

hypertrophie est très circonscrite et très peu prononcée, qu'à une époque très rapprochée du début de l'affection une section des tissus serait capable de détruire l'obstacle et, par suite, de rétablir les fonctions vésicales soit en partie, soit en totalité.

Je dois dire, cependant, que mon ami le professeur Bottini, le distingué et bien connu professeur de chirurgie de Pavie, auquel j'ai récemment rendu visite, préconise énergiquement la section de la prostate dans le cas de rétention chronique due à l'hypertrophie de cette glande¹; néanmoins sur ce point notre manière de voir est presque, sinon complètement, identique. Car il n'incise habituellement la prostate que lorsqu'elle est très peu développée, non pas toutefois avec le bistouri, mais au moyen de la galvano-caustique, considérant cette dernière comme un agent plus sûr et plus efficace que les instruments tranchants employés autrefois dans ce but par lui-même et par d'autres chirurgiens.

Dans ces conditions restreintes, je ne refuse pas d'admettre la légitimité de l'opération; mais les circonstances ci-dessus spécifiées ne se rencontrent pas souvent et, en comparaison de celles qui caractérisent les cas ordinairement soumis à notre examen, elles sont même très exceptionnelles. La pratique du professeur Bottini diffère considérablement de ces méthodes qui ont été autrefois préconisées comme applicables à tous les cas d'hypertrophie sans distinction aucune; ces méthodes, je dois le dire, ont été reproduites bien à la légère dans différents manuels par des auteurs qui sans doute n'avaient jamais eux-mêmes incisé une prostate, ou qui n'avaient pas étu-

1. Voy. *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques* publié sous la direction de Jaccoud. Vol. XXIX, pages 761 et suiv., art. Prostate.

dié les résultats de cette opération, donnés par ceux qui l'avaient pratiquée.

Il n'est pas difficile pour une main exercée d'inciser le col de la vessie avec un instrument qui se termine par un court bec, formant presque un angle droit; c'est d'ailleurs la disposition imaginée et employée pour ces incisions par Mercier, dont les exciseurs¹ étaient seulement un peu plus rectangulaires que la sonde dont on se sert aujourd'hui pour la recherche des calculs. L'instrument de Bottini contient un fort fil métallique, par lequel passe le courant galvanique. Lorsqu'il est dans la cavité vésicale, le bec est tourné en bas, en arrière de la prostate; le contact étant établi, le courant passe, et le fil métallique est attiré vers l'opérateur, à travers l'obstacle, sur le bord inférieur du col vésical. En outre, l'instrument est renfermé dans un petit tube ou fourreau, dans lequel circule un courant d'eau qui refroidit la périphérie, de façon à empêcher toute brûlure de l'urètre.

Maintenant, en raison de l'incertitude qui peut exister au sujet de l'état exact du col vésical dans quelques cas, il me semble plus facile d'arriver à un diagnostic précis à l'aide d'une petite incision périnéale de l'urètre, suffisante pour permettre avant l'opération l'exploration digitale; par cette incision on peut d'ailleurs ensuite sectionner plus aisément la prostate, si on le juge nécessaire¹.

1. Voy. sir Henry Thompson, *Traité pratique des maladies des voies urinaires*. J.-B. Baillière, 1881, pages 713 et 773.

1. Dernièrement, M. Eug. Bœckel, après d'autres chirurgiens, Sédillot notamment, proposait d'intervenir dans ces cas, non par la bouctonnière périnéale, mais par la cystotomie sus-pubienne. Le chirurgien de Strasbourg arrive ainsi facilement 1° à pratiquer le cathétérisme rétrograde; 2° à drainer et à laisser reposer la vessie surmenée des prostatiques; 3° à faire l'ablation ou la résection des tumeurs de la prostate. Consult. à cet égard la *Gazette médicale de Strasbourg* du 1^{er} août

Cette pratique que j'ai souvent suivie et avec les résultats que je vous ai indiqués dans ma deuxième Leçon, constituera, je crois, à l'avenir, la méthode la plus capable d'améliorer de tels cas, et devra être préférée à la section faite par l'instrument tranchant ou le fil métallique rougi. Je vous ai démontré précédemment qu'une incision urétrale par le périnée est, pour ainsi dire, exempte de tout danger¹; de plus, elle donne le moyen de se renseigner très exactement sur l'organe que l'on croit avoir besoin d'être sectionné; enfin seule elle permet de s'assurer avec certitude de la nécessité d'une opération, et de la nature de l'opération nécessaire dans le cas particulier. Le malade n° 41, dans les observations que j'ai reproduites à la fin de la Leçon II², offre un exemple frappant de ce que j'avance en ce moment. Chez lui, j'ai incisé le col de la vessie à cause de sa contracture extrême; c'était le seul signe anormal que je sois parvenu à découvrir; or, chez cet homme, l'amélioration a été aussi marquée que durable. Mais ce n'était pas là un cas d'hypertrophie prostatique, car ce malade n'avait pas atteint l'âge où celle-ci se manifeste.

