra dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis, la nommée Tulotte (Marie-Catherine), âgée de quarante et un ans. Cette femme, d'une forte constitution, éminemment sanguine, se maria il y a douze ans, et devint immédiatement enceinte : sa grossesse fut heureuse. Peu de temps avant son accouchement, à la suite d'un effort brusque et violent qu'elle fit pour sortir du lit, elle ressentit dans le bas-ventre une vive douleur qui s'irradia bientôt dans toute la cavité abdominale; cette douleur avait été précédée d'un craquement. Elle eut cependant le courage de faire à pied une course très-longue; rentrée chez elle, elle éprouva une perte de sang considérable.

» Quinze jours après, elle accoucha; le travail fut long et douloureux. Il dura depuis quatre heures du matin jusqu'à minuit; le médecin avait songé à l'application du forceps; mais la malade s'y refusa dans la crainte que cet instrument ne nuisit à son enfant.

» Les efforts nombreux et prolongés qui furent faits pour obtenir l'expulsion du fœtus, donnèrent lieu à des douleurs vives et continuelles dans le bas-ventre. Cependant, chez cette femme, la menstruation se rétablit d'une manière régulière, et elle n'eut ni fluxes blanches ni écoulement purulent. A dater de cette époque, elle a vu paraître à la partie postérieure de la vulve, une tumeur qui a pris un volume de plus en plus considérable, si bien qu'elle a bientôt envahi l'orifice de la vulve. Les renseignements que nous donna la malade nous parurent incontestables, et nous pûmes établir d'une façon positive l'époque à laquelle se développa le prolapsus.

» Il datait de douze ans, et ce ne fut que deux mois avant son entrée à l'hôpital, que la malade s'aperçut que le col de la matrice, insensiblement tirailé par la tumeur qui faisait tous les jours des progrès, était descendu et se présentait enfin à l'entrée du vagin. Nous pensons que les efforts seuls de l'accouchement ont suffi

pour produire le déplacement de la paroi postérieure du vagin.

» *Etat de la malade lors de son entrée.*

1^o Au centre de l'orifice vulvaire, on rencontrait le col de la matrice plus largement ouvert que dans l'état normal, il était violacé et assez fortement hypertrophié; du reste, il était facile à réduire.

2^o Au-dessus du col utérin, on voyait un repli formé par le vagin et l'orifice de l'urètre, dont la direction était changée par le seul fait de la pression de la tumeur.

3^o Au-dessous du col de la matrice apparaissait la tumeur formée par le prolapsus de la paroi postérieure du vagin. Cette partie déplacée représentait un large pli transversal, qui se prolongeait au-devant de la commissure postérieure. Ce pli était exclusivement formé par le vagin; le rectum n'y participait en rien; il n'avait subi aucun déplacement, comme le toucher en donnait la preuve irrécusable.

» A l'aide du doigt on pouvait reconnaître, à une petite distance de la vulve, le point de réunion de la matrice avec la paroi postérieure du vagin. Du reste, cette tumeur n'apportait aucun obstacle à la défécation ni à l'émission des urines.

» Je proposai à cette malade de la guérir au moyen d'une opération qu'elle accepta, et qui fut pratiquée suivant le procédé indiqué plus haut.

» Je négligeai, dans cette occasion, de faire des plaies préparatoires à l'aide du nitrate d'argent.

» J'eus recours immédiatement au bistouri. Deux incisions parallèles, avec perte de substance, et dirigées de bas en haut, furent faites sur les parties latérales de la tumeur. Elles avaient environ deux pouces de longueur, laissant entre elles un espace qui devait être refoulé vers le rectum. La tumeur étant facilement réduite, je pratiquai le rapprochement et la mise en contact des deux plaies correspondantes, qui furent maintenues en rapport au moyen des sutures entortillées et entrecoupées. Il y eut à peine écoulement de sang; la malade fut rapportée à son lit et placée dans le décubitus dorsal, les jambes et les cuisses tenues demi-fléchies par des coussins placés sous les jarrets. Le cathétérisme fut pratiqué trois

ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, depuis le 10 novembre, jour de l'opération, jusqu'au 23 du même mois. A partir de cette époque, l'introduction de la sonde fut moins fréquente, et bientôt la malade urina d'elle-même sans éprouver de cuisson. Elle put se lever le 30 novembre, et quitta l'hôpital le 15 décembre; la tumeur n'avait pas reparu, quoique notre malade eût fait beaucoup d'efforts et de mouvements.

» J'ai voulu, avant de la perdre de vue, examiner l'état des parties; je les ai explorées dans les positions horizontale et verticale, et j'ai trouvé que l'utérus et le vagin avaient repris leur position et leurs rapports normaux. La paroi vaginale postérieure avait beaucoup perdu en étendue et offrait dans son milieu une saillie dirigée longitudinalement, et qui résultait de l'adossement et de la réunion des deux plaies. Vers la fin de janvier 1859, j'ai revu cette malade qui allait partir pour son pays; je l'examinai de nouveau, et je pus constater qu'elle était parfaitement guérie; car, malgré les travaux pénibles et continuels auxquels elle s'était livrée depuis, la tumeur n'avait pas reparu. Voilà un fait que je livre, sans commentaires, à l'examen; peut-être paraîtra-t-il confirmer la bonté de ce procédé, qui, dans le cas où il n'a pas réussi à détruire des infirmités qu'on regarde généralement comme incurables, n'a du moins entraîné à sa suite aucun accident grave. (Jobert de Lamballe, *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. VIII, p. 716.)

Malgré ces succès répétés, M. Malgaigne s'en tient au traitement palliatif dans la crainte de la récurrence encore à redouter, selon lui, bien que rien ne l'annonce six mois après l'opération; et il rapporte plusieurs cures palliatives qu'il a obtenues avec des pessaires ou avec la ceinture hypogastrique. En voici deux exemples qui méritent d'être rapportés ici.

Obs. 19. « J'ai eu à traiter une dame qui était dans ces conditions, et pour laquelle je fus très-heureux de recourir aux pessaires en gimblette. Il me fallut pour combler ce vaste vagin, un pessaire tellement ample, que M. Lasserre, qui me le fournit, le gardait plutôt pour la montre, et en façon d'enseigne, que dans l'es-

poir d'en faire jamais usage. Il avait près de quatre pouces de diamètre, avec une épaisseur proportionnée, et il maintint suffisamment bien la vessie.

