

interne des cuisses. Allier (de Marcigny) a administré avec succès la poudre de seigle ergoté.

## ARTICLE III.

## DE L'INCONTINENCE D'URINE.

L'incontinence d'urine est caractérisée par l'écoulement continu ou intermittent de l'urine au dehors, sans qu'il y ait au préalable accumulation du liquide dans son réservoir.

Dans certaines affections du col de la vessie, dans l'hypertrophie de la prostate, on observe aussi quelquefois un écoulement permanent ou intermittent d'urine. Mais dans ces cas le liquide sort *par regorgement*, après que la vessie a été au préalable distendue; dans l'incontinence proprement dite, le sphincter vésical a perdu sa contractilité ou sa tonicité; il n'oppose plus une barrière à la sortie de l'urine, à mesure que cette dernière tend à s'accumuler dans son réservoir naturel.

**Causes.** L'incontinence d'urine s'observe plus particulièrement aux deux périodes extrêmes de la vie, chez les vieillards et chez les enfants. Abstraction faite de l'âge, elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Elle revêt deux formes: tantôt elle a lieu d'une manière continue, c'est ce que l'on voit chez les vieillards ou chez les adultes; tantôt elle se manifeste d'une manière intermittente et spécialement la nuit chez les enfants: ce qui fait qu'on l'a désignée sous le nom d'*incontinence d'urine nocturne*.

La première espèce survient quelquefois après des lésions traumatiques ou spontanées de l'axe cérébro-spinal, ou bien à la suite de lésions organiques de la vessie très-étendues, et spécialement lorsque ces altérations comprennent le sphincter vésical. On l'observe encore au déclin de plusieurs maladies graves, alors qu'il existe un affaiblissement général de l'organisme.

L'incontinence d'urine *intermittente* survient parfois sous l'influence d'émotions violentes, du travail de l'accouchement, d'une attaque convulsive; mais, ainsi que nous l'avons mentionné déjà, elle est surtout propre aux enfants, chez lesquels elle se montre pendant le sommeil. On ne s'est pas bien rendu compte du mode de production de l'accident dans les cas de ce genre. On l'a attribué à une augmentation dans la force contractile de la vessie; à un affaiblissement du sphincter vésical; à la petitesse de l'organe. L'opinion la plus probable est que la profondeur du sommeil empêche les enfants d'avoir la conscience du besoin d'uriner; la vessie se contracte sans que le sujet en soit averti.

On observe encore l'incontinence d'urine après une violente contusion du périnée; à la suite de manœuvres pour détruire un calcul urétral; ou bien chez les sujets affectés d'une pierre engagée dans le col de la vessie. Chez les malades atteints de cystite, de calculs vésicaux, de névralgie du col de la vessie, le corps de l'organe est parfois dans un état de contraction permanente, d'où l'écoulement incessant de l'urine au dehors.

**Symptômes.** L'impossibilité de conserver l'urine, à mesure que le liquide arrive dans le réservoir où il s'accumule dans l'état normal, est le signe pathognomonique de l'incontinence d'urine. L'incontinence *vraie* diffère de la *fausse* incontinence ou de l'incontinence par regorgement, en ce que, dans le premier cas, la palpation et la percussion de l'hypogastre, le cathétérisme, démontrent que la vessie ne contient point ou ne contient qu'une petite quantité d'urine. L'incontinence d'urine *nocturne* des enfants ne saurait échapper à l'observation, attendu que les draps du lit sont souillés. Chez les adultes, il faut rechercher la cause de l'incontinence d'urine; l'examen de l'état général du sujet, les circonstances commémoratives, l'exploration attentive de la vessie mettent facilement le chirurgien sur la voie de la lésion qui entretient l'incontinence.

**Traitement.** Il diffère suivant que l'incontinence d'urine est permanente ou intermittente.

Dans le premier cas, si l'affection est due à une atonie du col vésical, on conseille les bains de siège froids, les applications froides, aromatiques, sur le périnée; des vésicatoires volants sur les régions voisines du col vésical; l'administration des toniques. On a aussi réussi, dans ces cas, en donnant à l'intérieur la teinture de cantharides, à la dose de 10, 15, 20 gouttes par jour. Si l'incontinence s'est montrée à la suite d'une violente contusion du périnée ou d'une dilatation forcée du col de la vessie, on aura recours au cathétérisme pratiqué avec précaution, et plus tard à l'administration de bains de mer, de douches sulfureuses sur le périnée, l'hypogastre, la partie interne des cuisses. Si elle est le résultat de la présence d'un calcul dans la vessie, on enlèvera le corps étranger. Si elle résulte d'une exagération dans la sensibilité et la contractilité de la vessie, on administre des bains, des lavements émollients ou anodins, des boissons mucilagineuses, de petites doses d'opium.

L'incontinence d'urine *intermittente*, surtout la *nocturne*, a suscité une foule de médications externes et internes. Aux premières se rapportent les fomentations froides sur le périnée et les parties voisines; les bains froids par immersion très-courte, en plongeant et replongeant les malades, et en les essuyant bien ensuite; les bains de mer par immersion; les ventouses sèches au périnée; les vésicatoires à l'hypogastre, au périnée, au sacrum; les applications transcurrentes de nitrate d'argent sur l'orifice interne de l'urètre.