Je vous ai tout à l'heure simplement signalé ce fait, à savoir que, pour justifier l'excision d'une saillie prostatique, non seulement cette dernière ne doit pas être très volumineuse, mais encore l'obstruction ne doit pas exister depuis un temps considérable. Supposons la vessie complètement incapable d'expulser l'urine depuis un an ou deux, et le malade obligé durant cette période de recourir

1884, et les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* d'avril et d'octobre 1884. (R. J.)

1. Voy. pages 17 et suiv., et en outre la note placée au bas de la page 78. (R. J.)

2. Voy. page 40.

constamment à la sonde : il faut bien admettre que l'incision de l'obstacle, si parfaite qu'elle soit, ne parviendra pas très probablement à rétablir la miction naturelle. Quand le muscle vésical a depuis longtemps cessé d'agir, l'atonie survient, et finalement la fonction est détruite : la petite saillie prostatique n'est plus, comme auparavant, la seule et unique cause de l'impuissance vésicale. La vessie a perdu sa contractilité, voilà ce qui domine la situation; l'obstacle à l'issue de l'urine ne vient plus qu'en seconde ligne. Il se passe alors un fait à peu près analogue à celui qu'on observe chez ces malades habitués depuis des années à faire fonctionner leur intestin à l'aide d'un lavement quotidien et qui sans lui sont incapables d'avoir une selle naturelle. Le rectum resté toujours le réceptacle de matières fécales, mais il a perdu l'habitude et la puissance de rejeter son contenu : semblable est la condition de la vessie lorsque depuis très longtemps on l'a accoutumée à ne se vider que par la sonde. Toutes ces circonstances doivent être pesées lorsqu'on discute la question de l'opération en pareil cas; sinon on s'expose par la suite à des mécomptes qu'on aurait pu prévoir dans une certaine mesure, et contre lesquels on aurait pu aussi se garantir.

Quant à la deuxième classe de faits, c'est-à-dire ceux dans lesquels les troubles ou la perte des fonctions vésicales sont manifestement dus à une blessure ou à une maladie des centres nerveux, je ne vous en entretiendrai que très brièvement. Je ne veux pas les discuter devant vous, et, si je vous en parle, c'est simplement pour vous les rappeler, et non pour en considérer, en déterminer et en analyser les conséquences. Vous avez tous vu des exemples de ces faits qui surviennent à la suite de blessures de la moelle épinière ou d'affections avancées et

confirmées de cet organe. Une très grande attention est néanmoins nécessaire pour mettre en évidence certains troubles légers de l'innervation qui entravent les fonctions vésicales et qui sont habituellement associées à quelques autres signes locaux indiquant une lésion chronique en un point quelconque du système nerveux.

Il est aussi quelques variétés rares de troubles fonctionnels observés parfois, qui, sans la présence de tels autres signes, ne paraissent explicables que par l'hypothèse d'un arrêt de l'influence nerveuse. Ainsi un homme d'un âge moyen, ou même moins avancé, raconte que, depuis un certain temps, il ne parvient à uriner qu'au prix d'efforts graduellement croissants; autrefois il n'éprouvait pas ces difficultés et il ne se souvient pas de l'époque à laquelle elles ont commencé. Le jet d'urine est devenu ordinairement petit; parfois la fréquence des mictions a augmenté; comme d'autres fois c'est le contraire, et le besoin d'uriner ne se fait pas sentir; généralement il n'existe aucune douleur; l'urine est normale en apparence et à l'analyse. De plus le jet ne cesse pas brusquement et franchement, comme à l'état sain; car, après une courte attente et un léger effort, l'urine s'écoule encore et la miction se prolonge ainsi plus ou moins longtemps avant que le malade sente qu'il a fini d'uriner, et parfois même il n'éprouve pas cette sensation. Sa sensibilité locale est diminuée: c'est à peine s'il a conscience du passage de l'urine dans le canal, contrairement à ce qu'on observe chez les rétrécis. L'exploration par la sonde démontre que l'urètre a conservé ses dimensions et ne fait constater aucun agrandissement ni aucune autre modification physique de la vessie, de la prostate et du rectum. Ce n'est pas là un cas de surdistension, bien que la sonde trouve ordinairement deux ou trois onces d'urine restée dans la

vessie après un effort prolongé pour la vider complètement. On ne parvient à découvrir aucun autre signe d'une lésion du système nerveux. Un tel malade devra désormais employer la sonde pour arrêter les progrès de son impuissance vésicale et pour éviter les conséquences locales de sa rétention. Il pourra, par la suite, recouvrer ou non une certaine contractilité de la vessie; en tous cas, l'amélioration est le plus souvent très lente.

