

cette variété d'incontinence ont déjà été étudiés à propos des troubles névropathiques de la vessie; ils ont fait, d'autre part, l'objet d'un chapitre spécial de la thèse de J. Janet sur les troubles psychopathiques et la miction; il nous suffira de les résumer en quelques mots :

Notre esprit comme nos muscles est sujet à des tics, c'est-à-dire à des phénomènes involontaires, se produisant périodiquement, avec un certain rythme, sans que notre volonté puisse en rien les modifier. Cette incontinence prend son origine dans l'habitude d'un rêve mictionnel qui résulte probablement de la crainte que l'enfant a de pisser au lit. L'enfant se couche avec le désir profond de ne pas mouiller ses draps, et cette dernière pensée de la veille devient le premier chaînon des rêves qui se poursuivent pendant la nuit. Dans quelques cas, les rêves obsédants qui ont pour conséquence psychomotrice la miction involontaire nocturne ne se rapportent pas directement à la miction, mais déterminent néanmoins le même résultat; tels sont les rêves dans lesquels le patient croit entendre tomber la pluie, couler l'eau d'un robinet ouvert ou voir uriner un animal.

Le mécanisme de la guérison de cette variété d'incontinence est non moins intéressant : Au moment de la puberté, les nouvelles préoccupations des jeunes gens, l'éveil de leurs sensations génitales donnent une autre direction à leurs rêves; d'autre part, leur sommeil devenant moins profond, ils se réveillent au moment où la miction va avoir lieu, ils se lèvent aussitôt pour uriner et ils ne mouillent plus leur lit. Une fois ce premier résultat obtenu, ils se considèrent comme guéris, et ne tardent pas à être complètement débarrassés de leur rêve mictionnel qu'entretenaient leurs préoccupations urinaires. En même temps que ce rêve disparaissent définitivement les mictions involontaires nocturnes et le plus souvent même la pollakiurie nocturne qui leur avait succédé.

2° *Incontinence d'urine essentielle par irritabilité vésicale (théorie de Trousseau).* — Ce second type d'incontinence est caractérisé, comme le premier, par la miction involontaire nocturne sous forme de larges évacuations, mais il en diffère par la nature des mictions diurnes qui sont fréquentes et impérieuses.

Cette irritabilité vésicale peut tenir à toutes les causes que nous avons énumérées en étudiant les troubles névropathiques de la vessie et qu'on peut réunir en trois groupes : 1° les irritations périphériques qui déterminent des réflexes vésicaux exagérés (phimosis adhérent ou non, atrésie du méat, oxyures, fissures anales, polypes urétraux, opérations sur la région génitale) (1); 2° l'excitabilité réflexe exagérée de la moelle; 3° cette action étrange, si bien étudiée par Mosso et Pellacani, que les phénomènes psychologiques, surtout s'ils se rapportent à la vessie, peuvent exercer sur cet organe. A ce dernier point de vue, ce type se relie au précédent, avec cette différence qu'ici les préoccupations mictionnelles, au lieu d'être purement nocturnes, persistent pendant le jour et produisent la pollakiurie diurne.

3° *Incontinence d'urine essentielle par défaut de contractilité du sphincter urétral (théorie de M. Guyon) ou par anesthésie urétrale.* — Le défaut de contractilité du sphincter urétral et l'anesthésie urétrale déterminent le même genre d'incontinence caractérisé par la miction involontaire en larges évacuations, dès que la vessie entre en tension, aussi bien pendant le jour que pendant la nuit.

(1) BICHON, *Troubles de la miction chez l'enfant*. Thèse de Paris, 1895.

Dans la *forme paralytique*, le sphincter urétral, trop faible, ne peut résister à la pression vésicale, et la vessie se vide sans que le patient ait eu le temps d'aller à l'urinoir pendant le jour ou de se réveiller pendant la nuit. Cette faiblesse du sphincter urétral est due à des causes multiples : elle peut être congénitale et relever d'une véritable malformation ou de la petitesse excessive de ce sphincter; cet état coïncide généralement avec un développement rudimentaire des organes génitaux externes ou avec l'hypospadias. Elle peut être due, d'autre part, à une paralysie d'un sphincter urétral bien conformé, cette paralysie coïncidant souvent avec une atonie semblable du sphincter anal; il est facile de le constater au peu de résistance qu'éprouve la boule de l'explorateur à franchir la portion membraneuse. La cause de ces paralysies doit être le plus souvent rapportée à l'hystérie; quelquefois on peut invoquer comme cause de ce phénomène la dilatation exagérée du sphincter urétral par l'introduction d'une grosse sonde ou d'un lithotriteur.