On a principalement conseillé, à l'intérieur, la belladone. On l'administre sous forme pilulaire, à la dose de 1 centigramme de poudre et de 5 milligrammes d'extrait, pour les enfants. Les cantharides à la dose de 2 gouttes de la teinture pour ces derniers, de 10 à 20 gouttes pour les adultes, ont également donné de bons résultats. La *noix vomique* semble devoir mériter la préférence: on la donne à la dose de 25 milligrammes sous forme d'extrait alcoolique. On a également préconisé la formule suivante:

|                              |                  |
|------------------------------|------------------|
| Extrait de noix vomique..... | 40 centigrammes. |
| Oxyde noir de fer.....       | 4 grammes.       |

Divisez en 24 pilules: à prendre 3 pilules par jour.

Dans tous les cas où l'on est appelé à combattre une incontinence d'urine nocturne, il faut recommander aux parents de réveiller les enfants plusieurs fois la nuit pour les faire uriner. On soumettra le jeune sujet à une alimentation tonique.

Lorsque l'incontinence d'urine est au-dessus des ressources de l'art, on fait porter au malade un appareil propre à recueillir l'urine, à mesure que cette dernière s'écoule au dehors. Dans ce but, on se sert de vases allongés et aplatis, faits de cuir bouilli, de gomme élastique, de gutta-percha, de métal, etc., maintenus en position par des liens fixés à une ceinture et placés de manière à ce que l'extrémité de la verge plonge dans leur orifice. Chez les femmes, on dispose l'ouverture d'un petit urinal exactement contre l'orifice de l'urètre, et l'on maintient un prolongement de l'appareil dans le vagin.

On a également conseillé des appareils compressifs de l'urètre propres à prévenir l'issue de l'urine. Ces moyens sont peu efficaces. Chez les femmes, on pourrait cependant, ainsi que le conseille Boyer, comprimer l'urètre contre la symphyse pubienne, au moyen d'un bouton mollet de gomme élastique appliqué sur la partie inférieure de la paroi antérieure du vagin; le bouton est placé à l'extrémité d'une tige élastique courbée, assujettie supérieurement au moyen d'une plaque fixée invariablement sur le pubis par une ceinture.

## SECTION XL.

### MALADIES DE LA PROSTATE.

#### CHAPITRE I.

##### VICES DE CONFORMATION DE LA PROSTATE.

1° La prostate manque parfois complètement; le plus souvent il existe alors en même temps une exstrophie de la vessie. Des faits de ce genre ont été rapportés par P. Borelli, Portal, Jamain et Rombeau. Deville a communiqué à la Société anatomique un cas d'absence de la prostate avec intégrité du réservoir urinaire;

2° La prostate se développe, comme tous les organes impairs, par deux moitiés qui se réunissent sur la ligne médiane. Lorsque cette réunion ne s'effectue pas, l'urètre reste ouvert à la face inférieure;

3° Dans l'état normal, la portion de la prostate qui se trouve en arrière de l'urètre, ou la portion rectale de la glande, est plus épaisse que la

portion antérieure ou pubienne. Dans quelques cas rares, on a rencontré l'urètre tout entier en arrière de la prostate. C'est ce qu'ont vu Tanchou et Denonvilliers.

## CHAPITRE II.

### BLESSURES DE LA PROSTATE.

Il convient de les diviser en deux groupes, d'après le mode de production. Les unes sont faites par des instruments qui pénètrent dans l'épaisseur de la glande, des parties superficielles vers les parties profondes, ou *de dehors en dedans*; les autres sont occasionnées par des instruments qui intéressent la prostate, après avoir au préalable été introduits dans la portion correspondante de l'urètre, ou *de dedans en dehors*.

#### I. PLAIES DE DEHORS EN DEDANS.

Les rapports que la prostate présente avec le périnée, le rectum, expliquent la voie de pénétration la plus fréquente des instruments qui blessent cette glande. Ces lésions sont tantôt accidentelles; tantôt volontaires, c'est-à-dire produites par le chirurgien lui-même dans un but thérapeutique.

On a vu la prostate intéressée à la suite d'une chute, le périnée ayant été traversé par la pointe d'un échalas; par un tranchet de cordonnier qui a été enfoncé dans la même région; par des projectiles de guerre, tels que balles, grains de plomb, éclats de mitraille, etc.; par des corps étrangers arrêtés dans le rectum, tels que fragments d'os, noyaux de fruits, épingles, graviers, qui ont ulcéré les tissus au-dessus du sphincter anal. Ce n'est pas seulement en pénétrant par le périnée ou le rectum que les instruments vulnérants atteignent la prostate. Monod et Cazenave ont observé des blessures de cet organe après une ponction sus-pubienne de la vessie. Parmi les opérations chirurgicales dans lesquelles la prostate est divisée, il faut citer en première ligne les opérations de taille dites *prostatiques* (p. 837).

Les diverses espèces de plaies que nous venons de mentionner sont plus ou moins longues; les unes n'arrivent pas jusqu'à l'urètre, les autres divisent la portion prostatique du canal. On pourrait donc admettre, sous ce rapport, des plaies *pénétrantes* et des plaies *non pénétrantes*.

**Symptômes.** Ils sont subordonnés à l'étendue de la blessure, c'est-à-dire aux rapports qu'elle présente avec l'urètre. En cas de plaie non pénétrante, le diagnostic ne peut être fondé que sur la direction de la blessure, sa profondeur, l'exploration du trajet avec un stylet ou le doigt. En cas de plaie pénétrante, c'est-à-dire communiquant avec l'urètre, il est facile d'en reconnaître le siège par l'écoulement de l'urine entre ses lèvres, dès le commencement de la miction. Si la plaie s'étendait jusqu'au col de la vessie, le passage de l'urine serait continu. S'il existait une solution de continuité intéres-