

base sessile, il ne serait pas irrationnel (Monod, Bazy) de réséquer la paroi antérieure et même la paroi latérale du réservoir urinaire, si l'on avait la certitude de pouvoir enlever dans sa totalité la zone dégénérée. Norton (1879) a réséqué avec succès chez la femme une portion de la base de la vessie pour enlever un papillome frangé sessile, et fermé un mois plus tard la fistule vésico-vaginale consécutive à l'opération.

4° TROUBLES NERVEUX FONCTIONNELS DE LA VESSIE.

Si l'on dégage de ce groupe tous les cas où les troubles fonctionnels de la vessie sont sous la dépendance d'une lésion plus ou moins éloignée d'un point quelconque des organes urinaires, le nombre et la fréquence de ces troubles sont peu considérables. On a souvent, en effet, décrit comme une affection idiopathique des phénomènes qui n'étaient que le symptôme d'une lésion siégeant à distance et méconnue.

S. Duplay distingue avec raison : 1° la *névralgie* de la vessie caractérisée par des phénomènes douloureux ayant pour siège le corps ou le col de la vessie, sans spasme ni contracture; 2° le *spasme* ou la *contracture* du corps ou plus souvent du col de la vessie, avec ou sans douleur.

On décrit encore quelquefois ces divers états sous le nom de *cystalgies*.

Nous ajouterons à ces troubles nerveux fonctionnels la *paralysie de la vessie*.

a. La *névralgie de la vessie*, sans spasme ni contracture, est une affection très rare, liée le plus souvent à d'autres phénomènes hystériques. Elle est essentiellement caractérisée par une douleur fixe ou des crises douloureuses siégeant dans la région hypogastrique et s'irradiant à la verge ou à la vulve, ou à l'anus, dans les aines, etc.; les douleurs sont exagérées par les émotions morales et toutes les causes capables de congestionner le petit bassin. Elles coïncident dans quelques cas avec une névralgie lombo-abdominale ou lombo-utérine. Mais, phénomène particulier, les urines sont rendues sans douleurs et sans fréquence anormale et l'exploration de la vessie et de l'urèthre n'y démontrent ni spasme, ni contracture, ni lésion matérielle.

Ces troubles seront combattus par la médication antispasmodique et en particulier par l'hydrothérapie locale et générale.

b. Le *spasme non douloureux* de la vessie ou l'*irritabilité* de la vessie répond en partie à ce que les Anglais désignent sous le nom d'*Irritable bladder* (Gant. 1872). Sous ce titre, en effet, ils désignent un besoin plus ou moins urgent et plus ou moins douloureux de se livrer à la miction.

Si nous supprimons l'élément douleur, qui paraît surtout lié à la contracture du col, pour nous la *vessie irritable* est celle dans laquelle il y a perte ou diminution de la tolérance normale du contenant pour le contenu. Au contact de l'urine, la muqueuse traduit son agacement par un besoin renouvelé d'uriner. Les mictions sont fréquentes, impérieuses, quelquefois involontaires; elles s'exagèrent par le froid, l'humidité et quelquefois par la chaleur du lit. Cette irritabilité de la vessie se trouve déterminée, en dehors de toute inflammation de l'organe, par des causes siégeant en dehors d'elle et que nous retrouverons à propos de l'irritabilité avec spasme douloureux; car d'un état à un autre il n'y a qu'un pas et il n'est pas rare de voir s'ajouter à la fréquence d'abord non douloureuse des mictions le spasme douloureux.

c. Le *spasme douloureux* ou *contracture* de la vessie affecte particulièrement non seulement l'orifice uréthro-vésical, mais l'ensemble des faisceaux musculaires qui entrent dans la structure des portions prostatique et membraneuse de l'urèthre et qui en forment le véritable sphincter (Guyon). Il s'agit surtout d'une contracture de ces sphincters, le corps de l'organe étant en général indemne.

Outre la fréquence et le besoin impérieux des mictions, le jet peut se trouver très modifié; tantôt il est volumineux, rapide et projeté avec force, tantôt il devient petit, filiforme, tortillé, interrompu ou projeté sans énergie au point de tomber verticalement. Quelquefois, le départ de l'urine est lent et nécessite un grand effort; d'autres fois les dernières gouttes ne sont que péniblement expulsées; enfin, souvent la miction est très longue.

Duplay signale en outre la fréquence d'érections persistantes et fatigantes, suivies ou non de pollutions nocturnes à répétition (Fournier).