Dans la *forme anesthésique*, le sphincter urétral, quoique puissant, n'est pas averti de l'entrée de l'urine dans l'urètre au moment où la vessie entre en tension et ne se contracte pas pour s'opposer à la miction; le résultat est le même que dans la forme précédente, mais il est obtenu par un autre procédé. Cette forme anesthésique que nous avons déjà observée dans les incontinenes par lésions médullaires n'est représentée ici que par l'hystérie.

4° *Incontinence d'urine essentielle par paralysie de la vessie et du sphincter urétral.* — Cette variété d'incontinence diffère totalement des précédentes en ce que, au lieu d'avoir lieu par larges évacuations, elle se produit d'une façon presque continue, goutte à goutte, ou par petits jets, au moindre effort que fait le malade. Cette incontinence se produit par regorgement quand la vessie est pleine, mais elle peut se continuer alors que la vessie est vide, réalisant ainsi le type de l'incontinence absolue. En général, ces deux états de miction par regorgement et d'incontinence absolue alternent chez les mêmes malades, suivant qu'ils sont au repos ou en mouvement. Il faut bien rechercher dans ces cas si le malade n'a pas autrefois présenté une rétention complète et durable dans laquelle sa vessie et son sphincter auraient été forcés. Bien des incontinenes dites essentielles, qui surviennent après les maladies graves, doivent tenir à cette cause. Ces malades ressemblent, au point de vue vésical, aux paraplégiques par lésion médullaire élevée, mais ils en diffèrent parce que, conservant un point d'appui solide sur leurs membres inférieurs, ils peuvent vider leur vessie, quand ils le veulent, à l'aide de la poussée abdominale. Ils sont incontients, mais sans rétention. Ce genre d'incontinence, quand il n'est pas dû à une ancienne rétention qui a forcé la vessie et le sphincter, est probablement toujours de nature hystérique.

5° *Incontinence d'urine d'origine épileptique.* — Cette variété d'incontinence, bien étudiée par Trousseau, se produit à la fin des crises d'épilepsie; elle peut être diurne et nocturne comme ces crises elles-mêmes; elle se reconnaît à l'abatement que le malade présente à son réveil et aux morsures récentes que l'on observe sur le bord de sa langue. Elle peut se présenter aussi bien chez les adultes que chez les enfants, et comme, d'autre part, les autres variétés d'incontinence sont absolument exceptionnelles à l'état adulte, Trousseau a pu dire avec quelque raison que tout incontinent nocturne adulte est un épileptique.

Marche. — L'incontinence d'urine essentielle peut débiter dans la plus

tendre enfance, ou commencer un peu plus tard dans la deuxième enfance, ou plus tard encore dans l'adolescence.

L'incontinence psychopathique peut évidemment se développer à l'une ou l'autre de ces trois périodes; mais en général elle débute dans la deuxième alors que l'enfant commence à redouter les punitions qu'on lui inflige quand il vient à uriner au lit. L'incontinence d'urine par irritabilité vésicale présente un début variable suivant la cause qui la produit. L'incontinence d'urine par atonie du sphincter débute ordinairement dans la première enfance, à moins qu'elle ne remonte à une opération qui a forcé le sphincter urétral, ou qu'elle ne soit de nature hystérique, auquel cas elle peut débiter plus tard. Enfin, les incontinenances nocturnes qui débutent tardivement sont le plus souvent dues à l'hystérie et à l'épilepsie et correspondent à nos 4^e et 5^e types.

