

Que votre diagnostic soit précis ; qu'il porte sur les quatre points suivants :

Forme et nature du corps étranger ;

Siège de l'obstruction ;

État du canal.

État du malade qui présente, ou non, des signes d'infection.

A ce prix seulement vous serez en droit de faire une bonne et sage thérapeutique ; ici, en recourant à de petits moyens, là, au contraire, en saisissant de suite le bistouri ou l'uréthrotome. Car nous ne saurions trop vous le répéter, autant l'intervention *quand même* doit être blâmée, autant la temporisation systématique serait coupable en face de ces accidents graves, qui sont quelquefois la conséquence de la rétention incomplète d'origine mécanique. En chirurgie, la prudence ne comporte pas l'hésitation, elle exige seulement que l'on n'intervienne qu'à propos.

## ONZIÈME LEÇON

### INCONTINENCE D'URINE

Définition. — Division du sujet. — Incontinence par lésions et par affections nerveuses. — Incontinence infantile ; évolution ; étiologie ; pathogénie ; traitement. — Opinions de Desault, de Trousseau, de Civiale ; opinion de l'auteur. — Électrisation directe du sphincter urétral. — Chez les urinaires, l'incontinence avec vacuité de la vessie ne se rencontre que dans quelques cas rares. — Incontinence mécanique. — Incontinence traumatique urétrale et vésicale. — Incontinence par insuffisance urétrale. — Incontinence des rétrécis et des prostatiques. — Leur type ; leur pathogénie. — Diagnostic. — Traitement : curateur chez les rétrécis ; palliatif chez les prostatiques.

Si vous preniez le mot incontinence d'urine dans son sens étymologique précis de *in*, négatif, et *continere*, contenir, vous vous feriez une idée fautive du sujet que nous abordons.

L'incontinence avec vacuité absolue du réservoir urinaire ne se rencontre que dans quelques cas rares et bien définis,

que nous apprendrons à connaître. Bien plus souvent elle n'est, selon la remarque de Desault, qu'un symptôme de la rétention et qu'une miction par regorgement. Bien loin de *ne pas contenir* d'urine, la vessie d'un incontinent *en retient* presque toujours ; bien loin d'être *vide*, elle est *souvent distendue*. Le symptôme incontinence ne permet donc pas, par lui-même, de préjuger de l'état de plénitude ou de vacuité du réservoir urinaire.

L'incontinence d'urine est l'écoulement involontaire des urines, et nous ajouterons même, l'écoulement inconscient.

Pour qu'il y ait incontinence proprement dite ou, si vous aimez mieux, *incontinence vraie*, il faut, en effet, que le malade n'ait d'autre sensation que celle de l'arrivée de l'urine, qu'il se sente mouillé, mais rien de plus. Le besoin ne doit pas être perçu. Nombre de malades vous parleront sans hésiter d'incontinence, tandis qu'ils n'ont que des mictions impérieuses et répétées. Le besoin est subit, pressant, la volonté impuissante ; à peine l'envie d'uriner s'est-elle fait sentir que déjà le liquide s'échappe du méat et souille les vêtements. Ces malades pissent malgré eux ; mais ils ont été avertis qu'ils allaient pisser. C'est la *fausse incontinence*, telle que vous la trouvez, par exemple, dans la cystite. Il suffit d'être prévenu de cette cause d'erreur pour savoir l'éviter. Une ou deux questions auront bien vite éclairé le diagnostic.

Une fois l'incontinence vraie reconnue, il faut s'enquérir minutieusement de son type, savoir si elle est seulement diurne, seulement nocturne, ou si elle est continue, et, dans ce dernier cas, quel a été son mode primitif. Ces données sont de la plus haute importance et vous suffiront, dans nombre de cas, pour établir un diagnostic étiologique, sinon absolu, du moins probable.

