

Dans ce dernier groupe la léthalité croît avec l'âge; il n'est pas mentionné un seul décès de dix à vingt ans; de vingt à trente on en relève un; de trente à quarante ans, trois.

De l'examen de ces différents faits l'auteur conclut :

« L'intervention chirurgicale dans les néoplasmes de la vessie est justifiée; s'il n'est pas démontré d'une façon péremptoire qu'elle prolonge la vie des malades, il est de toute évidence qu'elle fait cesser les hématuries et les douleurs. »

« L'intervention est moins meurtrière et ses résultats sont plus durables dans le sexe féminin que dans le sexe masculin. C'est surtout dans l'âge adulte qu'elle donne les plus beaux succès. »

§ 6. — Affections vésicales d'origine nerveuse

La plupart des auteurs décrivent sous ce nom la névralgie et la paralysie de la vessie, quelques-uns y ajoutent le spasme et la contracture du col; pour éviter les répétitions nous renvoyons le lecteur à l'article *Spasme de l'urètre*, nous réservant de revenir alors sur cette dernière altération dont l'existence n'est rien moins que prouvée.

1° NÉVRALGIE DE LA VESSIE

Bibliographie. — CAMPAIGNAC, *Journ. hebd. de méd.*, Paris, 1829. — CIVIALE, *Gaz. méd. de Paris*, 1835. — GUILLON, *Revue méd. franç. et étrangère*, Paris, 1854. — HAMON, *Union méd.*, 1859. — BOURGUIGNON, *Union méd.*, Paris, 1860. — MERCIER, *Revue de thérap. médico-chirurg.*, 1868. — WARDER, *Med. Surg. Report*, Philadelphia, 1876.

Les douleurs névralgiques de la vessie constituent généralement un symptôme d'une affection de cet organe ou des appareils voisins; mais il existe chez certains sujets des névralgies vésicales essentielles, idiopathiques, que l'on ne peut rattacher à aucune lésion. Ce sont ces dernières que nous allons examiner rapidement.

Étiologie. — Ainsi comprise, la névralgie de la vessie paraît être fort rare, les causes invoquées d'habitude pour expliquer son apparition sont : l'impression du froid, les excès vénériens, les chutes sur le périnée; cette maladie semble l'apanage des rhumatisants, on la rencontre plus fréquemment chez la femme que chez l'homme.

Symptômes. — Les patients accusent de violentes douleurs qui, de la région rétro-pubienne, leur lieu d'élection, s'irradient dans les parties périphériques; c'est ainsi qu'elles se propagent jusqu'à l'extrémité du gland ou dans les points de la vulve avoisinant le méat, à l'aîne, à la partie supérieure des membres inférieurs, au sacrum; à l'anus. La station verticale, la marche, le moindre effort exagèrent la souffrance; cependant on ne constate aucun trouble du côté

de la miction. Les urines sont normales et le catéthérisme ne révèle pas la moindre lésion vésicale.

Traitement. — La névralgie de la vessie, d'ordinaire fort tenace, résiste souvent à la thérapeutique le mieux dirigée. La douleur sera calmée par les moyens ordinaires: injections hypodermiques, suppositoires, révulsifs divers. Dans cette dernière catégorie, LE DENTU préconise une injection hypodermique de cinq gouttes d'une solution de nitrate d'argent au quart dans la région hypogastrique; ce caustique détermine la formation d'un abcès du tissu cellulaire qu'il faut ensuite ouvrir au bistouri.

L'hydrothérapie sous forme de douches, de bains de siège froids, a rendu aussi quelques services. Enfin on ne négligera pas la médication interne, et le malade soumis à une hygiène sévère devra éviter les fatigues et les excès de tout genre.

2° ATONIE ET PARALYSIE DE LA VESSIE

Bibliographie. — CIVIALE, *Paralysie guérie par les injections froides*, in *Gaz. des hôp. de Paris*, 1835. — VELPEAU, *Gaz. des Hôp.*, 1842. — MERCIER, *Gaz. méd. de Paris*, 1854. — MICHON, *Bull. de thérap.*, 1850 et *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1854. — NÉLATON, *Monit. des Hôp. de Paris*, 1854. — THOMPSON, *The Lancet*, London, 1865. — ALTHAUS, *Brit. Med. Journ.*, 1871. — ARMSTRONG, *Med. Surg. Journ.*, 1879. — WEIGERT, *Breslau. Erzt. Zeitsch.*, 1879. Thèses de Paris. — 1807, POULTIER, CHEVALIER. — 1810, HENNECART, TEILLARD. — 1811, CAVILLIER. — 1814, BOISSERIE, LASSERVE. — 1817, LEFÈVRE. — 1822, JACOMIN-VIGNY. — 1860, RIVALS. — 1870, DE BÉTHUNE.

