

tements pénibles, intermittents d'abord, continus plus tard. C'est pour calmer cette douleur que les enfants calculeux tiraillent sans cesse la verge, à laquelle ils finissent par donner des proportions extraordinaires. Les courses en voiture, l'exercice à cheval, la marche, exaspèrent les douleurs, dans beaucoup de cas.

b. *Altération de la miction.* — Les malades urinent fréquemment; ils ont quelquefois l'urine sanguinolente. Le plus souvent elle contient des mucosités, quelquefois même du pus. Ce dernier caractère indique une lésion avancée de la vessie ou même de l'appareil excréteur de l'urine. Souvent le jet d'urine est tout à coup interrompu, et le malade prend des positions variées, pour déplacer le calcul qui obture l'orifice urétral. Chez quelques malades, l'émission de l'urine ne présente rien d'anormal.

2° *Symptômes physiques.* — Il est rare que, par le toucher rectal, on reconnaisse la présence d'un calcul, à moins qu'il ne soit volumineux.

Exploration de la vessie. — On est conduit par les symptômes rationnels ou fonctionnels à explorer la vessie au moyen d'une sonde métallique. On perçoit alors un choc, une sorte de tintement, avec frémissement de l'instrument, soit que celui-ci heurte le calcul, soit que le calcul vienne, pendant l'écoulement de l'urine, frapper l'extrémité de la sonde.

Il peut arriver, le calcul n'existant pas, qu'on croie à son existence; mais il est plus fréquent de ne pas le trouver, lorsqu'il existe réellement. Ces difficultés se comprennent, lorsqu'on songe aux variétés infinies qu'on observe dans le volume, la consistance, les rapports du calcul, etc.

Dans le premier cas, il faudra faire plusieurs explorations avant de se prononcer. Si le calcul existe et qu'on ne le trouve pas, on peut avoir recours à l'un des moyens suivants, qui donnent ordinairement de bons résultats: 1° promener la sonde sur tous les points de la vessie, en empêchant l'écoulement de l'urine; 2° injecter de l'eau froide, à plusieurs reprises, dans la vessie, jusqu'à ce que cet organe se contracte énergiquement sur la sonde; pendant que l'eau s'écoule, il arrive souvent que le calcul vient heurter la sonde; 3° varier la position du bassin du malade, en l'élevant, en le plaçant sur le côté, à genoux, etc. Dans toutes ces positions, la sonde est maintenue dans la vessie, et il arrive que le calcul se déplace. Souvent on trouve, avec un lithotriteur dont on écarte les branches, un calcul peu résistant, que la sonde avait été impuissante à faire constater.

Le nombre des calculs ne peut être déterminé d'une manière exacte; il est même rare qu'on puisse les distinguer, lorsqu'il n'en existe que deux.

Le volume sera apprécié par la combinaison du toucher rectal et de l'exploration par la sonde, ou par le degré d'écartement des branches d'un lithotriteur.

La densité sera reconnue au bruit clair et sonore que donnera le contact de la sonde, et à la résistance que le calcul apportera à la pression du lithotriteur.

Il faut se mettre en garde contre cette erreur de diagnostic qui a été commise, de prendre pour des calculs vésicaux des calculs qui siègent dans la prostate et dans l'urètre même.

Complications. — La cystite chronique est une complication si fréquente, qu'on pourrait la considérer comme un symptôme de la maladie; cependant, on voit beaucoup de calculeux sans catarrhe de la vessie. Parmi les complications, nous citerons: la cystite chronique, la paralysie, la rétraction et la dilatation de la vessie, l'encellulement et l'enchatonnement de la pierre, enfin l'hypertrophie de la prostate.

Il faut songer à toutes ces complications, lorsqu'on explore le malade; elles peuvent embarrasser pour le diagnostic.