L'incontinence d'urine n'est qu'un symptôme, symptôme lié à des affections très diverses. On ne saurait donc présenter une étude abstraite de l'incontinence. Pour saisir la valeur clinique de ce symptôme, pour établir sa thérapeutique, il faut subdiviser le sujet en un certain nombre de groupes, qu'il vous est d'autant plus facile de comprendre qu'ils sont l'analogue et, pour ainsi dire, le pendant de ceux que nous avons trouvés à propos du symptôme « rétention ».

Nous vous les présentons sous forme de tableau afin qu'il vous soit plus facile de vous rendre compte de l'ensemble et des détails de la question importante que nous allons étudier :

Incontinence	vraie	sans lésion matérielle des voies urinaires :	Incontinence par lésion nerveuse. Incontinence dans les affections nerveuses. Incontinence des enfants.
		avec lésion matérielle des voies urinaires :	sans rétention d'urine.
	avec rétention d'urine.		Incontinence par insuffisance uréthrale. Incontinence des rétrécis. Incontinence des prostatiques.
	fausse (n'en tenir compte que pour le diagnostic).		

Il s'en faut de beaucoup que les diverses variétés que nous venons de désigner sur le tableau soient égales en fréquence et en importance ; aussi, tandis que quelques-unes nous arrêteront à peine (incontinence d'origine nerveuse, incontinence traumatique, incontinence mécanique), d'autres au contraire (incontinence des enfants, incontinence des rétrécis, incontinence des prostatiques) seront l'objet d'une étude attentive.

#### I. INCONTINENCE SANS LÉSION MATÉRIELLE DES VOIES URINAIRES. —

A. — *L'incontinence par lésion nerveuse* se rencontre dans les mêmes conditions, ou à peu près, que la rétention d'urine du même genre. Ce sont, en effet, des paraplégiques, des hémiplégiques, parfois, quoique rarement, des ataxiques, des fiévreux graves, qui vous présenteront ce symptôme. Presque toujours alors vous avez affaire à l'incontinence avec rétention, c'est-à-dire à la forme habituelle de l'incontinence chez l'adulte ; l'écoulement goutte à goutte du liquide urinaire n'est que le symptôme d'une rétention avec regorgement. Je n'ai pas à vous parler du traitement curatif qui variera avec la cause même, mais seulement du traitement palliatif. A moins de contre-

indications formelles on doit recourir à un cathétérisme évacuateur suffisamment rapproché : on évite ainsi au patient les ennuis et les inconvénients d'un écoulement urinaire qui souille le lit et irrite les parties qu'il baigne. Il n'y a pas lieu d'insister.

B. — *Incontinence dans les affections nerveuses.* Si, comme nous venons de l'indiquer, la plupart des incontinenes ne sont autre chose que l'indice d'une réplétion vésicale, il est des cas cependant où vous pouvez rencontrer l'incontinence proprement dite, c'est-à-dire la miction inconsciente jointe à la vacuité du réservoir urinaire.

C'est ce qui s'observe, par exemple, dans les grandes névroses telles que l'hystérie et surtout l'épilepsie et c'est ce qui se voit aussi dans la neurasthénie. Les neurasthéniques, qui déjà ont figuré dans l'étude de chacun des troubles de la miction, vont aussi prendre place parmi les sujets qui peuvent être atteints d'incontinence vraie.

L'incontinence des épileptiques présente un intérêt tout spécial depuis le fameux aphorisme de Trousseau : « Tout adulte, non porteur de lésion vésico-urétrale, qui pisse au lit, la nuit, sans le sentir, est un épileptique. » Il s'agit ici, d'ailleurs, d'une incontinence à forme déterminée. Ce n'est pas tous les jours qu'elle se montre, mais seulement à intervalles plus ou moins éloignés. Ce n'est pas en pleine santé que le malade se réveille, mais avec un sentiment tout particulier de fatigue, d'abattement ou de pesanteur de tête. Le faciès offre encore le matin des traces d'hébétude, et souvent la langue porte l'empreinte de morsures récentes. Cette physionomie spéciale de l'incontinence des épileptiques doit vous être connue, car plus d'une fois vous serez consultés pour des incontinenes qui n'ont d'autre cause et qui, par là même, échappent presque entièrement aux ressources de l'art.