Étiologie. — L'atonie et la paralysie de la vessie sont constamment symptomatiques d'une affection générale ou locale. L'atonie est fréquente dans le cours des fièvres graves, on la rencontre encore communément chez les malades dont la prostate est volumineuse ou le canal rétréci.

La paralysie vésicale, au contraire, résulterait toujours, d'après THOMPSON, d'une lésion des centres nerveux. A la suite des traumatismes médullaires la paralysie du réservoir urinaire est un fait presque constant; mais, ainsi que l'a démontré VULPIAN, suivant le point où a porté le traumatisme les phénomènes sont bien différents. La lésion siège-t-elle au dessus de la douzième dorsale, le corps de la vessie est paralysé; toutefois le col continuant à fonctionner, il se produit une rétention d'urine; au contraire, si l'altération intéresse les parties inférieures de la moelle ou la queue de cheval, c'est le col qui se trouve paralysé et la rétention fait place à une incontinence.

Symptômes. — L'individu atteint d'atonie de la vessie peut encore uriner seul, mais la vessie, suivant les expressions de THOMPSON, est inhabile à se débarrasser de son contenu; il faut un certain temps pour que la miction commence; le jet d'urine tombe perpendiculairement et sans force, et lorsque le patient croit avoir fini d'uriner quelques gouttes de liquide s'échappent malgré lui.

En dépit des efforts du malade, la vessie se vide incomplètement; une notable quantité d'urine reste dans cette cavité, elle ne tarde pas à se troubler et

à contracter une odeur âcre. Cette urine présente de nombreuses altérations, variables avec la cause qui a produit la paralysie.

Diagnostic. — Il est facile de reconnaître si un malade est atteint de paralysie ou seulement d'atonie de la vessie. Ce premier point établi, il reste ensuite à déterminer l'origine des troubles que l'on observe. On arrivera à ce résultat par l'étude des antécédents du patient et l'examen attentif de l'urètre et de la vessie.

Traitement. — Le chirurgien, quelle que soit la lésion, doit veiller à ce que l'urine ne séjourne pas trop longtemps dans la cavité vésicale; pour cela il pratiquera le cathétérisme une ou deux fois par jour; cette petite opération sera suivie d'une injection avec solution d'acide borique à 4 p. 100.

Contre l'atonie de la vessie on a employé avantageusement les injections tièdes dont la température est graduellement abaissée à 12° ou 15°, les injections d'ergotine; l'électrisation (courants continus) rend aussi de grands services.

Les mêmes moyens sont préconisés contre la paralysie de la vessie, mais leur action est alors des plus incertaines, car en pareille circonstance c'est à la cause même du mal qu'il faut avant tout s'adresser.

§ 7. — Vices de conformation. — Extrophie de la vessie

SYNONYMES. — Hernies de la vessie. — Prolapsus. — Inversion de la vessie. — Extroversion, etc.

Bibliographie. — T.-G.-A. ROOSE, *De Nativo Vesicæ Urinariæ Inversæ*, Göttingen, 1793. — VELPEAU, *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. III, 1833. — VIGNEAU, *Ann. clin. de Montpellier*, 1856. — ROSE, *Ueber Harnverhaltung bei Neugeborenen*, Berlin, 1865. — SURMAY, *Union méd.*, 1866, p. 580. — THIERSCH, *Quatrième congrès des chirurg. allemands*, Berlin, 1875. — WINCKEL, in PITHA et BILLROTH, Bd. IV, A. I, 1879 (Bibl.). — BERGER, *Semaine méd.*, 1883.

Thèses de Paris. — 1836, LAURENT (Concours). — 1838, DELAFOND. — 1840, AILHAUD DE BRISIC. — 1841, PERRY. — 1845, JAMAIN.

Thèse de Strasbourg. — 1832, DE QUATREFAGES. — 1868, GRANDJEAN,

Thèse de Nancy. — 1874, HERGOTT.

Supposons une hernie complète de la vessie à la région hypogastrique, le réservoir urinaire se présenterait avec l'aspect d'une masse piriforme; en sectionnant cette masse de façon à enlever la moitié antérieure, il resterait la moitié postérieure formant une cavité demi-sphérique tapissée par la muqueuse vésicale; chez l'enfant cette partie postérieure pressée par le paquet intestinal se renverse, et ainsi inversée constitue une tumeur convexe dont la surface est recouverte par la muqueuse vésicale.

