

J'ai établi qu'il s'agit réellement dans ces cas des conséquences d'un traumatisme, en cystoscopant une série de patientes, avant l'opération en question, pour constater que la muqueuse était intacte, tandis que, deux ou trois jours après l'opération, on pouvait voir qu'il y avait des pertes d'épithélium.

Ainsi que cela ressort de ce qui va suivre, il ne s'agissait pas dans ces cas-là d'inflammations, c'est-à-dire de maladies infectieuses de la muqueuse vésicale; en effet, cette dernière n'était enflée nulle part, on ne pouvait absolument pas établir l'existence d'un œdème réactif, et il n'y avait aucune trace de pus dans l'urine. Par contre, dans l'acmé du processus, l'urine apparaissait laiteuse à cause de l'abondante exfoliation de l'épithélium.

Ces pertes d'épithélium sont souvent très persistantes et difficiles à guérir. Les désagréments causés aux patientes par le besoin plus fréquent d'uriner et par le sentiment de lourdeur et de douleur dans la paroi vésicale est très grand. Il est naturellement très difficile, une fois que la maladie a fait son apparition, d'entreprendre quoi que ce soit pour la combattre, parce que nous ne sommes pas en mesure d'aider le rétablissement de la circulation dérangée par le détachement de la vessie. Dans ces cas, j'ai obtenu les meilleurs résultats par des injections répétées d'émulsion d'iodoforme.

J'ai également vu se produire des catarrhes desquamatifs traumatiques de ce genre à la suite d'accouchements laborieux.

## XIV

## OEDÈME DE LA VESSIE

Au point de vue étiologique, on peut diviser les œdèmes de la vessie en œdèmes produits par la stase mécanique et en œdèmes collatéraux, qui sont la conséquence de processus inflammatoires dans la vessie ou dans ses alentours. Suivant la manière dont ils apparaissent, on distingue entre œdèmes généraux et circonscrits.

Un œdème général de la vessie se produit *intra-partum* ou dans les cas de rétroversion de l'utérus gravide. Ce sont là des œdèmes généraux causés par la stase mécanique. Si l'on examine une vessie de ce genre au cystoscope, toute la muqueuse apparaît veloutée sur toute la paroi de la cavité, et, principalement dans le voisinage de l'orifice interne, s'étendent des renflements épais, mais non en état d'inflammation; les éminences des urètres sont tuméfiées en forme de boule, les vaisseaux turgescents. Parfois on aperçoit à l'orifice interne des vésicules translucides, isolées, de différentes grandeurs, qui ne sont pas autre chose qu'un œdème circonscrit au milieu d'un œdème général. Ce sont là des soulèvements épithéliaux produits par œdème sans que l'épithélium décollé soit déchiré.

Quelquefois il se produit au cours de la grossesse

un œdème général de la vessie, analogue à l'œdème des lèvres sans qu'on puisse en trouver la cause déterminante.

L'humectation séreuse rend la paroi vésicale parétique et les patientes ne sont pas en état d'uriner spontanément, de sorte qu'on est dans l'obligation de les sonder constamment pendant la durée de l'œdème. Cet état subsiste pendant quelques temps pour disparaître ensuite subitement.

L'œdème circonscrit est toujours inflammatoire et apparent soit dans les alentours des processus inflammatoires de la paroi vésicale même, ou par la progression vers la paroi vésicale de processus inflammatoires des organes voisins.

Une forme spéciale de cet œdème inflammatoire circonscrit est l'œdème bulleux.

Certaines parties de la muqueuse vésicale sont couvertes de vésicules, translucides dont la grandeur varie de celle d'un grain de millet à celle d'un pois ; entre ces vésicules, qui souvent sont serrées les unes contre les autres, on voit flotter des lambeaux blancs adhérents à la paroi vésicale ; ce sont probablement des restes d'enveloppes des vésicules rompues. Dans les cas excessivement développés, cette formation à l'intérieur de la vessie est très étendue et le nombre des vésicules est absolument colossal, de sorte qu'on croit voir devant soi une partie d'un môle hydatique.

Dans ces cas l'image cystoscopique présente un aspect impressionnant et cela principalement lorsqu'on éclaire la partie en question, par derrière, avec la lampe du cystoscope ; cette énorme formation, les lambeaux flottants, ainsi que les différences de niveaux, font croire qu'il y a un bombement de la

paroi vésicale produit par un exsudat pelvien ; parfois l'image est si extraordinaire que l'on est tenté de croire à un néoplasme proliférant.

