

obtenir ce qui est désirable en tout premier lieu, c'est-à-dire la cessation du besoin d'uriner et cela sans avoir besoin de recourir à des interventions de ce genre, en faisant de simples instillations de nitrate d'argent.

XX

CYSTITÉ DOULOUREUSE

On a employé la désignation de cystite douloureuse pour indiquer toute une série de maladies inflammatoires de la vessie et pour exprimer par ce mot que le symptôme principal de cette affection réside dans une sensation permanente de douleur à la vessie, sensation qui est l'expression de l'état d'irritation constant et douloureux de la vessie.

La conception de l'inflammation douloureuse de la vessie n'est point une conception pathologique, mais clinique. Toute cystite provenant d'une infection spécifique ou qui se propage par une infection mixte peut se développer en cystite douloureuse dans le sens clinique de ce mot. On comprend sous ce nom, un état de la vessie dans lequel cette dernière est extrêmement sensible à la palpation et dans lequel elle réagit par des contractions douloureuses contre l'introduction de quantités quelconques de liquide. L'urine provenant des urétères et se rassemblant dans la vessie, aussi bien que le liquide introduit depuis l'extérieur, causent les contractions les plus douloureuses et chaque accès dure très longtemps. Mais à peine la vessie est-elle calmée qu'elle est à nouveau irritée par l'urine survenant et cela continue ainsi de suite.

La surface vésicale intérieure est, comme on peut le voir au moyen de l'endoscope (la cystoscopie étant rarement exécutable), colorée en rouge foncé, enflée, complètement mate attendu qu'elle est privée de son épithélium, des flocons purulents sont suspendus de tous côtés dans la cavité vésicale, la présence de nombreuses suffusions et éventuellement des ulcères complète le tableau. A la palpation, on constate que la paroi vésicale est d'épaisseur inégale et sensible. L'urine subit ordinairement la décomposition ammoniacale. Les cystites gonorrhéiques qui sont compliquées de cette décomposition le doivent probablement à des infections secondaires, principalement dues au bactérium coli commune.

Le traitement ordinaire est généralement impuissant contre les cystites de ce genre. On emploie cependant de nombreux procédés. On se contente, pour faire reposer les parois vésicales sensibles, d'introduire une sonde à demeure, mais dont l'extrémité ne doit dépasser qu'un peu l'orifice interne afin qu'elle n'irrite pas la vessie inutilement ; on fait plonger l'extrémité extérieure de la sonde dans un urinal rempli d'un liquide désinfectant. Ce procédé procure aux patientes un peu plus de repos et de sommeil, mais il n'amènera pas la vessie à un état d'amélioration tel qu'on puisse procéder à un traitement subséquent par des instillations de nitrate d'argent ou d'iodoforme.

La seconde méthode de traitement est le drainage permanent et consiste à établir une fistule vésicale artificielle pour arrêter l'activité des parois vésicales ; on fait, soit une fistule vésico-vaginale, soit une fistule abdomino-vésicale ; enfin on combine les deux

procédés ; quelques urologues emploient encore un arrosage permanent au moyen d'une douche fixée à une certaine hauteur. Mais on n'obtient, par l'établissement de la fistule vésicale artificielle, souvent pas autre chose qu'une amélioration dans l'état des patientes, pendant la durée de la fistule, mais aussitôt qu'on laisse cette dernière se cicatriser ou que l'on ferme par suture, l'ancienne maladie réapparaît au bout de peu de temps. Beaucoup d'auteurs font le curettage de toute la muqueuse vésicale, soit par l'urètre dilaté, soit par une fistule vésico-vaginale, mais on n'a pas encore pu constater de succès particuliers résultant de cette intervention.