1° *Cystite chronique.* — Aux symptômes du calcul se joignent ceux du catarrhe vésical. Le malade urine très-fréquemment, la miction est douloureuse, les urines sont altérées, et exhalent quelquefois une odeur ammoniacale. (*Voy. Cystite chronique.*)

2° *Paralysie de la vessie.* — Lorsque cette complication existe, la vessie se laisse distendre, et le malade n'éprouve ni envie d'uriner, ni douleur (*atonie de la vessie*, Civiale). Le cas est assez grave, car le plus souvent la vessie s'enflamme au bout d'un certain temps, et la mort du malade peut en être la conséquence. Il est moins facile de trouver un calcul dans une vessie paralysée.

3° *Rétraction et dilatation de la vessie.* — La rétraction de la vessie accompagne ordinairement l'hypertrophie des parois; elle est déterminée par l'irritation que la présence du calcul apporte dans la nutrition des parois vésicales. La dilatation est causée par l'urine, qui trouve un obstacle dans la présence du calcul au niveau du col vésical. Chacun de ces deux états apporte de la difficulté dans l'exploration du calcul par la sonde. On conçoit qu'un calcul placé d'une certaine façon au niveau du col puisse causer l'incontinence ou la rétention d'urine.

4° *L'encellulement* (calcul dans un diverticulum vésical) et *l'enchatonnement* constituent aussi quelquefois des obstacles difficiles à vaincre pour arriver au diagnostic.

5° Il en est de même de l'*hypertrophie* de la prostate, parce que le calcul peut se cacher derrière cet organe, et que, dans tous les cas, l'augmentation de volume de cette glande rend le cathétérisme beaucoup plus difficile.

Pronostic. Traitement.

1. La maladie est grave, car, à moins de cas exceptionnels, le malade est, tôt ou tard, obligé de se soumettre à une opération qui n'est pas exempte de dangers.

2. On a extrait par l'urètre certains calculs peu volumineux, surtout chez la femme, dont le canal permet un certain degré de dilatation.

3. Lorsque le malade ne veut pas se faire opérer, ou bien lorsqu'il

existe des contre-indications à l'opération, on fait la médecine des symptômes; on traite surtout la cystite, qui complique si souvent les calculs.

4. La *médication lithotriptive*, qui dissoudrait les calculs, n'a pas fait ses preuves. On peut soumettre le malade aux alcalins, l'envoyer aux eaux de Vichy, qui pourront remédier plus ou moins complètement aux lésions de la muqueuse vésicale et à l'altération de l'urine; mais il ne faudrait pas s'imaginer qu'il existe une seule eau minérale capable de dissoudre un calcul.

Il faut absolument, pour qu'un calcul soit extrait, que le malade se soumette à l'une des deux opérations suivantes, la taille ou la lithotritie.

Taille.

La taille est une opération qui consiste à faire une plaie à la vessie, pour aller à la recherche d'un calcul. Si on fait la plaie au-dessus du pubis, c'est la *taille hypogastrique*. La *taille recto-vésicale* consiste à pénétrer dans la vessie à travers le rectum. Dans la *taille périnéale*, on fait la plaie dans la région du périnée.

1° **Taille hypogastrique.** — On fait la taille hypogastrique pour des calculs volumineux qui ne pourraient être extraits par le périnée.

Le malade étant en position, comme pour la taille périnéale, on distend la vessie par une injection d'eau, afin de refouler le péritoine en haut. Dans quelques cas, la vessie ne pouvant supporter la distension, on se passe de ce soin préalable. On incise la paroi abdominale, à partir du pubis, sur la ligne médiane, dans une étendue de 8 à 10 centimètres, couche par couche, jusqu'à ce qu'on trouve le tissu cellulo-graisseux qui double la ligne blanche. Avec l'indicateur, on refoule le tissu cellulaire, on soulève le péritoine avec beaucoup de précaution, et l'on va à la recherche de la paroi antérieure de la vessie, que le doigt déprime jusqu'à ce qu'il sente l'extrémité du cathéter, qu'un aide maintient dans le réservoir urinaire. On fend ensuite la vessie en long ou en travers, et l'on introduit les tenettes pour extraire le calcul. Pour le reste de l'opération, on se comporte comme dans la taille périnéale.

