

qui caractérisent la contracture du col de la vessie, je dois signaler un symptôme qu'il n'est pas rare de voir accompagner ces divers troubles de la miction, je veux parler des érections, qui par leur persistance, surtout pendant la nuit, deviennent une fatigue pour les malades. Chez un de mes clients, affecté de contracture du col vésical, ce symptôme était extrêmement pénible.

A ces divers troubles fonctionnels viennent se joindre le plus souvent, ainsi que nous l'avons dit, des phénomènes douloureux plus ou moins accusés qui caractérisent la seconde variété de contracture du col vésical. La douleur éprouvée par les malades se manifeste au début et pendant toute la durée de la miction. Elle est plus ou moins vive, suivant les circonstances, c'est dire qu'elle présente des intermittences; en général le froid, la fatigue, les excès de tous genres l'exaspèrent. Tantôt localisée au gland, derrière le pubis, au périnée, elle irradie souvent tout le long de la verge, aux aines, aux cuisses, à l'anus. Chez beaucoup de malades elle s'accompagne de frisson. Quant aux caractères de cette douleur ils varient comme son intensité. Les malades la comparent généralement à une sensation de brûlure, que quelques-uns caractérisent en disant qu'il leur semble qu'un fer rouge leur traverse le canal.

Il est rare que la contracture idiopathique du col vésical persiste pendant quelque temps sans déterminer à la longue diverses complications. Dans certains cas, même au début, les difficultés de la miction peuvent être portées au point qu'il survienne une véritable rétention d'urine, exigeant l'emploi de la sonde. Chez beaucoup de malades, il existe une rétention incomplète, la vessie ne se vide pas complètement, et ils urinent par regorgement.

C'est surtout dans ces conditions que l'on voit survenir, à titre de complication, le catarrhe de la vessie et même la néphrite; les urines deviennent troubles, muqueuses, purulentes. D'autre part, la contracture douloureuse se communique aux organes voisins, au sphincter de l'anus, aux muscles du périnée, à la vulve, constituant ce que Velpeau appelait la *névralgie ano-vésicale* et Roux *névralgie ano-génito-urinaire*.

Enfin, d'après Mercier, la contracture persistante du col de la vessie aurait pour conséquence une déformation particulière de cet orifice consistant dans la production d'une valvule musculaire, située le plus souvent en arrière, quelquefois en avant et résultant de l'hypertrophie et de la rétraction des fibres musculaires transversales qui forment le sphincter interne du col vésical. Comme ces fibres transversales sont beaucoup plus fortes à la partie postérieure, où elles se confondent et se continuent avec celles du trigone, on s'explique comment la valvule postérieure est beaucoup plus fréquente et plus accusée que la valvule antérieure. Dans certains cas, on observe deux valvules, l'une en avant et l'autre en arrière, mais celle-ci est toujours plus évidente. La présence de ces valvules vient encore apporter un nouvel obstacle à l'émission de l'urine; elle crée de plus une difficulté pour l'introduction

des sondes, en ce qu'il se forme en avant de ces valvules un cul-de-sac plus ou moins profond dans lequel s'engage l'extrémité de l'instrument.

DIAGNOSTIC. — Au point de vue du diagnostic, il importe de rappeler que la contracture du col de la vessie étant très-souvent symptomatique, on devra s'attendre à la rencontrer dans une foule d'affections des voies urinaires; mais dans ces affections il sera le plus souvent assez facile de faire la part de ce qui appartient à l'affection primitive et de ce qui appartient à la contracture. C'est principalement lorsqu'il s'agit de reconnaître la contracture idiopathique que le diagnostic présente de sérieuses difficultés.

On a jadis très-souvent confondu cette affection avec un calcul de la vessie, mais cette erreur ne me paraît plus guère possible avec nos procédés d'exploration. Il n'en est pas de même de celle qui consiste à prendre la contracture du col vésical pour un rétrécissement organique de l'urèthre; cette confusion est aujourd'hui encore commise très-fréquemment. On l'évitera, cependant, en ayant recours à l'exploration méthodique de l'urèthre et en analysant les résultats fournis par cette exploration et qu'il nous reste à décrire.

Les symptômes fonctionnels sont, en effet, insuffisants pour établir le diagnostic de la contracture du col vésical, et en présence d'un malade atteint des accidents indiqués précédemment, le chirurgien doit procéder au cathétérisme à l'aide d'une bougie exploratrice à boule (n° 16 de la filière Charrière).

