

Pawlick a été présentée au Congrès de Berlin de 1890, un an après l'opération.

c. La greffe *urétéro-vulvaire* a été tentée, chez des jeunes filles, au niveau des petites lèvres. J'en connais au moins 2 cas; celui de Sonnenburg et celui de van Itersen⁽¹⁾. Il s'agit, dans ces 2 cas, d'un traitement palliatif contre l'exstrophie de la vessie, comme d'ailleurs dans l'observation précédente. Celui de Sonnenburg a traité à une fille d'une dizaine d'années à laquelle cet auteur fit l'abouchement des uretères en dedans des petites lèvres, près du méat urétral. Ce chirurgien, après avoir fait l'extirpation du réservoir urinaire, attira, dans un deuxième temps de l'opération, les uretères, et fit quelques points de suture; il fixa ces canaux à la muqueuse de la vulve. Le résultat opératoire fut assez bon, et la petite fille survécut pendant un certain temps, tout en conservant une incontinence incessante d'urine.

Van Itersen, qui a répété la même opération chez une jeune enfant, a obtenu également le même succès relatif que Sonnenburg.

d. L'abouchement de l'uretère à la peau enfin n'est guère recommandable, l'écoulement continu des urines par la plaie suffit à la contre-indiquer. Il n'est d'ailleurs plus admissible aujourd'hui, en présence des nombreux procédés d'urétéro-anastomoses que nous possédons et qui, ainsi qu'on a pu en juger par ce qui précède, remplissent autrement bien le but poursuivi. Il ne peut donc plus être qu'un pis aller.

(1) Voy. TREKAKI, Thèse de Paris, 1892.

VESSIE

CHAPITRE PREMIER

EXPLORATION VÉSICALE — SÉMÉIOLOGIE

HEITZMANN, Signification du pus dans les urines. *Journal of cut. diseases*, sept. 1892. — BURCKHARDT, Atlas de cystoscopie. Paris, 1895. J.-B. Baillière, édit. — KÜTNER, Le bleu de méthylène dans le diagnostic cystoscopique. *Deutsche med. Woch.*, 1892, p. 1086. — NITZE, La cysto-photographie. *Ann. gén.-urin.*, 1895, p. 95. — STENGEL, Cylindres dans l'urine; leur valeur. *Med. News*, 15 juillet 1895. — ALEXANDER, De l'élimination du bleu de méthylène par l'urine. *Deutsche med. Woch.*, 1895, p. 555. — POSNER, Diagnostic des affections urinaires. Berlin, 1895. — KELLY, Examen direct de la vessie et cathétérisme des uretères chez la femme. *Amer. Journal of Obst.*, janv. 1894. — SENATOR, Méthodes de coloration des sédiments urinaires. *Virchow's Archiv*, Bd CXXXI, Heft 5. — BOUILLOT, Examen microscopique des sédiments urinaires. *Revue de chimie anal.*, 2 nov. 1895. — NICOLL, Rôle du cystoscope en chirurgie. Soc. méd.-chir. de Glasgow, 9 nov. 1895. — WOOD, Des éléments de diagnostic fournis par l'analyse des urines. *Boston med. and surg. Journal*, 1894, p. 505. — POSNER, De la pyurie. *Berliner klin. Woch.