2° **Taille recto-vésicale.** — Sanson incisait la partie antérieure de l'anus jusqu'au bulbe; l'incision comprenait une portion du rectum de deux centimètres de hauteur; puis il divisait, sur la cannelure du cathéter, le bas-fond de la vessie et une partie de la prostate. M. Maisonneuve a modifié cette opération, en pénétrant dans la vessie par le rectum, mais sans diviser le sphincter.

3° **Taille périnéale.** — Il y a plusieurs espèces de tailles périnéales, qui ne diffèrent que par l'incision extérieure. Elles réclament toutes les mêmes préparatifs, et, dans chacune d'elles, on divise la partie membraneuse de l'urèthre avant de pénétrer dans la vessie et de diviser la

prostate. Ce sont : la *taille latéralisée*; la *taille bilatérale*; la *taille médiane*; la *taille prérectale*, et la *taille quadrilatérale*.

a. *Taille latéralisée.* — Le malade, chloroformé, est placé sur le bord du lit; deux aides fléchissent ses cuisses et les portent dans l'abduction et la rotation en dehors.

Le périnée a été rasé, et le rectum vidé par un lavement.

Un troisième aide, placé du côté de la tête du malade, maintient dans la vessie un cathéter cannelé, pendant que, de l'autre main, il relève les bourses. (L'aide qui tient le cathéter ne doit pas faire de mouvements; l'instrument doit être maintenu exactement sur la ligne médiane, le pavillon incliné sans effort vers la paroi abdominale, afin de rendre l'urèthre plus saillant.) Quelques chirurgiens font maintenir le pavillon du cathéter au niveau de l'aîne droite du malade.

Premier temps. — On prend un bistouri convexe, et on incise la peau à trois centimètres en avant et en dehors de l'anus; cette incision s'étend du raphé périnéal à la partie moyenne d'une ligne qui réunirait l'anus à l'ischion.

Deuxième temps. — Cette incision correspond au triangle ischio-bulbaire. Alors, on divise lentement et couche par couche les parties molles, en ayant soin d'enfoncer, de temps en temps, le doigt au fond de la plaie, afin de rechercher le cathéter. En pratiquant ces incisions, il faut éviter de se porter en arrière et en dedans; on pourrait blesser le bulbe ou le rectum. Lorsqu'on n'est plus séparé du cathéter que par une couche mince de tissus, on porte le doigt indicateur gauche au fond de la plaie, la pulpe regardant la cuisse droite du sujet; on enfonce l'ongle dans la cannelure, en recommandant à l'aide de bien fixer l'instrument.

Troisième temps. — On porte alors la pointe du bistouri droit sur l'ongle; on l'enfonce dans le cathéter, en faisant une piqûre à la portion membraneuse de l'urèthre située en ce point. La pointe est placée dans la cannelure du cathéter; il s'agit de faire à la portion membraneuse de l'urèthre une incision d'un centimètre et demi à deux centimètres.

Quatrième temps. — Pour cela, on relève le manche du bistouri vers la verge du malade, en maintenant la pointe immobile dans le cathéter. On renverse l'index gauche, dont l'ongle était engagé dans la cannelure, et l'on en applique la pulpe sur le dos du bistouri, dont le tranchant doit regarder le rectum. On pousse légèrement de la main droite, mais avec les plus grandes précautions; en même temps, l'index gauche enfonce la pointe du bistouri, et lorsqu'on a ainsi pénétré à près de deux centimètres, on n'a qu'à abaisser le manche du bistouri vers l'anus, pour inciser la partie inférieure de la portion membraneuse de l'urèthre. Encore, dans ce mouvement, il faut que la pointe reste immobile.

Cinquième temps. — L'urèthre est incisé, le cathéter est à nu au fond de la plaie. Comme dans le deuxième temps, on porte l'index gauche au

fond de la plaie, l'ongle dans la cannelure. On introduit alors dans la plaie le lithotome du frère Côme, dont la pointe mousse, conduite sur l'ongle, arrive dans la cannelure.

