

le col cède, et le malade urine goutte à goutte, par regorgement. 3<sup>o</sup> Il peut exister une *paralysie du col*. Le corps de la vessie a conservé sa contractilité, mais le col ne ferme plus l'orifice; l'urine ne s'accumule pas dans la vessie, elle sort goutte à goutte; il y a incontinence d'urine. (*Voy. Rétention et Incontinence d'urine.*)

**Pronostic. Traitement.** — La paralysie de la vessie guérit rarement. Il faut sonder le malade assez fréquemment, et ne pas laisser l'urine s'accumuler en grande quantité. On cherche à rendre à l'organe sa tonicité par les bains, les injections d'eau froide dans la vessie, les lavements froids, l'électricité. Ce dernier moyen réussit souvent dans les paralysies incomplètes.

## II. — NÉVRALGIE DE LA VESSIE.

Chez les sujets irritables des deux sexes, il n'est pas très-rare d'observer des douleurs névralgiques du côté de la vessie. Elles reviennent par accès, comme toutes les névralgies, et, souvent, elles sont occasionnées par le froid. Elles sont idiopathiques, ou bien elles compliquent une affection quelconque de la vessie.

Il est assez commun de voir la névralgie s'étendre en même temps au rectum et coïncider avec une névralgie lombo-abdominale. Elle est caractérisée par de violentes envies d'uriner et par l'émission fréquente d'une fort petite quantité d'urine claire comme de l'eau. Quelquefois, il y a rétention d'urine, parce que la névralgie se complique de *contracture du col*. Dans ces cas, le cathétérisme est extrêmement douloureux. Entre ces accès, le malade n'éprouve aucune souffrance.

On ne confondra pas la névralgie avec une cystite, à cause de la fièvre, de l'état de l'urine et de la continuité des symptômes, dans cette dernière maladie.

On dirige contre elle le traitement de toutes les névralgies.

## III. — RÉTENTION D'URINE.

Le nom de la maladie contient sa définition; le malade est dans l'impossibilité de chasser l'urine de sa vessie.

Ce n'est pas une maladie, c'est un accident, et, le plus souvent, un symptôme de quelque affection des voies urinaires.

Nous ne dirons que quelques mots des *lésions anatomiques*, qui ne sont pas celles de la rétention, mais plutôt de la maladie qui la détermine. Les parois de la vessie sont amincies ou hypertrophiées; le premier cas se rencontre quand la vessie est restée longtemps dilatée, quand elle a été le siège d'une accumulation de liquide de longue durée, d'une paralysie progressive. Mais quand elle a essayé de lutter pendant un certain temps contre l'obstacle qui s'opposait à la miction, elle peut offrir alors une épaisseur dépassant celle qu'elle présente à l'état normal. Quant à la mu-

queuse, elle sera d'autant plus altérée qu'elle aura été en contact avec un corps irritant, comme un calcul, ou qu'elle sera atteinte d'inflammation. L'urine est foncée, souvent mêlée de mucus; elle exhale une forte odeur ammoniacale. Sa quantité est variable, et peut être telle que la vessie remonte au-dessus de l'ombilic, et occupe presque tout l'abdomen, refoulant les viscères qui y sont contenus. Enfin, si une rupture a eu lieu, on observera tous les caractères anatomiques d'une péritonite par perforation ou d'une infiltration d'urine.

**Causes.** — Elles sont de deux espèces :

1<sup>o</sup> *Le corps de la vessie a perdu sa contractilité*; il ne peut chasser l'urine. A cette espèce se rattachent toutes les paralysies du corps de la vessie dont nous avons indiqué les causes en traitant de cette paralysie.

2<sup>o</sup> *Il y a un obstacle à la sortie de l'urine* : a. tumeur de la vessie, caillot sanguin ou calcul appliqué sur le col; b. contracture du col vésical, ou du sphincter urétral; tuméfaction inflammatoire du col ou des tissus qui entourent l'urètre; valvules du col vésical; tumeurs de la prostate; c. rétrécissement de l'urètre; compression de l'urètre par une cause quelconque; tumeur, corps étranger, etc. Chez les femmes, les déviations de l'utérus et la grossesse sont des causes fréquentes de rétention d'urine.

