

traîtée, du reste, et paraissant aujourd'hui éteinte. Le malade n'a jamais fait d'excès vénériens. Mais vers la puberté il s'est adonné à la masturbation pendant deux ans. Il n'a pas d'antécédents blennorragiques. La santé générale est bonne et les renseignements fournis ne permettent pas de soupçonner chez lui une tare nerveuse ou autre.

X... fait remonter l'origine de son mal à cette circonstance que lors d'une passe d'armes de la garde civique en 1888 il dut fort longtemps résister à un pressant besoin d'uriner. Quelques semaines plus tard éclatèrent les accidents que nous résumons.

La miction est devenue très difficile, surtout le matin, le jet est très faible, d'un volume insignifiant, l'urine ne sort qu'après des efforts prolongés.

Progressivement, la gêne devient de plus en plus considérable. X... ne sent plus le besoin d'uriner, il s'aperçoit bien que le ventre se développe, mais c'est là le seul indice qui l'avertit de l'état de réplétion de la vessie. Il peut indéfiniment se retenir sans jamais mouiller son linge.

Bientôt la miction n'est possible le matin qu'au moment de la garde-robe et après de grands efforts; le soir, l'urine sort avec plus de facilité, mais généralement il est obligé, pour pouvoir uriner, de se promener des heures durant et de se frictionner le ventre.

Les traitements médicaux qui lui furent conseillés pendant une période de sept années furent aussi variés qu'inefficaces: tels le copahu, la térébenthine, tels l'iode de potasse et le traitement mercuriel.

L'intervention locale ne lui réussit pas mieux; des cathétérismes répétés, des séances de dilatation n'amènèrent aucune amélioration; — seuls les bains froids et les frictions sur le ventre lui procuraient un certain soulagement.

En 1891, trois ans après le début du mal, X... eut recours aux soins d'un spécialiste, qui lui fit deux fois par semaine des lavages alternant à l'eau boriquée et à la solution de nitrate d'argent. A ces séances de lavage succédèrent, pendant plusieurs semaines, des séances de galvanisation tout le long de la colonne vertébrale, mais encore une fois le résultat fut nul.

Découragé, le malade avait depuis deux ans renoncé à tout traitement, quand il se décida à réclamer de nouveaux soins.

En août 1895, sept ans après le début du mal, X... ignore complètement ce qu'est le besoin d'uriner, il n'urine qu'au prix des plus grands efforts, la vessie ne se vide pour ainsi dire jamais.

L'examen du malade ne décèle aucune hypertrophie prostatique appréciable, au-dessus du pubis, apparaît une saillie proéminente se distinguant par sa matité des parties voisines et donnant la sensation d'une collection liquide.

La verge et les testicules sont normaux, les fonctions génitales s'accomplissent bien, le sperme renferme des spermatozoïdes.

Les efforts du malade pour uriner déterminent, après plusieurs tenta-

tives, l'expulsion de 50 centimètres cubes d'une urine limpide et ne présentant aucune particularité.

Le cathétérisme, au moyen d'une sonde de Nélaton, pratiqué immédiatement après la miction et dans le décubitus dorsal, s'effectue avec facilité et ramène 450 centimètres cubes d'urine.

Le premier jet s'échappant de la sonde conserve une certaine force, mais bientôt le jet disparaît, la vessie se vide lentement, l'urine sort en bavant et les dernières parties ne sont expulsées que grâce à des pressions répétées sur le ventre.

Je conclus de là que, si la vessie a gardé son *élasticité*, elle a perdu sa *puissance contractile* et que l'organe, réduit à l'état d'une poche mince et flasque, est impuissante à agir sur son contenu. Je me trouvais donc en présence d'un cas d'atonie datant de plusieurs années, sans que l'examen permit de découvrir la cause de cette inertie vésicale.

Le premier conseil que je donnais à mon malade fut de renouveler chaque soir le cathétérisme, et de vider, au moyen de la sonde de Nélaton, le réservoir urinaire, après quelques efforts de miction. Ainsi, on place la tunique musculaire dans la seule condition où elle puisse recouvrer sa contractilité, par le fait qu'on évite la distension continue de l'organe.

Ces sondages réguliers avaient en outre l'avantage de m'indiquer la quantité d'urine qui stagnait dans la vessie, et ces mensurations me servirent dans la suite à contrôler les progrès vers la guérison.

Il va de soi que toutes les précautions d'aseptie et de propreté étaient recommandées à ce malade — garçon suffisamment méticuleux pour y attacher l'importance voulue — car on ne doit pas se dissimuler les risques d'infection, et d'infection grave, lente à guérir, que court une vessie ayant perdu une grande partie de sa vitalité.

Pendant les quinze premiers jours, la sonde ramenait le soir de 250 à 450 centimètres cubes d'urine.