Obs. 20. « Plus récemment, des circonstances tout opposées m'ont suggéré l'idée d'un moyen tout différent; et le succès en a été si heureux, que dorénavant pour tous les cas de cystocèle il conviendra de l'essayer avant de condamner les malades à la fâcheuse ressource des pessaires. J'étais consulté par une demoiselle de vingt-neuf ans, qui avait toujours été sage, et qui n'avait nullement renoncé à se marier; aussi, à la première proposition d'un pessaire, s'écria-t-elle qu'elle aimerait mieux le mal que le remède. J'avais plusieurs fois employé avec avantage, comme beaucoup de chirurgiens, les ceintures hypogastriques contre l'antéversion de l'utérus, et, peu auparavant, j'avais traité de cette manière une antéversion accompagnée de fréquents besoins d'uriner; ce qui m'avait fait penser à essayer la ceinture hypogastrique pour le cystocèle même. La malade entra avec empressement dans mes vues; l'appareil enleva, en moins de vingt-quatre heures, toutes les incommodités qui l'affligeaient, et jamais aucun pessaire n'a produit de cure palliative plus prompte et plus complète. » (Malgaigne, *Journal de chirurgie*, 1844, pag. 417.)

Mais si l'on se rappelle, d'un côté, la rareté des cures radicales obtenues par le pessaire, et de l'autre l'assujettissement qu'impose cet instrument porté ainsi à perpétuité, la gêne, les douleurs et même les accidents qu'il cause trop souvent, la mauvaise odeur et la malpropreté qu'il entretient, le dégoût qu'il inspire, enfin ses insuccès, on comprendra qu'une femme, surtout si elle est jeune, se soumette à une opération qui, entreprise trois fois, a réussi trois fois, et débarrassé pour toujours la malade. Après l'essai inutile de moyens plus doux, nous n'hésiterions pas à imiter le procédé de M. Jobert de Lamballe.

Si la tumeur était irréductible et ne pouvait se débarrasser de son urine, il faudrait donner le coup de trois-quarts.

On n'a point encore d'exemple d'un véritable étranglement du cystocèle vagi-

nal, mais la hernie a contenu souvent des calculs. La taille est alors plus facile encore qu'à l'état normal; aussi l'idée s'en est-elle d'abord présentée aux chirurgiens. Elle a été pratiquée avec succès dans le cas suivant par le célèbre Ruysch.

Obs. 21. Ruysch rapporte qu'une femme se trouvait accablée par les douleurs que lui causait une chute de matrice: la difficulté d'uriner était si grande, que la mort semblait, à la malade, moins affreuse que les maux qu'elle ressentait, ce sont ses termes. Il dit encore, qu'en touchant la tumeur qui se montrait au dehors, il reconnut qu'il y avait des pierres cachées dans son épaisseur, ce qui le détermina à inciser cette tumeur suivant sa longueur dans l'endroit où il jugeait que ces pierres étaient cachées; il tira par cette incision quarante-deux pierres de différentes grosseurs; la plus considérable avait à peu près le volume d'une noix ordinaire. L'urine qui s'écoula par la plaie dans l'opération, ne permit pas à Ruysch de douter que ces pierres n'eussent été renfermées dans une portion de la vessie, qui avait été entraînée par la matrice.

» L'opération eut un succès des plus heureux, quoique la femme fût âgée de quatre-vingts ans, et qu'elle eût souffert depuis vingt années des douleurs inexprimables. » (Ruysch, *Obs. anat.-chir.*, obs. 1.)

Aujourd'hui, si les calculs étaient réductibles, si l'on pouvait les faire rentrer dans la vessie, il faudrait les réduire et pratiquer la lithotritie, plus innocente encore ici que la taille et qui ne laisse point comme elle le danger d'une fistule.

§ 2. Cystocèle inguinal.

Causes du cystocèle inguinal. Après celui qui se fait par le vagin, le cystocèle inguinal est le plus fréquent. L'éloignement où le réservoir urinaire se trouve des anneaux à l'état normal, dit d'avance combien son ampleur doit s'augmenter pour que le viscère se présente à ces ouvertures et puisse s'y engager. Les causes de l'élargissement de la vessie, la rétention d'urine principalement, doivent donc ici agir avec une grande intensité, pour préparer la formation de la hernie.

Les circonstances qui la déterminent sont les mêmes que pour les autres hernies en général, et de plus, suivant les auteurs, l'habitude de se coucher du même côté. Quant au mécanisme de la production de ce cystocèle, voici comment M. Vidal (de Cassis) l'a indiqué :

« Le cystocèle inguinal ne doit pas ordinairement parcourir tout le canal, mais traverser sa paroi postérieure (hernie directe); le plus souvent il ne forme qu'une tumeur arrondie au-devant de l'anneau, quelquefois il descend dans le scrotum. Dans ce dernier cas, la hernie n'est plus formée par la seule paroi antérieure de la vessie, la paroi postérieure s'engage aussi; et celle-ci étant tapissée par le péritoine, il se trouve au-devant de la portion herniée de la vessie un sac péritonéal tout semblable à celui qui accompagne le cœcum et prêt à recevoir une anse intestinale ou une portion d'épiploon. Cette double hernie peut se former de deux manières différentes. Tantôt c'est la vessie, qui, se déplaçant la première, entraîne le péritoine qui tapisse sa paroi postérieure et son sommet, et ce n'est que secondairement que le sac herniaire se trouve formé; d'autres fois la hernie épiploïque ou intestinale préexiste, et, le sac s'agrandissant, le péritoine qui le forme entraîne celui de la vessie et la partie de cet organe qu'il tapisse, alors l'entéro-épiplocèle est primitif et le cystocèle est secondaire, ce double mécanisme a été bien compris et expliqué très-clairement par Verdier. » (Vidal, *Traité de patholog. externe et de méd. opérat.*, t. v, p. 87.)

On va voir, par le passage suivant, la justesse de ce jugement sur Verdier, que plus d'un auteur avait copié sans le dire; ce passage est le développement du texte que nous venons de citer.

« Pour concevoir la formation du sac qui couvrait antérieurement la portion de la vessie passée dans le scrotum, il sera bon de se rappeler ce qui arrive ordinairement à la hernie de quelque intestin, et à celle de l'épiploon, quand l'une et l'autre sont produites par le relâchement du péritoine.