**Symptômes.** — Selon la cause qui la produit, la rétention d'urine débute lentement ou brusquement; elle est quelquefois intermittente au début, mais à peine sensible, comme dans la paralysie incomplète, puis elle devient permanente.

Lorsque la rétention est complète, voici ses caractères : le malade éprouve une douleur dans la région de la vessie, avec des envies d'uriner qu'il ne peut satisfaire; cette douleur s'irradie dans les aines, dans les reins, et le long de la verge; elle s'accompagne de pesanteur dans la région du périnée. Tous les mouvements, les efforts surtout, l'inspiration même, exaspèrent cette douleur; le malade ne peut supporter la moindre pression au niveau de la région hypogastrique. Il a de la constipation, ce qu'explique la compression du rectum.

Si alors on examine l'hypogastre, on voit qu'il est dur, tendu, élastique; par le palper, on sent une tumeur qui s'élève plus ou moins haut, et dont on reconnaît assez facilement la limite supérieure, surtout si l'on s'aide de la percussion. Celle-ci est douloureuse; elle donne partout une matité complète, excepté en haut et sur les parties latérales, points occupés par la masse intestinale. On perçoit aussi quelquefois un mouvement de fluctuation assez manifeste.

**Terminaison. Variétés.** — Lorsqu'à ce moment on n'intervient pas pour vider la vessie, tous les symptômes s'aggravent. La tumeur fait de nouveaux progrès, l'urine dilate les uretères, s'accumule dans les bassinets et dans les calices; longtemps prolongée, cette accumulation peut donner lieu à l'hydronéphrose. En même temps des troubles généraux

apparaissent : la fièvre survient, la face est anxieuse, grippée ; on peut observer du délire ; il y a des nausées, des vomissements bilieux ; en un mot, on voit se dérouler tout le cortège des accidents qui caractérisent la fièvre urineuse, c'est-à-dire l'intoxication consécutive à la rétention et à l'accumulation de l'urée dans le sang. Souvent la vessie se rompt dans le péritoine, et une péritonite suraiguë emporte rapidement la malade ; d'autres fois l'urine s'épanche dans le tissu cellulaire et donne lieu à tous les phénomènes de l'infiltration urineuse.

La rétention d'urine n'offre pas les mêmes symptômes chez tous les malades ; il en est qui ne souffrent pas : cela s'observe dans certains cas de paralysie, et surtout chez les hystériques, qui ont de l'anesthésie.

Lorsque la rétention tient à une paralysie de la vessie, ou bien si l'obstacle peut être vaincu, la vessie se distend ; mais il arrive un moment où ses parois résistent. Alors l'urine s'écoule goutte à goutte, *par regorgement*, et l'on n'observe pas de symptômes généraux graves.

**Diagnostic.** — Une rétention d'urine complète est toujours reconnue. Mais il est des cas où une erreur est facile. Supposons, par exemple, un malade dont la vessie soit insensible, on pourra croire à une ascite. Voici un fait dont nous avons été témoin dans le service de M. Baillarger. Une jeune fille, F., était entrée affectée de mélancolie ; son ventre était très-gros ; elle fut inscrite comme mélancolie puerpérale, avec grossesse de cinq à six mois. Ce ne fut qu'au bout d'un mois qu'on soupçonna une rétention d'urine ; la grossesse s'écoula par la sonde. Voici la cause de l'erreur : la malade urinait par regorgement, non goutte à goutte, mais par petites portions, de sorte que les infirmières affirmaient que cette fonction était régulière.

Il suffit de se rappeler, pour éviter toute erreur, que, dans la rétention d'urine, la tumeur est fixe, immobile, limitée à la partie antérieure de l'abdomen, et qu'il est impossible de faire changer de place la matité et la sonorité en faisant coucher le malade sur le côté, comme cela se pratique dans l'ascite.