L'instrument, parvenu à l'entrée de la portion musculuse de l'urèthre, se trouve arrêté brusquement; mais si on le maintient par une légère pression, il ne tarde pas à pénétrer lentement dans la portion musculuse de l'urèthre en donnant au chirurgien la sensation d'une résistance particulière, comme si la boule exploratrice était fortement serrée; en même temps le malade accuse une douleur cuisante, brûlante même, parfois assez forte pour déterminer la syncope, et cette douleur persiste tout le temps que l'instrument met à parcourir la portion musculuse.

La sensation de résistance perçue par le chirurgien, aussi bien que la douleur ressentie par le malade, diminue dès que la sonde a traversé la portion musculuse et pendant qu'elle franchit la portion prostatique; puis les mêmes phénomènes se reproduisent, mais plus courts et moins accusés peut-être, au moment où la boule franchit l'orifice uréthrovésical et pénètre définitivement dans la vessie.

Lorsque le chirurgien retire l'instrument, il perçoit les mêmes résistances, mais avec moins de netteté, de même que les douleurs du malade sont moins intenses.

Si les choses se présentaient toujours de la sorte, le diagnostic de la contracture serait extrêmement facile, et il n'y aurait aucune difficulté à la distinguer des véritables rétrécissements organiques qui ne se laissent jamais franchir par une boule numéro 16.

Mais il n'est pas rare que l'exploration avec la bougie à boule fournisse des résultats différents. Parvenu au voisinage de la portion musculieuse, l'instrument se trouve arrêté définitivement, et alors même qu'on recommence avec une boule beaucoup plus petite, on obtient toujours le même résultat. Cela peut être dû à deux causes : tantôt l'extrémité de l'instrument vient s'engager dans le cul-de-sac du bulbe, dont la profondeur est augmentée par la contracture du muscle de Wilson, ou bien dans ce cul-de-sac que j'ai signalé en avant d'une valvule du col de la vessie ; tantôt la contracture est tellement énergique et permanente qu'elle ne cède pas et ne permet pas le passage d'un instrument même très-délié, et qu'elle se comporte en définitive comme un véritable rétrécissement organique.

Dans le premier cas, si l'instrument est arrêté dans le cul-de-sac du bulbe ou dans un cul-de-sac valvulaire, on parvient quelquefois à éviter cet écueil en suivant la paroi supérieure de l'urèthre, en tirant fortement sur la verge et la portant vers l'abdomen, enfin en plaçant dans la bougie un petit mandrin auquel on donne une légère courbure.

Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque la contracture est telle, qu'elle ne permet pas le passage d'une bougie exploratrice, on parvient souvent, il est vrai, à franchir l'obstacle à l'aide d'une bougie ordinaire plus ou moins fine, mais cet instrument ne fournit aucune sensation spéciale, et en pareil cas on se trouverait dans l'impossibilité de décider si l'on a affaire à une contracture du col vésical ou à un rétrécissement organique de l'urèthre.

Dans ces circonstances, j'ai cru trouver un signe diagnostique, sinon infaillible, du moins très-précieux, dans la détermination du siège de l'obstacle par la mensuration. Toutes les fois, en effet, que l'obstacle est situé à 15 centimètres environ du méat, on peut presque affirmer à coup sûr que cet obstacle est dû à une contracture et non à un rétrécissement organique qui, le plus ordinairement, siège à 12, 13, 14 centimètres au plus.

PRONOSTIC. — La contracture du col vésical est toujours une maladie grave, non pas qu'elle compromette souvent la vie des sujets qui en sont atteints, mais parce qu'elle présente toujours une grande ténacité et constitue même parfois une maladie presque incurable. La contracture symptomatique est une complication gênante d'un grand nombre d'affections des voies urinaires, et quoique disparaissant d'ordinaire avec la cause qui lui a donné naissance, elle exige parfois l'emploi de moyens spéciaux.

C'est principalement à la contracture idiopathique que s'applique ce que nous disions de la gravité du pronostic. Sa durée est toujours fort longue ; elle finit par altérer la santé générale et surtout le moral de certains malades, qui deviennent hypochondriaques, et quelquefois même mettent un terme à leurs souffrances par le suicide. Enfin la persistance de la maladie et sa résistance aux différents modes de traite-

ment ont conduit les chirurgiens à proposer contre elle des opérations chirurgicales graves, qui, tout en fournissant quelquefois des guérisons complètes, exposent néanmoins à des accidents sérieux et même mortels.

TRAITEMENT. — La contracture symptomatique guérissant généralement avec la maladie dont elle est le symptôme, c'est contre cette dernière qu'il faudra tout d'abord diriger le traitement, et l'on comprend que nous devions nous borner à cette indication générale.