Ces divers troubles de la miction s'accompagnent le plus souvent de douleur plus ou moins vive ou intermittente, soit au début, soit

pendant toute la durée de l'expulsion de l'urine. Quelquefois localisée au gland, au pubis, elle s'irradie souvent le long de la verge, aux cuisses, aux aines, à l'anus. Sourde parfois et continue, elle revêt dans d'autres cas le caractère de crises pendant lesquelles tous les troubles fonctionnels et douloureux sont portés à leur summum.

Il peut même se produire alors une véritable rétention d'urine exigeant le cathétérisme.

L'exploration de l'urèthre peut donner d'importants résultats : la bougie exploratrice à boule n° 16 ou 18, arrivée à la portion membraneuse, trouve celle-ci fermée et résistante, ne la franchit qu'au bout de quelques instants de pression, et dans tout ce parcours est fortement serrée et maintenue en même temps qu'elle provoque en général une violente douleur. Elle redevient libre dès qu'elle arrive dans la vessie et reproduit à son retour les mêmes sensations qu'à son entrée pour le malade et le chirurgien.

D'autre fois, la contracture de la région membraneuse est telle qu'aucun instrument ne peut la franchir. Il est alors indispensable de tenir un compte très exact du point où la boule se trouve définitivement arrêtée, les rétrécissements de l'urèthre ne siégeant pas en général au delà de 12, 13 ou 14 centimètres au plus à partir du méat.

Étiologie. — S'il est quelques cas où l'on est obligé d'admettre la nature *idiopathique* ou *essentielle* de ces troubles fonctionnels, le plus souvent on en trouve la raison dans un état particulier soit d'un point quelconque des organes urinaires, soit des organes voisins, soit dans les caractères de l'urine, soit dans une lésion commençante ou confirmée de la moelle épinière.

La longueur exagérée du prépuce ou ses adhérences au gland avec accumulation de matière sébacée, l'étroitesse du méat, les polypes de l'urèthre chez la femme, la présence d'ascarides dans le rectum, d'hémorroïdes, de fissure anale, les maladies utérines, l'acidité exagérée de l'urine, ses modifications après des excès de boisson, peuvent déterminer l'irritabilité vésicale. De même, la lithiase rénale ou la pyélo-néphrite ou la néphrite suppurée, l'inflammation d'une vésicule séminale, peuvent provoquer les mêmes phénomènes et donner le change en faisant croire à une lésion uréthro-vésicale.

Mais le plus souvent, quand il y a persistance des phénomènes et quand leur intensité est grande, deux causes doivent être le plus or-

dinairement invoquées; à savoir : l'envahissement tuberculeux d'un point de la vessie ou de l'urèthre ou le début d'une ataxie locomotrice.

Il est facile d'inférer de cette variété considérable de causes que le pronostic des troubles fonctionnels de la vessie ne saurait être formulé d'une manière générale et varie tout à fait avec la nature de leur cause provocatrice.

Traitement. — La même considération s'applique au traitement, qui ne devra être institué qu'après un examen minutieux des organes génito-urinaires et des régions voisines. La suppression d'une des causes que nous avons examinées pourra faire disparaître le mal comme par enchantement.

Le traitement médical devra aussi occuper une large place et trouvera ses indications dans l'état général du sujet, dans l'examen des urines, etc.

Dans des cas rebelles, l'instillation de quelques gouttes de solution de nitrate d'argent au 50^e dans la région prostatique de l'urèthre, le cathétérisme simple ou le cathétérisme dilateur avec les sondes Béniqué, quelquefois la dilatation forcée du col vésical à l'aide du divulseur imaginé par Tillaux, seront des moyens utiles et efficaces.

Enfin, quand le spasme et la douleur ne trouvent aucune amélioration par ces divers traitements, on a pratiqué et on pratiquera avec avantage une des opérations de cystotomie sur lesquelles j'ai insisté à propos du traitement des cystites chroniques rebelles.

c. Paralysie de la vessie. — Nous ne décrivons pas sous ce nom l'état particulier d'*atonie* dans lequel se trouve le réservoir urinaire dans la rétention d'urine par un obstacle mécanique à l'excrétion de l'urine, non plus que les troubles de la miction observés chez les hystériques ou chez les sujets atteints de fièvres graves ou d'affections médullaires. Nous ne nous occupons que de la paralysie vraie d'origine traumatique. Elle reconnaît presque toujours pour cause une violence extérieure portant sur l'axe médullaire.