Le drainage permanent de la vessie n'aura un succès durable et régulier, dans les cystites douloureuses de ce genre, que lorsque, après ouverture de la vessie on tamponne légèrement celle-ci avec de la gaze iodoformée, de manière que l'urine soit conduite au dehors par les tampons, mais que les parois vésicales vives et enflammées ne puissent pas entrer en contact entre elles. On peut, pour rendre le drainage complet, pousser un drain dans la vessie entre les bandes de gaze iodoformées, ou bien, à l'exemple de von Frisch, pousser jusqu'au trigone une mèche iodoformée recouverte d'une étoffe imperméable qu'on dirige au dehors par le vagin. Cette tamponnade est renouvelée toutes les vingt-quatre heures et on facilite sa tâche en fixant, immédiatement après l'établissement de la fistule vésico-vaginale, chacun des bords de l'ouverture vésicale par deux sutures, de sorte qu'en tirant sur ces rênes on peut maintenir la fistule béante. Cette tamponnade d'iodoforme et ce drainage sont poursuivis jusqu'au moment où les

parois vésicales ne sont plus sensibles à la pression et que la décomposition ammoniacale de l'urine a disparu complètement.

L'urotropine constitue un remède excellent dans cette méthode de traitement. On la donne en doses de 5 décigrammes dissous dans de l'eau gazeuse, trois fois par jour.

L'urotropine fait disparaître rapidement la décomposition de l'urine.

Une fois les parois vésicales désenflées et devenues moins sensibles, on enlève la tamponnade, on place une sonde à demeure et on laisse guérir la fistule vésicale spontanément par granulation ; on peut faciliter la guérison par l'action des caustiques ; ou bien on avive les bords fistulaires et on les suture. Le traitement subséquent qui peut éventuellement être encore nécessaire, consiste dans l'application d'instillations de nitrate d'argent.

On combattra avec succès la douleur, si elle venait à renaître, par l'introduction d'émulsion d'iodoforme.

Quelques urologues ont conseillé, dans le but d'arrêter les fonctions de la vessie, de cathétériser les urètres et de laisser les sondes en place. Cette méthode est difficilement exécutable et n'est certainement pas sans danger, dans ces cystites douloureuses. On peut par cela porter directement l'infection dans les urètres et dans les reins, ou rendre l'appareil de fermeture des urètres impuissant à fonctionner et arrêter l'humectation régulière des urètres par l'écoulement de l'urine

XXI

HYPERIRRITABILITÉ DE LA VESSIE

(Irritable Bladder).

On comprend sous le nom d'« *irritable bladder* » une vessie, qui, sans qu'on puisse établir l'existence de modifications anatomiques, présente tous les symptômes d'une sensibilité augmentée par suite d'une faculté de réaction exagérée contre les influences extérieures. Les malades sentent par conséquent toujours l'existence de leur vessie, elles ont un besoin d'uriner très fréquent, allant jusqu'à provoquer un sentiment douloureux ; de vives contractions se produisent à la suite de faibles influences extérieures, comme des changements de température, etc. On a fait un abus de la désignation « *irritable bladder* », en comprenant sous ce terme une série d'états dans lesquels il a été établi, par un examen plus approfondi, qu'il s'agissait d'altérations anatomiques réelles de la paroi vésicale.

O. Zuckerkand a déjà signalé le fait qu'une partie des cas désignés comme « *irritables bladders* » provenait de troubles de circulation dans la paroi vésicale, ce que trahissait l'injection vasculaire extraordinairement forte du trigone et du fond de la vessie. Très souvent aussi on a désigné sous ce nom des cas dans lesquels l'examen plus exact, au moyen du cystos-

cope, a démontré qu'il s'agissait de fissures du col vésical.

De même la décomposition de l'urine peut avoir une influence importante sur la sensibilité de la vessie ; une urine très acide et surtout celle dans laquelle il y a une forte proportion d'acide urique, peut augmenter dans une très forte mesure l'irritabilité de la vessie. La preuve en est dans le fait que lorsque l'hyperacidité de l'urine ou de la sécrétion de l'acide urique a cessé, toute l'irritabilité secondaire de la vessie disparaît. Enfin les congestions de la vessie, conséquences de la gravidité et de la formation de myomes, états dans lesquels il y a toujours une importante néoplasie vasculaire dans la vessie, peuvent faire naître les symptômes d'une « irritable bladder ».