On comprend la gravité du *pronostic*, beaucoup plus sérieux dans le cas d'obstacle infranchissable. Si l'on fait la ponction, l'infiltration urineuse peut en être la conséquence.

**Traitement.** — Il faut d'abord vider la vessie : 1° on pratique le *cathétérisme* ; si la sonde ordinaire ne pénètre pas, il faut prendre une sonde en gomme, munie ou non d'un mandrin, une sonde de caoutchouc vulcanisé, dont M. Maisonneuve se sert journellement ; il faut faire varier la position du malade ; enfin, on doit faire tous ses efforts pour arriver dans la vessie, mais toujours avec douceur et ménagement.

2° S'il est absolument impossible de pénétrer dans la vessie, si le malade n'urine pas par regorgement, si les symptômes paraissent sérieux, il faut, sans plus tarder, faire la *ponction de la vessie*. On peut pénétrer par l'urèthre, le rectum, le périnée ou l'hypogastre.

C'est la ponction hypogastrique qu'on fait le plus souvent. On prend un trocart ordinaire ou le trocart courbe du frère Côme ; on l'enfonce directement à travers la paroi abdominale, à 3 ou 4 centimètres au-dessus du pubis. Lorsque l'urine s'est écoulée, on laisse la canule à demeure, en fixant le pavillon avec un ruban, jusqu'à ce que le cours de l'urine soit rétabli. Souvent, on remplace la canule par une sonde en gomme élastique.

#### IV. — INCONTINENCE D'URINE.

On donne ce nom à l'écoulement involontaire de l'urine.

On en distingue trois espèces : 1° l'incontinence par paralysie du sphincter ; 2° l'incontinence par regorgement ; 3° l'incontinence nocturne.

**1° Incontinence par paralysie du sphincter.** — Dans cette espèce d'incontinence, l'urine ne s'accumule pas dans la vessie, elle s'écoule à l'extérieur, à mesure qu'elle sort des uretères. Elle existe non-seulement dans les paralysies du col, mais encore toutes les fois qu'un obstacle : tumeur, corps étranger, etc., empêche l'occlusion du col.

Les lésions traumatiques du col : contusion, *dilatation* forcée dans les opérations, pression par la tête de l'enfant pendant l'accouchement, etc., déterminent cette variété d'incontinence.

La prostate hypertrophiée, en maintenant le col ouvert, peut causer une incontinence d'urine.

**2° Incontinence par regorgement.** — Nous avons déjà expliqué ce phénomène qui accompagne la paralysie du corps de la vessie. Cet organe se laisse distendre, mais, à un certain moment, la résistance du sphincter est vaincue ; la vessie, toujours pleine d'urine, laisse écouler, pour ainsi dire, le trop plein. Un peu d'attention suffira pour ne pas confondre cette incontinence avec les fréquentes émissions d'urine qu'on observe dans la cystite, ou avec l'écoulement de l'urine qui s'accumule en arrière d'un rétrécissement de l'urèthre, et qui s'écoule entre deux mictions.

**3° Incontinence nocturne.** — La vessie se remplit d'urine, l'excitation est portée au centre nerveux ; il y a action réflexe, et la vessie se vide, le plus souvent sans que le malade ait ressenti le besoin d'uriner. L'émission de l'urine se fait, généralement, pendant la nuit. Souvent le malade est réveillé par le contact des draps humides.

Cette maladie peut se montrer à tous les âges ; elle est fréquente surtout chez les enfants. On n'en connaît pas la cause ; Trousseau la considérait comme une névrose ; il est probable que c'est sa véritable nature.

L'incontinence nocturne n'entraîne jamais d'accidents fâcheux ; c'est une infirmité désagréable, qui disparaît quelquefois, mais non toujours, à l'époque de la puberté.

Le *traitement* est celui des névroses. On a eu recours à une foule de moyens; l'hydrothérapie, l'exercice, le changement d'air, sont d'un grand secours. La *noix vomique* et la *belladone* ont procuré de nombreuses guérisons.