Sixième temps. — Le contact du métal des deux instruments est facile à sentir. Il faut maintenant faire pénétrer le lithotome dans la vessie. On saisit de la main gauche le pavillon du cathéter, la droite tenant le manche du lithotome; on s'assure encore du contact des deux instruments en les pressant l'un vers l'autre. Alors, uniformément des deux mains, on abaisse le pavillon du cathéter, et l'on relève le manche du lithotome. Pendant que ce mouvement s'exécute, il faut pousser les deux instruments, mais avec une grande lenteur, vers la vessie.

Septième temps. — Le lithotome est dans la vessie, il faut diviser la prostate. Il n'est pas utile de faire pénétrer cet instrument à une profondeur de plus de trois centimètres. On appuie le dos du lithotome contre le pubis, on l'ouvre par un mécanisme facile à comprendre lorsqu'on voit l'instrument, et l'on a soin de faire sortir la lame de l'instrument dans la direction de la plaie, en arrière et en dehors; puis on tire l'instrument à soi, en le maintenant horizontalement, et on le retire par la plaie extérieure, qu'il ne doit pas agrandir. A ce moment, la plaie s'étend de la peau à la muqueuse vésicale.

Huitième temps. — Il faut extraire le calcul. Pour cela, on enfonce le doigt dans la plaie, et, s'il n'est pas assez long, on enfonce un gorgeret, sorte de gouttière en bois ou en métal, jusqu'à la vessie, afin de faciliter l'introduction des tenettes, sorte de pinces destinées à prendre le calcul et à l'extraire.

b. Taille bilatérale. — Très-ancienne, adoptée par Dupuytren, elle diffère de la précédente : 1° par une incision demi-circulaire embrassant, par sa concavité, la moitié antérieure de l'anus; 2° par la section de la prostate des deux côtés, soit au moyen du bistouri, soit, ce qui est mieux, avec le lithotome double.

c. Taille médiane. — Elle consiste à inciser sur la ligne médiane, depuis l'anus jusqu'au scrotum. On évite le bulbe; on introduit le cathéter comme il a été dit, et la prostate est incisée. Cette incision ne laisse passer que de petits calculs.

d. Taille prérectale. Préconisée par M. Nélaton, la taille prérectale est une modification de la taille bilatérale. On fait une incision courbe embrassant la moitié antérieure de l'anus, distante de cette ouverture d'un centimètre sur la ligne médiane, et de deux centimètres sur les côtés. L'indicateur gauche étant maintenu dans le rectum, on saisit avec le pouce de la même main la lèvre postérieure de la plaie, et l'on continue la dissection de la face antérieure du rectum jusqu'à la prostate. On pénètre dans la vessie comme il a été déjà dit. Ce procédé a l'avantage de donner au chirurgien plus de sécurité. En effet, un doigt étant con-

stamment dans le rectum, on peut inciser les tissus au-devant de ce viscère sans s'exposer à le blesser.

e. Taille quadrilatérale. — Lorsqu'on est arrivé dans la vessie, on coupe la prostate selon ses quatre diamètres obliques; on se sert du lithotome double pour la partie inférieure, et du bistouri pour la supérieure.

Pour les pierres de moyen volume (3 centimètres environ), M. Dolbeau pratique une opération qu'il appelle *taille médio-bilatérale*. Ce n'est qu'une combinaison des deux procédés que nous avons indiqués. On fait l'incision de la peau et des parties sous-jacentes sur la ligne médiane. Pour les parties profondes, on se comporte comme dans la taille bilatérale ordinaire.

Ajoutons, pour compléter ce qui a trait au manuel opératoire, que M. Chassaignac a pratiqué la taille au moyen de l'écraseur linéaire. Mais cette méthode, qui n'a été employée que par son auteur, ne doit pas nous arrêter.

Dans toutes les opérations que nous venons de décrire, les soins préliminaires sont les mêmes; l'extraction du calcul se fait de la même manière. Les plus usitées sont la taille latéralisée et la taille prérectale.

Lithotritie.