On doit par conséquent restreindre la conception « d'irritable bladder » aux cas dans lesquels il existe un état d'irritation permanent et une sensibilité augmentée de la vessie, sans qu'on puisse constater aucune modification anatomique à la vessie même ou sans que la composition de l'urine puisse être invoquée comme en étant la cause.

Il peut se présenter de même dans une maladie du canal uréthral des symptômes considérés comme découlant d'une « irritable bladder » et il faut par conséquent aussi prendre ces facteurs en considération dans l'établissement du diagnostic. Il est de fait aussi qu'il y a des cas dans lesquels il existe une sensibilité anormale de la vessie sans qu'on puisse parvenir à découvrir aucun motif probant expliquant cet état. Parfois cette maladie de la vessie est accompagnée d'un état de neurasthénie générale et varie en intensité avec le degré de la maladie nerveuse géné-

rale existante. Les antinervins, ainsi que le traitement général des cas de ce genre, exercent, le cas échéant, une influence favorable sur la vessie irritable. Dans des cas excessifs d'« irritable bladder », surtout quand le repos nocturne est dérangé par des évacuations fréquentes d'urine, ainsi que par le sentiment permanent d'oppression dans la région vésicale, des dérivatifs sur la peau sont d'une grande utilité ; des cataplasmes très chauds ou des vésicatoires appliqués sur la paroi abdominale, dans la région de la vessie amènent souvent un soulagement de longue durée.

XXII

CORPS ÉTRANGERS DANS LA VESSIE

Les corps étrangers arrivent dans la vessie soit par suite de l'onanisme, soit que des instruments employés par des personnes souffrant de dysuries, pour la dilatation des rétrécissements, leur échappent en tout ou partie et restent dans la vessie. Cette dernière éventualité est, chez les femmes, la plus rare. C'est ainsi que des morceaux de sondes, des boîtes à aiguilles, des épingles à cheveux arrivent dans la vessie. Enfin des corps étrangers peuvent entrer dans la vessie lors de la perforation des kystes dermoïdes ou par la pénétration à travers des blessures.

Si la vessie était saine et s'il n'y a pas été établi d'infection par l'introduction des objets en question, ceux-ci sont supportés souvent très longtemps sans troubles spéciaux. Des symptômes de dérangement ne surgissent que lorsque l'introduction des corps a eu lieu dans une vessie déjà malade, ou bien lorsque des corps étrangers blessent la paroi vésicale, soit au moment de leur entrée, soit ensuite, par leurs mouvements à l'intérieur de la vessie. Mais constamment, au bout de quelque temps, les corps étrangers s'incrustent et ce sont les rugosités des incrustations qui amènent des lésions secondaires de la muqueuse vésicale.

Ce sont des épingles à cheveux ou des parties de

celles-ci qu'on trouve le plus fréquemment dans la vessie de la femme.

Le diagnostic d'un corps étranger s'établit aussi bien par la sonde que par la palpation manuelle; c'est au moyen du cystoscope que l'on se renseigne le plus facilement, si la vessie le permet, sur la position et la situation du corps étranger.

C'est un fait connu que les corps étrangers ont toujours tendance à se placer transversalement dans la vessie, ce qui correspond à sa forme à l'état vide. Les corps étrangers peuvent, s'ils sont pointus, s'enfoncer dans la paroi ou perforer celle-ci; la perforation de la vessie peut aussi du reste arriver plus tard par la nécrose due à la compression et à l'exulcération. La première de ces affections est surtout très fréquente et surgit très rapidement, lorsque le corps étranger est assez grand pour être un obstacle à l'accouchement.

L'extraction des corps étrangers devra être effectuée d'une manière très différente suivant les circonstances. En tout cas on peut distinguer certains modes d'extraction. Les corps mous se laissent extraire sans autre, à l'aide du cystoscope à opérations. On détermine l'emplacement de l'objet en question, on le saisit avec la pince du cystoscope et l'on s'efforce, par des mouvements convenables, de le placer parallèlement à l'axe de l'urèthre. Est-il assez mince pour être tiré à travers le canal du cystoscope à opérations, on le sort ainsi; sinon, on attire une des extrémités le plus près possible du canal du cystoscope, on éteint la lampe et l'on extrait d'un seul temps cystoscope, pince et corps étranger.

