

même de l'électrisation, car il est la preuve incontestable du rôle véritable de la portion musculuse de l'urèthre profond : si, pendant que le courant passe, vous cherchez à retirer l'explorateur, vous le sentirez étroitement saisi par le canal et presque immobilisé ; une fois le courant interrompu, il recouvre sa liberté première. Il y a là, on peut le dire, épreuve et contre-épreuve.

Vous nous avez vu, ce matin même, procéder de la sorte chez un jeune garçon de dix-sept ans venu de l'extérieur, et nous tenons d'autant plus à le signaler à votre attention que ces faits sont relativement rares à l'hôpital. Nous l'avons vu pour la première fois il y a un mois ; il se plaignait d'incontinence nocturne datant de sa plus tendre enfance et fort peu modifiée par le temps. Il nous signalait toutefois que, depuis deux à trois ans, il n'urinaît plus au lit que toutes les deux à trois nuits. Il n'existait d'ailleurs ni phénomènes nerveux généraux, ni troubles autres de la miction. Une première séance d'électrisation localisée fut faite aussitôt (8 février). On la renouvelait les 10, 14, 17 et 25. Pendant tout ce temps (17 jours) notre malade ne souilla pas son lit une seule fois : nous l'engageâmes cependant à continuer le traitement pendant quelque temps. Il n'eut garde de suivre nos avis, et, s'il nous revient aujourd'hui (17 mars), c'est parce qu'il a uriné au lit cette nuit dernière. Nous l'avons électrisé de nouveau, et nous avons tout lieu de croire que quatre ou cinq séances nouvelles suffiront pour amener une guérison durable.

Telle est, Messieurs, la marche ordinaire des choses : dès la première séance, l'incontinence diminue, parfois même cesse complètement. Douze à quinze jours de traitement ont suffi, dans la plupart des cas que nous avons observés, pour amener la complète disparition du symptôme morbide. Nous n'avons pas revu tous les malades ; nous avons lieu de penser que la guérison a persisté chez la plupart, car on nous a, selon notre expresse recommandation, ramené ceux qui ont été affectés de récurrence.

Plusieurs observations autorisent une dernière remarque. Chez les sujets que le traitement améliore ou guérit, de même que chez ceux qui spontanément arrivent à maîtriser l'incontinence, deux phénomènes s'accusent : les mictions diurnes deviennent moins fréquentes et moins impérieuses ; les besoins

nocturnes persistent, mais sont perçus. Le sujet devenu conscient se réveille et obéit à propos aux incitations de sa vessie. Comme à l'état normal, elles parviennent à interrompre le sommeil.

L'électricité méthodiquement employée et agissant directement sur le sphincter uréthral n'est donc pas seulement un traitement physiologique, mais aussi et surtout un traitement efficace et le plus souvent rapide. Il agit peut-être avec moins de rapidité, mais il agit certainement chez les filles. J'ai pu craindre, au début de mes recherches, qu'il n'ait son plein effet que chez les garçons. Plusieurs observations m'ont, depuis très longtemps, prouvé qu'il agit dans les deux sexes. Il faut chez les filles appliquer étroitement le talon de la boule contre l'orifice vésical et choisir son volume en conséquence.

J'ai pu également constater que les courants continus peuvent être utilisés et qu'il est possible d'exciter le sphincter membraneux à travers le tégument. Beaucoup d'enfants se prêtent mal aux exigences du cathétérisme, il y a donc intérêt à savoir qu'il peut leur être épargné.