» Lorsque l'épiploon et quelque intestin sont forcés de sortir du ventre par

les anneaux, à l'occasion des compressions répétées qu'ils reçoivent de la part du diaphragme et des muscles du bas-ventre, ils commencent par pousser peu à peu la portion du péritoine qui couvre intérieurement ces ouvertures: le péritoine, cédant alors à l'impulsion de ces parties, s'engage dans les anneaux, et y forme, par degrés, un sac où elles se renferment; et ce sac, que l'on nomme herniaire, s'avance quelquefois jusqu'au bas du scrotum.

» Si la vessie, au contraire, a les dispositions nécessaires, dont il est fait mention ailleurs, pour sortir par les anneaux, elle ne saurait pousser devant elle la portion du péritoine qui les couvre intérieurement du côté de la capacité du ventre, puisqu'elle n'y est pas entièrement renfermée. Le péritoine attaché, comme l'on sait, à la partie postérieure de la vessie jusqu'à environ l'insertion des uretères, forme dans cet endroit une espèce de demi-cloison transversale, qui la sépare en quelque façon des autres viscères. Ainsi, lorsque la vessie aura les dispositions nécessaires pour s'échapper par les anneaux, et que par les compressions répétées de la part des organes voisins, elle sera forcée de sortir par celle de ces ouvertures qui lui fera le moins de résistance, ce sera sa partie antérieure et un peu latérale, comme en étant la plus voisine, qui y entrera la première, en écartant peu à peu la portion du péritoine qui couvre intérieurement l'anneau.

» La partie antérieure de la vessie une fois entrée dans cette ouverture, la postérieure suivra nécessairement et, conséquemment, la portion du péritoine qui lui est attachée, laquelle entraînera celle qui couvre l'anneau, puisqu'elles sont continues. Or la portion du péritoine qui couvrait l'anneau antérieurement, ne peut être entraînée dans cette ouverture sans former un sac, lequel suivra la partie de la vessie qui fait la hernie.

» On voit, par cet exposé, les différentes manières dont se forment, et le sac qui renferme la hernie intestinale ou l'épiploïque, et celui qui se rencontre à la hernie de la vessie; car dans l'intestinale ou l'épiploïque, c'est toujours le sac qui précède la partie qui fait la hernie et dans

lequel elle se renferme, d'où vient qu'on l'a nommé sac herniaire; au lieu que dans la hernie de la vessie c'est la partie qui forme la hernie qui passe la première, et le sac vient après en l'accompagnant; et s'il arrive que la portion de la vessie qui est passée par l'anneau, s'avance jusque dans le scrotum, le sac qui la suit est placé antérieurement le long de cette portion de la vessie, et il s'y trouve attaché par un tissu cellulaire.

» Il est bon d'observer que ce sac et la portion de la vessie qui l'accompagne sont placés l'un et l'autre au devant du cordon des vaisseaux spermatiques, comme on le voit à l'égard du sac des hernies ordinaires; car il est très-rare de trouver ce cordon au devant du sac herniaire. M. Boudou a dit ne l'avoir vu que deux fois, et M. Ledran convient ne l'avoir vu qu'une fois seulement, quoique l'un et l'autre aient pratiqué long-temps la chirurgie dans les hôpitaux les plus renommés de Paris.

» Le sac qui accompagne la portion de la vessie qui fait la hernie étant vide, et sa cavité communiquant avec celle du ventre où l'on sait que l'épiploon et les intestins sont renfermés, on conçoit aisément qu'ils ne manqueront pas d'entrer dans ce sac, pour peu qu'ils y soient déterminés par quelque cause particulière, surtout lorsque la vessie est vide. On ne doit donc point s'étonner si la hernie de la vessie est souvent accompagnée ou suivie de celle de l'épiploon ou de l'intestin.

» Mais s'il est vrai que la disposition particulière du sac qui accompagne la hernie de la vessie occasionne quelquefois la hernie de l'intestin ou de l'épiploon, celles-ci peuvent à leur tour occasionner la hernie de la vessie, comme je le prouverai dans la suite. » (Verdier, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. II, p. 7.)

Effectivement, l'auteur complète plus tard l'exposition du mécanisme de la hernie de la vessie par l'anneau, et le fait en ces termes :

« Pour concevoir comment la hernie intestinale ou l'épiploïque peut occasionner celle de la vessie, il faut faire attention que le sac herniaire qui contient

l'intestin ou l'épiploon, est produit par le péritoine, qui ferme intérieurement les anneaux, et que j'ai dit recouvrir aussi la partie postérieure de la vessie. Or, si l'on suppose que la hernie intestinale ou l'épiploïque soit ancienne, d'un volume considérable, et abandonnée à elle-même, comme il arrive à ceux qui négligent de porter un bandage, elle forcera par son poids le sac herniaire de s'allonger, et celui-ci, en s'allongeant, entraînera peu à peu la portion du péritoine qui couvre postérieurement la vessie, et conséquemment la vessie elle-même, pour peu qu'elle soit disposée à céder à ces tiraillements : la vessie, ainsi entraînée, formera une hernie en passant par l'anneau, et cette hernie accompagnera celle de l'intestin ou de l'épiploon. Le volume de cette seconde hernie sera plus ou moins considérable, suivant l'étendue de la portion de la vessie qui aura été entraînée, et selon qu'elle sera plus ou moins pleine d'urine.

» On peut ajouter à cette explication ce qui a été dit ci-devant sur la situation du corps quand on est couché, lorsque j'ai parlé de la formation de la hernie simple de la vessie, d'autant plus que cette situation paraît devoir contribuer beaucoup à la production de la hernie de la vessie compliquée avec celle de l'intestin ou de l'épiploon, surtout si elle est ancienne et d'un volume considérable ; ce qui suppose nécessairement une grande dilatation de l'anneau, dans lequel la vessie se portera d'autant plus aisément, lorsqu'on sera couché sur le côté, que cette dilatation sera plus considérable et que cette cause particulière sera secondée par quelque effort.

» Il est bon d'observer que la portion de la vessie qui est passée par l'anneau, et que j'ai dit se joindre à la hernie de l'intestin ou de l'épiploon, n'est pas contenue dans le même sac qui renferme ces parties : elle se glisse, en sortant de l'anneau, entre la partie postérieure de ce sac et le cordon des vaisseaux spermatisques. » (Verdier, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. II, p. 41.)