On peut procéder de même pour les épingles, en

tirant, cela va sans dire, toujours la pointe de l'épingle dans le canal du cystoscope, afin d'éviter des lésions de l'urèthre lors de l'extraction.

On extrait les épingles à cheveux en s'assurant si possible tout d'abord, avec le cystoscope, de leur situation exacte, ensuite on introduit un endoscope rectiligne et on place l'extrémité arquée de l'épingle à cheveux vis-à-vis de l'endoscope. Puis on saisit cette extrémité avec une pince urétrale mince, on la tire dans le tube de l'endoscope et on enlève le tout. Ceci a pour but d'éviter que les extrémités pointues, tendant à s'écarter, de l'épingle à cheveux se piquent dans l'urèthre, lors de l'extraction. Lorsque des épingles à cheveux ou d'autres objets pointus du même genre sont piqués dans la paroi vésicale, on les sort tout d'abord de la paroi vésicale à l'aide du cystoscope à opérations et on les dépose dans la cavité vésicale; ensuite, on introduit l'endoscope et on les enlève de la manière décrite plus haut. Si les corps étrangers sont piqués par les deux extrémités ou s'ils ne peuvent être dégagés pour un motif quelconque, il ne reste rien d'autre à faire que de recourir à la taille hypogastrique ou à la colpocystotomie et de faire sortir les corps étrangers de cette manière.

Les ligatures et les sutures traversant la paroi vésicale, méritent une mention spéciale.

XXIII

PÉNÉTRATION DE LIGATURES DANS LA VESSIE

On observe assez souvent une pénétration de bouts de fils de sutures ou de ligatures dans la vessie de la femme, le nombre des interventions chirurgicales ayant considérablement augmenté dans ces dernières années et la cystoscopie étant maintenant assez généralement employée dans l'examen de la vessie.

Les bouts de fils proviennent soit de moignons, après des extirpations des annexes par voie abdominale ou après des ovariectomies ou de myotomies, soit aussi des sutures de fermeture après les fixations vaginales ou cœliotomies vaginales.

L'immigration dans la vessie a lieu très lentement, et sans que des symptômes violents apparaissent, ou bien aussi il y a une suppuration rapide de la paroi vésicale, le moignon en question se soudant à la paroi, et celle-ci étant rapidement perforée par un abcès de ligature.

Les symptômes produits par l'immigration ou par la pénétration des ligatures dans la cavité vésicale ont un caractère variable dépendant des processus de la pénétration. A la formation d'abcès de ligatures des frissons apparaissent, et jusqu'à l'ouverture de l'abcès la vessie est le siège de douleurs très violentes. Dans les formes bénignes les malades n'ont

qu'un sentiment vague de douleur dans la région vésicale, sans être affectées de symptômes violents.

Une fois que la ligature a pénétré dans la vessie, les patientes souffrent principalement d'un besoin fréquent d'uriner. L'urine est plus ou moins troublée par des flocons. Les malades sont de plus tourmentées par des contractions vésicales douloureuses se suivant rapidement et surgissant après chaque miction.

L'image vue au cystoscope montre la muqueuse vésicale fortement colorée en rouge à la place de pénétration ; elle présente des renflements œdémateux aux alentours ; entre les lambeaux d'épithélium détachés, on voit distinctement, encore fixés dans la paroi vésicale, les bouts des nœuds. Il y a lieu de remarquer que les nœuds traversent toujours les premiers la paroi vésicale. Parfois celle-ci paraît percée à divers endroits, plusieurs ligatures l'ayant perforée à peu près en même temps, ou bien ce sont des vestiges des ligatures isolées, complètement tombées dans la vessie et évacuées avec le jet d'urine, de sorte que maintenant les places de perforation sont restées visibles ; en outre des ligatures isolées peuvent encore être restées suspendues à la paroi vésicale. Il y a lieu en tous temps d'inspecter exactement avec le cystoscope n° 2 les endroits où l'on soupçonne qu'il y a pénétration de ligatures, parce qu'avec un champ visuel plus restreint, on peut reconnaître plus exactement les détails.