Tandis que la taille date des temps les plus reculés, la lithotritie a pris naissance dans ce siècle. Cette opération consiste à diviser les calculs en petits fragments pouvant être extraits par le canal de l'urèthre, sans opération sanglante. On nomme lithotriteurs les instruments sans nombre qui ont été inventés pour cette opération.

Les calculs peuvent être broyés par les méthodes de la *perforation multiple*, de la *destruction de la circonférence au centre*, de la *destruction du centre à la circonférence*, et de l'*écrasement*.

Aujourd'hui, les trois premières méthodes sont complètement abandonnées; on n'opère plus que par l'*écrasement*.

Nous n'avons pas à décrire toutes les variétés de lithotriteurs actuellement en usage. Nous signalerons seulement, parmi les plus fréquemment employés, le *brise-pierre à dents*, le *brise-pierre à cuiller* et le *brise-pierre fenêtré*.

Le manuel opératoire est assez simple. L'instrument est introduit doucement dans la vessie; si le méat est trop étroit pour lui livrer passage, ce qui s'observe assez fréquemment, il faut le débrider d'un coup de ciseaux. Lorsqu'on est arrivé au contact du calcul, on ouvre les branches du brise-pierre; puis on les rapproche avec précaution. Il faut se garder de les refermer brusquement, car on pourrait manquer le calcul et saisir la paroi vésicale. On sent que le calcul est pris entre les branches par la résistance qu'il oppose à leur rapprochement. Alors on fait agir le

mécanisme (écrou, pignon ou autre) destiné à mettre les mors en contact; un bruit particulier, une sensation d'éclatement et de résistance vaincue, annoncent que le calcul vient d'être brisé. Il faut alors répéter la même manœuvre un certain nombre de fois sur les plus gros fragments. Avant de retirer l'instrument, il est bon de faire jouer deux ou trois fois les branches l'une sur l'autre, de manière à débarrasser les mors des fragments qui pourraient y être retenus, et qui, par leurs aspérités, pourraient déchirer l'urèthre.

Une seule séance est toujours insuffisante; d'autant plus qu'il vaut mieux faire des séances répétées, mais courtes, qu'une seule de longue durée. On s'exposerait, en agissant ainsi, à des accidents graves du côté de la vessie ou des reins.

La *percussion*, très-rarement employée aujourd'hui, ne s'applique qu'aux calculs d'une extrême dureté. Dans ce procédé, on frappe avec un maillet sur l'extrémité de l'instrument, afin de broyer le calcul.

M. Dolbeau a décrit, sous le nom de *lithotritie périnéale*, une méthode qui consiste à faire au périnée une boutonnière à travers laquelle on introduit le brise-pierre. Le reste de l'opération ne diffère pas de la lithotritie telle qu'on la pratique ordinairement.

Les opérations de taille et de lithotritie ne sont pas exemptes de dangers.

1^o La taille peut être suivie d'hémorrhagie, d'infiltration urinaire, de phlébite et d'infection purulente.

2^o La lithotritie réclame souvent un grand nombre de séances, pendant lesquelles on observe assez souvent une cystite ou une uréthrite; il peut survenir une inflammation de la prostate; on a observé le pincement, la déchirure et la perforation de la vessie.

La taille a l'avantage d'être faite en une séance; elle donne un grand nombre de morts, surtout dans les grands centres¹.

La lithotritie n'est pas exempte de dangers, et le malade est en péril pendant longtemps, puisque l'opération ne se fait que par séances plus ou moins éloignées.

Taille et lithotritie chez la femme.

Chez la femme, il ne faut avoir recours à la taille que dans les cas où la lithotritie est impraticable.

1^o La *taille hypogastrique* se fait comme chez l'homme et pour des calculs très-volumineux.

2^o La *taille vésico-vaginale* consiste à inciser la cloison vésico-vaginale

1. Il n'en est pas de même partout. Nous connaissons un chirurgien de grande réputation, M. Dupouy, de Bascons (Landes), qui opère les malades de plusieurs départements. Il est tout à fait exceptionnel qu'il perde un de ses opérés.

dans le sens transversal, le vagin étant dilaté par un spéculum à valves, à extraire le calcul, et à réunir les lèvres de la plaie. Cette opération est pratiquée assez fréquemment.

