

V. **Indications opératoires. — Résultats.** — La mortalité opératoire à la suite de ces interventions prises en bloc est relativement faible, environ 8 pour 100. Autrefois elle était notablement plus élevée, un grand nombre d'opérés ayant succombé à des lésions de septicémie que la chirurgie moderne permet d'éviter. D'autre part, la lecture des statistiques tant anciennes que récentes prouve que plusieurs opérés sont morts de pyélo-néphrites antérieures à l'intervention, si bien que la proportion des décès attribuables à l'opération même tombe à presque 0. D'ailleurs on ne peut tirer aucune conclusion sérieuse de cette statistique d'ensemble, et la comparaison de la léthalité dans les différents procédés est-elle plus instructive.

La méthode de dérivation des urines par l'intestin, qui donnait jadis environ 40 pour 100 de mortalité, n'a pas causé un seul décès depuis l'avènement de la suture vésico-intestinale. Il en est de même pour la méthode autoplastique qui, d'après les anciennes statistiques, donnait 6 pour 100 de mortalité. L'extirpation de la vessie suivant le procédé de Sonnenburg, et la méthode de suture après rapprochement des pubis suivant la méthode Dubois-Dupuytren, Trendelenburg-Passavant, ont donné au contraire, d'après la statistique encore récente de Pousson⁽¹⁾, jusqu'à 25 pour 100 de mortalité opératoire.

Les résultats obtenus à longue échéance sont variables. L'idéal cherché, c'est la restitution physiologique de la vessie et du canal avec miction volontaire. Dans aucun cas, cette espérance n'a été réalisée. La dérivation de l'urine par le rectum a seule donné, à ce point de vue, un résultat satisfaisant, puisque seule elle procure un sphincter. Je rappelle, en effet, que les dissections successives de pièces d'exstrophie ont montré l'absence de sphincter vésical, sauf dans un cas de Trendelenburg où des fibres lisses au niveau de la prostate donnaient l'illusion d'un sphincter. Malheureusement la tolérance de la muqueuse rectale pour l'urine est très variable. Si chez certains sujets la continence urinaire est parfaite, l'opéré urinant deux ou trois fois dans la journée et pouvant garder ses urines pendant toute la nuit, chez d'autres les selles en diarrhée sont beaucoup plus fréquentes dans la journée et, de plus, inconvenient plus grave, il existe de l'incontinence nocturne. Cependant, dans la plupart des cas, après un temps plus ou moins long, cette incontinence s'atténue peu à peu et même peut finir par disparaître. C'est le cas de mon opéré.

La méthode autoplastique remplit son but tout palliatif; elle permet de recueillir l'urine dans un appareil et elle supprime les douleurs vives résultant du frottement du linge sur la muqueuse vésicale, mais elle a le grave inconvénient de laisser séjourner l'urine dans une cavité septique recouverte par un épiderme dont les poils sont autant de centres de concrétion, si bien que la formation de calculs phosphatiques est la règle en pareil cas. Ce n'est que par des soins de chaque jour, lavages boriqués, épilation, que les malades arrivent à conserver leur cavité en assez bon état. Les procédés de formation d'une cavité vésicale aux dépens de la muqueuse elle-même suppriment bien les concrétions provoquées par le contact de l'urine avec l'épiderme, mais ne peuvent pas garantir d'une façon absolue contre la formation des calculs. Toutefois cette méthode a l'avantage de faire disparaître les hernies et le prolapsus rectal, si fréquents en pareil cas.

L'extirpation pure et simple de la vessie, comme l'a fait Sonnenburg, a au

(1) Pousson, *Annales génito urinaires*, 1896, p. 105.

moins cet avantage de supprimer une cavité douloureuse et infectée; toutefois, il est certain que la reconstitution totale suivant la méthode de Dubois, Dupuytren, Trendelenburg, Neudorfer et Passavant, de la vessie et du canal, semble satisfaisante aux desiderata des autres procédés.