En même temps, je soumettais le malade à trois séances de faradisation chaque semaine, d'après le procédé suivant: l'un des pôles portant le tampon ordinaire garni d'une éponge humide, est appliqué sur le bas-ventre, d'autre part, j'introduis dans la vessie une sonde de gomme élastique renfermant un fil conducteur terminé lui-même, à son extrémité libre, par un bouton métallique et relié au-delà du talon de la sonde avec le second pôle de l'appareil. Le courant était faible et ne déterminait qu'une sensation légère et, de temps en temps, je promenais doucement la bougie contre la paroi vésicale. Pour finir, je laissais séjourner un instant la bougie sur le col, ce qui donne lieu à une légère douleur. (D'après Thompson.)

La vessie n'était pas toujours évacuée avant la séance qui durait de cinq à dix minutes.

Ce traitement ne tarda pas à amener une amélioration notable, lente, mais progressive. Après quelques séances de faradisation, X... commen-



çait à sentir régulièrement le besoin d'uriner et, au bout de six semaines, les sensations de besoin, de pression dans la vessie avaient complètement reparu. La miction est plus facile, sans être brillante, et la vessie, après la miction, ne renferme plus, le soir, en moyenne, que 110 centimètres cubes.

A cette période de traitement, succéda un intervalle de repos nécessité, du reste, par le traitement de légers accidents uréthraux, suite de relations sexuelles intempêtes.

De nouvelles séances de faradisation amenèrent une amélioration plus grande. La vessie se vide de temps en temps; X... urine sans peine, presque sans effort, et la sonde ne ramène plus, le soir, que 60, puis 40 centimètres cubes d'urine.

Enfin, en 1897, le malade, qui s'est soumis à une récente période de traitement, vide complètement sa vessie. Il urine sans effort; si le jet n'a pas la force ni l'ampleur du jet normal, la contractilité de la vessie est telle que l'organe suffit à son rôle, et j'espère recourir bientôt à de nouvelles séances de faradisation qui pourront encore améliorer la situation, et surtout éviter pour l'avenir, à mon malade, le retour des terribles accidents de l'inertie vésicale.

#### Rétrécissement de l'urètre.

L'électrolyse de l'urètre pour la cure des rétrécissements semblerait d'introduction récente, à en croire quelques publications retentissantes qui ont eu pour but de donner un regain de nouveauté à une méthode déjà vieille de trente-cinq ans.

La première opération de ce genre fut faite par Tripier et Mallez en 1863. Cette observation fut communiquée en mai 1864 à l'Académie des Sciences. En 1867, un mémoire contenant trente et une observations fut adressé par les mêmes auteurs à l'Académie de médecine. (De la guérison durable des rétrécissements de l'urètre par la galvano-caustique chimique.)

Le chef de clinique de Mallez, Jardin, qui avait assisté à ces opérations, continua à étudier la question en utilisant une méthode un peu différente. Tripier et Mallez se servaient d'une électrode olivaire, agissant sur toute la périphérie du rétrécissement. Jardin d'une électrode représentant comme forme l'urétrotome de Maisonneuve, dont la lame serait moussée au

lieu d'être tranchante, de telle sorte que le rétrécissement fut sectionné au moyen de l'électrolyse.

Robert Newman qui, en Amérique, appliqua le traitement électrolytique (*Electrolysis in the treatment of strictures of the urethra, New-York, 1874*) suit les indications de Tripier et Mallez, en employant toutefois des courants plus faibles en vue de limiter l'action caustique au minimum. Fort, au contraire, en France, a recours au procédé de Jardin auquel il donne le nom d'électrolyse linéaire.

En résumé, actuellement deux procédés se trouvent en présence : 1° Electrolyse rapide par le procédé de Jardin, électrolyse linéaire ; 2° Electrolyse lente par le procédé de Tripier et Mallez, modifié par Newman.

*Instrumentation.* — L'électrode olivaire est constituée simplement par une olive de platine ou de cuivre rouge montée à l'extrémité d'une sonde en gomme, laquelle est traversée par un fil conducteur de plus ou moins grand diamètre ; cette sonde est donc demi-rigide ; il en faut de calibre varié, naturellement. Ces sondes, comme le propose le docteur Gilles, peuvent être avantageusement munies d'une petite bougie conductrice adaptée à l'extrémité libre de l'olive.

L'électrode de Fort, destinée à l'électrolyse linéaire, est de la forme d'un urétrotome de Maisonneuve, dont la lame saillante serait remplacée par un fil de platine. La saillie de ce fil peut être plus ou moins forte, d'après l'épaisseur du rétrécissement que l'on doit franchir. L'une ou l'autre de ces électrodes sont reliées au pôle négatif. Le courant est fermé sur l'abdomen par une large plaque conductrice.

*Manuel opératoire.* — Le patient est placé dans la position du cathétérisme, les précautions antiseptiques d'usage sont prises.

Après avoir reconnu la situation du ou des rétrécissements au moyen d'une bougie à boule, on injecte dans la vessie, si faire se peut, un demi-litre d'eau boriquée. Si le rétrécissement est trop serré pour empêcher l'injection du liquide, on opère sans cette précaution.