Si la contracture survit à la cause qui lui a donné naissance, ou s'il s'agit d'une contracture idiopathique, on devra recourir à un *traitement général* et à un *traitement local*.

Le *traitement général* varie suivant l'état de santé du sujet et suivant la prédominance de certains symptômes.

Chez les sujets affaiblis, anémiques, les préparations de fer, de quinquina, seront indiquées.

Chez les névropathiques, et lorsque les phénomènes douloureux sont très-accusés, on prescrira les antispasmodiques, les calmants, le bromure de potassium, le bromure de camphre, l'oxyde de zinc, le valérienat d'ammoniaque, de quinine, etc.

Chez les rhumatisants, l'iodure de potassium, le colchique, les alcalins peuvent être utiles. Mais quelle que soit la cause probable de la contracture, on peut dire d'une manière générale que, sauf contre-indication particulière, l'hydrothérapie est un des modes de traitement qui donne les meilleurs résultats. Chez plusieurs malades, chez lesquels toutes les ressources de la thérapeutique générale et locale avaient échoué, ce moyen m'a procuré, sinon une guérison complète, du moins une amélioration considérable.

Le *traitement local* de la contracture a une grande importance et fournit souvent de bons résultats. Il comporte l'usage de plusieurs moyens.

L'un des plus simples consiste dans l'introduction de sondes de plus en plus grosses qui agissent, d'une part, en émoussant la sensibilité du canal, d'autre part, en amenant la distension progressive de sa tunique musculaire. En somme, c'est une méthode absolument semblable à la méthode de dilatation lente et progressive que l'on emploie contre les rétrécissements organiques de l'urèthre et que nous décrivons plus tard. On peut se servir de bougies en gomme que l'on introduit chaque jour, en augmentant le calibre de l'instrument, et qu'on laisse en place quelques minutes. On peut encore faire usage de la série des sondes en étain, connues sous le nom de sondes Béniqué. Dans quelques cas où l'introduction de la bougie présentait de grandes difficultés se renouvelant à chaque séance, j'ai laissé l'instrument à demeure, absolument comme s'il s'agissait d'un rétrécissement organique de l'urèthre, et je me suis bien trouvé de cette pratique.

Si la dilatation progressive reste insuffisante, on peut recourir à la cautérisation du col vésical, selon le procédé imaginé par notre collègue

Guyon, et qui consiste à instiller quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent au 50°, au 30°, au 20°, à l'aide d'une bougie à boule creuse et d'une seringue de Pravaz. Sans insister sur le manuel de cette petite opération, qui se trouve décrite dans tous les livres spéciaux, je me bornerai à dire que la bougie étant introduite jusqu'à ce que la boule ait pénétré dans la portion musculuse de l'urèthre, le chirurgien fixe d'une main la bougie dans cette situation, tandis que de l'autre main il insinue la canule qui termine la seringue de Pravaz dans le pavillon de la bougie creuse et pousse doucement le liquide. La quantité ne doit pas dépasser 15 à 20 gouttes. Cette petite opération sera renouvelée tous les deux ou trois jours.

Malgré les succès obtenus par cette méthode de traitement, elle est loin d'être toujours efficace, et c'est dans ces cas qu'on peut être obligé d'en venir à des opérations plus graves, comme la dilatation brusque et forcée ou la taille.

La dilatation forcée du col vésical, tentée par Récamier, Civiale, Nélaton, a été préconisée par Tillaux, qui a inventé deux instruments dilateurs, l'un pour l'homme, l'autre pour la femme. J'ai eu recours à ce procédé, et dans deux cas, où les autres moyens avaient échoué, j'ai obtenu une guérison à peu près complète. Je me suis servi dans les deux cas du divulseur de Voillemier, dont il sera question dans le traitement des rétrécissements organiques de l'urèthre.

Enfin, dans les cas rebelles à tout traitement, on a eu recours à la cystotomie qui a été suivie de succès entre les mains de Dolbeau et de Verneuil, en France, de Paroni, en Italie, de Lawson Tait en Angleterre, de Marion Sims en Amérique. Nous avons déjà signalé cette ressource ultime dans les cas désespérés de cystites chroniques du col, constamment compliquées de contracture.