II. INCONTINENCE AVEC LÉSION MATÉRIELLE DES VOIES URINAIRES.

— Les affections urinaires accompagnées d'incontinence sont trop nombreuses et surtout trop différentes pour qu'on puisse embrasser tous ces cas dans une même description générale. Nous avons à diviser et à subdiviser notre sujet ; mais, au-dessus de la classification étiologique, il en est une autre fondamentale. Nous voulons parler de la distinction naturelle qu'il convient d'établir entre l'incontinence qui ne reconnaît d'autre cause que l'accumulation de l'urine dans la vessie et les incontinenes qui dépendent seulement de modifications et de lésions passagères ou permanentes de la vessie ou de l'urèthre. Dans toutes les variétés de l'espèce d'incontinence que nous allons étudier, il y a lésion matérielle. Le titre de notre division l'indique. Mais la lésion dans les unes n'aboutit à l'incontinence que par l'intermédiaire de la réplétion de la vessie ; dans les autres la lésion suffit, c'est la cause directe de l'échappement involontaire de l'urine. Cet échappement involontaire et inconscient s'effectue aussi bien en vacuité qu'avec un degré plus ou moins grand de retenue.

A. — *Incontinence sans rétention d'urine.* — Pour que l'urine ne fasse que traverser la cavité vésicale entièrement vide, ou ne retenant qu'une quantité d'urine incapable de déterminer par elle-même la miction par regorgement, il faut que l'occlusion de l'urètre soit devenue impossible, ou que le corps de la vessie ait été incisé ou perforé.

Incontinence de cause mécanique. — Une petite pierre ou un fragment de calcul engagé dans le col peut le maintenir béant et permettre l'issue involontaire de l'urine. Bien que nous ayons observé quelques exemples de cette incontinence, entre autres chez un jeune calculeux de sept à huit ans, nous nous croyons autorisé à dire qu'elle est bien moins fréquente qu'on ne le pense généralement et qu'elle ne se rencontre guère que chez l'enfant. Cette assertion ne doit pas vous surprendre, car plusieurs fois déjà nous nous sommes expliqué sur les conditions spéciales qui peuvent seules permettre le transport du corps étranger dans le col vésical. Vous savez qu'il n'y a que les petits calculs qui peuvent ainsi pénétrer dans le col et y rester enclavés, et que tous les cols ne sont pas, tant s'en faut, disposés à se laisser ainsi ouvrir; la minceur des tissus, leur souplesse sont les conditions voulues. De gros calculs peuvent cependant présenter un prolongement qui habite le col et s'y développe. Le fait est assez rare, et je n'ai pas vu que l'incontinence en fût nécessairement la conséquence. Il n'est donc pas besoin d'insister. De la thérapeutique je n'ai qu'un mot à dire : vous refoulerez le calcul ou le débris calculeux, après l'avoir dégagé, si besoin est¹, puis vous en débarrasserez le malade par la lithotritie. S'il obture le col par un prolongement qui s'oppose au passage du lithotriteur et ne peut être déplacé, vous ferez la taille.

Incontinence des tuberculeux. — Nous avons pu vous présenter un certain nombre de pièces pathologiques ayant trait à la tuberculose urinaire. Sur toutes, nous vous avons fait remarquer que les granulations les plus abondantes et les plus avancées dans leur évolution siègent toujours au niveau du col vésical; nous vous avons montré sur quelques-unes le col vésical détruit, soit en partie, soit en totalité, par des ulcé-

¹ Voir *Rétention d'urine de cause mécanique*, page 194.

rations plus ou moins profondes; parfois même vous avez pu constater à son niveau l'existence de véritables cavernes simulant une sorte de petite vessie antérieure. C'est à cette destruction ulcéreuse du col vésical, c'est aussi à l'accumulation de l'urine dans la cavité que nous vous signalons, qu'il faut rattacher l'incontinence d'urine apparaissant chez les malades atteints de dégénérescence tuberculeuse urinaire. Elle ne se montre, en effet, qu'à une époque avancée et presque ultime de l'affection, dont elle ne constitue pas d'ailleurs un symptôme constant. Avons-nous besoin d'ajouter que cette incontinence échappe à toute action thérapeutique directe?