*, 1895, Heft 64. — PFEIFFER, 4 cas de cystinurie. *Centr. f. die Krank. der Harn- und Sexualorg.*, 1894, Bd V. — FENWICK, Les symptômes cardinaux des maladies des voies urinaires. Londres, 1895. — FARKAS, Cathétérisme aseptique. *Pest. med.-chir. Presse*, 1895, n° 10. — DAIBER, Cylindrurie. *Correspondenzblatt für schw. Aerzte*, 1894. — GUYON, Le cathétérisme et l'antisepsie. *Ann. gén.-urin.*, 1894, p. 161. — BOISSEAU DU ROCHER, Nouveau cystoscope. *Ann. gén.-urin.*, 1894, p. 51. — GUÉRIN, Examen micro-chimique et signification des sédiments urinaires. *Revue méd. de l'Est*, 1894, p. 44. — POSNER, Des amibes dans l'urine. *Berl. klin. Woch.*, 10 juillet 1895. — CHARRIN, Séméiologie de l'urine. *Ann. de méd.*, 25 juillet 1894. — LOEWENHARDT, *Centr. für Chir.*, 28 avril 1894. — WOOD, Diagnostic urinaire. *Boston med. Journal*, 17 mai 1894. — SLOSSE, Recherche de l'albumine dans les urines. *Journal de méd. de Bruxelles*, 22 déc. 1894. — GOLDBERG, Cystoscopie. *Deutsche med. Zeit.*, 1895, n° 12. — BREWIS, Cystoscopie chez la femme par la méthode de Kelly. *Edinb. med. Journal*, 1894, p. 216. — GENOUVILLE, La contractilité du muscle vésical à l'état normal et à l'état pathologique. Thèse de Paris, 1895. — DELBET (Paul), Anatomie chirurgicale de la vessie. Thèse de Paris, 1895. — GUYON, Séméiologie de la douleur. *Ann. gén.-urin.*, 1895, p. 961. — KLOTZ, Examens endoscopiques des végétations: polypes, angiomes, etc. *Ann. gén.-urin.*, 1896, p. 68. — GOLDBERG, Pyurie et hématurie. *Berl. klin. Woch.*, 1895, p. 1071. — ROMARY, Rapports de la région antérieure de la vessie avec le péritoine aux différents âges. Thèse de Lyon, 1895. — LEIDIÉ, Recherches cliniques sur les urines purulentes. *Ann. gén.-urin.*, 1896, p. 650. — REYNOLDS, La cystoscopie chez la femme. *Boston med. Journal*, 50 janv. 1896. — MORRIS, Importance de l'examen bimanuel de la vessie pour diagnostiquer l'hématurie vésicale de l'hématurie rénale. *Lancet*, 31 oct. 1896. — CRICKS, La cystoscopie. *Journal méd. de Bruxelles*, août 1896. — BOISSEAU DU ROCHER, Cystoscopie et cathétérisme des uretères; cystoscopes pour opération. *Ann. gén.-urin.*, mai 1898. — PASTEAU, Cystoscopie et lithotritie chez la femme. *Ann. gén.-urin.*, août 1898. — WINTER, De la cystoscopie et du cathétérisme des uretères chez la femme. *Zeit. für Geburtsh.*, 1897, XXXVI, p. 497. — HAEBERLIN, De la cystoscopie chez les femmes. *Correspondenzblatt für schw. Aerzte*, juillet 1898. — BARLOW, De la cystoscopie. *Münch. med. Woch.*, oct. 1898.