Au point de vue pratique, toute opération devra être précédée d'une asepsie rigoureuse de la région et de l'urine, l'infection de la muqueuse vésicale étant la règle dans cette infirmité. Lequel des procédés choisirons-nous? La réponse est tout entière suspendue à la nature de l'exstrophie. S'il s'agit simplement d'un *épispadias avec fissure vésicale inférieure, et suture symphysienne*, la méthode de choix paraît être la réparation systématique du canal et du col de la vessie avec les tissus qui appartiennent physiologiquement à la région, de préférence à toute méthode autoplastique: le procédé de Poppert (prolongation du canal urétral aussi loin que possible dans la vessie même) devra être employé ici chaque fois qu'on le pourra. Si la fissure vésicale remonte un peu plus haut, il faut encore donner la préférence à l'avivement bord à bord de la vessie après dissection de sa muqueuse, avec toutes les précautions nécessaires pour ne pas blesser l'uretère. Si l'exstrophie est complète, si l'écartement du pubis est considérable, la dérivation des urines dans l'intestin est seule indiquée. De tous les procédés préconisés dans ce but, je crois que le seul à employer actuellement est la vésico-colostomie, telle que l'a décrite Maydl et telle que je l'ai exécutée. Elle n'offre pas de difficultés opératoires insurmontables. Elle assure un écoulement continu de l'urine et une continence suffisante. Elle met à l'abri de l'infection rénale secondaire. Elle a enfin pour elle la consécration de la pratique qui en fait le traitement le plus efficace que nous ayons pu jusqu'ici opposer à l'exstrophie vésicale.

II. — DIVERTICULES DE LA VESSIE (CELLULES ET POCHEs VÉSICALES)

Chez les vieux urinaires, en particulier chez les rétrécis et les prostatiques, la vessie, par suite de l'obstacle qui s'oppose à l'écoulement de l'urine, ne tarde pas à s'hypertrophier et à augmenter d'épaisseur. L'hypertrophie, qui porte presque exclusivement sur la tunique musculaire, se fait inégalement, en sorte que les faisceaux musculaires les plus développés forment par place des reliefs ou *colonnes* qui donnent à la face interne de la vessie un aspect bien spécial, très différent de celui qu'elle a normalement: au lieu d'être lisse et régulière, elle est soulevée par des faisceaux charnus formant un *réticulum* curieux dans ses dispositions, et l'on aperçoit entre ces faisceaux des *dépressions*, des *lacunes* ou de véritables *orifices* conduisant dans de petites *poches* plus ou moins saillantes à la face externe du réservoir. Les *dépressions* de la muqueuse vésicale qui restent comprises dans l'épaisseur des parois vésicales sans faire saillie à la face externe, portent le nom de *cellules*. Lorsque ces dépressions dépassent l'épaisseur de la paroi, formant des cavités qui se détachent de l'organe du côté de sa face externe, elles prennent le nom de *poches vésicales*.

— Cellules et poches quoique ayant une même origine — hernie de la muqueuse vésicale entre les faisceaux musculaires hypertrophiés amenant par leur contraction exagérée une pression trop forte de l'urine dans l'intérieur du réservoir — les cellules et les poches, dis-je, offrent une constitution un peu différente. Les *cellules*, en général multiples, pouvant occuper toutes les régions de la vessie,

sont des dépressions arrondies, plus souvent ovalaires, peu profondes, s'ouvrant largement dans le réservoir. Leur rebord est formé par les faisceaux musculaires hypertrophiés, lisses et arrondis, des vessies à colonnes et revêtu par une muqueuse ayant à peu près conservé tous ses caractères normaux. Leur paroi est constituée par la superposition des trois tuniques de la vessie profondément modifiées dans leur structure : la *muqueuse* est plissée et infiltrée de cellules embryonnaires; la *celluleuse* est également en voie de prolifération; la *muscleuse* existe encore, mais ses faisceaux sont aussi dissociés par la prolifération interstitielle. En somme, il s'est fait, au niveau des cellules, un travail d'inflammation lente, une cystite interstitielle qui, fait important, n'a pas, en général, diminué d'une façon sensible l'épaisseur ou la résistance de la paroi à son niveau.