Cependant nous avons suivi plusieurs malades qui, sous l'influence d'un traitement général approprié, sont parvenus à réparer, contre toute attente, ces graves lésions, et à guérir d'une incontinence que nous avions pu croire absolument incurable, puisqu'elle avait accompagné la production de vastes cavernes dans le tissu de la prostate.

Incontinence traumatique urétrale. — Nous ne sommes pas beaucoup mieux armés contre l'incontinence qui succède parfois aux grandes opérations chirurgicales pratiquées sur le col vésical. Vous savez tous qu'à la suite de la taille périnéale, même la mieux faite, certains sujets, et surtout les enfants, conservent une impossibilité, soit absolue, soit relative de retenir leurs urines. On a accusé tour à tour les incisions trop étendues et la constitution du sujet; peut-être serait-il plus juste de tenir compte des difficultés ou, pour mieux dire, des manœuvres parfois violentes de l'extraction, lorsqu'on cherche à faire sortir, quand même, un calcul trop gros à travers une plaie relativement trop étroite; il faut aussi tenir compte de l'âge, nous venons de le dire. On observe bien plus fréquemment l'incontinence traumatique chez la femme à la suite de la dilatation forcée de l'urètre.

Que l'incontinence traumatique soit la conséquence d'une opération, ou qu'elle ait pour origine l'issue spontanée d'un calcul volumineux, comme tendent à le prouver certaines observations d'Astley Cooper, de Deschamps, etc., elle ne tend que fort peu à se modifier par les simples efforts de la nature, et l'on peut dire qu'abandonnée à elle-même elle persiste presque toujours d'une façon indéfinie. Le traitement médical

de Trousseau est sans effet sur elle. Il n'en est pas de même de l'intervention directe; les cautérisations profondes, les cathétérismes divers ont donné quelques résultats. L'électrisation locale et directe, faite selon les principes que nous vous avons indiqués nous a donné deux succès. Nous les avons obtenus par ce procédé dans deux incontinences, suites de taille. Ces faits nous permettent de penser que, même dans ces cas, l'emploi de l'électricité, telle que nous la pratiquons, peut rendre d'importants services¹.

Incontinence traumatique par lésion de la vessie. — La moindre solution de continuité du corps de la vessie entraîne une incontinence. La perte de l'urine est continue; elle peut être absolue, quel que soit le siège de la lésion. Tous les chirurgiens savent que la moindre fistule vésico-vaginale place la femme dans des conditions aussi pénibles qu'une large perforation. La retenue partielle des urines, quelquefois possible, ne la met nullement à l'abri d'une perte permanente. La situation de l'orifice anormal est pour beaucoup dans cette sorte de disproportion entre l'effet et la cause. Croire qu'il en doit être autrement lorsque la lésion siège sur la paroi antéro-supérieure de la vessie ne serait cependant point conforme aux faits. La taille hypogastrique est, à cet égard, très démonstrative; elle permet de bien étudier ce point intéressant de physiologie pathologique.

Une vessie ouverte au-dessus du pubis laisse très largement et même complètement échapper l'urine; elle est même si peu capable de la retenir, qu'alors même qu'il ne reste plus qu'une fort petite ouverture, la moindre quantité du liquide poussé par l'urètre s'y engage immédiatement. Dans les cas où la cicatrisation complète se fait attendre, il faut, pour obtenir la fermeture, combiner les effets d'une application fort exacte de la sonde à demeure maintenue ouverte et d'un pansement compressif, placé sur la partie inférieure de l'abdomen. La fistulisation du corps de la vessie aboutit donc, où qu'elle soit située, à l'incontinence. Fût-elle sus-pubienne, l'écoulement est permanent. Le malade, constamment souillé, n'échappe même

¹ Ces faits ont été publiés dans l'article déjà cité du *Journal* de Lucas CHAMPONNIÈRE.