Voici un cas où l'autopsie, confirmant la description de Verdier, montra parfaitement le cystocèle dépourvu de sac, et

placé derrière celui d'un sphacèle ou d'un entérocele réduit :

Obs. 22. « En 1742, dans l'absence de M. Foubert, alors chirurgien en chef de la Charité, M. Curade, son élève, chirurgien d'Avignon, prêt à faire l'ouverture du cadavre d'un homme âgé d'environ soixante-quinze ans, mort dans cet hôpital après avoir souffert plusieurs rétentions d'urine, aperçut à l'aîne gauche une tumeur qui se continuait tout le long du scrotum, et qui était un peu inclinée vers la cuisse du même côté. Cette tumeur ne faisait pas beaucoup de saillie, et l'on ne distinguait en la touchant que des membranes épaisses et mollasses. M. Curade pensa que ce pouvait être le sac d'une ancienne hernie, dans lequel quelque portion de l'épiploon était restée ; il ouvrit cette tumeur avec les mêmes précautions qu'il aurait prises sur une personne vivante.

» Après avoir coupé la peau du scrotum et le tissu cellulaire ou folliculeux qui se trouve au-dessous, il découvrit, comme il l'avait soupçonné, un sac membraneux qui s'étendait depuis l'anneau jusqu'à trois travers de doigt au-dessous. Il ouvrit ce sac dans toute sa longueur et ne trouva rien qui y fût renfermé ; il observa seulement que sa cavité communiquait avec celle du ventre par une ouverture assez étroite. Examinant la surface interne de ce sac, qui paraissait d'abord unie et polie, il y découvrit plusieurs petits replis irréguliers, tant à la partie supérieure qu'à l'inférieure, tandis que le milieu, qui répondait à la partie postérieure, se trouvait un peu élevé. En touchant ce milieu, il y sentit une espèce de fluctuation, comme s'il y avait eu une poche à demi pleine cachée derrière ; ce qui le porta à juger que c'était, ou une espèce d'hydrocèle, ou une hernie de la vessie. Pour s'en assurer, il injecta de l'eau dans la vessie à la faveur de la sonde : il vit alors l'hypogastre s'enfler, l'enflure se continuer par l'anneau jusque dans le scrotum, et la poche qu'il avait prise pour une hydrocèle se remplir ; il ne douta plus que ce ne fût une hernie de la vessie.

» M. Curade, après avoir séparé du cadavre le bassin en entier, y laissant at-

taché le scrotum avec la partie inférieure des muscles du bas-ventre, fit voir à l'Académie cette hernie particulière et lut l'observation dont je viens de donner l'extrait.

» Il est aisé de concevoir que, dans ce cas, une partie de la vessie était passée dans le scrotum et se trouvait comme étranglée à l'endroit de l'anneau ; elle avait perdu sa figure naturelle et avait pris celle d'une gourde ou calebasse, formant deux cavités d'inégale grandeur, un col entre deux. La portion de la vessie restée dans le bassin était beaucoup plus grande que la portion qui se rencontra dans le scrotum.

» La vessie était fort ample ; ses deux portions, prises ensemble, contenaient environ trois chopines d'eau, mesure de Paris, c'est-à-dire trois livres de liqueur.

» La graisse, qui couvrait la vessie de toutes parts, se trouvait en plus grande quantité et plus mollasse qu'elle ne l'est ordinairement.

» La portion de la vessie passée dans le scrotum était attachée par un tissu cellulaire, non-seulement au sac membraneux qui la couvrait par-devant, mais aussi aux endroits du scrotum auxquels elle touchait par le reste de son étendue. L'ouraqué était entraîné jusque dans le scrotum, de même que l'artère ombilicale gauche ; ce qui démontrait que la hernie était formée en partie par le sommet de la vessie, auquel on sait que l'ouraqué se trouve attaché. » (Verdier, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. II, p. 4.)

L'état de la vessie en elle-même n'est pas moins intéressant à étudier que ses nouveaux rapports, comme le montre l'observation précédente, elle offre au milieu de l'anneau un rétrécissement qui en fait une sorte de gourde recourbée. La grandeur respective de ces deux portions de la vessie varie suivant les cas, c'est-à-dire suivant le volume de la hernie. Tantôt, comme nous l'avons vu, la paroi antérieure du viscère ne fait que bomber en avant ; tantôt une grande partie de la totalité est descendue dans le scrotum. Dans ce dernier cas, la poche extrapelvienne n'étant plus soutenue par la compression des autres viscères,

et se laissant de plus en plus distendre par les urines accumulées, s'amincit et perd son ressort ; tandis que lorsqu'il n'existe qu'une pointe de hernie, ce commencement de tumeur se vide comme la grande poche restée renfermée dans le bassin ; et c'est sans doute dans ce cas qu'on a remarqué la réduction spontanée du cystocèle pendant la nuit ou sous l'influence des contractions de la vessie.

La hernie peut être assez considérable pour que le sommet de la vessie passe par l'anneau ; et alors, comme dans l'observation précédente, l'ouraqué arrive jusque dans la tumeur, seul ou avec une des artères ombilicales.

Dans le fait très-curieux que nous allons rapporter, l'ouraqué s'était rompu en quelque sorte en deux temps, par les secousses de deux chutes, accompagnées, surtout la dernière, d'une douleur assez vive dans la hernie. Nous ajouterons que le fait, bien que probable, ne nous paraît point exposé avec assez de précision pour ne rien laisser regretter sous le point de vue de l'authenticité.

Obs. 25. « En 1745, M. Maurain le jeune lut à l'Académie une observation qu'il avait faite, en 1756, sur une hernie de la vessie jointe à celle de l'intestin. Il dit que le malade, qui était octogénaire, ayant fait douze ans auparavant une chute de cheval, sentit à l'instant une espèce de craquement dans le ventre, accompagné d'une douleur très-vive, et qu'il parut dans l'aîne gauche une tumeur que l'on jugea être une hernie intestinale.

» La réduction en étant faite, on appliqua le bandage ordinaire ; mais le malade s'en trouvant fatigué au bout de quelques mois, il en négligea l'usage, ce qui donna lieu à la hernie de reparaitre. Comme il avait une difficulté d'uriner, qui cessait dès que la hernie était réduite, on jugea qu'elle était formée aussi par une portion de la vessie qui s'était échappée par l'anneau.

