

CHAPITRE XXI

MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES CHEZ L'HOMME

Incontinence d'urine.

Cette affection est l'objet des tentatives des électrothérapeutes depuis Remack qui utilisait le courant continu externe ; plus tard, Séligmuller a préconisé le courant faradique porté jusqu'au sphincter vésical au moyen d'une sonde à bout olivaire métallique ; le professeur Guyon a adopté cette méthode. Vigouroux a essayé de l'électricité statique, Bordes, des courants de Morton, etc.

Tous ces procédés ont donné de bons résultats d'un côté, de l'autre des échecs. Aucun donc ne s'impose au détriment de l'autre, et il semblerait que le choix en soit presque indifférent. Je crois qu'il est loin d'en être ainsi, mais que le choix du procédé repose sur le diagnostic pathogénique préalable de l'incontinence.

Je ferai tout d'abord une remarque en ce qui concerne les applications internes chez les enfants. Je lis, ici et là, que la faradisation portée jusqu'au sphincter au moyen d'une sonde à embout métallique est un excellent traitement de l'incontinence chez les enfants. Je crains que cette opinion soit plutôt théorique que pratique. Dans mon service de l'hôpital des

Enfants, j'ai eu à maintes reprises l'occasion d'intervenir pour des enfants de tout âge et j'affirme que la faradisation du sphincter, outre qu'elle est un procédé assez infidèle, est pratiquement d'une application extrêmement délicate, si bien que j'y ai à peu près renoncé. Chez les petits garçons surtout qu'on ne peut empêcher de se débattre, de crier, la faradisation intrauréthrale du sphincter est un mythe, à moins d'employer le chloroforme. Outre la difficulté d'introduire une sonde fine à travers un méat souvent étroit chez un enfant qui ne tient pas en place, il est impossible de maintenir en raison même de ces mouvements l'olive au niveau du sphincter ; on reste ou trop bas ou trop haut et on fait de la mauvaise besogne.

Si donc, chez l'adulte, la faradisation du sphincter est un bon procédé, j'estime que c'est un procédé exceptionnel pour l'enfant. Et c'est chez l'enfant que le traitement a le plus d'intérêt puisque la maladie est bien plus fréquente dans le jeune âge.

On ne doit pas traiter de la même façon une incontinence liée à la paresse du sphincter, ou celle qui tient à une vessie irritable. Ce sont deux mécanismes divergents qui demandent un traitement dissemblable. L'atonie du sphincter assez fréquente chez l'adulte, où elle est causée par des lésions de l'appareil génito-urinaire, succédant parfois à certaines opérations gynécologiques, curetage, périnéorrhaphie, accouchement laborieux, symphyséotomie, est exceptionnelle chez l'enfant où nous avons presque toujours affaire à une vessie irritable. L'incontinence due à l'atonie se traduit par l'émission involontaire diurne d'urine aussi bien que nocturne ; l'incontinence nocturne est le propre de la vessie irritable.

Dans le premier cas, la faradisation du sphincter est incontestablement le meilleur traitement. Elle est facile puisque l'on a affaire à des adultes. Le manuel opératoire est très simple. Après les précautions antiseptiques d'usage, une sonde munie d'un mandrin métallique conducteur sur lequel se visse une terminaison olivaire est introduite jusqu'au niveau du

sphincter vésical. On reconnaît qu'on est bien à ce niveau grâce à la résistance que le muscle oppose à l'introduction de l'olive, mais dans les cas de sphincter parésié cette résistance est presque annulée et c'est par la mensuration de la longueur de sonde introduite aussi bien chez l'homme que chez la femme qu'on se rend compte qu'on est à peu près au niveau demandé. Le circuit est fermé par une électrode indifférente appliquée sur l'abdomen ou sur les lombes. Le courant est débité très progressivement avec des intermittences rythmiques lentes. Lorsque l'intensité est suffisante on a bien nettement la sensation que le sphincter se contracte, car on sent parfaitement la sonde serrée à son extrémité. La durée de chaque séance est de cinq à six minutes tous les jours.

L'amélioration est assez rapide, elle peut se montrer dès la première séance : c'est l'exception ; elle se fait plus souvent attendre huit et dix jours. La guérison est lente : il faut souvent trente et quarante séances pour l'obtenir. Elle est cependant fréquente, les échecs complets, car il y en a, doivent être considérés comme assez exceptionnels : sur 25 cas de paralysie du sphincter vésical que j'ai traités depuis douze ans il y en a eu 12 d'absolument guéris, 6 d'améliorés, 7 échecs complets.

Je traite l'incontinence nocturne d'urine des enfants par l'électrisation statique au moyen de fortes étincelles lombaires et sus-pubiennes dans le but d'inhiber les nerfs vésicaux. Le plus souvent ce procédé m'a réussi, il est rapide : si au bout d'une dizaine de séances on n'a rien obtenu, il faut y renoncer ; dans ce cas j'ai recours au bain hydro-électrique qui est aussi un bon moyen. M. Bordier a utilisé les courants de Morton. Je suis persuadé que c'est là aussi un bon mode de traitement qui se rapproche beaucoup comme action des deux procédés d'électrisation générale dont je viens de parler. M. Bordier cite à propos du procédé par les courants de Morton une observation que je ne rapporterai pas ici parce que je crois qu'il y a eu une fausse interprétation pathogénique et qu'il s'agissait non d'une paresse du sphincter, comme le disent les auteurs, mais bien d'irritabilité

vésicale. Rien donc de surprenant à ce que les courants de Morton aient agi favorablement.

Atonie vésicale.

La paralysie vésicale, dans laquelle l'influx nerveux serait altéré ou aboli, n'existe pas à l'état isolé, elle est toujours associée à la paralysie des membres inférieurs, résultant d'une affection cérébrale ou médullaire. Dans certains cas, dans les affections cérébrales, on voit, il est vrai, la paralysie vésicale persister alors que les autres accidents ont disparu et dans ce cas l'électrisation peut intervenir utilement ; mais c'est surtout dans le cas où la vessie est atteinte d'atonie sans lésion nerveuse, que l'électricité trouve des indications : et encore faut-il faire une distinction entre les causes de l'atonie. La plus fréquente est l'hypertrophie prostatique qui crée les lésions bien connues de la musculature de la vessie. Là, nous avons peu de chose à tenter du côté de la vessie, c'est à la prostate qu'il convient de s'adresser. Certains rétrécissements uréthraux déterminant aussi la rétention habituelle de l'urine arrivent à épuiser la contractilité de l'organe : la vessie est forcée. Dans ce cas aussi en levant l'obstacle il est rare que la vessie ne retrouve pas son énergie normale ; si la faiblesse vésicale persiste l'électricité peut toutefois accélérer la guérison. Enfin il y a une atonie essentielle, sans lésion prostatique, sans rétrécissement qui est généralement attribuée à ce que le malade s'est trouvé dans la nécessité de retenir trop longtemps ses urines. Le ressort vésical vaincu ne reprend que difficilement son élasticité et cet état réclame l'intervention électrique. Une intéressante observation de M. le docteur Laruelle, de Bruxelles (Société médico-chirurgicale du Brabant 1897) nous montre l'utilité très nette de la faradisation en pareil cas.

OBSERVATION CI. — X..., célibataire, actuellement âgé de trente et un ans, a souffert à vingt ans d'une syphilis bénigne, convenablement