Les *poches vésicales* sont ordinairement en petit nombre, une, deux, trois ou quatre; CIVIALE⁽¹⁾ dit pourtant en avoir vu une grande quantité appendues à la face externe de la vessie, comme des grains de raisin. Elles occupent de préférence les parties latérales et le sommet de la vessie. De forme sphéroïde, conoïde, en doigt de gant (Cruveilhier)⁽²⁾, leur volume varie de celui d'un pois, d'un haricot à celui du poing, d'une tête de fœtus et plus; en général cependant leurs dimensions sont telles qu'elles peuvent loger une noix, une châtaigne, un œuf. L'orifice par lequel ces poches communiquent avec la cavité vésicale peut être large; mais le plus souvent il est rétréci, en sorte que, par analogie avec les sacs herniaires, certains auteurs ont pu leur considérer un *corps* et un *collet*. Ce *collet* est constitué, comme le rebord des cellules, par les faisceaux musculaires hypertrophiés tapissés par la muqueuse. L'épaisseur des lèvres de ce collet est parfois très grande : dans plusieurs observations de calculs enchatonnés on n'a pu dégager la pierre qu'en incisant profondément le collet, comme dans le débridement d'une hernie⁽³⁾. Par contre, la paroi du *corps* des poches viscérales est amincie, *réduite à la muqueuse et à la celluleuse*; exceptionnellement, cette paroi, chroniquement enflammée, a une certaine épaisseur. Mais en aucun cas on n'y trouve de fibres musculaires, ce qui explique la stagnation de l'urine dans son intérieur avec toutes ses conséquences. L'urine, en effet, stagnant dans ces poches, et ne se vidant qu'incomplètement ou pas du tout, s'y altère, devient trouble, purulente, boueuse, fétide et provoque des inflammations suppuratives, des ulcérations, gangrènes, perforations avec toutes leurs conséquences (voy. *Péricystites*. Anatomie pathologique, p. 568). Mais la stagnation et l'altération de l'urine dans l'intérieur des poches vésicales peut avoir un autre résultat du plus haut intérêt pour le chirurgien : c'est la production de *calculs secondaires et l'enkystement ou l'enchatonnement* de ces calculs. On a rencontré, en effet, des calculs entièrement ou presque entièrement enkystés dans la paroi de la vessie⁽⁴⁾; Morgagni⁽⁵⁾ en avait déjà donné une explication : « J'accorderai aussi quelque place à une autre conjecture, savoir qu'un petit calcul étant entré dans un petit sac, l'orifice de celui-ci se rétrécit davantage par une cause quelconque et se bouche entièrement ou presque entièrement ». La vérité est que les calculs enkystés naissent sur place, dans l'intérieur des

⁽¹⁾ CIVIALE, in VOILLEMIER et LE DENTU, *Traité des maladies des voies urinaires*, t. II, p. 517. Paris, 1881.

⁽²⁾ CRUVEILHIER, *Anatomie pathologique du corps humain*, t. II. Paris, 1850-1842.

⁽³⁾ POUSSON, *Précis des maladies des voies urinaires*. Paris, 1899, p. 559.

⁽⁴⁾ VOILLEMIER et LE DENTU, *loc. cit.*, en ont représenté un bel exemple dans leur figure 52, p. 522.

⁽⁵⁾ MORGAGNI, *Epistolæ*, XLII, p. 575.

poches vésicales, par précipitation des matériaux de l'urine altérée; dans le cas où l'orifice de cette poche est étroit, le calcul, lorsqu'il a acquis un certain volume, apparaît enveloppé de toutes parts par la paroi vésicale dédoublée : il y a *enkystement*⁽¹⁾. Lorsque l'orifice de communication de la poche viscérale avec le réservoir est large, la surface du calcul apparaît plus ou moins à nu et le calcul est plus ou moins énucléable : il y a *enchatonnement*.

Pour terminer ce qui a trait à l'anatomie pathologique de ces diverticules de la vessie, disons que leur volume est quelquefois tellement considérable qu'il serait facile de les prendre pour la vessie elle-même; ils atteignent alors des dimensions plusieurs fois supérieures à celles du réservoir urinaire. C'est ce qui avait eu lieu dans le cas célèbre du savant Cazaubon décrit par Bonet⁽²⁾ : il est dit, dans la relation de l'autopsie, que la *vessie contre-nature* était six fois plus volumineuse que la vraie. Dans les cas de ce genre, lorsque la poche s'est formée au niveau du bas-fond, elle s'étend vers le rectum qu'elle refoule et s'engage même quelquefois sous le trigone. La vessie véritable se trouve accolée au pubis et soulevée vers l'hypogastre. Le contraire a lieu si la poche anormale est née en avant. En tout cas, on reconnaîtra toujours la vessie par la plus grande épaisseur de ses parois, par la présence d'une tunique musculaire et par l'insertion des uretères.