Toutes ces variétés d'incontinence, sauf celle qui relève de l'épilepsie, ont une tendance à disparaître au moment de la puberté, ou au moins au début de l'âge adulte, vers vingt ans. Il est absolument exceptionnel, probablement même tout à fait impossible, de les rencontrer après vingt-cinq ans. La guérison spontanée se produit soit progressivement, soit brusquement, quelquefois à la suite d'une maladie fébrile. Pendant quelque temps après leur guérison, quelquefois même pendant toute leur vie, ces malades restent pollakiuriques nocturnes, c'est-à-dire qu'ils se lèvent une ou deux fois par nuit pour uriner. Beaucoup de ces malades ne se guérissent de cette infirmité que pour présenter d'autres accidents névropathiques tels que le spasme, l'irritabilité vésicale et enfin l'hypochondrie urinaire.

Pronostic. — Le pronostic de cette affection plus désagréable que dangereuse est bénin; la guérison peut être affirmée, sauf pour l'incontinence épileptique, mais sans qu'on puisse en préciser la date. L'incontinence par atonie du sphincter, qui semble, au premier abord, la plus grave, est une des plus faciles à guérir; les autres variétés sont, au contraire, beaucoup plus tenaces, surtout si on ne leur applique pas le traitement qui convient à chacune d'elles.

Traitement. — Les traitements en apparence les plus contradictoires ont donné de bons résultats aux différents auteurs qui se sont occupés de cette question. La strychnine et la belladone, l'électrisation et le chloral sont tour à tour préconisés, au grand étonnement des médecins mêmes qui les emploient, tout surpris de voir des médicaments d'effet diamétralement opposé rendre des services identiques. Nous connaissons déjà la solution de ces apparentes contradictions, car nous savons que les différentes variétés d'incontinence d'urine essentielle ont des causes très diverses qui chacune nécessitent une médication spéciale.

Les procédés proposés sont tous bons, à condition de les appliquer aux cas auxquels ils conviennent. L'incontinence d'origine psychopathique pure, dans laquelle le seul trouble est un rêve nocturne mictionnel, est extrêmement difficile à guérir à cause des difficultés qu'on éprouve à rompre la mauvaise habitude psychologique qui la détermine: un traitement moral semble seul indiqué, et il devrait s'attaquer directement à l'idée fixe pour la détruire, mais ce genre de traitement est encore bien mal connu, la thérapeutique mentale étant encore en enfance; la suggestion doit pouvoir rendre des services dans ce genre d'affection, mais elle n'est pas toujours applicable. Heureusement il est possible d'atteindre indirectement le but en rendant la confiance au malade, en lui faisant

croire à sa guérison, ce qui supprime la cause principale du rêve mictionnel qui n'est autre que la préoccupation qu'entraîne à sa suite cette dégoûtante affection. On obtient ce résultat en procurant au malade quelques nuits sèches; pour cela, le meilleur moyen consiste à chercher à obtenir le réveil au moment où le besoin d'uriner devrait se faire sentir: diminuer la profondeur du sommeil et exagérer la sensibilité de l'urètre postérieur, telles sont les deux indications à remplir. Le thé, le café pris le soir en petite quantité, l'usage d'un lit très dur peuvent pendant quelques jours au moins diminuer la profondeur du sommeil. De simples sondages ou de légères cautérisations de l'urètre postérieur, surtout au niveau de la portion membraneuse chez les garçons, et du méat chez les filles, remplissent la seconde indication. « Chez l'enfant affaibli, lymphatique, maigre et anémique, il ne faut pas négliger le *traitement général*. L'usage des toniques, surtout de l'huile de foie de morue, des douches ou des affusions froides peut suffire à amener la guérison. J'en dirai autant du séjour à la mer et de la balnéation dans les eaux chlorurées sodiques fortes, Salins, Salies, Briscous. » (Guinon, *loc. cit.*)

L'incontinence par irritabilité vésicale bénéficiera du traitement de Trousseau par la belladone. Il commençait par donner une pilule de 1 centigramme d'extrait le soir pendant plusieurs jours, puis il augmentait la dose jusqu'à 6, 8, 10 et même 15, 20 centigrammes, et cela pendant un mois ou deux, quand bien même la guérison était obtenue et si cependant il n'y avait pas intolérance (Guinon).