La paralysie de la vessie est un des symptômes fréquents de cet état particulier, décrit sous le nom de *commotion médullaire*, succédant à de grands ébranlements du tronc sans lésion apparente localisée; le plus souvent elle reconnaît une plaie de la moelle ou une fracture ou une luxation du rachis.

Les lésions médullaires siégeant au-dessus de la douzième dorsale

donnent lieu à la paralysie du corps vésical, tandis que celle du sphincter est produite ordinairement par les lésions portant sur des points inférieurs de la moelle ou sur la queue de cheval (Vulpian).

Symptômes. — La paralysie du corps de la vessie paraît plus fréquente que celle du col, et se traduit par la rétention d'urine avec toutes ses conséquences. La sonde introduite dans la vessie ne laisse écouler l'urine que lentement et sans jet; celui-ci ne se produit que par la compression de l'hypogastre pour cesser avec elle.

Dans la paralysie du col, l'urine s'écoule constamment goutte à goutte dès qu'elle arrive des reins dans la vessie; celle-ci est vide et le cathétérisme n'en ramène rien.

L'urine ne tarde pas à s'altérer et à devenir ammoniacale, surtout s'il y a des phénomènes inflammatoires du côté de la lésion médullaire avec production probable de troubles trophiques dans les parois vésicales.

Le traitement ne saurait être au début que celui de la cause de la paralysie; plus tard les injections froides, l'ergotine à l'intérieur ou par la voie hypodermique, la faradisation à l'aide de courants continus, pourront rendre quelques services.

5° DÉPLACEMENT DE LA VESSIE. — HERNIE DE LA VESSIE. CYSTOCÈLE INGUINALE.

La hernie de la vessie dans la région inguinale est la variété de beaucoup la plus fréquente; elle est exceptionnelle aux régions crurale et périnéale. Elle a été décrite pour la première fois par Verdier, en 1755, dans les mémoires de l'Académie royale de chirurgie.

Étiologie. — La cystocèle inguinale n'a guère été observée que chez les vieillards; elle est préparée par la dilatation lente des parois de la vessie et l'atonie de la couche musculaire. Grâce à ce manque de contractilité, après une miction même complète, la vessie reste au-dessus de l'ouverture des anneaux d'une manière permanente, et il suffit qu'elle soit comprimée pour s'échapper en dehors. Tel paraît être le mécanisme de la cystocèle *primitive*.

Dans la cystocèle *secondaire*, la vessie s'engage dans l'anneau inguinal, à la suite d'une anse intestinale qui lui est adhérente; elle est entraînée par le péritoine qui recouvre sa face postérieure et son sommet et se trouve ainsi précédée pendant un temps plus ou moins

long par une hernie de l'intestin. La partie la plus élevée de la vessie exécute un mouvement de bascule.

Anatomie pathologique. — Quand la cystocèle est primitive et formée aux dépens de la face antérieure de la vessie dépourvue de péritoine, il n'y a pas trace de sac péritonéal; elle suit le trajet du cordon et descend dans les bourses. Une portion de la vessie est seulement déplacée, et cette portion communique par un canal plus ou moins étroit avec une poche intra-abdominale; dans son ensemble, la vessie a la forme d'une gourde dont le point rétréci correspond à la partie située dans le trajet inguinal. Ce point rétréci établissant la communication entre les deux poches, peut être réduit au diamètre d'un tuyau de paille (Scott).

La vessie herniée, située au-devant des éléments du cordon, suit les mêmes étapes qu'une hernie intestinale, et peut occuper la région de l'aîne ou descendre plus ou moins bas dans les bourses.

Derrière la cystocèle se trouve formée une dépression et une espèce de sac dans lequel les anses d'intestins ont tendance à s'engager, et il se fait rapidement une complication de hernie intestinale secondaire.

Dans la hernie secondaire on trouve au-devant de la vessie un sac péritonéal formé par le péritoine de la face postérieure de l'organe. La tumeur contient en outre les anses intestinales herniées et adhérentes à la vessie.

Symptômes. — La tumeur, plus ou moins volumineuse, recouverte par les téguments sains, située au pli de l'aîne ou dans les bourses, est tendue et fluctuante si elle est remplie d'urine, au contraire molle et pâteuse, si elle est vide. La pression la réduit en partie en donnant lieu à des envies d'uriner. Lorsque la poche extra-abdominale est vidée, si l'on vient à injecter du liquide dans la vessie par l'urèthre, cette même poche se distend peu à peu (S. Duplay).