Contrairement aux maladies du rein, les affections de la vessie sont rarement latentes. La contraction presque régulièrement rythmée du réservoir urinaire nécessite son intégrité anatomique et physiologique. — L'exploration de la vessie est loin de consister exclusivement dans le cathétérisme. En général,

cette manœuvre ne doit être que le complément de l'examen, elle vient confirmer le diagnostic que l'ensemble des troubles fonctionnels a permis de poser. Aussi le *passé urinaire* des malades doit-il être sondé avec le plus grand soin, et les troubles fonctionnels doivent être analysés d'une façon précise. Ce sont eux qui attirent l'attention des malades, si bien que nous sommes le plus souvent consultés pour un trouble de la miction ou pour un trouble de l'urine. Cette partie du diagnostic a été remarquablement étudiée par M. le professeur Guyon.

Symptômes fonctionnels. — Ils sont tirés des troubles de la miction, et des douleurs locales.

Troubles de la miction. — Ce terme général, qui correspond à l'ancien mot *dysurie*, comprend les mictions : fréquentes, impérieuses, difficiles, douloureuses.

MICTIONS FRÉQUENTES. — La pollakiurie est un des accidents les plus communs dans les affections de la vessie. Toutefois, il faut bien savoir qu'un certain nombre de sujets *urinent souvent* sans pour cela présenter aucune affection vésicale. Cette fréquence est alors une simple habitude survenant fréquemment chez les hémorroïdaires, après le repas chez certains dyspeptiques, ou chez les hypocondriaques; chez les névropathes, avec ou sans lésions médullaires, elle constitue un des troubles psychopathiques de la miction. De même certaines lésions du rein, calculs, néphrites, s'accompagnent de pollakiurie. En dehors de ces cas, qui sont exceptionnels, la fréquence des mictions indique le plus souvent une lésion vésicale. Mais les conditions dans lesquelles cette fréquence se produit lui donnent toute sa valeur. C'est ainsi que son exagération pendant la nuit, et surtout pendant la seconde moitié de la nuit, est un excellent signe d'hypertrophie prostatique; au contraire, sa disparition nocturne opposée à la fréquence diurne peut faire croire à une névralgie vésicale ou à un calcul. Ce sont surtout les modifications apportées à cette fréquence par le repos et le mouvement du malade, qui sont significatives. Les fatigues, les secousses, un simple mouvement provoquent de fréquents besoins chez les calculeux; le repos et surtout le repos complet et prolongé atténue ou fait disparaître ces symptômes. Au contraire, cette fréquence, qui persiste en dépit du *décubitus dorsal*, qui dure pendant des mois, surtout chez un sujet jeune, doit faire penser à une lésion organique de la vessie. La tuberculose urinaire débute souvent par cette seule anomalie, et on peut voir alors la fréquence s'exagérer au point de laisser à peine un répit de quelques minutes au malade, aussi bien le jour que la nuit; le nombre des mictions dans les vingt-quatre heures se chiffre par 30, 40, 100.

MICTIONS IMPÉRIEUSES. — A l'état normal, le besoin d'uriner s'annonce par une sensation de plénitude vésicale qui n'est qu'un avertissement auquel nous résistons sans peine. Au contraire, les besoins pressants, qui ne laissent pas au sujet le temps de prendre ses précautions pour uriner, sont presque toujours l'indice d'une lésion vésico-prostatique. Ce sont surtout les altérations siégeant dans l'urètre profond et dans le voisinage du col qui provoquent ce symptôme. Ce dernier peut se rencontrer, comme les besoins fréquents, chez des névropathes et des dyspeptiques, mais c'est principalement dans les cas de *cystite aiguë* ou chez les *prostatiques* dont la vessie est *chroniquement distendue* que les mictions deviennent impérieuses. Si avec cela les besoins sont fréquents,

le malade accuse une *incontinence d'urine*, une *fausse incontinence*, puisque sa vessie retient l'urine et que seule son excitabilité est exagérée (Guyon).

MICTIONS DIFFICILES. — C'est un trouble de la sensation que donne une miction normale. Les efforts qu'elle nécessite, la difficulté que le liquide rencontre pour être émis au dehors, la lenteur de cette émission sont des indices d'un obstacle au libre écoulement de l'urine. Mais l'obstacle tient soit à une *insuffisance* des contractions vésicales, soit à une *diminution de calibre* du canal excréteur. Ces troubles sont plus ou moins accentués, depuis la simple sensation de poussée, jusqu'à ces efforts extrêmes dans lesquels les malades s'accroupissent ou s'arc-boutent, à ces luttes désespérées pendant des quarts d'heure, efforts qui vont jusqu'à déterminer des défécations involontaires, et dont les patients sortent congestionnés, couverts de sueur, épuisés. Des hémorroïdes, un prolapsus rectal ou des hernies peuvent être la conséquence de ces efforts répétés. Ce sont les *rétrécissements de l'urètre* et l'*hypertrophie de la prostate*, avec sclérose de la vessie qui provoquent en général cette variété de dysurie; mais de faux besoins d'uriner, caractérisés par une douleur vésicale, arrivent au même résultat, comme cela se rencontre dans certaines cystites et dans la pierre. Dans ces cas, c'est à la fin de la miction que se manifeste le besoin de pousser, et il a lieu *sans résultat*. Cette difficulté de miction est *permanente* ou *passagère*; le plus souvent elle s'aggrave sous certaines influences, parmi lesquelles les excès de régime, le décubitus, les refroidissements, la constipation sont signalés par tous les malades; toutes causes qui provoquent une congestion vésico-prostatique et nous indiquent déjà l'importance de la thérapeutique décongestionnante pour remédier à ces accidents. Souvent on rencontre des sujets qui sont incapables d'uriner quand ils se sentent observés ou attendus; ces *vessies pudiques* appartiennent en général à de simples névropathes.

La diversité des affections qui provoquent une difficulté de la miction nous prouve que c'est un excellent signe de lésion uréthro-prostatique, mais qu'il nécessite une analyse des signes concomitants — âge, antécédents du malade, durée — pour permettre un diagnostic.