1° *Traitement par la noix vomique.* — Tous les matins, faire prendre au malade une des pilules suivantes :

℞ Oxyde de fer noir. . . . . 4 grammes.  
Extrait de noix vomique. . . . . 0,40 centigr.

M. pour 24 pilules. (Mondière.)

On continue ce traitement pendant un à deux mois. Si l'amélioration ne se montre pas, on peut prescrire 0,60 cent. d'extrait pour le même nombre de pilules.

2° *Traitement par la belladone.* (Trousseau.)

℞ Extrait alcoolique de belladone. . . 1 gramme.  
Excipient et poudre inerte. . . . . Q. S.

F. 100 pilules d'un centigramme.

Si l'enfant ne peut prendre de pilules, on peut dissoudre l'extrait dans un peu d'eau, et le mélanger à du sirop simple, de manière à ce qu'une cuillerée à café de sirop renferme un centigramme d'extrait.

On fait prendre une pilule par jour pendant la première semaine, puis deux par jour la semaine suivante, etc., en augmentant d'une pilule par semaine. Généralement, au bout de ce temps, il y a une amélioration; l'enfant ne mouille plus son lit; puis il y a récurrence. Alors, on augmente de nouveau la dose d'un centigramme. On peut aller ainsi jusqu'à 15 et 16 centigr., s'il n'y a pas d'accidents. Il faudrait se garder d'interrompre le traitement pendant plusieurs semaines, et même pendant plusieurs jours, et de prescrire ensuite une forte dose. Dans ces cas, on recommence le traitement.

Si le malade guérit, il ne faut pas cesser brusquement l'usage de la belladone; on diminue insensiblement d'une pilule tous les deux ou trois jours. Ce traitement, souvent efficace, peut durer huit mois.

## HUITIÈME PARTIE

### MALADIES CHIRURGICALES DE L'APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME.

Nous étudierons dans autant de chapitres : 1° les maladies du *testicule*; 2° celles du *scrotum*; 3° celles du *cordon spermatique*; 4° celles de la *prostate*; 5° celles du *pénis*, dans lesquelles nous ferons rentrer les *maladies de l'urèthre*. Nous terminerons cette étude par la description des *fistules urinaires* chez l'homme.

### CHAPITRE PREMIER

#### MALADIES DU TESTICULE

**Examen du malade.** — Nous plaçons ces lignes en tête des maladies du testicule, car on ne saurait, sans s'exposer à des redites inutiles, indiquer pour chaque maladie en particulier la manière de procéder à l'examen des sujets. Ce que nous dirons ici peut s'appliquer à toutes les affections du testicule.

1° Constaté, *par le regard*, l'augmentation de volume du scrotum, d'un seul ou des deux côtés, sa forme, régulière ou bosselée, l'état de sa surface, tantôt rouge, lisse, tendue, fistuleuse, ulcérée, tantôt brunâtre et ridée comme à l'état normal; 2° *par la palpation*, apprécier la consistance du testicule, les inégalités de sa surface, indurations, bosselures, points ramollis, fluctuants; les altérations respectives de la glande et de l'épididyme; les adhérences de la tunique vaginale au testicule, ou sa distension par une certaine quantité de liquide; 3° *par la pression*, on fera naître, dans certains cas, de très-vives douleurs; 4° *explorer* avec soin l'urèthre, le cordon spermatique, les ganglions inguinaux, et, par le *toucher rectal*, la prostate et les vésicules séminales; 5° *tenir compte* des antécédents du malade, du mode de début et de la marche de la maladie, des symptômes généraux, examiner les principales fonctions, et pratiquer l'auscultation de la poitrine.

Le testicule peut présenter des vices de conformation, des lésions traumatiques, des lésions inflammatoires, et des lésions de nutrition.

a. Nous passerons rapidement sur les vices de conformation, qui intéressent plus l'anatomiste que le chirurgien. On peut constater l'augmentation de nombre des testicules; on en a vu trois, le troisième étant placé à l'anneau inguinal; on peut se demander si le cas est bien authentique.