L'incontinence chez les hystériques est tout à fait exceptionnelle. M. Pierre Janet l'a observée dans un cas immédiatement avant l'accès, mais l'attaque ne la détermine pas d'ordinaire. On l'a notée cependant dans les cas où l'intensité des phénomènes convulsifs conduit jusqu'au coma. Entre les accès, les hystériques sont placés, à ce point de vue, dans les mêmes conditions que

toute autre catégorie de sujets. C'est dire que leur état ne joue aucun rôle particulier dans la production de ce phénomène.

Chez les neurasthéniques, l'incontinence, sans être fréquente, peut cependant être beaucoup plus souvent observée. Au cours de recherches que l'un de mes internes, M. Genouville, poursuit sur les neurasthéniques urinaires, elle a été quatre fois notée sur quarante malades. Cela établirait une proportion vraiment considérable que je ne crois pas destinée à être confirmée par les observations ultérieures. L'incontinence est un des troubles de la miction dont on a le plus à se plaindre ; c'est à peine s'il m'a été donné de l'observer hors des conditions fournies par l'incontinence infantile. Dans la première et la seconde édition de ces leçons, j'ai publié, sous le titre d'« incontinence à forme infantile chez l'adulte », un cas qui, peut-être, pourrait être rattaché à la neurasthénie. Je n'avais cependant rien noté qui permit d'accuser le système nerveux. Rien de bien précis non plus dans une observation publiée par M. Guiard, et que j'ai déjà citée dans mes leçons. Chez les malades observés par M. Genouville, l'incontinence était diurne et nocturne comme chez les précédents ; l'urine coulait continuellement et les malades, constamment mouillés, se garnissaient de linges. De temps à autre ils urinaient en petite quantité et la vessie, qu'elle se vidât par ce mécanisme ou par la sortie immédiate et continue de l'urine sécrétée, pouvait être complètement évacuée. Il s'agissait de sujets jeunes et aucune confusion ne pouvait être faite avec les prostatiques ou les rétrécis qui urinent par regorgement. Un examen minutieux a d'ailleurs prouvé l'intégrité anatomique de la vessie et de l'urèthre chez tous ces malades. Quelques modifications peu significatives de la contraction et de la sensibilité vésicale ont seulement été notées. Les sujets étaient franchement neurasthéniques, un seul avait été incontinent infantile. En attribuant à la neurasthénie ces troubles de la miction, je ne saurais cependant oublier qu'il m'a été donné récemment encore de revoir, après plusieurs années, un sujet qualifié autrefois neurasthénique par les médecins les plus autorisés et par moi-même et qui était arrivé à présenter manifestement les symptômes du tabès.

*C. — Incontinence des enfants.* — L'incontinence infantile se rapproche, à plus d'un titre, de l'incontinence des affections nerveuses. Comme elle, en effet, elle existe sans lésion matérielle des voies urinaires ; comme elle encore, elle semble tenir à un trouble dans la contractilité qui paraît purement fonctionnel ; on ne peut en tout cas, à l'heure actuelle, la rattacher à une lésion de l'appareil nerveux. Mais n'anticipons pas et suivons les phases principales de l'évolution de cette affection. Nous disons de cette affection, car l'incontinence des enfants peut être regardée, à l'inverse des autres incontinenances, comme formant une espèce clinique bien définie.

Le début de l'incontinence infantile ne date pas, en général, bien que le fait soit cependant possible, de la première enfance. Souvent elle n'a commencé qu'à un âge un peu plus avancé. Jusqu'à quatre ou cinq ans tout s'était passé pour le petit malade comme pour les autres enfants, c'est-à-dire qu'après avoir mouillé ses linges, il était devenu propre, selon la locution adoptée. Puis, un jour, pendant son sommeil, il commence de nouveau à pisser au lit ; dès lors, le même accident va se répétant régulièrement une ou plusieurs fois par nuit.