3^o La *taille périnéale* compte deux procédés: a. le procédé de la *taille vestibulaire*, indiquée par Lisfranc; on arrive à la vessie par le vestibule (inusitée); b. le procédé de la *taille uréthrale*, qui consiste à diviser l'urèthre et à extraire le calcul. Cette dernière expose aux infiltrations urinaires, aux fistules urinaires et à l'incontinence d'urine.

Lorsqu'on fait la section de l'urèthre de l'intérieur du canal vers la symphyse pubienne, on ne court aucun risque de blesser des organes importants. Nous avons vu M. Richet faire cette opération chez une jeune fille. Il n'y a pas eu d'accidents.

Indications de la taille et de la lithotritie.

Nous venons de voir que la taille et la lithotritie étaient également applicables au traitement des calculs vésicaux. Il nous reste à formuler en quelques mots les indications et les contre-indications spéciales à chacune de ces opérations. Ces indications se rapportent surtout à l'âge et au sexe des malades, à l'état des organes urinaires, aux caractères des calculs, c'est-à-dire à leur volume et à leur nombre.

1^o *Age*. — Chez les enfants, on devra toujours préférer la taille à la lithotritie. Le bulbe est peu développé chez eux; il en est de même des plexus veineux péri-prostatiques; d'autre part, le petit calibre de l'urèthre se prête mal à l'introduction des instruments, et, après le broiement de la pierre, des fragments de celle-ci peuvent s'arrêter dans le canal et y causer de graves désordres. Chez les vieillards, il faudra surtout prendre en considération l'état des voies urinaires, dont nous allons parler.

2^o *Sexe*. — Chez la femme, la lithotritie est généralement facile; car l'urèthre est rectiligne et très-court.

3^o *Etat des organes urinaires*. — Des rétrécissements de l'urèthre, une hypertrophie considérable de la prostate, l'inflammation de la vessie ou des reins s'opposent à la lithotritie. En effet, l'introduction des instruments ne ferait qu'aggraver les lésions déjà existantes; on sait même que cette opération produit quelquefois, chez des sujets parfaitement sains, des accidents du côté des organes excréteurs de l'urine. Si toutefois on avait des raisons spéciales pour ne pas pratiquer la taille, il ne faudrait avoir recours à la lithotritie qu'après avoir ramené, par un traitement approprié, les organes urinaires à leur état d'intégrité.

4^o *Nombre et volume des calculs*. — Lorsque les calculs sont très-nombreux, on doit préférer la taille, à moins qu'ils ne soient très-friables; la même opération est indiquée lorsqu'il existe un calcul très-volumineux et très-résistant, ou bien encore lorsqu'il est profondément enchatonné et peu accessible au brise-pierre.

III. — HYPERTROPHIE. TUBERCULES. VARICES.

1° Hypertrophie. — On distingue deux espèces d'hypertrophie de la vessie : 1° l'hypertrophie avec épaissement des parois ; 2° l'hypertrophie par dilatation de la cavité.

a. L'hypertrophie avec épaissement des parois peut affecter la tunique musculuse, la muqueuse, la celluleuse, ou les trois tuniques à la fois. C'est à l'hypertrophie de la tunique musculuse que sont dues les *colonnes* et les *cellules* de la vessie.

La muqueuse, lorsqu'elle se laisse dilater dans l'intervalle circonscrit par ces colonnes, forme des culs-de-sac, des poches souvent très-considérables ; on les désigne sous le nom de *hernies tunicales*.

Le malade urine souvent, parce que la vessie ne peut pas se distendre, et la sonde rencontre des rugosités, une paroi très-résistante.

L'hypertrophie est déterminée soit par un obstacle à la sortie de l'urine, soit par une cystite chronique.

b. L'hypertrophie par dilatation de la cavité peut coïncider avec l'épaississement des parois de la vessie ou avec leur amincissement.