» Quelques années après, le malade, faisant un léger effort pour monter en carrosse, sentit encore un craquement plus considérable que celui qu'il avait éprouvé à l'instant de sa première

chute, avec beaucoup de douleur et une pesanteur dans l'aîne; et quoiqu'il eût alors son bandage, la hernie reparut, la fièvre survint et fut bientôt accompagnée de nausées, de hoquets et de difficulté d'uriner. On tenta, mais inutilement, la réduction de la hernie; en vain les saignées répétées jusqu'au nombre de quatre et les topiques émollients furent mis en usage: les accidents augmentèrent, le vomissement même des matières stercorales survint, et l'on fut obligé d'en venir à l'opération. M. Renard la fit en présence de MM. Dulatier, Boudou, de Bussac, Maurain et autres. On reconnut que l'intestin seul ne formait pas la hernie, mais qu'une portion de la vessie y était aussi comprise, comme on l'avait pensé.

» La disposition gangréneuse de l'intestin ne permit pas qu'on en fit la réduction, et les adhérences que la vessie avait contractées avec les parties voisines obligèrent aussi de la laisser au dehors. Le malade étant mort le lendemain de l'opération, M. Maurain en fit l'ouverture.

» Il remarqua que les adhérences de la vessie au scrotum et à l'anneau étaient très-fortes; il dit même avoir trouvé l'ouraqué séparé du sommet de la vessie, où l'on sait qu'il est naturellement attaché: il jugea que cette séparation avait commencé dans le temps de la chute du malade, et que l'effort qu'il fit en montant en carrosse l'avait achevée. En effet, ajoute-t-il, le malade avait ressenti dans ces deux temps un craquement considérable dans le ventre. » (Verdier, *loc. cit.*, p. 19.)

Maintenant que nous avons indiqué l'état anatomique de l'organe hernié, il importe d'examiner celui de l'ouverture qui lui donne passage. Nous ne dirons rien des enveloppes de la tumeur, parce que ce serait entrer dans l'histoire générale des hernies. Le plus souvent, sinon toujours, l'anneau offre une dilatation considérable; aussi a-t-on remarqué que c'est communément dans les grosses descentes que se rencontre le cystocèle inguinal. Nous allons rapporter un exemple de cette dilatation, très-intéressant, et qui montrera nettement la situation et les connexions

du sac et l'épaississement de l'enveloppe fibreuse du cordon :

Obs. 24. « Cette observation a pour sujet un malade de M. Maiden. J'avais été fréquemment appelé pour voir ce malade, qui avait une hernie ventrale qui s'était étranglée, et dans mes efforts pour la réduire je découvris, par hasard, qu'il y avait en même temps un cystocèle inguinal. Comme ce malade avait déjà atteint un âge avancé, je prévins un de ses parents, qu'indépendamment de sa hernie ventrale, ce malade portait une autre hernie incurable, dont il était à désirer que la nature pût être constatée à l'autopsie.

» Le malade étant mort au bout de quelques années, j'emportai la hernie et les parties environnantes pour les disséquer avec soin.

» On trouva à droite une hernie inguinale volumineuse, qui descendait jusque dans la partie inférieure du scrotum; en enlevant les téguments, on trouva le fascia du cordon et le crémaster sur la tumeur: tous deux avaient subi un accroissement de densité.

» Ces diverses couches étant enlevées, on aperçut le sac.

» Celui-ci était formé par le péritoine, comme dans la hernie inguinale ordinaire, et présentait le même aspect que dans cette hernie.

» Lorsque le sac eut été ouvert, l'intestin et l'épiploon se présentèrent. Le sac, dans lequel ils étaient contenus, était complet, et la portion de vessie contenue dans le sac restait encore cachée. J'insufflai alors la vessie par l'urètre, dans l'intention de distendre ce réservoir, et, immédiatement après cette insufflation, la vessie commença à se gonfler, non-seulement dans la portion contenue dans le bassin, mais encore dans celle que renfermait le scrotum. Cette distension put être poussée jusqu'au point de faire acquiescer à la portion de vessie déplacée, le volume d'un œuf d'autruche.

» La portion de vessie, qui était déplacée, était cachée derrière le sac péritonéal, à la partie postérieure duquel elle adhérait étroitement par sa surface antérieure.

» En arrière, elle était unie au scrotum

et à la tunique vaginale du cordon, par du tissu cellulaire. En suivant, à la partie supérieure, le trajet de cette portion déplacée, on trouva qu'elle remontait à travers l'anneau et le canal inguinal, en conservant dans tout son trajet les mêmes rapports avec le crémaster et les vaisseaux spermatiques. A partir du canal inguinal, elle descendait dans le bassin à travers l'anneau abdominal. Il n'est pas besoin de relater que les deux anneaux, spécialement l'interne, étaient très-dilatés. La forme de la vessie, en comprenant la partie intrapelvienne et la partie déplacée, représentait une gourde à goulot coudé.

» Cette variété de hernie reconnaît pour cause un état de relâchement de la vessie, relâchement favorisé, sans aucun doute, dans ses effets, par la négligence qu'apportent certains individus à évacuer la vessie, quand les évacuations sont nécessaires. Dans ces circonstances, en effet, la vessie se dilate latéralement et s'étend assez pour remonter à la partie inférieure de l'abdomen, et pour atteindre l'anneau abdominal à travers lequel elle est poussée par la pression qu'exercent, en vertu de leur poids, les viscères abdominaux placés au-dessus, aussi bien que par l'action des muscles abdominaux, du diaphragme et du pyramidal. » (A. Cooper, *Trad. franç.*, p. 296.)

Nous avons ainsi passé en revue les altérations anatomiques que présente le cystocèle inguinal, en les démontrant le plus possible par des faits, qui n'ont jamais plus besoin d'être multipliés, que dans les sujets encore peu étudiés. Après l'exposition de ces lésions, nous allons procéder à celle des troubles fonctionnels qu'elles amènent, et des autres symptômes.

Symptômes du cystocèle inguinal. Le cystocèle inguinal se présente sous la forme d'une tumeur indolente, sans changement de couleur à la peau, dont le volume et la consistance varient suivant que le malade garde plus ou moins longtemps ses urines: molle et petite, quand il y a peu de temps qu'elles sont rendues; volumineuse et dure, dans le cas contraire. Nous ajouterons que, sous l'influence des efforts de miction, cette

tumeur doit augmenter de consistance, sinon de volume, en continuant de supposer, bien entendu, qu'il n'y ait pas d'interception du rétrécissement qui constitue la communication des poches extra et intra pelviennes. Récente et peu considérable, cette hernie disparaît dans le décubitus; plus grosse, et se prolongeant dans le scrotum, elle offre, quand elle est pleine d'urine, une fluctuation non douteuse. Si elle est vide, on ne sent plus que des membranes épaisses, mollasses et mobiles sous les doigts. Une seule observation, elle est d'A. Cooper, fait mention de l'opacité de la tumeur, lorsqu'on la regarde placée entre l'œil et une lumière. Les autres chirurgiens ne paraissent point avoir songé à ce signe, dont l'épaisseur des parois vésicales et les caractères physiques de l'urine paraissent indiquer la consistance.