Cette explication nous permettra maintenant de comprendre la définition donnée par LE DENTU et acceptée par DUPLAY: « L'extrophie ou extroversion de la vessie est un vice de conformation congénital de cet organe, caractérisé par ce fait que la paroi antérieure venant à manquer, la paroi postérieure est à nu et se montre à l'hypogastre faisant une saillie plus ou moins prononcée. »

Étiologie. Pathogénie. — Ce vice de conformation, relativement rare, serait plus fréquent chez les garçons que chez les filles, dans la proportion de 6 à 7 contre un.

Le mécanisme par lequel se produit l'extrophie de la vessie a donné lieu à de nombreuses discussions. ROOSE, en 1794, invoquait un traumatisme survenu pendant la grossesse, BONN (1805) faisait intervenir une rupture de la vessie occasionnée par une accumulation d'urines, l'urètre étant imperforé. Plus tard KISCHOFF, REICHERT et THIERSCH admettent aussi l'existence d'une rupture vésicale, seulement celle-ci serait la conséquence non d'une imperforation de l'urètre, mais bien d'un défaut de communication entre la cavité vésicale et le sinus uro-génital. SERRES, JAMAIN ont pensé qu'il s'agissait là d'un arrêt de développement, par suite duquel les deux portions droite et gauche de la vessie ne se seraient pas réunies. Enfin LE DENTU émet une opinion mixte, d'après laquelle l'arrêt de développement porterait uniquement sur les parois abdominales; celles-ci ne se rejoignant pas sur la ligne médiane, la paroi antérieure de la vessie serait plus facilement intéressée par les agents du traumatisme.

Anatomie pathologique. Symptômes. Complications. — La vessie extrophiée forme à la partie inférieure de l'abdomen, au-dessus ou au niveau de la symphyse, une tumeur saillante, rougeâtre, qui saigne au moindre contact; les efforts de tout genre, les cris, la toux font saillir cette masse qui se réduit au contraire sous l'influence de la pression; on perçoit alors une sensation de gargouillement, comme dans la réduction des entéroécèles; ce bruit s'explique par la présence d'une anse intestinale dans la cavité de la tumeur.

À la partie inférieure de cette masse, de chaque côté de la ligne médiane, se montre l'orifice des urètres généralement porté au sommet d'un tubercule; de chacun de ces orifices, l'urine s'écoule goutte à goutte, se répandant sur les parties périphériques que le contact de ce liquide ne tarde pas à irriter. La muqueuse vésicale qui recouvre ces débris de vessie se continue avec la peau de la région abdominale.

Lorsque l'ombilic existe, fait rare, il se trouve situé plus bas que de coutume; il en résulte un allongement de la veine ombilicale et par contre un raccourcissement de l'ouraque et des artères ombilicales. Les organes génitaux sont le siège de malformations diverses: la verge, à peine développée, creusée sur la face supérieure d'une gouttière (*épispadias*), se trouve cachée sous la vessie, prolabée. Le scrotum est habituellement normal, cependant les testicules restent parfois dans l'abdomen ou dans l'anneau.

Chez la femme il y a aussi des altérations variables. PRESTAT a signalé l'absence complète de clitoris; dans d'autres circonstances il est fendu, les grandes et les petites lèvres sont écartées, DEMARQUAY a observé un cas de vagin bifide. Le bassin est rarement fermé en avant, il persiste entre les deux os un écartement de 9 à 42 centimètres; mais la plupart des auteurs ont noté la présence d'un ligament très puissant étendu d'un os à l'autre.

Les individus atteints d'une semblable infirmité exhalent une odeur urinaire des plus désagréables, due à l'écoulement incessant de l'urine; chez l'homme les désirs vénériens sont ordinairement abolis, il n'en serait pas de

même chez la femme. BOYER, THIÉBAULT, AYRES, LITZMANN ont rapporté des exemples d'accouchement dans de semblables conditions.

L'extrophie de la vessie n'est pas incompatible avec l'existence, car on a vu des sujets arriver avec cette infirmité jusqu'à cinquante, soixante et même soixante-dix ans; la plupart cependant succombent dans les premières années qui suivent la naissance.

Traitement. — Le traitement est palliatif ou chirurgical. Le traitement palliatif consiste à protéger la muqueuse vésicale contre le contact incessant des corps étrangers, et à empêcher l'urine de se répandre constamment sur les régions voisines. Au siècle dernier JURINE (de Genève), puis BONN (d'Amsterdam) songèrent les premiers à employer les appareils prothétiques contre cette infirmité.

Une cuvette en argent qui coiffait la partie saillante de la vessie s'adaptait sur le pubis et le périnée, les urines collectées dans ce vase étaient conduites par un tube de caoutchouc dans un réservoir placé contre la cuisse. Cet appareil rend encore aujourd'hui des services.