L'incontinence par atonie du sphincter sera rapidement guérie par l'*électrisation localisée* de cette région, à l'aide de l'excitateur électrique urétral de M. Guyon. Guinon⁽¹⁾ a fort bien résumé les différents modes d'application des courants faradiques dans l'incontinence: « On peut placer un pôle dans le vagin ou le rectum et l'autre sur le périnée ou le bas-ventre » (Utzmann). Erb applique le positif sur la moelle lombaire, le négatif au périnée pendant une à deux minutes, puis il termine en introduisant une électrode métallique de 2 centimètres dans l'urètre des garçons ou une éponge entre les grandes lèvres des filles pendant une à deux minutes. Cette seconde partie de l'opération doit aller jusqu'à la douleur. Voici comment Köster recommande d'appliquer le traitement faradique. Après avoir fait uriner le patient, on lui applique sur le pubis une électrode ordinaire en communication avec le pôle positif de l'appareil. Le fil de cuivre qui est relié au pôle négatif n'est pas muni d'une électrode. On gratte au niveau de son extrémité libre la couche isolatrice qui le recouvre sur une longueur d'un demi-centimètre environ, on le désinfecte soigneusement dans une solution phéniquée forte et on l'introduit à une profondeur de 1 centimètre et demi environ dans l'urètre (une électrode appropriée nous semblerait plus pratique). On fait passer ensuite un courant très faible qu'on augmente lentement, jusqu'à une limite variable suivant la sensibilité du sujet. On laisse alors agir le courant pendant deux à trois minutes, puis on diminue peu à peu son intensité, pour l'augmenter de nouveau progressivement. On recommence encore une fois la même série d'excitations et on termine après une application de cinq à sept minutes au total. On ne pratique qu'une seule faradisation pour commencer et on attend le résultat; on recommence si le résultat est nul ou peu durable.

On agit plus directement en introduisant, suivant la méthode de M. Guyon, une sonde munie d'une olive métallique jusque dans la portion membraneuse

(1) GUINON, *loc. cit.*

chez les garçons, au niveau du col chez les filles. Cette sonde est en communication avec le pôle négatif, l'autre pôle est placé sur la symphyse. On donne un courant faible à interruptions rares pendant une à cinq minutes.

L'incontinence par paralysie de la vessie et du sphincter sera également justifiable du traitement électrique, à condition de faire porter celui-ci sur la vessie et sur le sphincter urétral: comme elle est fort souvent de nature hystérique, la suggestion dans ce cas peut être employée avec succès, si l'affection n'est pas trop ancienne, comme, du reste, dans les autres variétés d'incontinence où l'hystérie est en jeu. C'est dans cette forme que le traitement interne par la strychnine ou le *rhus aromaticus* peut donner de bons résultats. « La noix vomique s'administre chez les enfants, sous forme de sirop de strychnine contenant 5 centigrammes par 1000 grammes de sirop de sucre, chaque cuillerée à café renfermant à peu près 2 milligrammes et demi. Chez les enfants de cinq à dix ans, on commence le premier jour par deux cuillerées à café, une le matin et une le soir pendant deux jours. Si cette dose est bien supportée, on laisse deux jours de repos et on augmente d'une cuillerée à café, c'est-à-dire qu'on donne trois cuillerées à café pendant encore deux jours, puis après un nouveau repos de deux jours, on administre quatre cuillers à café. M. Picard conseille même d'atteindre de plus hautes doses, mais un pareil médicament n'est pas sans danger. » (Guinon.) La teinture de *rhus aromaticus* s'administre à la dose de 10 à 100 gouttes par jour.

Enfin le traitement chirurgical peut être proposé dans les cas d'incontinence qui résistent à tout traitement et se prolongent au delà de la puberté. Ce genre de traitement n'a jamais été appliqué qu'aux femmes: il consiste à séparer l'urètre des tissus qui l'entourent, à le froncer en bourse (Albarran) ⁽¹⁾, ou à le tordre suivant son axe (O. Zuckerkandl [Vienne]) ⁽²⁾. Le cas observé par ce dernier mérite d'être rapporté: il s'agit d'une femme de cinquante-quatre ans, dont la vessie était normale, mais qui présentait néanmoins cette variété d'incontinence qui résulte non d'une affection de l'innervation de la vessie, mais de l'insuffisance de l'appareil de fermeture de l'organe. Elle fut soumise à divers traitements, entre autres à des cautérisations de l'urètre qui ne donnèrent aucun résultat. Zuckerkandl fit une incision ovale autour de l'orifice urétral, décolla les parois du canal jusqu'à la vessie, puis, tordant le canal dans le sens des aiguilles d'une montre, il lui fit exécuter une rotation de 360 degrés, l'orifice externe fut fixé dans cette nouvelle situation par un rang de suture. Une sonde à demeure fut laissée pendant deux jours en place. Au bout de quatorze jours de repos, la guérison était complète et la malade retenait parfaitement ses urines.