Cette incontinence débutant avec la seconde enfance se prolonge, en général, fort longtemps, et, quoi qu'on puisse en dire dans le vulgaire et ailleurs, elle est loin de disparaître avec la puberté. C'est en vain que les organes génitaux se développent, l'incontinence n'en persiste pas moins chez nombre de sujets. Aussi est-il facile de comprendre avec quelle ardeur la guérison est alors demandée.

Il est juste toutefois de ne pas trop assombrir ce tableau morbide et de vous prévenir que presque toujours aussi, l'incontinence finit par guérir d'elle-même, avec ou sans traitement médical. Il y a des exceptions, et cette guérison spontanée n'arrive guère que vers l'âge de vingt ans. Encore reste-t-il souvent certains troubles de la miction ou des fonctions génitales. C'est ainsi que vous constaterez fréquemment l'incontinence infantile dans les antécédents des sujets venant vous consulter pour des pertes séminales, ou pour des mictions à caractère impérieux et pressant, sans lésions du réservoir urinaire. La tare originelle qui, au cours de l'enfance et même de l'adolescence, a déterminé la perte nocturne de l'urine n'a donc

point perdu son influence. Il est intéressant de constater qu'elle continue à l'exercer et de voir que, néanmoins, la perte nocturne ne se produit plus, au-delà des premières périodes de la vie.

L'incontinence des enfants est surtout *nocturne* ; ils se mouillent sans s'en apercevoir. Leur sommeil est d'ailleurs très profond et, lorsque l'on prescrit de l'interrompre pour éviter qu'ils ne pissent au lit, on a grand'peine à y parvenir. Le réveil spontané est cependant normal et très franc. Le jour, tout rentre dans l'ordre ou à peu près, car, si l'on examine les choses avec soin, on ne tarde pas à reconnaître qu'il existe souvent pendant la veille une fausse incontinence. Dès que le besoin d'uriner est perçu, il doit être satisfait sous peine de pisser dans les vêtements. L'enfant est incapable de se retenir ; plus d'une fois il lui arrive de se souiller au cours de ses jeux ou de son travail.

Il y a cependant des incontinents nocturnes qui peuvent, pendant la veille, résister aisément aux besoins d'uriner. Il y a par contre de véritables incontinents diurnes.

L'enfant mouille ses vêtements sans avoir perçu le besoin. J'ai maintes fois fait remarquer que ces cas étaient particulièrement rebelles au traitement. L'incontinence peut être seulement diurne, ce qui est très exceptionnel, ou à la fois nocturne et diurne.

Le diagnostic est tout fait, on peut le dire, par le récit du sujet ou de ses parents, à la condition cependant de ne pas céder trop vite à une idée préconçue éveillée par l'âge du petit malade. N'oubliez jamais la possibilité d'une incontinence épileptique ou d'une incontinence fausse, par calcul, par cystite et, en particulier, par cystite tuberculeuse. Vous observerez fréquemment cette affection dans l'enfance. Il faut être prévenu, bien des fois j'ai vu commettre l'erreur que je vous signale. Quelques questions auront bien vite fait cesser tous les doutes.

Il suffit de vous rappeler que l'incontinence liée aux accidents nerveux est, d'une part, essentiellement intermittente et irrégulière dans son apparition, et, d'autre part, accompagnée d'un réveil pénible et hébété lorsqu'elle est épileptique. Il est indispensable d'examiner les urines, car, si elles contiennent

du pus, elles n'appartiennent certainement pas à l'incontinence infantile. Dans l'incontinence infantile les urines sont, en effet, parfaitement normales, à moins de contaminations dues à des cathétérismes.

Il reste donc bien entendu que vous aurez à vous enquérir des antécédents de l'appareil urinaire, à savoir si le petit malade n'a subi ni traumatisme ni sondages, opérations, auquel cas vous aurez à recourir à un examen méthodique avant de vous prononcer.