Il est de fait que lorsque, il y a six ans, M. le docteur Latzko et moi, nous observâmes pour la première fois, en commun, un cas de ce genre nous crûmes avoir vu un carcinome vésical, jusqu'au moment où des symptômes subséquents nous démontrèrent la nature exacte de l'affection. D'autre part, à plusieurs reprises, j'ai vu faire des diagnostics inexacts de ce genre, par d'autres médecins, même dans des cas qui m'avaient été confiés pour faire une opération.

J'ai vu ce genre d'œdème se produire chaque fois à la partie correspondante de la paroi vésicale, lorsqu'une tumeur inflammatoire s'était soudée à la vessie ou lorsqu'une tumeur purulente avait perforé la vessie, la communication restant toutefois fistuleuse, de sorte que le contenu purulent de la tumeur en question restait sous une certaine pression. Les manifestations les plus accentuées d'œdèmes bulleux se produisent lors de la formation d'exsudats, entre l'utérus et la vessie.

Je suis d'accord pour considérer l'apparition de l'œdème bulleux comme une preuve absolue de la nature inflammatoire d'une tumeur fixée à la vessie. J'ai vu et démontré à d'autres un si grand nombre de cas très probants de cette espèce que tout doute me semble devoir être écarté.

Je sais bien qu'on a opposé à cette manière de voir des considérations se basant sur le fait que l'on voit aussi se produire un œdème vésical du même genre dans les néoplasies malignes de l'utérus.

A l'encontre de cette opinion, on doit remarquer

qu'il se produit, il est vrai, des vésicules isolées dans la muqueuse vésicale, comme par exemple dans le carcinome exulcéré de la portio et principalement dans le cas où la tumeur se rapproche déjà fortement de la vessie; mais par contre, ce ne sont pas là des cas de développement excessif d'œdèmes bulleux mais bien des vésicules dispersées. D'autre part, je n'ai vu celles-ci que lorsque des modifications inflammatoires du carcinome exulcéré avaient produit l'infiltration dans la région de jonction de la vessie avec le cervix.

## XV

ÉTAT DE LA VESSIE DANS LE CAS  
DE RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS GRAVIDE

Dans le cas d'utérus gravide rétrofléchi, on observe une forme bien déterminée d'ischurie qui a des caractères cliniques très distincts. Les malades se plaignent d'avoir depuis un certain temps des dérangements dans l'évacuation de l'urine; que pour pouvoir uriner elles doivent faire un grand effort de poussée sans arriver à obtenir le sentiment de l'évacuation complète et que ces troubles augmentent rapidement. Enfin, l'affection en arrive au point que l'urine coule continuellement goutte à goutte, bien que les patientes ne soient pas en mesure d'effectuer une miction réelle.

Si l'on examine une malade de ce genre, on trouve au-dessus de la symphyse une tumeur plus ou moins ronde, fluctueuse, déjà distinctement visible et qui est prise très souvent pour l'utérus en état de grossesse. Si l'on fait l'examen par le vagin, on trouve que la portio est située derrière la symphyse, tandis qu'on peut palper, à travers le cul-de-sac postérieur l'utérus mou. Le tubercule urétral, ainsi que tout le canal urétral, paraissent œdémateux. Si l'on introduit un cathéter à travers l'urèthre, ce qui réussit généralement sans difficultés spéciales, malgré la position anormale de la portio, on remarque qu'on

peut pousser la sonde extraordinairement haut dans la vessie. Si l'on emploie un cathéter élastique pour homme, ce qui dans des cas semblables paraît tout à fait indiqué, on peut souvent l'introduire de toute sa longueur. Une grande quantité de l'urine qui s'est rassemblée s'écoule alors; à mesure que l'urine sort, la tumeur existant au-dessus de la symphyse diminue de volume. Après évacuation complète de l'urine, on sent, d'une part, par la palpation, que la vessie est comme un sac ramolli, distendu au-delà de la normale, d'autre part, on peut à ce moment établir très distinctement par l'exploration bimanuelle, l'existence d'une rétroversion de l'utérus.

Si l'on examine une vessie de ce genre au cystoscope, on constate que la muqueuse est pâle, garnie de renflements épais, œdémateux, séparés par des plissements.

La cavité de la vessie est extraordinairement agrandie; il est tout à fait surprenant de constater quelles colossales quantités d'urine peuvent être rassemblées dans une vessie ainsi dilatée. D'autre part on observe des cas de personnes qui sont restées plusieurs jours dans cet état, sans qu'un dommage durable leur ait été causé. On cite même dans la littérature un cas dans lequel l'écoulement goutte à goutte paradoxal subsista pendant dix jours, la vessie étant énormément distendue; après évacuation de la vessie et reposition de l'utérus, il y eut guérison sans autre.