— La *symptomatologie des cellules vésicales* est pour ainsi dire nulle; tout au plus pourra-t-on le soupçonner lorsque, au cours d'un cathétérisme, le bec de la sonde rencontrera le relief des colonnes de la vessie. Les *poches vésicales*, au contraire, s'accompagnent parfois de symptômes fonctionnels et de signes physiques qui peuvent les faire connaître du vivant même des malades. Les *symptômes fonctionnels* sont très inconstants et n'ont rien de pathognomonique, quoi qu'en aient dit les anciens auteurs. Le seul qui mérite d'être signalé est la *miction en deux temps*, le malade vidant d'abord sa vessie, puis la poche; ce symptôme peut acquérir une grande valeur diagnostique lorsque la première portion d'urine rendue est claire et limpide et que la seconde est trouble, purulente, boueuse et fétide. Lorsque les poches vésicales sont volumineuses, elles peuvent se trahir par un ensemble de signes physiques qui permettent parfois le diagnostic. C'est ainsi que par le palper abdominal et le toucher rectal on peut sentir une tumeur fluctuante, douloureuse, distincte de la vessie, quoique lui étant adhérente. L'évacuation du réservoir par le cathétérisme provoque parfois l'affaissement de cette tumeur; mais le plus souvent elle le laisse subsister et il faut exercer des pressions sur elle pour la vider par l'intermédiaire de la vessie. Certains auteurs attachent une grande importance pour le diagnostic à l'exploration intra-vésicale avec une sonde à bec court et coudé qui viendrait se loger dans la poche et la ferait reconnaître. Sans doute, comme le fait remarquer Pousson⁽³⁾, cette exploration peut être utile; mais pour que ses résultats aient une véritable valeur, il faut qu'ils soient toujours les mêmes à toutes les explorations. En effet, Guyon a surabondamment démontré, au lit du malade, que les contractions irrégulières, si fréquentes dans les vessies depuis longtemps malades, peuvent, en gênant les mouvements du bec de la sonde, en imposer pour une cellule.

⁽¹⁾ Il faut se rappeler qu'assez souvent les soi-disant calculs enkystés de la vessie, ne sont que des calculs de l'extrémité inférieure intra-pariétale de l'uretère, calculs qui, par suite de leur volume, de leur forme, de la contracture des fibres musculaires orificielles n'arrivent pas à franchir l'orifice vésical du conduit.

⁽²⁾ BONET, *Sepulchretum anatom.*, lib. III, sect. 25, obs. 5, p. 644.

⁽³⁾ POUSSON, *loc. cit.*, p. 560.

— En résumé, le *diagnostic* de cellules ou de poches vésicales ne serait pas facile à poser si nous n'avions pour nous guider que l'ensemble des signes physiques et fonctionnels que nous venons d'énumérer. Nous avons heureusement aujourd'hui à notre disposition une méthode d'exploration qui nous permettra de nous rendre compte *de visu* de l'existence de ces vices de conformation de la vessie : je veux parler de la cystoscopie. Grâce à elle, et surtout si nous la combinons avec le cathétérisme, nous pourrions nous renseigner exactement sur l'existence, la situation, la forme, les dimensions des cellules et des poches vésicales et sur la présence ou l'absence dans leur intérieur de calculs enkystés ou enchatonnés. Tous les autres signes physiques ou fonctionnels qu'on a attribués à ces complications, heureusement fort rares, des poches vésicales, sont d'ailleurs infidèles.

— Le *pronostic* des cellules et surtout des poches vésicales est sérieux, sans parler de l'enkystement et de l'enchatonnement des calculs ; elles entretiennent la purulence des urines et la cystite ; elles exposent aux ulcérations, aux ruptures, aux abcès extra-vésicaux, aux infiltrations urineuses, aux fistules cutanées ou intestinales, à la péritonite aiguë.

— Aucun *traitement* direct ne leur est applicable. Tout ce que l'on peut faire, c'est de pratiquer dans la vessie des injections antiseptiques dans l'espoir qu'elles pénétreront dans les poches, qu'elles en chasseront le pus qui y est accumulé et même qu'elles en modifieront les parois. Il faut proscrire absolument les manœuvres qui ont pour but de faire pénétrer dans ces poches le bout d'une sonde, de manière à y pousser directement des injections détersives : ce serait, en effet, s'exposer à perforer ces poches, la plupart du temps déjà ulcérées, et à déterminer ainsi des accidents extrêmement graves. Quant à la proposition faite par Pousson de fermer les poches vésicales en avivant et suturant leurs bords de manière à les isoler du reste de la vessie et à prévenir ainsi leur infection et la formation itérative de calculs, nous considérons cette opération comme rarement indiquée, difficile, dangereuse et vouée presque fatalement à l'échec.