L'étiologie de cette affection est encore obscure. La prédisposition créée par le sexe ne saurait être invoquée, petites filles et petits garçons étant atteints en proportion sensiblement égale. Nous en dirons autant des frayeurs, des chutes, de la dentition, etc., invoquées si complaisamment par les parents : ce sont de ces causes banales que vous retrouvez à chaque pas dans la pathologie infantile. Mais il convient de faire jouer un rôle important à l'hérédité. Plusieurs fois, en effet, nous avons été à même de voir tous les enfants d'une même famille atteints d'incontinence ; de constater plus souvent encore, chez les parents, cette même affection et surtout divers états nerveux. Dans les derniers cas, il ne s'agirait pas d'une transmission directe, mais plutôt, selon la remarque de Trousseau, de quelque chose d'analogue à ces alternances pathologiques signalées si souvent au cours des névroses.

Si l'étiologie nous échappe sur plus d'un point, cherchons du moins à nous rendre compte de la pathogénie. Nous en avons besoin pour comprendre et juger les diverses indications thérapeutiques que l'on a cru devoir formuler.

Desault, l'un des premiers, étudia cette partie du sujet. Il admit comme cause prédisposante une irritabilité excessive de la vessie, et comme cause déterminante la négligence à obéir aux premières sensations du besoin d'uriner, ou même la non-perception de la sensation expulsive. « La contraction de la vessie est si forte et si prompt, dit-il, que l'urine sort presque, avant que les enfants aient été prévenus du besoin de la rendre, et sans qu'ils puissent en arrêter le cours. Beaucoup, d'ailleurs, par paresse ou par distraction, n'obéissent pas aux premiers aiguillons qui les invitent à rendre les urines, et, pressés ensuite du besoin d'uriner, les laissent couler dans leurs vête-

ments; chez d'autres la sensation qui met en jeu la contractilité de la vessie et accompagne l'éjection des urines est si faible que cette fonction se fait sans un acte formel de la volonté, sans exciter même une impression assez vive pour interrompre le sommeil. » Ces causes productrices de l'incontinence sont d'ailleurs inhérentes à l'âge même du sujet, et les années, « en diminuant l'irritabilité de la vessie, et en rendant l'homme plus attentif à ses besoins, guérissent ordinairement de cette indisposition<sup>1</sup> ».

L'absence de toute étiologie palpable, la marche singulière de l'affection, son apparition chez des enfants d'ailleurs bien portants et bien développés, portèrent Trousseau à ranger l'incontinence infantile dans la grande classe des névroses. Il ne préjugea rien tout d'abord de sa nature même; ce ne fut que plus tard et pour les raisons que nous allons vous exposer qu'il crut pouvoir la définir « une névrose caractérisée par l'irritabilité excessive et la tonicité exagérée des fibres musculaires de la vessie ». Il fut amené à cette opinion par la nature même du traitement qu'il prescrivait et qui consistait, presque uniquement, dans l'emploi de la belladone prise à dose progressive. On commençait par un centigramme, puis on montait progressivement jusqu'à 10, 15 et même 20 centigrammes, s'il était besoin. Or, pour l'illustre professeur de l'Hôtel-Dieu, la belladone était un antispasmodique agissant spécialement sur la contractilité musculaire. Son efficacité paraissant évidente contre l'incontinence, il était logique d'en conclure à une suractivité du muscle vésical en vertu du vieil adage : *Naturam morborum ostendunt curationes*. L'irritabilité exagérée du muscle vésical, telle était donc l'opinion professée par Trousseau, sinon dans tous les cas, du moins dans la grande majorité. Il ne se refusait pas, en effet, à admettre l'atonie du col vésical, mais il réservait cette explication pour quelques faits rares et tout à fait particuliers. Elle n'existait, selon lui, que chez ces incontinents, aussi bien diurnes que nocturnes, qui, chez les enfants, constituent l'exception. C'est alors qu'il prescrivait le sirop de sulfate de strychnine, dosé de manière à faire prendre, les premiers jours,

<sup>1</sup> DESAULT, *Œuvres chirurgicales. Maladies des voies urin.*, t. III, 3<sup>e</sup> édit., p. 95.

un milligramme du principe actif; on augmentait la dose suivant les besoins.