Le diagnostic de ces maladies est difficile. Le traitement est, le plus souvent, inefficace.

2° Tubercules. — Lorsqu'on les observe, ce qui est rare, il en existe en même temps dans le poumon, les organes génitaux, etc. Ils se présentent sous la forme de granulations miliaires. Leur diagnostic est presque impossible.

3° Varices. — Elles sont très-rares. Elles compliquent les calculs de la vessie ou l'hypertrophie de la prostate. L'hématurie est le seul symptôme qu'elles déterminent, lorsqu'elles se déchirent. On peut les soupçonner, mais non les diagnostiquer.

ARTICLE QUATRIÈME

VICES DE CONFORMATION DE LA VESSIE

On a signalé l'absence de la vessie, des *vessies multiples*, et l'*extroversion* de la vessie. Ce sont là des curiosités anatomiques. La dernière, cependant, réclame l'intervention chirurgicale.

EXTROVERSION DE LA VESSIE.

Ce vice de conformation, ou *extrophie*, décrit encore sous les noms de *hernie*, *prolapsus*, *inversion* de la vessie, n'est pas très-rare.

C'est un arrêt de développement : la paroi antérieure de la vessie manque, de même que la partie inférieure de la paroi abdominale. On

voit, à ce niveau, une tumeur rouge, molle, réductible, faisant une saillie plus ou moins considérable, augmentant de volume pendant les cris, les efforts de toux, de miction. Elle laisse continuellement suinter de l'urine par les orifices des uretères qui s'ouvrent souvent au sommet d'une petite éminence en forme de papille.

Ce vice de conformation s'accompagne souvent d'autres difformités des organes génitaux, telles qu'absence ou bifidité de la verge, oblitération du vagin, écartement des pubis, etc. Il coïncide parfois avec un pied-bot, un spina-bifida.

Le traitement est purement palliatif ; il consiste à recevoir l'urine dans un appareil spécial. On a essayé de guérir l'extroversion par l'autoplastie ; on a eu rarement à se louer d'être intervenu.

ARTICLE CINQUIÈME

LÉSIONS FONCTIONNELLES DE LA VESSIE

Nous décrirons ici la *paralysie* de la vessie, la *névralgie*, la *rétenion d'urine*, et l'*incontinence d'urine*.

I. — PARALYSIE DE LA VESSIE.

Causes. — Toute lésion traumatique ou autre du cerveau ou de la moelle peut occasionner une paralysie de la vessie. Il en est de même de la compression du plexus sacré. On l'observe quelquefois dans le cours des fièvres graves. Chacun a eu l'occasion de remarquer une paralysie momentanée. Elle se montre lorsqu'on a conservé trop longtemps la vessie distendue par l'urine ; on est parfois dans l'impossibilité d'uriner, si ce n'est goutte à goutte. Puis, peu à peu, l'organe recouvre sa contractilité. Si un obstacle au libre cours de l'urine détermine souvent ce phénomène de rétention, on conçoit qu'il puisse survenir une paralysie de la vessie. On observe souvent chez les vieillards des paralysies de la vessie causées par l'obstacle que la prostate hypertrophiée apporte à la sortie de l'urine, ou à une cystite chronique ; dans quelques cas, ces paralysies ne paraissent liées à aucune cause ; on les appelle *essentiels*. On a vu des paralysies *nerveuses* chez les hystériques.

Symptômes. Diagnostic. — Les symptômes sont tellement liés à ceux de la rétention et de l'incontinence d'urine, qu'on pourrait les confondre. 1° Il peut y avoir paralysie *incomplète*. La vessie se distend outre mesure, et n'éveille le besoin d'uriner qu'après une grande distension ; le malade urine, mais avec des efforts considérables. 2° Si la paralysie est *complète*, la vessie se laisse distendre ; elle forme une tumeur au-dessus du pubis, plus ou moins rapidement douloureuse, selon les malades. Lorsqu'elle a acquis un certain développement, les parois résistent,