pas aux dangers de la retenue incomplète d'urine septique s'il a la vessie infectée. Dès que la fistule se rétrécit, le cathétérisme ramène une petite quantité d'urine toutes les fois qu'on le pratique; mais il ne met pas fin à l'incontinence. Si l'incision de la face antérieure de la vessie permet, ainsi que nous l'avons dit en parlant de la Cystostomie (p. 198), l'évacuation complète de l'urine, une ouverture étroite, malgré l'incontinence qu'elle détermine, ne l'assure nullement. Les fistules hypogastriques sont bien moins faciles à fermer que les fistules vésico-vaginales. Il en est qui se guérissent spontanément; mais, lorsqu'elles deviennent définitives, l'intervention chirurgicale échoue fréquemment. Des obturateurs ou un appareil collecteur deviennent alors nécessaires.

Incontinence par insuffisance uréthrale. — Sans qu'il soit véritablement lésé, sans avoir été soumis à un traumatisme, et sans qu'il soit atteint de l'une des affections que nous venons de signaler, l'urètre peut devenir insuffisant. L'urine s'échappe sous le moindre effort; la toux, le rire, l'éternuement suffisent; la station même peut déterminer son issue, en dehors des mictions. Dans d'autres cas, elle s'écoule à la suite d'une urination d'ailleurs normale, et mouille la chemise malgré l'attente nécessaire et de minutieuses précautions. L'urètre peut aussi devenir insuffisant, par le fait des traumatismes opératoires, tels que la taille uréthrale, la dilatation excessive ou forcée, des déchirures consécutives à l'extraction de calculs.

C'est chez la femme que se rencontrent presque exclusivement les diverses variétés de l'insuffisance uréthrale. Chez nombre d'entre elles, les causes banales que je viens d'énumérer provoquent l'involontaire issue d'une petite quantité d'urine. Souvent liée à un relâchement ou à une véritable proci-dence de la paroi supérieure du vagin, cette petite infirmité peut ne dépendre que d'un véritable affaiblissement de la tonicité des parois uréthrales, dont l'exacte juxtaposition contribue à permettre la retenue normale de l'urine. Le plus souvent les pertes d'urine ne sont que passagères et peu abondantes; lorsqu'elles sont durables elles s'observent surtout chez les multipares ou chez les femmes âgées. Mais, chez la femme jeune encore, des incontinences véritablement graves, ont souvent

été la conséquence des traumatismes opératoires ou de dilatations trop grandes. Le prolapsus de la paroi vaginale peut aussi les déterminer; il entraîne plutôt la fréquence de la miction quelquefois portée à un très haut degré.

L'incontinence chez la femme s'accompagne parfois d'une accumulation d'urine dans le vagin. J'ai observé ce fait trois fois et il me paraît utile de le signaler, car il n'est pas, je crois, connu. La première fois j'ai naturellement pensé à une fistule vésico-vaginale que j'ai vainement cherchée dans deux examens successifs. Je me suis aussi assuré de l'intégrité de la cloison dans les autres cas, mais j'ai été moins surpris de ne pas trouver de fistule. Lorsque l'on observe dans la position du spéculum on se rend aisément compte de ce qui se passe. L'urine qui perle au méat, au lieu de venir entièrement à l'extérieur, suit la paroi vésico-vaginale déjà humide. Ne recevant aucune impulsion, elle peut obéir aux lois de la capillarité et vient s'accumuler au fond du vagin; ce conduit fait d'autant mieux réservoir que la vulve a conservé sa contractilité.

Chez l'homme, j'ai eu l'occasion de voir des incontinenes passagères à la suite de dilatations progressives poussées un peu loin. L'urètre masculin est aussi exposé à retenir, à la suite des mictions, une petite quantité de liquide. C'est dans l'urètre antérieur que l'urine s'emmagasine; elle s'en échappe peu à peu à la suite de la miction. Vous observerez ce phénomène lorsque vous venez de faire un lavage de l'urètre. Il suffit que l'élasticité de ce conduit soit affaiblie pour que ce petit inconvénient se produise.