Nous tenions, Messieurs, à insister sur la thérapeutique de Trousseau, car elle est restée bien longtemps classique. C'est à elle que se rattachent presque tous les médecins qui s'efforcent, par la belladone, l'hydrothérapie, les antispasmodiques, les révulsifs, de rendre la vessie tolérante, et ne prescrivent qu'exceptionnellement, comme le Maître, l'usage des toniques et des excitants.

Tandis que Trousseau<sup>1</sup> et ses imitateurs n'ont recours qu'à un traitement médical, l'intervention chirurgicale paraît au contraire nécessaire à Civiale<sup>2</sup>. Il ne se prononce pas, il est vrai, d'une façon positive sur la pathogénie de l'incontinence infantile. Tantôt il invoque le relâchement, sous l'influence du sommeil, du système des muscles volontaires qui retiennent l'urine dans son réservoir, et tantôt il accuse la sensation produite par le besoin d'uriner d'être confuse, si toutefois elle existe. Parfois même il semble la considérer comme une miction par regorgement. Un seul point lui paraît certain, à savoir : une lésion locale de l'appareil urinaire, lésion devant être améliorée par le cathétérisme. De là, une série de manœuvres intra-urétrales de toute espèce (cathétérisme simple, bougies à demeure, cautérisations, injections irritantes, etc...), préconisées par les chirurgiens qui adoptèrent la manière de voir de Civiale.

Nous ne nous attarderons pas à vous présenter la série des moyens, tant internes qu'externes, qui ont été tour à tour proposés et dont la multiplicité même montre le peu d'efficacité; vous en trouverez l'exposé dans la thèse d'un de nos anciens élèves, le Dr Du Souich<sup>3</sup>.

Mais nous tenons à vous exposer en détail le procédé que nous avons coutume d'employer avec succès depuis plusieurs années<sup>4</sup> et les raisons qui nous l'ont fait adopter. Des guérisons

<sup>1</sup> TROUSSEAU, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 8<sup>e</sup> édition. Paris, 1894, t. II, p. 757.

<sup>2</sup> CIVIALE, *Traité des maladies des organes génito-urinaires*, t. III, p. 340 à 346.

<sup>3</sup> DU SOUICH, *De l'incontinence d'urine essentielle*. Paris, 1877.

<sup>4</sup> Nos premiers résultats datent de 1871 et ont été consignés dans le *Journal de chirurgie et de médecine pratique*, de Lucas CHAMPIONNIÈRE, t. XXXIII, 3<sup>e</sup> série, p. 50.

depuis longtemps confirmées obtenues par l'électrisation directe du sphincter membraneux, nous permettent de continuer à penser que cette méthode doit être considérée comme ayant fait ses preuves.

Au point de vue anatomique et au point de vue physiologique, il existe *deux urèthres* : l'un antérieur, étendu du méat à la symphyse, simple canal d'excrétion ; l'autre, mesurant tout l'espace compris de la symphyse à l'orifice vésical, entouré de nombreuses fibres musculaires et renforçant ou même suppléant le sphincter vésical. Vous nous entendez sans cesse insister sur ce fait capital, lorsque nous examinons méthodiquement l'urèthre. La présence de ce sphincter urétral s'accuse toujours, à l'état normal et chez tous les sujets, par une certaine résistance à l'introduction des instruments un peu volumineux. Prenez, par exemple, une bougie à tête n° 17 ou 18, conduisez-la doucement, et vous sentirez, au moment où l'explorateur s'engage sous le pubis, un léger moment d'arrêt accompagné d'une sensation pénible plus ou moins vive perçue par le malade. Une fois ce point franchi, l'instrument arrive à la vessie sans rencontrer de nouvel obstacle.