BOUSSON avait imaginé de comprimer l'orifice des uretères de manière à obtenir la formation de poches dans lesquelles l'urine pourrait s'accumuler pendant un certain temps. Ces tentatives ont dû être abandonnées, les malades ne pouvant tolérer les violentes douleurs occasionnées par la compression.

Traitement chirurgical. — Deux méthodes différentes ont été proposées. L'une consiste à faire passer l'urine dans le rectum; l'autre, à l'aide de moyens autoplastiques, essaye de restaurer la cavité vésicale en laissant à la partie déclive un orifice par lequel s'écouleront les urines.

Le premier procédé, employé dès 1852 par SIMON et LLOYD, n'ayant donné que des insuccès, est tombé dans l'oubli.

La méthode autoplastique créée par J. ROUX (de Toulon) a été perfectionnée depuis par différents chirurgiens, parmi lesquels il convient de nommer PANCOAST, WOOD, HERSCHBERG, HIRSCH, LE FORT, TH. ANGER. Les lambeaux destinés à reconstituer la cavité vésicale sont pris aux dépens de la peau de l'abdomen ou du scrotum; plusieurs opérations successives deviennent nécessaires, car il est impossible d'arriver d'emblée à un bon résultat.

CHAPITRE IV

MALADIES DE LA PROSTATE

Bibliographie. — *Traité général sur les maladies de la prostate.* — EV. HOME, *Practical Observations on the Treatment of the Prostate Gland*, London, 1811, trad. Léon Marchant, Paris, 1820. — ADAMS JOHN, *Anatomic and Diseases of the Prostate* Londres, 1853. — THOMPSON, *The Diseases of the Prostate. third. edit.*, London, 1868. — BOULOUÏÉ, *Consid. gén. sur les mal. de la prostate*, Paris, 1874. — *Traité des maladies de la prostate*, 1877.

Consultez en outre les articles PROSTATE des Dictionnaires de médecine et les divers Traités des *Maladies des voies urinaires*.

§ 1^{er}. — Plaies de la prostate

Étiologie. — Les différents objets susceptibles de produire des plaies de la prostate agissent de dehors en dedans, ou de dedans en dehors; dans ce dernier groupe rentrent les *fausses routes* consécutives au cathétérisme; nous les décrirons avec les traumatismes de l'urètre.

L'agent du traumatisme (instrument piquant, tranchant, contondant, projectile de guerre) intéressant la prostate de dehors en dedans, peut atteindre cet organe de haut en bas (voie sus-pubienne), de bas en haut (voie périnéale), d'arrière en avant (voie rectale).

Les plaies de bas en haut, c'est-à-dire celles dans lesquelles l'instrument traverse le périnée, paraissent de beaucoup les plus communes; suivant que les voies urinaires sont intactes ou intéressées, ces lésions sont dites simples ou compliquées; la première variété est rare. La taille constitue le type des plaies pénétrantes; parmi les traumatismes accidentels, nous devons citer des coups d'épée, de couteau, et, plus fréquemment, une chute sur un corps pointu (échalas, branche d'arbre).

Les blessures par armes à feu semblent exceptionnelles. OTIS en effet n'en cite que sept exemples; dans la majorité des cas elles sont compliquées de fractures des os du bassin, en particulier du pubis, habituellement aussi existent des lésions des organes périphériques (vessie, rectum, vésicules séminales); enfin OTIS a vu une balle logée dans l'épaisseur de la glande, RICORD rapporte un fait analogue dans lequel il put extraire le projectile.

Symptômes. — Les plaies simples ont un seul signe extérieur, l'écoulement sanguin; celui-ci peut être parfois assez abondant pour nécessiter une véritable intervention chirurgicale. Les plaies compliquées donnent lieu à deux symptômes principaux: 1^o l'urétrorragie; 2^o au moment de la miction l'issue d'urine par la plaie.

L'hématurie constante prend des proportions inquiétantes lorsque, par exemple, la partie postérieure de la glande est intéressée, le sang s'écoule alors par l'urètre et la plaie extérieure. Suivant les circonstances l'abondance de l'écoulement urinaire varie, d'ordinaire ce liquide ne s'échappe qu'au moment de la miction; si le col de la vessie a été déchiré ou sectionné, l'écoulement est constant, comme après l'opération de la taille. Les plaies déchirées, contuses, sinueuses, dans lesquelles le liquide vésical ne trouve pas une issue facile, exposent à l'infiltration d'urine.

Diagnostic. — L'exploration de la plaie à l'aide d'une sonde de femme, d'un stylet, combinée successivement avec le cathétérisme ou le toucher rectal, rendra toujours les plus grands services en éclairant le chirurgien sur la direction et la forme du trajet.

Pronostic. — En général, les sections larges et nettes guérissent avec une grande facilité, témoin la solution de continuité consécutive à l'opération de la