Des envies fréquentes ou la difficulté d'uriner, quelquefois ces deux choses en même temps; voilà les troubles les plus ordinaires de l'excrétion urinaire. Plusieurs malades ne peuvent uriner qu'en soulevant le scrotum et en comprimant la tumeur.

On lit dans les *Observations anatomiques et chirurgicales* de Ruysch, qu'un marchand d'Amsterdam, attaqué d'une grande difficulté d'uriner, ne pouvait rendre les urines qu'en élevant les bourses et en les comprimant avec les mains.

Cette incommodité était causée par une hernie de la vessie, ce qui fut reconnu, après la mort, par la dissection d'un bubonocèle avec étranglement, auquel il n'avait pas été possible de remédier: l'intestin iléon, qui formait la descente, se trouva gangrené, et une grande portion de la vessie était passée dans le scrotum. (Ruysch, *Obs.-anat. chirurg.*, obs. xcym.)

Faut-il comprendre, par ce fait exposé d'une manière peu nette, que l'excrétion de l'urine était complètement impossible sans l'élevation du scrotum, et la compression de la tumeur? Non, sans doute; pourquoi la portion pelvienne de la vessie ne se serait-elle pas vidée sans aucun secours? Il faudrait alors admettre que toute la vessie était paralysée, et qu'il ne s'écoulait par l'urètre que ce que la compression de la tumeur faisait passer d'u-

rine dans la portion extrapelvienne du viscère. N'est-il pas plus vraisemblable que l'urine contenue dans cette portion était évacuée spontanément, et que la compression était nécessaire pour vider la poche extérieure? C'était le cas de beaucoup de malades dont on a recueilli les observations, entre autres de l'un de ceux de Ledran.

Obs. 25. « En 1759, M. Ledran fut mandé pour un homme âgé de quarante ans, réduit à l'extrémité, à l'occasion d'une rétention d'urine, que plusieurs autres avaient précédée. Outre la tumeur que la vessie, engorgée d'urine, formait au-dessus du pubis, il y en avait une seconde à côté du muscle droit, et un peu plus élevée que la première, laquelle céda facilement au toucher.

» M. Ledran ayant tiré par la sonde trois livres d'urine, la tumeur située au-dessus du pubis disparut, et l'urine cessa de couler. Une pression légère sur la seconde tumeur, procura une nouvelle sortie d'urine, et fit disparaître cette tumeur. Malgré le soulagement que le malade reçut de la sonde, qui fut laissée dans la vessie, il mourut peu de jours après, et M. Ledran ne put satisfaire sa curiosité par l'ouverture du cadavre, les parents n'ayant pas voulu la permettre.

» M. Ledran pense que cette seconde tumeur était une poche formée par l'urine amassée en quantité dans la tunique nerveuse de la vessie poussée peu à peu dans l'intervalle que les fibres de la tunique charnue laissent entre elles, et il est persuadé que cette poche n'avait de difficulté à se vider dans la vessie, que par le resserrement de ces mêmes fibres charnues, qui formaient une espèce d'anneau autour de la poche, dans son union avec la vessie. » (Verdier, *Mém. de l'Acad. de chirurg.*, t. II, p. 26.)

Diagnostic du cystocèle inguinal. Le diagnostic du cystocèle inguinal est très-facile. En effet, s'il est réductible, il se distingue de l'entérocele, parce que le gargouillement n'en accompagne pas la rentrée; de l'épiplocèle par la fluctuation, et de tous deux par les variations de volume qui sont liées à l'excrétion urinaire. Pourrait-on confondre le cystocèle avec l'hydrocèle congénitale? Les deux tumeurs

sont également réductibles, au moins quant à leur contenu; mais l'hydrocèle est ordinairement transparente et le cystocèle opaque. Toutes deux, les tumeurs peuvent se vider ou au moins diminuer par la position horizontale; mais l'hydrocèle ne présente point de variations de volume comme le cystocèle, variations dont la plus significative serait la réapparition de la tumeur, malgré la position horizontale, dans le cystocèle, si le malade reste long-temps sans uriner, réapparition qui n'aurait point lieu, surtout d'une manière si prononcée, dans l'hydrocèle congénitale. Cette influence de l'excrétion urinaire est si importante, qu'elle a suffi à Méry pour lui faire reconnaître un cystocèle qu'il prenait encore pour une hydrocèle ordinaire.

Obs. 26. Méry dit qu'ayant été appelé dans une maison religieuse pour soulager le général de la congrégation qui se plaignait d'une grande difficulté d'uriner, il découvrit du côté gauche du scrotum une tumeur d'un volume considérable, dans laquelle il sentit une fluctuation manifeste, ce qui le porta d'abord à croire que c'était une hydrocèle, dont les eaux étaient renfermées dans les membranes propres du testicule; mais le malade le tira bientôt d'erreur, car, en comprimant en sa présence les bourses avec les mains, il fit sortir l'urine par l'urètre, et la prétendue hydrocèle disparut entièrement.

» Alors M. Méry assura le malade qu'il avait une hernie de la vessie. Quelque temps après ce religieux, qui avait plus de quatre-vingts ans, mourut, et M. Méry se confirma dans son opinion par l'ouverture du cadavre: il trouva une grande portion de la vessie passée dans le scrotum. » (*Mémoires de l'Académie des sciences*, 1715.)

Un autre caractère qui n'appartient qu'au cystocèle, c'est qu'il peut arriver que, bien que le malade urine considérablement, on ne sente pas la tumeur ordinairement formée dans le ventre quand le malade retient son urine: cas où alors la tumeur est la plus tendue et la plus volumineuse.