III. — VALVULES DU COL DE LA VESSIE

Il existe parfois au niveau du col de la vessie des obstacles au cours de l'urine qu'on a désignés successivement sous le nom de *barre*, *barrière uréthro-prostatique* (Thompson), *rétrécissement du col* (Voillemier et Le Dentu) et que Mercier⁽¹⁾, qui les a longuement étudiés, a dénommés plus justement *valvules du col de la vessie*. Ces valvules sont rares, on ne les trouve que par hasard à l'amphithéâtre et, outre qu'il n'est pas prouvé qu'elles soient la seule cause des troubles de la miction, leur diagnostic est à peu près impossible du vivant des malades. Nous serons donc très brefs sur leur histoire.

Mercier appelle « valvule du col de la vessie une saillie anormale du bord postérieur ou rectal de cet orifice, saillie telle qu'elle vient recouvrir le bord antérieur et s'oppose, comme le ferait une soupape, à la sortie de l'urine⁽²⁾ ». Et il distingue deux sortes de valvules. « Les unes produites par le spasme,

⁽¹⁾ MERCIER, *Recherches sur la nature et le traitement d'une cause fréquente et peu connue de rétention d'urine*. Paris, 1844.

⁽²⁾ MERCIER, *Recherches sur le traitement des maladies des organes urinaires*. Paris, 1856, p. 209.

la contracture et même la rétraction des fibres musculaires qui ferment le col de la vessie ne sont qu'une exagération pathologique de l'état normal : je les appelle *musculaires*. Les autres sont le résultat de l'hypertrophie régulière et uniforme des granulations de la portion sus-montanale de la prostate : je les appelle *prostatiques* ».

Les *valvules musculaires*, les seules qui nous intéressent ici, auraient donc leur origine, d'après Mercier, dans des contractions violentes du muscle cervical, contractions dégénérant bientôt en contractures. La cause de ces contractions résiderait dans l'inflammation des tissus voisins : « Tout muscle adjacent à un foyer inflammatoire devient le siège d'une contraction involontaire qu'on désigne ordinairement par le nom de contracture. Chacun sait que tel est l'état du sphincter de l'anus lorsque cet orifice est le siège des fissures douloureuses ou d'hémorroïdes enflammées ; or, les mêmes phénomènes peuvent se passer dans les fibres musculaires du col de la vessie, lorsque la muqueuse ou les granulations prostatiques voisines sont le siège d'une inflammation prolongée⁽¹⁾. « Tant que la fibre musculaire n'a pas encore subi d'altération de texture, les valvules peuvent disparaître avec la cessation de leur cause ; mais quand ce premier état s'est prolongé, le tissu musculaire s'atrophie, se rétracte et la valvule devient permanente⁽²⁾. » Telle est la *pathogénie* invoquée par Mercier pour expliquer la formation de ces valvules.

— La *symptomatologie* qu'il leur attribue est la suivante : une douleur, parfois très obtuse, au col de la vessie, une certaine sensibilité des lobes prostatiques accompagnée d'un léger tuméfaction, des engourdissements ou des élancements à l'extrémité de la verge, des écoulements muco-purulents accompagnés de pertes séminales ; Mercier ajoute que la miction a de la peine à commencer, que le jet est mal projeté, que la fin de la miction est signalée par des « coups de piston » fréquents et peu efficaces. En somme, comme le font remarquer Voillemier et Le Dentu⁽³⁾, aucun de ces signes n'a de valeur réelle. Ils appartiennent aussi bien à l'urétrite profonde, à la prostatite chronique légère, aux congestions du col, et surtout à l'hypertrophie de la prostate. En revanche si, dans les antécédents du sujet on avait relevé des signes de spasme et de contracture du col vésical, il y aurait lieu de présumer qu'une rétraction avec transformation fibreuse des éléments musculaires aurait succédé à ces troubles fonctionnels. Les indications résultant du *cathétérisme* ont une plus grande valeur. Lorsqu'on a affaire à une valvule prostatique, aussi bien qu'à un rétrécissement par rétraction, l'introduction de la sonde coudée de Mercier dans la vessie n'est possible qu'à condition d'abaisser fortement le pavillon entre les jambes du malade. Si l'on tourne ensuite le bec de la sonde vers le bas-fond vésical, puis qu'on l'attire vers l'urètre, on constate qu'il accroche solidement la lèvre postérieure du col ; mais les sensations ne sont plus les mêmes suivant qu'on a affaire à une *valvule prostatique* ou à une *valvule musculaire*. Dans le premier cas, le plan incliné de la lèvre postérieure est moins abrupt ; l'instrument attiré en avant l'accroche moins solidement. Pour faire tourner librement le bec à droite ou à gauche, on est obligé de le repousser un peu en arrière. Enfin si la valvule prostatique est accompagnée de bosselures saillantes vers