Enfin, l'incontinence des épileptiques, n'étant qu'un épiphénomène bien peu important des crises épileptiques, ne mérite pas un traitement autre que celui de la crise elle-même.

⁽¹⁾ ALBARRAN, Opération contre l'incontinence d'urine chez les femmes. *Ann. génito-urinaires*, octobre 1892.

⁽²⁾ O. ZUCKERKANDL (de Vienne), *Operative Behandlung der Incontinentia urinæ* (Traitement opératoire de l'incontinence d'urine). Communication à la Société obstétrico-gynécologique de Vienne, séance du 7 février 1893. *Internat. klin. Rundschau*, 1893, n° 19, p. 711.

CHAPITRE XIV.

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LA VESSIE

BOISSERIE, Essai sur la taille hypogastrique. Paris, 1892. — DYER SANGER, Mort consécutive à une ponction hypogastrique de la vessie. *New-York med. Journal*, 10 sept. 1892. — ALBARRAN, Opération contre l'incontinence d'urine chez la femme. *Ann. gén.-urin.*, oct. 1892. — CHISMORE, Instruments pour briser et retirer les calculs urinaires. *Journal of cut. dis.*, oct. 1892. — PAYRIE, La cystotomie sus-pubienne et ses principales applications. Thèse de Montpellier, 1895. — COUETTE, Essai historique sur la lithotritie. Thèse de Paris, 1895. — CAMUS, Du traitement des calculs vésicaux chez la femme. Thèse de Paris, 1895. — GUIARD, De la sonde à demeure après la lithotritie. *Journal de méd. de Paris*, 1895, 1 et 2. — DU MÊME, De la suture secondaire vésico-abdominale après la taille hypogastrique. *Ibid.* — FENWICK, Du procédé du caisson en chirurgie vésicale. Soc. méd. de Londres, nov. 1892. — JULLIEN, Cystotomie et prostatectomie sus-pubienne. VII^e Congrès franç. de chir. Paris, 1895. — ROLLET, Cystostomie chez les prostatiques. *Arch. prov. de chir.*, 1^{er} nov. 1895. — KROGIUS et CHYDENIUS, Antisepsie dans les interventions chirurgicales sur les voies urinaires. *Centr. f. Chir.*, 1895, p. 364. — GUILLEMOT, A propos de la cystostomie sus-pubienne. *Gaz. hebdom.*, 16 sept. 1895. — DELAGÉNIÈRE, Des indications de la taille hypogastrique et de la lithotritie. *Arch. prov. de chir.*, 1^{er} nov. 1895. — BOUTAN, De la cystostomie sus-pubienne. Thèse de Paris, 1895. — ROSENBERG, Autoplastie vésicale expérimentale. *Ann. gén.-urin.*, 1895, p. 415. — DESNOS, Du tamponnement de la vessie après la taille hypogastrique. *Ann. gén.-urin.*, 1895, p. 20. — WASSILIEFF, Cystostomie idéale. *Gaz. des hôp.*, 17 avril 1894. — SOUTHAM, La taille sus-pubienne. *Brit. med. Journal*, 15 janv. 1894. — TAYLOR, La taille sus-pubienne. *Med. News*, 5 fév. 1894. — HARRISON, Traitement de quelques variétés de calculs vésicaux par la lithotritie périnéale. Congrès de Rome, 1894. — BAUER, La recto-cystotomie. *Ibid.*, 1894. — MARTIN, Fistulisation de la vessie d'après le procédé de Witzel. *Centr. f. Chir.*, 1895, p. 4026. — WITZEL, Fistulisation oblique de la vessie. *Ibid.*, p. 1025. — SCHWARTZ, Taille hypogastrique et suture immédiate de la vessie. *Ann. gén.-urin.*, 1894, p. 115. — RASUMOVSKY, Taille hypogastrique avec suture totale de la vessie sans sonde à demeure. *Arch. für klin. Chir.