Or, chez les sujets atteints d'incontinence nocturne, l'explorateur parcourt tout le canal en ne transmettant à la main qui le guide que de faibles sensations ; le sphincter urétral se laisse traverser sans difficultés. D'autre part, si l'on interroge avec soin les petits malades sur leurs sensations diurnes, on ne tarde pas à se convaincre qu'il y a moins d'exagération de la force expulsive vésicale que faiblesse du côté de la résistance sphinctérienne. Le besoin doit être satisfait de suite, cela est vrai, mais il n'en a pas moins les caractères d'un besoin ordinaire ; il n'est ni douloureux ni pénible, il ne ressemble en aucune façon à ces épreintes que l'on rencontre dans la cystite. Ce dont le sujet se plaint, c'est en réalité de *ne pouvoir se retenir*. Lui-même accuse son impuissance, et cela en général d'une façon nette et précise.

Partant de ces données diverses, nous résolûmes de recourir à l'électrisation directe de la portion membraneuse ou profonde de l'urèthre. Les résultats obtenus ont répondu à notre espoir, et nous croyons pouvoir en conclure sans hésitation : 1° que l'électrisation convenablement appliquée est un moyen

fort utile dans le traitement de l'incontinence d'urine des enfants ; — 2° que l'atonie du sphincter urétral est la cause principale de l'affection, l'irritabilité exagérée du muscle vésical étant fort douteuse et dans tous les cas absolument secondaire au point de vue thérapeutique.

L'électricité avait été employée déjà contre l'incontinence d'urine ; aussi sommes-nous loin de réclamer pour nous l'idée première de l'application de cet agent thérapeutique ; mais, tandis qu'on appliquait les rhéophores seulement à la surface du corps (périnée, ventre, lombes), tandis que le courant n'agissait que d'une façon vague et incertaine, nous avons nettement précisé et localisé son action en conduisant un rhéophore à travers l'urèthre jusqu'au point d'élection. Nous avons systématiquement excité la portion membraneuse de l'urèthre.

Nous nous servons, à cet effet, du petit instrument que nous mettons ici sous vos yeux. Il se compose d'une petite tige flexible, épaisse de 2 millimètres environ et constituée par un faisceau de fils métalliques très fins recouvert d'une enveloppe isolante. Les fils métalliques aboutissent, d'une part, à une petite armature terminée par un crochet métallique destiné à établir facilement la communication avec la pile, d'autre part à une autre armature portant un pas de vis. Sur cette armature s'adaptent, comme vous voyez, des boules métalliques de différents calibres et en tout semblables par leur forme légèrement ovoïde à la tête des explorateurs ordinaires.

La boule métallique est conduite dans l'urèthre selon les règles ordinaires du cathétérisme. Le défaut de résistance du sphincter empêchant de bien apprécier son siège, la boule devra être portée jusqu'à la vessie ; puis on la retire de la quantité nécessaire pour amener son talon au niveau de la portion membraneuse. On n'a plus dès lors qu'à accrocher le fil conducteur d'une petite pile à induction, en même temps que l'autre pôle terminé en forme de bouton ou de plaque est appliqué immédiatement au-dessus des pubis. Le courant doit être réglé de telle façon que son intensité ne soit qu'assez faible et que les intermittences ne soient pas trop rapprochées. Il est inutile de prolonger la séance au-delà de 2 à 5 minutes ; ce serait s'exposer à fatiguer le muscle urétral, bien loin de le fortifier.

Il est un fait que nous vous engageons à vérifier au cours

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'urinait 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 récédive.

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. INGONTINENCE 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 est<sup>1</sup>, 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-

<sup>1</sup> 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 avons 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 services<sup>1</sup>.

*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

<sup>1</sup> Ces faits ont été publiés dans l'article déjà cité du *Journal* de Lucas CHAMPIONNIÈRE.

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 procidence 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'emmagine; 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 continue 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 urétral 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<sup>os</sup> 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 uréthro-prostatiques 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 ténésme 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 urétral. 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 urétral, 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