Obs. 27. « Au mois de janvier 1750, M. de La Porte vit un domestique, âgé

d'environ soixante-dix ans, tourmenté d'une rétention d'urine, qui avait été précédée de plusieurs autres. M. de La Porte ne trouva point dans la région hypogastrique l'élévation que la vessie gorgée d'urine y produit ordinairement; mais il rencontra aux deux aines une tumeur de consistance assez molle et dont le volume égalait celui d'un gros œuf de poule. En vain fit-il quelques tentatives pour faire rentrer ces tumeurs, elles ne produisirent d'autre effet que de faire échapper quelques gouttes d'urine par l'urètre: ce qui donna lieu de penser que les tumeurs pouvaient être formées par la vessie même, qui s'étant prolongée dans ses parties latérales, serait sortie par les anneaux.

» M. de La Porte n'en douta plus, lorsqu'après avoir inutilement employé la saignée, les potions huileuses, etc., il fut obligé de sonder le malade.

» De légères compressions que l'on faisait sur les hernies facilitèrent la sortie de l'urine par la sonde, à la quantité de trois chopines, c'est-à-dire de trois livres, mesure de Paris. On sent bien que la vessie ainsi prolongée par ses parties latérales formait une espèce de besace remplie par les deux bouts. M. de La Porte n'eut pas la satisfaction de continuer plus long-temps ses soins au malade; son maître le fit transporter à l'hôpital de la Charité, où il mourut quelques jours après. » (Verdier, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. 2, p. 52.)

Cette observation est un exemple remarquable et probablement unique d'un cystocèle inguinal existant des deux côtés à la fois. Le cystocèle inguinal a été, comme l'anévrisme, comme toutes les affections qui ont les signes les plus caractéristiques, l'objet des plus grossières méprises, qui le plus souvent doivent être mises sur le compte de l'ignorance.

Obs. 28. « Un chirurgien de campagne avait pris pour un abcès, la tumeur que la hernie formait dans l'aine; il n'est pas le seul qui s'y soit mépris. Un autre, aussi peu instruit, voyant une tumeur inguinale circonscrite, fort dure, sans changement de couleur à la peau, la crut un bubon vénérien squirreux. Dans cette idée, il appliqua les cataplasmes et les

emplâtres les plus émollients; enfin, ennuyé du peu d'effet de ces topiques, il se détermina à appliquer un caustique sur la tumeur et à inciser l'eschare; mais quel fut l'étonnement de ce chirurgien lorsqu'il aperçut une pierre dans le sac qu'il avait ouvert! La sortie continuelle de l'urine par la plaie ne laissa aucun doute sur le caractère de la maladie. On sent bien qu'en pareil cas on ne doit pas balancer à employer le moyen qui a réussi à M. Guyon: je veux dire la sonde ou algalie introduite dans l'urètre, pour empêcher que l'urine ne continue de s'écouler par la plaie, sans quoi elle ne manquerait pas de devenir fistuleuse, comme on l'a vu arriver à celles où ce moyen a été négligé. » (Verdier, *l. cit.*, p. 15.)

Complications du cystocèle inguinal. Le cystocèle inguinal peut être compliqué d'une hernie intestinale ou épiploïque. L'une des complications les plus curieuses et les plus graves, parce qu'elle conduira mieux un homme instruit à une erreur de diagnostic, est l'inflammation des testicules, du périnée et des parties voisines.

Obs. 29. « M. Guyon, dans une observation qu'il a communiquée à l'Académie, rapporte qu'un paysan, après quelque difficulté d'uriner, eut une rétention d'urine, et n'en ayant pas été soulagé, le périnée, le scrotum et l'aine droite s'enflèrent; le gonflement se communiqua aux vaisseaux spermatiques et au testicule du même côté. Il lui survint une douleur très-vive au périnée et à l'anus. La tumeur de l'aine augmentant toujours, fut regardée comme un abcès par un chirurgien de campagne, qui y ayant reconnu de la fluctuation, en fit l'ouverture; mais quelle fut sa surprise, lorsqu'au lieu de pus il ne vit sortir que de l'urine! Après avoir laissé vider la poche, il en ferma l'entrée avec une tente très-grosse et très-dure. Aussi le malade, loin de recevoir du soulagement de l'opération, se trouva-t-il plus mal qu'auparavant; les douleurs augmentèrent aussi bien que la tension du ventre, ce qui le détermina à renvoyer ce chirurgien et à appeler M. Guyon. Celui-ci ne manqua pas, à son arrivée, de débarrasser la plaie de l'espèce de cheville dont elle était fermée, et

après l'avoir un peu dilatée, il la pansa avec les remèdes convenables; mais pour en accélérer la guérison, M. Guyon crut devoir empêcher l'urine de s'y porter en rappelant son cours vers l'urètre, ce qu'il fit par le moyen de la sonde. Il travailla en même temps à calmer la fièvre et à diminuer la tension du ventre par la saignée réitérée, les fomentations adoucissantes et les potions émollientes. Ces secours différents, mis en usage à propos, firent cesser les accidents.

» La sonde ne fut retirée qu'au bout de neuf jours, l'urine continua de s'écouler par l'urètre, et la plaie se trouva cicatrisée, environ le cinquantième jour après l'ouverture de la tumeur.

» On doit convenir avec M. Guyon, que cette tumeur était formée par la vessie, dont une portion s'était échappée par l'anneau, et la plaie de l'aîne serait vraisemblablement restée fistuleuse, si l'n'eût détourné le cours de l'urine par le moyen de la sonde, et par l'attention qu'il eût de faire coucher le malade sur le côté opposé à la plaie. » (Verdier, *loc. cit.*, p. 11.)

La pierre est une complication assez fréquente du cystocèle inguinal; mais comme dans les autres espèces de variétés de cette hernie. Dans le cas où la pierre n'existe que dans la poche extra-abdominale, on a considéré la hernie comme un bienfait, car elle rend, dit-on, l'opération de la pierre beaucoup moins grave. Cette opinion ne compte pas assez de faits en sa faveur pour être soutenue d'une manière absolue.

Dans les généralités sur le cystocèle, nous avons vu que c'était dans cette variété (l'inguinale), que des calculs avaient amené l'occlusion du collet de la hernie et par suite des accidents graves, et nous avons rapporté de ce fait un exemple curieux, emprunté à J.-L. Petit.

L'étranglement du cystocèle inguinal est rare, et cependant on n'a guère observé cet accident que dans cette espèce. Il est rare, surtout dégagé de la présence d'une hernie intestinale ou épiploïque, également comprise et serrée dans le même anneau. Nous ne connaissons pas un seul fait complètement et nettement observé, où une hernie de la vessie seule se soit étranglée.