*, 1894, p. 442. — MELVILLE, Lithotritie mortelle; rupture de la vessie. *Edinb. med. Journal*, janv. 1894, p. 602. — JABOULAYE, Procédé pour la cystostomie. *Gaz. hebdom.*, 24 fév. 1894. — INFANTINO, Épicystotomie. *Bollet. dell' Assoc. med. de Gergenti*, 1895. — GUYON, La symphyséotomie dans l'extirpation des tumeurs vésicales. *Bull. méd.*, 10 juin 1895. — VAN FRISCH, Ablation chirurgicale des tumeurs de la vessie. *Bull. méd.*, 51 janv. 1894. — LEGUEU, Résection du sommet de la vessie pour un néoplasme infiltré. Soc. anat. de Paris, 6 avril 1894. — SOREL, De la suture totale de la vessie. *Arch. prov. de chir.*, 1894, t. III, p. 5. — CURTILLET, De la cystostomie idéale. *Gaz. des hôp.*, 14 juillet 1894. — CLADO, La taille pubiohypogastrique. *Union méd.*, 20 mars 1894. — GUYON, De la lithotritie chez la femme. *Journal des praticiens*, 1894, p. 229. — POUSSON, La lithotritie moderne antiseptique. *Arch. de clin. de Bordeaux*, 1^{er} fév. 1894. — VERHOGEN, Traitement des calculs vésicaux. *La Policlinique*. Bruxelles, 15 fév. 1894. — FORBES, L'extirpation des calculs de la vessie. *Med. News*, 23 juin 1894. — FREYER, 852 opérations de calculs vésicaux. *Brit. med. Journal*, 16 juin 1894. — MAYER, Cystotomie périnéale par un nouveau procédé. *Progresso medico*, 15 nov. 1894. — GUYON, Taille et lithotritie. *France méd.*, 1894, p. 625. — PONCET, Manuel opératoire de la cystostomie sus-pubienne; cysto-drainage hypogastrique. *Sem. méd.*, 16 déc. 1894. — MORGAN, Comparaison des procédés employés pour le traitement des calculs vésicaux. *Med.-chir. Transact.*, 1894, p. 85. — TAILLEFER, De la suture totale de la vessie après la taille hypogastrique pour calcul. *Gaz. hebdom. de Paris*, 12 août 1894. — TUFFIER, Symphyséotomie préliminaire dans la taille sus-pubienne. *Gaz. hebdom. de Paris*, 28 avril 1894. — BAUER, Supériorité de la recto-cystotomie sur les autres méthodes de taille. *Berl. klin. Woch.*, 26 mars 1894. — CHISMORE, Modifications de l'opération de Bigelow pour les calculs vésicaux. *Journal of cut. diseases*, août 1894. — AUNEAU, De la cystostomie sus-pubienne à Paris. Thèse de Paris, 1895. — POUSSON, Des ouvertures chirurgicales de la vessie par-dessus le pubis. Soc. de chir., 1894. — CLADO, De la résection de la vessie pour tumeurs. *Arch. gén. de méd.*, 1894, t. II. — FENWICK, Notes sur 70 opérations de tumeurs de la vessie. *Brit. med. Journal*, 12 oct. 1895. — JONNESCO, Sur la taille hypogastrique. IX^e Congrès franç. de chir., 1895. — ALBARRAN, Sur 80 cas de lithotritie. *Ibid.* — FORBES, L'extirpation des calculs de la vessie. *Trans. Amer. Surg. Assoc.*, 1895. — DESNOS, Des limites de la lithotritie. *Journal des pratic.*, 51 août 1895. — BURCKHARDT, Suture primitive de la vessie. *Ann. gén.-urin.*, 1896, p. 57. — AUDRY, De la taille sus-pubienne médio-latérale et médio-bilatérale. *Arch. prov. de chir.*, 1^{er} janv. 1896. — MICHON, Valeur thérapeutique de l'incision hypogastrique de la vessie. Thèse de Paris, 1895. — DESNOS, De la désinsertion des muscles droits dans la taille hypo-