Mais très souvent, il se produit de la gangrène, la péricystite sanieuse et la mort causés par le trouble de la circulation et la distension de la vessie; dans d'autres cas il se produit des modifications pyélitiques secondaires.

Pour expliquer le mécanisme de cette affection, on admet à peu près généralement, que la rétroflexion et la rétroversion de l'utérus survenant, la portio est pressée de telle manière contre la symphyse, que l'urèthre devient infranchissable par compression. L'urine se rassemblant continuellement dans la vessie, le détruseur est paralysé par la distension. Il en résulte que la vessie est de plus en plus distendue, tandis que d'autre part elle n'est plus en situation de se contracter pour expulser son contenu. Lorsque la vessie est distendue au maximum, le surplus s'écoule tout simplement, l'urine qui continue à venir par les urètres exigeant qu'une même quantité sorte par l'urèthre.

Je crois que cette explication, bien que n'étant pas complètement inexacte, paraît pour le moins insuffisante. Il ne peut pas être question d'imperméabilité de l'urèthre, une sonde pouvant être introduite sans difficultés et sans avoir besoin de forcer dans des cas analogues et, même, dans des cas très aigus. Si le détruseur d'une vessie encore saine n'était plus en état de vaincre un obstacle qui se trouverait dans l'urèthre il est en tout cas difficile d'expliquer comment la simple pression de la sécrétion des urètres serait suffisante pour le surmonter, pour produire et pour entretenir l'ischurie paradoxale. L'explication de cet état réside, suivant moi, dans l'existence de l'œdème de toute la vessie, conséquence de la rétroversion de l'utérus gravidé. L'œdème qui s'est ainsi formé et qui s'est de plus en plus agrandi par la persistance du trouble de la circulation, affaiblit d'avance l'activité du détruseur et la suspend enfin complètement.

La preuve en est donnée aussi par le cours même

des maladies de ce genre. Au commencement, les patientes urinent mal et difficilement et la diminution de l'effet de la contraction de la vessie augmente continuellement jusqu'à ce qu'il se produise enfin un arrêt complet des contractions de la vessie.

Le traitement de cette ischurie est très simple. Tout d'abord, évacuation de la vessie. A ce propos, il y a lieu de remarquer ce qui suit : si la rétention d'urine existe depuis longtemps ou s'il s'agit d'individus âgés ou même jeunes, mais chez lesquels on a pu diagnostiquer l'athéromatose par palpation des vaisseaux superficiels, il faut effectuer l'évacuation de la vessie lentement et par périodes, afin de ne pas risquer de causer une hémorragie des vaisseaux fragiles ou devenus fragiles.

Il est prudent aussi, après évacuation de la vessie, d'injecter une petite quantité d'un liquide désinfectant. Après évacuation, on relève l'utérus, éventuellement en narcose, et on le maintient dans sa position au moyen d'un pessaire jusqu'à ce que la grossesse ait plusieurs mois d'existence, si la patiente n'est enceinte que de quelques semaines. Comme la guérison du détruseur exige quelque temps, les sondages doivent être continués jusqu'à ce que la vessie soit revenue à l'état normal.

## XVI

## INFLAMMATION DE LA VESSIE

L'inflammation de la vessie peut être due soit à l'action des médicaments, soit à des microorganismes pathogènes. Il est un fait absolument établi tant au point de vue expérimental qu'au point de vue clinique, que certaines substances excitantes, comme par exemple les cantharides, sont de nature à amener dans la vessie une inflammation sans qu'on puisse établir l'action des bactéries. On peut, de même, observer une inflammation réactive dans la vessie, après cautérisation des parois vésicales au moyen d'un caustique ou d'un corps incandescent. Ces cystites sont en si petit nombre, comparées au nombre des cystites d'origine microbienne que l'on doit tout d'abord, en pratique, tenir compte de celles-ci.

Il n'existe guère, pour l'homme, d'organisme pathogène produisant la suppuration, qui n'aie pas déjà, à l'occasion, été reconnu comme ayant une action inflammatoire dans la vessie. Mais comme les infections mixtes ne sont pas chose rare et comme les symptômes des différentes manifestations inflammatoires se combinent de beaucoup de manières et se confondent, il n'est pas possible d'établir une classification des cystites sur la base d'une classification bactériologique. Toutefois, il est important de faire ressortir