Cet état constitue parfois le début d'une affection très grave. Il peut être, en effet, le premier signe du *tabes dorsalis*, qui se manifeste tout d'abord, dans quelques circonstances exceptionnelles, par l'impuissance vésicale; néanmoins celle-ci clôt ordinairement la succession de symptômes, qui se déroule dans l'évolution tabétique et apparaît longtemps après que la marche et la vision ont été atteintes. Comme le Dr Buzzard l'a noté, l'absence du réflexe tendineux de la rotule en pareil cas permet parfois de soupçonner le *tabes*. Un fait récent dont j'ai été le témoin confirme cette opinion, pour laquelle je recherche en ce moment une série de preuves cliniques. Dans quelques rares circonstances, l'état vésical que je vous ai décrit tout à l'heure s'efface lentement et graduellement et arrive à disparaître complètement. Dans cette dernière alternative, ne peut-on pas supposer que les troubles étaient dus à une de ces lésions nerveuses localisées, comme il s'en présente parfois, et qui entravent la nutrition et les fonctions des différents organes du corps pendant un temps généralement très long, et enfin qui disparaissent lentement, lorsque probablement la lésion en question se répare? Une plus complète observation de ces faits est nécessaire, avant qu'il soit possible d'en établir la pathologie exacte¹.

1. Depuis quelques années, différents travaux très intéressants ont

A tous ces troubles fonctionnels de la vessie, peu accentués il est vrai, mais dans lesquels le défaut d'action nerveuse est suffisamment évident, la dénomination de « *paralysie de la vessie* » devrait être exclusivement réservée pour préciser l'état de l'organe affecté ; il en est de même, bien entendu, des cas dont je vous ai entretenus auparavant. C'est une erreur, souvent commise, de désigner par ce terme l'impuissance vésicale, au lieu de l'appliquer à la cause de cette dernière. Un emploi défectueux de ce mot « *paralysie* » a fréquemment donné lieu, en pratique, à des confusions regrettables.

été publiés en France sur le sujet dont parle sir Henry Thompson. Nous nous contenterons de citer les principaux, qui sont ceux de MM. :

Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux* (publications du Progrès médical). 1878.

F. Guyon, *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*. 2^e édit. J.-B. Baillière et fils, 1883 (pages 22 et suiv.).

A. Fournier, *De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique*. Leçons professées à l'hôpital Saint-Louis en 1882.

P. Geffrier, *Étude sur les troubles de la miction dans les maladies du système nerveux*. Th. doctorat. Paris, 1884.

Ch. Féré, *Des troubles urinaires dans les maladies du système nerveux*. (*Archives de neurologie*, n^o 20, 1884). (R. J.)

LEÇON VI

TROUBLES FONCTIONNELS DE LA VESSIE. (*Suite*). — Ils sont déterminés par 1^o la cystite chronique, 2^o la prostatite chronique, 3^o la présence d'un calcul vésical, 4^o la lithotritie, 5^o l'introduction d'instruments trop volumineux dans l'urètre et la vessie. — Atonie vésicale vraie, c'est-à-dire existant en dehors des causes précédemment énumérées; elle est associée à l'hypertrophie prostatique. — Du CATHÉTÉRISME, employé pour combattre les troubles fonctionnels de la vessie; préventions qui existent contre lui; ses dangers, sa valeur et sa nécessité.

Messieurs,

Après avoir passé en revue dans la précédente leçon, parmi les causes des troubles fonctionnels de la vessie, l'hypertrophie prostatique sous toutes ses formes d'une part, les modifications pathologiques de l'innervation d'autre part, nous examinerons aujourd'hui les autres conditions morbides qui empêchent la vessie de se contracter suffisamment pour expulser son contenu. Quelques-unes des causes que nous allons étudier maintenant sont, je crois, moins connues que celles dont je vous ai entretenus la dernière fois ; en général, on ne leur a consacré jusqu'alors qu'une attention relative, et l'on s'est contenté de les englober sous la dénomination un peu vague d'« *Atonie vésicale* ». Ce terme, en effet, est de pure convention : il indique seulement que certains cas ne rentrent pas dans les deux principales catégories précédemment