Les malades sont tourmentés par de fréquents besoins d'uriner, remarquent qu'ils ne satisfont pas complètement ce besoin et que dans l'intervalle des mictions leur tumeur augmente de volume. La plupart du temps, ils se soulagent et facilitent la miction par la compression de la tumeur.

Dans la cystocèle secondaire, il est quelquefois possible de distinguer deux parties dans la tumeur: l'une mate et fluctuante, formée par la vessie, l'autre sonore, constituée par l'intestin.

La hernie vésicale peut être longtemps compatible avec l'existence; en général, elle détermine à la longue des troubles de l'excrétion urinaire suivis d'altérations rénales pouvant entraîner la mort par urémie.

Elle peut présenter des complications qui modifient la marche et la physionomie de l'affection primitive. La tumeur peut devenir *irréductible* par suite des adhérences de la vessie au tissu cellulaire du trajet inguinal ou de la face externe de la tunique vaginale. Elle est quelquefois le siège d'un *engouement* dû sans doute à une oblitération temporaire, par des matières muqueuses ou calcaires, de l'orifice qui fait communiquer la portion extra-abdominale avec la portion intra-abdominale de la vessie. La tumeur inguinale devient tendue, irréductible, et la pression n'y détermine plus des envies d'uriner, comme à l'ordinaire.

Enfin, la hernie de la vessie peut se compliquer de phénomènes d'*étranglement*; celui-ci se manifeste surtout par de la douleur et des vomissements. D'après J.-L. Petit, le vomissement, dans ce cas, serait peu abondant et surviendrait plus tard que dans la hernie de l'intestin. Le hoquet surviendrait avant le vomissement, tandis que dans la hernie de l'intestin, le vomissement arriverait le premier et le hoquet après (?).

La complication la plus ordinaire est le développement de *calculs* dans la portion extra-abdominale de la vessie. Dans plusieurs cas (Pott, Verdier), la nature et le siège de la tumeur n'ont été reconnus qu'après l'opération, par l'écoulement de l'urine.

Diagnostic. — La hernie de la vessie a été le plus souvent confondue avec une hernie intestinale ou épiploïque. L'absence de gargouillement pendant la réduction, la possibilité de distendre la tumeur par une injection poussée par l'urèthre, le besoin d'uriner déterminé par la compression, indiqueront qu'il s'agit d'une cystocèle inguinale, à laquelle il suffit de songer pour éviter l'erreur.

Dans les cas d'irréductibilité ou d'engouement, le diagnostic avec les collections liquides de l'aine sera beaucoup plus délicat et ne pourra être tranché que par l'analyse chimique du liquide retiré par une ponction aspiratrice.

Dans la cystocèle secondaire avec hernie intestinale entéro-épiplôïque, les difficultés peuvent être portées à leur maximum, sur-

tout en cas de phénomènes rappelant l'étranglement herniaire : il sera indispensable alors de tenir un compte exact de tous les détails fournis par l'examen de la tumeur et d'attacher une grande importance à la dysurie, qui ne manque guère s'il y a une hernie vésicale.

La présence des calculs dans la poche extra-abdominale peut être soupçonnée par la palpation et, en cas de doute, reconnue par l'acupuncture avec une aiguille fine.

Le pronostic de la cystocèle inguinale est toujours sérieux; la plupart des sujets finissent par succomber à la pyélo-néphrite consécutive.

Traitement. — La cystocèle inguinale *réductible* doit être soigneusement maintenue à l'aide d'un bandage herniaire approprié.

Si elle est *irréductible* par adhérences aux parties voisines, il sera bon de disséquer ces adhérences et de réduire l'organe dont la présence à l'extérieur entraîne fatalement, à la longue, des altérations rénales mortelles. Cette conduite sera surtout indiquée s'il existe des phénomènes d'étranglement.

Dans le cas d'une cystocèle complètement isolée, Duplay conseille, à l'exemple de Pott, d'en pratiquer l'excision.

Contre l'engouement, la ponction de la poche et son lavage par la même canule pourront permettre le rétablissement de la communication entre les poches extra et intra-abdominales.

Les calculs seront retirés par une véritable cystotomie, après laquelle on pourra tenter la cure radicale de la cystocèle par excision et suture des parois vésicales herniées.

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. L.