MICTIONS DOULOUREUSES. — Ici encore le symptôme douleur n'a par lui-même aucune valeur diagnostique, car il peut se rencontrer non seulement dans les maladies de l'appareil urinaire inférieur, mais encore dans les affections du rein, du rectum ou même du système nerveux cérébro-spinal. L'intensité de ces douleurs est extrêmement variable; il est peu de maladies dans lesquelles elles puissent atteindre un degré aussi excessif; leur violence, leur continuité ont mené des malades au suicide. Elles occupent en général la région de la vessie ou le périnée; de là elles s'irradient sur le trajet du canal de l'urètre; souvent même elles se localisent au méat, plus rarement du côté du rectum et des membres inférieurs, exceptionnellement vers les lombes, la région thoracique et même le membre supérieur. L'intensité de la douleur, ses irradiations ne permettent pas un diagnostic précis; cependant elles sont en général symptomatiques soit d'un *corps étranger* (d'ordinaire un calcul), soit d'une *inflammation* de la vessie. La constance de ces irradiations vers le gland avait fait regarder la *douleur du méat* comme l'apanage des calculs vésicaux; c'est malheureusement un symptôme commun au plus grand nombre des lésions vésico-prostatiques. Au point de vue diagnostique seul, la longue durée des accidents doit faire craindre des lésions graves, comme nous le verrons en étudiant des cystites douloureuses. Pour tirer une valeur de ces phénomènes

douloureux, il faut les envisager suivant leur *mode d'apparition* et de *disparition*. C'est ainsi qu'une douleur vésicale dans l'intervalle des mictions, douleur calmée par le repos, surtout par le repos prolongé, augmentée par le mouvement, les secousses brusques, le transport en voiture, est en général pathognomonique d'un calcul vésical. Toutefois certaines cystites sont influencées par les mêmes agents, et ce n'est que par l'influence moins nette et moins rapide du mouvement qu'elles s'en distinguent. Enfin l'état douloureux survient sans causes, indépendant de la miction, sans aucun rapport avec le repos ou le mouvement, surtout s'il ne s'accompagne d'aucun autre trouble du côté des voies urinaires, doit nécessiter une exploration au point de vue du tabès à la période préataxique, ou faire songer à une névropathie vésicale.

La première question qui se pose en face du symptôme douleur, c'est de savoir le moment où se produisent les phénomènes douloureux : au commencement, au milieu ou à la fin de la miction.

La douleur du commencement de la miction est surtout marquée dans les rétentions d'urine, mais ce n'est que pendant la miction ou à la fin qu'elle offre vraiment une importance diagnostique. La douleur qui survient pendant la miction acquiert son maximum dans les cas d'inflammation vésicale, prostatique ou uréthrale; l'urine brûlante de la blennorrhagie en est le type. Elle acquiert son maximum d'intensité lorsque l'urine est riche en sels et très concentrée; de là des indications thérapeutiques très nettes. Les douleurs dont le maximum est à la fin de la miction ont comme origine les dernières contractions de la vessie. On les trouve chez les calculeux; c'est alors la paroi muqueuse de la vessie revenue sur elle-même qui vient appuyer sur le corps étranger; on les rencontre également dans certaines cystites alors que l'expulsion des dernières gouttes d'urine nécessite la contraction des parties les plus voisines du col. Entre ces deux affections, le diagnostic sera facilement posé par l'examen des autres symptômes. Dans les cas où elles coïncident (cystite calculeuse), ce symptôme acquiert une netteté toute particulière.