D. Paralysie de la vessie.

Disposée sur le trajet des voies urinaires, comme un réservoir destiné à recueillir le liquide sécrété par les reins et à l'expulser au dehors à des intervalles plus ou moins éloignés, la vessie, pour remplir ces deux fonctions opposées, est pourvue de deux appareils musculaires antagonistes : un sphincter du col qui, par sa tonicité, ferme complètement l'orifice vésical, et une tunique musculaire dont la contraction, mise en jeu par l'accumulation du liquide dans le réservoir, lutte contre la résistance du sphincter et finit par en triompher. L'un ou l'autre de ces appareils peut, sous l'influence de différentes causes, perdre son pouvoir contractile, être atteint de paralysie, et celle-ci, on le conçoit, se manifestera, dans l'un et l'autre cas, par des symptômes absolument opposés, la paralysie du sphincter déterminant l'incontinence du liquide urinaire, celle du corps se caractérisant au contraire par l'existence d'une rétention absolue.

ÉTIOLOGIE. — Les causes de la paralysie de la vessie sont multiples et variées, mais elles sont loin de présenter toutes le même intérêt au point de vue chirurgical. La paralysie de la tunique musculaire, entraînant à sa suite une rétention d'urine, survient quelquefois dans le cours des fièvres graves; Velpeau a signalé également la chloro-anémie comme pouvant, dans quelques cas, aboutir au même résultat, mais il s'agissait là, bien probablement, de paralysies vésicales d'origine hystérique. Indépendamment de l'hystérie, les affections du système nerveux sont souvent l'origine d'une paralysie de la vessie. Les lésions traumatiques, les affections organiques du cerveau peuvent la déterminer. Elle est de règle, pour ainsi dire, dans les traumatismes médullaires.

Une remarque importante doit être faite à ce sujet : Pourquoi, dans certains cas, les lésions de la moelle entraînent-elles à leur suite une paralysie du corps, dans d'autres, une paralysie du col de la vessie ? Sans entrer dans le détail des opinions émises sur l'origine différente des nerfs du sphincter et des nerfs de la tunique musculaire, ce que l'on peut dire d'à peu près certain, c'est que les lésions médullaires siégeant au-dessus de la douzième dorsale donnent lieu à la paralysie du corps vésical, tandis que celle du sphincter est produite ordinairement par des lésions portant sur des points inférieurs de la moelle ou sur la queue de cheval (Vulpian).

La paralysie vésicale, surtout la paralysie incomplète, est le plus souvent sous la dépendance d'une lésion des parois musculaires du réservoir de l'urine. Toutes les fois que, sur un point quelconque de l'urèthre, il existe un obstacle au cours de l'urine, des modifications ne tardent pas à apparaître dans la constitution des parois vésicales. Elles s'épaississent, s'hypertrophient et donnent naissance à ces vessies déformées que l'on désigne sous le nom de vessies à colonnes. Qu'elles soient sous la dépendance d'une hypertrophie prostatique ou d'un rétrécissement urétral, ces lésions tuniquaires sont histologiquement représentées par une sclérose plus ou moins avancée de la tunique moyenne du réservoir avec atrophie toujours appréciable, quelquefois très-marquée, des fibres musculaires. C'est cette atrophie qui est la cause immédiate de l'atonie ou paralysie incomplète de la vessie dont les lésions prostatiques et urétrales sont ainsi la cause éloignée.

A côté de ces paralysies secondaires de la vessie existe-t-il une paralysie essentielle, sans lésion ? Cette dernière était admise chez les vieillards par les auteurs anciens, en particulier par Boyer, Desault, qui expliquaient aussi de cette façon les rétentions d'urine subites que l'on observe quelquefois chez des gens qui ont longtemps résisté au besoin d'uriner. Les travaux plus récents de Guyon, de Jean, mettent en doute l'existence de la paralysie vésicale essentielle qui déjà, du reste, avait été battue en brèche par Mercier et considérée par Nélaton comme exceptionnelle.

SYMPTOMATOLOGIE. — La paralysie de la vessie se manifeste par des symptômes variables suivant que le col ou le corps se trouvent intéressés. Dans la paralysie du col, l'orifice vésical, constamment ouvert, laisse s'écouler librement l'urine qui vient des reins; il y a *incontinence*. Dans la paralysie du corps, le liquide urinaire s'accumule dans la vessie; il y a *rétenion*, mais cette rétenion se présente avec des caractères différents, suivant les cas, et surtout suivant que la paralysie est *incomplète* ou *complète*.

Dans la *paralysie incomplète*, qui est la plus fréquente, et que l'on désigne aussi sous le nom d'*inertie* ou d'*atonie vésicale*, les symptômes existent quelquefois depuis longtemps déjà, lorsque les malades se décident à consulter le chirurgien. Dans tous ces cas, un travail très-considérable, une contraction laborieuse et prolongée des muscles de la paroi abdominale sont nécessaires pour commencer la miction; malgré des efforts multipliés et énergiques, l'urine s'écoule lentement, goutte à goutte, tombe verticalement, et lorsque le sujet croit avoir fini d'uriner, des gouttes de liquide continuent à s'échapper et viennent souiller ses vêtements. Si, dans ces conditions, on vient à pratiquer le cathétérisme, on s'aperçoit que la vessie contient encore une certaine quantité d'urine, qui s'écoule sans force par le pavillon de la sonde, et que, pour vider complètement l'organe, des pressions sur la région hypogastrique sont absolument nécessaires.