Il est curieux de constater le temps prolongé que mettent, dans les cas plus lents, les sutures, pour traverser complètement la paroi vésicale et redevenir libres. Souvent la pénétration complète des fils dure

plusieurs semaines à partir du moment où leur extrémité est apparue dans la paroi vésicale.

Des ligatures de cette espèce persistent longtemps dans la paroi vésicale, et s'y incrustent très souvent. Il peut même se former autour d'elles des calculs relativement grands, ce qui peut conduire à la nécrose de la paroi.

Lorsqu'on regarde au cystoscope des cas de ce genre, on constate que les calculs sont suspendus à la paroi vésicale, les fils étant, cela va sans dire, dissimulés sous la concrétion. Lorsque plus tard ces fils sont détachés de la paroi, ce qui est provoqué par le poids des pierres qui y sont attachées, ils peuvent se rassembler au fond de la vessie, et favoriser la formation de gros concrèments libres.

En ce qui concerne maintenant le traitement, ce qui est le plus nécessaire c'est, aussitôt que l'on a découvert un fil siégeant dans la paroi de la vessie, de le couper et de l'enlever avec son nœud à l'aide du cystoscope à opérations. L'arrachement du fil au moyen d'un petit lithotriporteur est un procédé grossier, dans l'emploi duquel on court toujours le danger de causer une lésion plus ou moins grave à la paroi vésicale.

Si des concrétions se sont formées autour des sutures encore adhérentes à la paroi vésicale, on réussit généralement très bien à les morceler, lorsqu'ils sont encore frais et tendres, à l'aide de la pince du cystoscope à opérations. Une fois qu'on a mis les fils à jour, on les enlève de la manière décrite plus haut et on pompe le contenu de la vessie pour expulser par le lavage les morceaux des concrétions.

Dans des cas très rares seulement, il y a une infec-

tion étendue sur toute la surface de la vessie, à partir du point de pénétration des fils de la ligature, en admettant que la vessie était saine auparavant. Une fois les corps étrangers enlevés, les ouvertures de perforation guérissent généralement très vite. S'il devait rester au point de pénétration un ulcère chronique, on le curette et on le cautérise. On fera bien, en tout cas, pour éviter la fréquence de la pénétration des ligatures, d'employer si possible de la soie fine pour les sutures de fermeture qui doivent être faites dans le voisinage de la vessie.

Lorsqu'il y a des troubles vésicaux après une opération gynécologique, il faut examiner soigneusement la vessie à l'aide du cystoscope, pour découvrir le plus rapidement possible l'existence d'un fil sur le point de pénétrer et pour l'enlever. On doit admettre comme règle que lorsqu'une ligature d'un moignon a pénétré dans la vessie, les autres suivent au bout d'un temps plus ou moins long.

XXIV

CALCULS VÉSICAUX

Les calculs vésicaux chez les personnes du sexe féminin ne sont point une constatation particulièrement fréquente. Leur existence est due à des calculs descendus des reins autour desquels d'autres concrétions se groupent lorsqu'ils séjournent longtemps dans la vessie. Ils peuvent aussi provenir de dépôts autochtones à l'intérieur de la vessie, des particules de tumeurs vésicales ou de caillots adhérents à la paroi vésicale. Les causes les plus fréquentes de la formation des calculs chez les femmes sont dues aux corps étrangers arrivés dans la vessie et provenant de kystes dermoïdes ou qui ont été introduits dans la vessie la plupart du temps dans un but d'onanisme. De même, des fils de ligatures ou de sutures peuvent être l'origine de formations de calculs.

Les individus souffrant de calculs rénaux ne sont pas affectés aussi fréquemment de calculs vésicaux secondaires que pourrait le faire croire la production répétée de calculs rénaux et leur descente dans la vessie. Il est compréhensible, vu la grande extensibilité de l'urèthre féminin, que des calculs rénaux, même passablement volumineux, soient évacués avec le jet d'urine à travers le canal; on comprend aussi que, même lorsque des concrétions de ce genre ont