MODIFICATIONS DU JET. — Les auteurs anciens ont insisté beaucoup sur la valeur de ce symptôme, mais il est loin d'avoir une signification aussi nette qu'on l'a dit. Au point de vue du diagnostic, il faut envisager successivement sa forme, son volume, l'étendue de sa projection et enfin les modifications que subissent ses différents caractères suivant les influences extérieures. — Le jet tortillé, bifide, a été regardé comme constant dans les rétrécissements de l'urètre. Il suffit d'un peu de gonflement de la muqueuse, surtout du côté du méat urinaire, pour amener ces dispositions. Mais si ces altérations sont permanentes, elles indiquent une modification dans l'élasticité ou la forme du canal. En général, cette diminution est en rapport avec une sténose du canal, mais n'est en aucune façon proportionnelle au diamètre du rétrécissement. La force de projection est diminuée chez les prostatiques et chez les rétrécis, mais beaucoup plus dans les cas d'hypertrophie de la prostate, et si l'on rapproche cette faible projection du volume normal du jet, on peut penser qu'il s'agit d'une lésion de la prostate. Ces variétés dans la forme et l'intensité du jet sont notablement influencées par toutes les causes qui peuvent congestionner ou enflammer l'urètre ou la vessie, et c'est l'étude prolongée de ces symptômes qui permettra de séparer ce qui appartient à la lésion constante, au rétrécissement, de ce qui appartient à l'élément accessoire, congestion ou inflammation. — L'interruption du jet est un symptôme rare sur lequel on a encore édifié bien des théories; il a été regardé

par certains auteurs comme caractéristique d'un calcul. On peut le rencontrer dans les cas de spasme de la portion membraneuse chez les névropathes, chez les tuberculeux. Mais lorsqu'il se produit seulement dans la station debout et d'une façon constante dans certaines attitudes du malade, il est symptomatique d'un calcul et d'un calcul de petit volume. Il a donc alors seulement une valeur diagnostique digne d'être relevée, et il paraît surtout important chez les enfants.

L'INCONTINENCE D'URINE peut être vraie ou fausse, et résulter d'une lésion uréthrale, prostatique ou vésicale; enfin, elle existe chez les névropathes. Nous en ferons l'histoire plus loin (voy. *Incontinence d'urine*, p. 670).

La RÉTENTION trouvera mieux sa place avec les affections de l'urètre et de la prostate.

L'UROLOGIE des affections urinaires a été faite page 153. Je signale, comme spéciale à la vessie, la *pneumaturie* ou émission de gaz par l'urètre. Elle est presque pathognomonique d'une fistule vésico-intestinale (voy. p. 575); exceptionnellement on la rencontre dans les cystites gangreneuses ou dans les cystites des diabétiques (voy. p. 574). — Quant à la *pyelomiction*, caractérisée par l'évacuation de poils avec les urines, elle est symptomatique d'un kyste dermoïde paravésical ou rénal (voy. p. 616).

Signes physiques. — L'examen direct de la vessie ne doit être que le complément, mais le complément obligatoire du diagnostic : celui-ci comprend l'inspection, la palpation, la percussion, le cathétérisme, l'endoscopie et la radioscopie.

Inspection. — La profondeur à laquelle est située la vessie rend ce mode d'investigation peu efficace, et c'est seulement dans les cas de rétention d'urine que l'inspection de la région hypogastrique montrera une tumeur globuleuse siégeant au-dessus du pubis. J'ai cependant vu un calcul, très volumineux et siégeant dans une vessie sclérosée, qui faisait saillie à ce niveau. On a voulu également attribuer une importance à la longueur de la verge au point de vue du diagnostic des calculs vésicaux, surtout chez les enfants; c'est une constatation dont il faut tenir compte, mais sous bénéfice d'inventaire. Le résultat négatif de l'inspection dans les cas où le malade a uriné du sang, permet de poser le diagnostic hématurie et non pas uréthrorragie. L'examen du périnée s'impose chez tous les urinaires; il permet de constater un abcès urinaire latent ou une infiltration uro-purulente au début. Enfin le prépuce lui-même est souvent l'origine d'accidents réflexes vésicaux. Dans certains cas, l'examen des linges du malade permettra de reconnaître de larges taches jaunâtres, très peu colorées, provenant des dernières gouttes d'urine, symptomatiques d'une sécrétion vésicale.

L'examen du scrotum et des testicules, révélant des altérations anciennes des organes ou une tuberculose, ne doit jamais être négligé en pareil cas.

Palpation. — De tous les modes d'exploration de la vessie, la palpation est le plus inoffensif et le moins négligeable. Cette palpation comprend non seulement le palper hypogastrique, mais encore le toucher rectal, le toucher vaginal et même vésical (chez la femme), et aussi le cathétérisme qui n'est qu'une palpation médiate « avec un instrument destiné à allonger le doigt du chirurgien » (Guyon).