⁽¹⁾ MERCIER, *Recherches sur une cause fréquente et peu connue de rétention d'urine*.

⁽²⁾ MERCIER, *Recherches sur le traitement des maladies des organes urinaires*.

⁽³⁾ VOILLEMIER ET LE DENTU, *Traité des maladies des voies urinaires*. Paris, 1881, t. II, p. 572.

le trigone, la rotation est fort gênée, et l'on peut, en attirant en avant ou en refoulant légèrement l'instrument, contourner successivement la partie saillante de chacune de ces bosselures. De plus, l'exploration rectale fournit d'utiles renseignements sur l'état des lobes latéraux de la prostate. S'agit-il, au contraire, d'une *valvule musculaire*, le bec de la sonde est solidement accroché par sa face postérieure, la rotation se fait aisément, sans qu'il soit nécessaire de refouler un peu l'instrument en arrière; enfin le toucher rectal donne des résultats négatifs. Ces signes permettront parfois, mais moins souvent que ne le pensait Mercier, de porter le diagnostic.

— Quant au *traitement*, personne ne songe plus aujourd'hui à inciser, exciser, trouer à l'emporte-pièce les valvules du col avec l'un des nombreux instruments inventés par Leroy d'Étiolles, Mercier, Maisonneuve. Le plus simple sera de recourir au cathétérisme comme s'il s'agissait d'une hypertrophie de la prostate même si l'on soupçonnait que les difficultés de la miction sont causées par une valvule du col. Cependant, dans certains cas de dysurie très accentuée, on serait autorisé, toujours d'ailleurs comme dans l'hypertrophie de la prostate, à pratiquer la cystotomie sus-pubienne : cette opération non seulement assurerait l'écoulement de l'urine par la plaie, mais permettrait encore d'aller inciser l'obstacle s'opposant à cet écoulement par les voies naturelles.

II

DÉPLACEMENTS DE LA VESSIE

On désigne sous le nom de *cystocèle* l'issue hors de l'abdomen ou du bassin d'une portion de la vessie à travers un orifice naturel ou artificiel.

La vessie peut faire hernie par toutes les régions qui livrent passage à l'intestin et à l'épiploon. Aussi l'étude de ces hernies trouve-t-elle plutôt sa place à côté de celle des hernies de ces derniers organes (voir *Hernies*, t. VI, p. 585). Chez la femme, la vessie peut de plus sortir à travers le vagin et l'urèthre (voir *Cystocèles vaginales*, t. VIII; et *Inversion vésicale* ou *Prolapsus de la vessie à travers l'urèthre chez la femme*, t. VIII). Nous nous contenterons de dire ici que les hernies de la vessie sont relativement rares et que, dans les $\frac{4}{5}$ ^e des cas, il s'agit de hernies *inguinales*.

CHAPITRE XIII

TROUBLES VÉSICAUX NÉVROPATHIQUES (1)

ALBARRAN, Opération contre l'incontinence d'urine chez la femme. *Ann. gén.-urin.*, oct. 1895. — EHRHARDT, De la polyurie hystérique. Thèse de Paris, 1895. — DÉJÉRINE, De la polyurie nerveuse. *Méd. mod.*, 1^{er} juillet 1895. — GUYON, Les neurasthéniques urinaires. *Ann. gén.-urin.*, sept. 1895. — BÉRILLON, Traitement psychique de l'incontinence d'urine. *Journal de méd. de*

(1) Je remercie M. Janet des renseignements qu'il a bien voulu me donner sur cette question.