Dans le cas de *paralysie complète*, il peut y avoir rétenion absolue d'urine, mais généralement, au bout de quelques jours, le malade pisse, comme on dit, par regorgement, ou, en d'autres termes, il y a rétenion avec incontinence.

Indépendamment du trouble fonctionnel, qui est le symptôme principal de la paralysie de la vessie, on constate dans le cours de cette affection diverses altérations du liquide urinaire, mais elles sont principalement en rapport avec les lésions, causes de la paralysie, et ne sauraient par conséquent trouver place dans ce chapitre.

DIAGNOSTIC. — Il est généralement facile de reconnaître la paralysie vésicale. Il suffit, en effet, d'un examen attentif et complet pour distinguer la rétenion, suite de paralysie, de celle qui peut être la conséquence d'un obstacle matériel au cours de l'urine. C'est au cathétérisme qu'il appartient, dans ces cas, de demander la solution de la question. Quant au diagnostic de la cause de la paralysie, il ne pourra être établi que par l'étude soigneuse des accidents contemporains et des commémoratifs.

TRAITEMENT. — La paralysie de la vessie étant toujours secondaire, son traitement doit être celui de la cause qui la détermine. Il est cependant un certain nombre de moyens palliatifs qui, dans tous les cas, doivent être employés; tels sont: en première ligne, le cathétérisme répété une ou deux fois par jour, puis les injections froides, les injections sous-cutanées d'ergotine, l'électrisation. S'ils ne peuvent procurer une

guérison complète, ces moyens ont le plus souvent pour effet de parer aux accidents immédiats et de ralentir la marche de la paralysie.

5° Déplacement de la vessie (hernie de la vessie)

La hernie de la vessie, que l'on trouve également désignée dans les auteurs sous le nom de *cystocèle*, peut s'effectuer par le canal inguinal, par l'anneau crural ou à travers les plans musculaires qui entrent dans la constitution du périnée. C'est la cystocèle inguinale qui est de beaucoup la variété la plus fréquente; les cystocèles crurale et périnéale ne constituent que de véritables curiosités pathologiques et n'ont pu encore, en raison de leur rareté, être l'objet d'aucune description didactique.

VERDIER, *Sur la hernie de la vessie* (Mém. de l'Académie roy. de ch., t. II, p. 13). — CH. LEROUX, *Hernie de la vessie* (Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, 1880, n° 5). — DE LA BARRIÈRE, *De la cystocèle inguinale*, thèse de Paris, 1881.

A. Cystocèle inguinale.

ÉTIOLOGIE. — Plus fréquemment observée chez l'homme que chez la femme, cette affection a été à peu près exclusivement rencontrée chez des vieillards, ce qui tend, on le conçoit, à rendre inadmissible l'opinion de Méry, qui voulait voir dans tous les cas de cystocèle le résultat d'un vice de conformation.

Bien que le développement de la hernie de la vessie s'effectue lentement et d'une manière progressive, il est de règle, dans la plupart des cas, de voir son apparition se faire brusquement et coïncider avec des efforts plus ou moins violents, des secousses de toux; mais il importe de faire remarquer que l'on rencontre constamment du côté de la vessie des lésions antérieures à son déplacement, lésions caractérisées surtout par une dilatation excessive et permanente de sa cavité et par une altération notable de sa tunique musculaire susceptible d'entraîner à sa suite une perte complète de contractilité. Il résulte de ce fait, que les hernies de la vessie ne sont pas uniquement le résultat d'une cause déterminante, mais sont de longue date préparées par la dilatation de l'organe avec atonie ou paralysie de sa tunique musculaire; et c'est là un point très-important de leur histoire, car il permet de se rendre un compte exact du mode de formation des cystocèles qui aurait été sans cela entouré d'une profonde obscurité.

Lorsque la vessie est vide, sa situation dans l'excavation pelvienne, en arrière du pubis, loin de l'orifice interne du canal inguinal, explique d'une manière suffisante l'impossibilité absolue de son déplacement. Il est également difficile de supposer que lorsque la vessie est pleine d'urine et régulièrement distendue, une portion de sa paroi puisse