Dans les cas un peu obscurs où il s'est rencontré, cet étranglement a eu, pour symptômes, de la douleur, de la chaleur dans la tumeur, de la fièvre; et J.-L. Petit a remarqué que le hoquet précède le vomissement au lieu de lui succéder comme en général dans les autres hernies. Nous rappellerons que M. Leroy-d'Étiolles, et nous croyons aussi, M. Civiale, ont noté que le hoquet était un symptôme des affections graves de la vessie.

Mais quelle est l'influence de l'étranglement sur l'excrétion urinaire? Comme dans la hernie intestinale, l'évacuation du tube étranglé est-elle suspendue? Les observateurs se taisent à cet égard, et c'était pourtant un fait curieux à élucider. Le cas suivant serait peut-être un exemple de l'étranglement du cystocèle inguinal, mais il manque des détails anatomiques nécessaires pour entraîner une conviction entière.

Obs. 50. « M. Beaumont, dans une observation qu'il a communiquée à l'Académie, dit, qu'en 1755, il fut appelé conjointement avec le docteur Cervi, pour soulager un homme de condition, dont les bourses étaient devenues d'un volume pareil à celui d'un gros melon. Cette tumeur était accompagnée d'une inflammation considérable, de fièvre, d'épreintes et de douleurs insupportables dans la région lombaire, avec des envies de vomir et des hoquets qui survenaient de temps en temps; le malade faisait des efforts inutiles pour uriner. M. Beaumont, ayant égard à l'inflammation qui accompagnait la tumeur, persuadé d'ailleurs que c'était une hernie intestinale, crut devoir saigner le malade malgré son grand âge; et n'ayant pu réussir à faire rentrer la hernie, il s'avisait de la comprimer d'une main, tandis que l'autre, appliquée au-dessus du pubis, pressait la région hypogastrique; il fut alors très-surpris de voir sortir, par cette double compression, l'urine assez abondamment par l'urètre, jusqu'à la quantité d'une pinte. La tumeur des bourses disparut entièrement; ce qui lui donna lieu de penser qu'elle était formée par une portion de la vessie.

» Ayant cru avoir réduit cette hernie, il remit le bandage que le malade portait depuis sa tendre jeunesse; mais ce ban-

dage s'étant relâché pendant la nuit, la descente reparut.

» M. Beaumont, en présence de feu M. Legendre (chirurgien de Paris et premier chirurgien du roi d'Espagne), employa encore les mêmes moyens, c'est à dire la saignée et la compression, ce qui procura de nouveau la sortie de l'urine; la hernie étant disparue, il remit le bandage.

» Ces moyens n'eurent pas, dans la suite, le même succès; car le malade, quelque temps après, ayant quitté son bandage pendant la nuit, la hernie reparut, et devint aussi considérable qu'auparavant. La fièvre survint, de même que le vomissement et les hoquets; les grandes douleurs se firent aussi sentir à la région lombaire. En vain la saignée et les compressions furent mises en usage, ainsi que les cataplasmes émollients, et les autres secours que l'on jugea pouvoir favoriser la sortie des urines; mais aucun n'ayant réussi, le malade mourut. Il est à présumer que parmi ces différents secours, la sonde ne fut point oubliée.

» L'ouverture du cadavre confirma M. Beaumont dans l'opinion qu'il avait eue de la nature de la maladie. Une portion de la vessie fut trouvée dans le côté droit du scrotum auquel elle était très-adhérente; elle renfermait une pierre semblable à un œuf, tant par sa figure que par son volume. M. Beaumont jugea que la cause de cette hernie de la vessie était un vice de la première conformation, fondé sur ce que le malade en avait été incommodé dès l'enfance.

» Si l'on fait attention aux adhérences de la vessie au scrotum, que M. Beaumont dit s'être trouvées très-fortes, on aura lieu de penser que la portion de la vessie, qui faisait la hernie, n'avait jamais été réduite, et que le bandage que l'on appliquait, après l'avoir vidée, en comprimant la portion étroite de la vessie qui répondait à l'anneau, empêchait l'urine d'y passer.

» Quant à la pierre contenue dans la portion de la vessie qui faisait la hernie, l'on croirait aisément (si son volume n'était pas aussi considérable), qu'elle n'y était passée que quelques moments avant la mort: il est en effet difficile d'imagi-

ner que M. Beaumont ne s'en fût point aperçu dans les tentatives réitérées qu'il avait faites pour réduire cette hernie. » (Verdier, *loc. cit.*, p. 15.)

Pronostic du cystocèle inguinal. Nous n'avons rien à ajouter ici à ce que nous avons dit du pronostic du cystocèle en général; comme les autres espèces, le cystocèle inguinal n'est réellement grave que lorsqu'il s'étrangle.

Traitement du cystocèle inguinal. Nous allons commencer par reproduire textuellement un passage de Chopart, dont Boyer a profité en le dissimulant avec assez peu d'habileté:

« Récente, petite, réductible dans un sujet jeune qui n'est pas exposé à des travaux rudes et dont le ventre n'est ni tendu ni douloureux, on peut contenir cette hernie avec le brayer inguinal et en obtenir la guérison complète.

» Ancienne, d'un grand volume, adhérente, et dans un sujet vieux, il est difficile et souvent impossible de la réduire; on la soutiendra avec un suspensoir de toile forte ou peu extensible, approprié à la figure de la tumeur dont on aura fait sortir l'urine, et fixé au cercle d'un brayer ou à une ceinture flexible. Le malade observera le repos, un régime doux; se tiendra le ventre libre, boira peu, ne résistera point aux envies d'uriner, et se couchera autant qu'il sera possible, du côté opposé à la hernie. S'il urine difficilement, on procurera souvent la sortie de l'urine au moyen de la sonde. Par ces soins, la tumeur rapprochée de l'anneau pourra ensuite être contenue avec un brayer à pelote large et concave, puis plate et convexe en raison de la diminution ou de la disparition de la partie sortie. On peut même alors la guérir radicalement en excitant une phlogose propre à la cohésion complète des parois de cette partie, au moyen d'une compression méthodique augmentée par degrés, ou qui s'oppose entièrement à l'entrée de l'urine dans cette portion de la vessie, et à la sécrétion des mucosités de ses parois. » (Chopart, *Traité des malad. des voies urin.*, t. 1, p. 585.)

L'idée d'oblitérer la communication entre la poche intrapelvienne et la hernie, est très-ingénieuse et nous semble