A cette variété d'insuffisance uréthrale, de même qu'à celle qui s'observe chez la femme, les moyens capables d'augmenter la tonicité des tissus sont opposables. Ils n'ont que peu de résultats. Aux graves incontinenes qui sont la conséquence de traumatismes chirurgicaux et, d'une façon générale, à toutes les incontinenes uréthrales sérieuses, qui s'observent chez la femme, diverses opérations, dont je n'ai point à examiner ici la nature ou la valeur, ont été opposées.

B. — Incontinence avec lésion des voies urinaires et rétention d'urine. — Ne concluez pas des détails dans lesquels nous venons d'entrer, à propos des incontinenes par lésion des

voies urinaires sans plénitude de la vessie, que ces cas soient fréquents. Il n'en est rien.

Nous vous avons dit et tenons à vous le répéter : presque tous les urinaires atteints d'incontinence ont la vessie remplie et son trop-plein s'échappe par regorgement. Ces sujets sont presque tous rétrécis ou prostatiques; ce peut être aussi des cérébraux, des myélitiques ou même des neurasthéniques ayant momentanément perdu la contractilité vésicale. Sous ce titre d'« incontinence avec lésion des voies urinaires et rétention d'urine », nous n'avons donc pas à vous entretenir de faits absolument nouveaux pour vous : nous ne faisons que compléter notre étude de la stagnation urinaire.

Les diminutions de calibre du canal, les déformations et les déplacements du col, l'insuffisance de la vessie, qu'il y ait paresse ou paralysie de son muscle : telles sont les causes qui amènent tout à la fois et la stagnation d'urine et l'incontinence par regorgement.

Arrivée à un certain degré, *l'incontinence des rétrécis et des prostatiques* se présente avec des caractères identiques; elle est continue et aussi bien diurne que nocturne. Malgré cette apparence identique, il n'en est pas moins assez facile d'établir un diagnostic précis avant même toute exploration directe.

L'âge du sujet peut vous fournir une première indication; mais il n'y a là, vous le savez, qu'un élément de probabilité et rien de plus. C'est la marche même de l'incontinence qu'il faut interroger. *Chez les rétrécis*, elle est *d'abord diurne* et cesse par le décubitus; *chez les prostatiques*, au contraire, *son début est toujours nocturne*, et les journées restent normales, du moins pendant fort longtemps. Sachez toujours remonter par vos questions à cette époque initiale. Rappelez-vous qu'avant d'être continuelle l'incontinence des adultes et des vieillards a été passagère; ce n'est que plus tard et par les progrès de la déformation vésico-uréthrale qu'elle est devenue permanente.

Ces différences dans le mode et, l'on pourrait presque dire, dans l'heure d'apparition du phénomène morbide, reconnaissent d'ailleurs une cause facile à saisir, quand on étudie le mécanisme de l'incontinence suite d'altérations uréthrales.

Derrière tout rétrécissement suffisamment étroit se forme, comme vous savez, une dilatation progressive du canal. Après

être restée plus ou moins longtemps bornée à l'urèthre, cette dilatation finit par s'étendre au col vésical lui-même; il en résulte une sorte d'entonnoir naturel dont le sommet est au niveau de la coarctation, tandis que la base est constituée par la cavité vésicale elle-même. Quand le malade est debout, l'axe de l'entonnoir est sensiblement vertical; l'urine s'y engage, presse sur ses parois, les entr'ouvre et ne rencontre plus dès lors d'autre barrière que l'obstacle uréthral qui la laisse filtrer goutte à goutte. Dans le décubitus, au contraire, le liquide urinaire pourra s'accumuler et demeurer dans le bas-fond, jusqu'au jour où la déformation du col sera telle que l'urèthre ne représente plus qu'une sorte de tuyau à niveau. L'incontinence sera alors aussi bien nocturne que diurne, comme vous avez pu l'observer, par exemple, chez les rétrécis couchés aux n^{os} 3 et 5 de la salle des hommes.