Paris, 12 nov. 1895. — ZUCKERKANDL, De la vessie irritable chez la femme. *Club médical de Vienne*, 9 mai 1894. — HANC, Traitement de l'incontinence nocturne d'urine. *Wiener med. Blätter*, 1894. — LAPASSET, *Ibid.* Thèse de Bordeaux, 1894. — DACHEUX, La vessie irritable chez la femme. Thèse de Paris, 1894. — COCCOS, De la polyurie essentielle et de ses rapports avec la tuberculose. Thèse de Lyon, 1894. — MARINESCO, Polyurie familiale essentielle. *Soc. de biol.*, 12 janv. 1894. — MACALISTER, Traitement de l'incontinence d'urine par l'atropine. *Semaine médicale*, 51 avril 1894. — JANET, Traitement des pollakiuries nerveuses par la dilatation progressive de la vessie. *Annales gén.-urin.*, 1895, p. 153. — ALBARRAN, Une nouvelle variété d'incontinence d'urine. *Ann. gén.-urin.*, 1895, p. 1057. — KOURILSKY, De la polyurie hystérique. Thèse de Paris, 1896. — ISNARDI, Traitement de la dysurie sénile par la section et la double ligature des canaux déférents. *Giorn. Accad. med. Torino*, janv. 1896. — NASON, Traitement de l'incontinence d'urine. *Brit. med. Journal*, 8 fév. 1896. — P. DELBET, De l'incontinence partielle d'urine chez la femme et de son traitement. *Journal des praticiens*, 18 avril 1896. — GILLIAM, Opération contre l'incontinence d'urine chez la femme. *Amer. Journal of Obst.*, fév. 1896. — FISCHER, Libération latérale et inférieure du méat urinaire dans le traitement de l'incontinence essentielle d'urine chez la femme. Paris, 1897. — FEST, Opération contre l'incontinence d'urine. *Monats. für Geburtsh.*, oct. 1896. — CULLERIE, Traitement de l'incontinence d'urine par la suggestion. *Arch. de neurol.*, juillet 1896. — PRENDERGAST, Remède simple contre l'incontinence d'urine. *New-York med. Journal*, juillet 1896. — KÖSTER, Étiologie et traitement de l'incontinence d'urine. *Deutsche med. Woch.*, juin 1896. — ALEXANDER, Traitement de l'incontinence d'urine. *Lancet*, juillet 1897. — GUIGUES, Incontinence d'urine vraie et essentielle chez la femme. Thèse de Lyon, 1897. — ROCHET et JOURDANET, Les incontinenes d'urine de l'enfance. *Gaz. des hôp.*, janv. 1897.

Les affections du système nerveux ont été, dans ces dernières années, l'objet de travaux qui ont complètement modifié les idées reçues jusqu'alors. Les progrès réalisés dans cette branche médicale, sous l'influence de l'école de la Salpêtrière, ont eu leur retentissement en chirurgie; c'est pourquoi, me séparant complètement des classiques, je réunirai dans ce chapitre toute une série de prétendues entités morbides qui ne sont que des *manifestations vésicales d'un état névropathique* avec ou sans lésion cérébro-spinale. Nous nous attacherons spécialement dans cette étude à analyser les troubles fonctionnels de la vessie dus à un *vice de fonctionnement de l'innervation* de cet organe, mais il nous restera ensuite à étudier si la vessie malade ne peut pas elle-même *réagir sur le système nerveux*. Une première division s'impose donc dans l'exposé des troubles névropathiques vésicaux, c'est la suivante :

- A. Les affections vésicales d'origine nerveuse.
 - B. Les affections nerveuses d'origine vésicale.
- A. LES AFFECTIONS VÉSICALES D'ORIGINE NERVEUSE. — Ces affections peuvent reconnaître comme causes :
- 1^o Une maladie à lésion du système nerveux;
 - 2^o Une grande névrose : épilepsie, hystérie;
 - 3^o Des malformations congénitales de l'appareil urinaire;
 - 4^o Des lésions de voisinage, ou
 - 5^o Des lésions locales de la vessie;
 - 6^o Une composition anormale de l'urine;
 - 7^o Il existe enfin des troubles fonctionnels idiopathiques sensitifs et moteurs de la vessie;
 - 8^o Des troubles fonctionnels de la vessie d'origine psychopathique.

Ces différents troubles portent sur la sensibilité et la motilité de la vessie. Suivant que ces fonctions seront augmentées ou diminuées, nous aurons à considérer des hyperesthésies et des contractions exagérées, ou des anesthésies et des parésies de la vessie.

1^o *Troubles fonctionnels de la vessie tenant à une maladie à lésion du système nerveux*. — Ce sujet a fait l'objet de nombreuses recherches dont les principales