Les symptômes fonctionnels dus à l'hypertrophie prostatique offrent, vous le savez, leur maximum d'intensité la nuit, pendant le décubitus. Cette exagération morbide par décubitus nous rend compte de l'apparition d'abord nocturne de l'incontinence chez les prostatiques. Quant à l'incontinence permanente qui se montre plus tard, elle s'explique naturellement par la déformation progressive du col, dont les lèvres ne peuvent plus s'accoler qu'imparfaitement.

Pour bien saisir le lien clinique qui unit la rétention incomplète à l'incontinence, il ne suffit pas de remarquer, comme nous venons de le faire, que ce sont les mêmes lésions uréthroprostatiques qui engendrent l'une et l'autre. Ce qu'il faut surtout, c'est faire une étude attentive et journalière des malades. L'enchaînement des faits devient alors des plus évidents, et l'on peut reconnaître ce qui appartient à chacun. Le rétrécissement ou l'hypertrophie prostatique ouvre la scène; peu à peu, la vessie se laisse forcer, et la stagnation commence; plus tard, enfin, le col se déforme, et l'incontinence s'établit. Cette succession des accidents vous dit assez quelle est la gravité de ces cas et quels ménagements il faut apporter dans l'intervention chirurgicale. Mais, avant d'aborder la question thérapeutique, disons un mot du diagnostic.

Sans doute, vous ne confondrez pas avec une incontinence vraie ces épreintes douloureuses, ce ténesme vésical, propres

à la cystite, et que le malade qualifie trop souvent d'incontinence; mais vous pourriez être induits en erreur par le récit de certains sujets avancés en âge se plaignant, sans plus d'explication, d'uriner la nuit à leur insu. Avant de prononcer le mot d'incontinence, informez-vous s'il y a ou non besoin perçu, car il n'est pas rare de rencontrer des prostatiques qui se croient atteints d'incontinence et qui n'ont qu'une vessie irritable et impérieuse. N'oubliez jamais, en un mot, que, pour le malade, incontinence vraie et incontinence fausse ne forment souvent qu'un seul tout, qu'ils qualifient du même terme générique.

Distinguez les uns des autres les cas où l'urine s'échappe à l'insu du malade de ceux où elle lui demande à sortir.

Une fois l'incontinence reconnue vraie, vous n'aurez qu'à recourir soit au palper seul, soit au palper combiné avec le toucher rectal, pour reconnaître l'état de distension plus ou moins prononcé de la vessie.

Le diagnostic étiologique est tout fait, avons-nous dit, par l'âge du sujet, par l'histoire de son incontinence et aussi par la recherche des modifications antérieures de la miction, modifications que nous avons trop souvent étudiées pour avoir à y revenir. Toutefois, il faudra confirmer ces premières données par l'examen direct, qui seul pourra vous renseigner d'une façon exacte, ici sur le calibre du rétrécissement, là sur la déformation de la prostate et le degré de stagnation urinaire. C'est dans les cas où vous n'aurez constaté aucune modification dans le calibre et la souplesse du canal, nulle déformation au niveau du col vésical que vous aurez à diriger vos recherches du côté du système nerveux. Ici, d'ailleurs, les antécédents des malades sont tout autres, et leur interrogatoire, de même que leur examen médical, vous met sur la voie.

Les indications thérapeutiques découlent tout à la fois de la préexistence de la rétention et de la nature de l'obstacle uréthral. C'est à la rétention, en effet, qu'il faut s'adresser si l'on veut guérir l'incontinence.

Rien n'est plus simple pour les rétrécis. Supprimez l'obstacle uréthral, et vous verrez de suite la vessie se vider et tout symptôme morbide disparaître. C'est ainsi que les choses se sont passées chez les deux malades que vous observez actuellement. L'uréthrotomie interne a mis fin, comme par enchantement, à