

III

INCONTINENCE

L'incontinence, c'est-à-dire l'incapacité de retenir l'urine, peut atteindre divers degrés, de sorte qu'en général, il faut établir une distinction entre incontinence relative et incontinence absolue. L'incontinence absolue existe lorsque même un minimum d'urine ne peut pas être retenu dans la vessie. L'incontinence relative est un état dans lequel le sphincter n'est capable que jusqu'à un certain degré d'empêcher l'écoulement involontaire du contenu de la vessie. Il faut aussi faire la différence entre l'incontinence réelle et un besoin irrésistible d'uriner, lequel est très fréquent. Les patientes ne sont pas aptes à établir cette distinction et on doit différencier les deux cas par un examen exact de l'état de la malade.

L'incontinence même peut être causée par le fait que le sphincter est devenu incapable, anatomiquement parlant (dilatation, déféctuosité, développement insuffisant), de remplir son rôle, ou bien aussi par le fait que des influences nerveuses entravent sa fonction. Ce que l'on nomme incontinence paradoxale se produit lorsque l'évacuation de la vessie est empêchée d'une manière continue, amenant la paralysie du détruseur. D'une part, le sphincter est maintenu ou-

vert par le trop-plein de la vessie; d'autre part, les mêmes causes qui affectent le détruseur, diminuent la fonction du sphincter. La vessie, gonflée au maximum, déborde tout simplement par l'arrivée de nouveau liquide venant des urètères sans que l'évacuation soit régulière et complète. Cette forme de l'incontinence survient dans les cas de strictures graves, de paralysie de la vessie d'origine spinale, ou de rétroflexion de l'utérus gravide, de rétroflexion et d'incarcération d'un utérus portant un gros myome.

La dilatation du canal uréthral de la femme peut s'étendre sur toute sa longueur ou n'atteindre que des parties déterminées de celui-ci. Dans le premier cas, il est question d'une dilatation générale, dans le second, d'une véritable uréthrocèle, c'est-à-dire d'un diverticule de l'urèthre.

La dilatation générale peut commencer de l'orifice externe ou être rétrograde; la dilatation dans le premier sens, provient, suivant les indications de la plupart des auteurs, du coït ou de la masturbation *per urethram*. Fritsch fait valoir avec raison, qu'il doit exister une certaine prédisposition, dans le cas de dilatation par suite de coït, c'est-à-dire d'extension sans altération notable du canal uréthral, prédisposition qui consiste dans le fait que le canal uréthral a déjà naturellement une dimension peu ordinaire.

Le coït *per urethram* a lieu lorsqu'il y a atrésie vaginale ou absence totale du vagin. Fritsch a observé dans un cas semblable les lésions encore fraîches à l'orifice externe et dans un second cas les cicatrices de ces lésions.

S'il n'existe pas de prédisposition naturelle, la dila-

tation peut aussi provenir de la masturbation *per urethram* exercée pendant des années.

Le fait est, que beaucoup de femmes supportent cette dilatation permanente de l'urèthre absolument sans symptômes et ne se plaignent ni de douleurs, ni d'incontinence. D'autres, il est vrai, éprouvent pendant l'introduction du pénis une forte douleur et en gardent comme conséquence différentes formes d'ischurie. Il est probable que le volume et la forme du pénis jouent un rôle important dans des cas semblables. Dans beaucoup de cas analogues, la femme ne se plaint au médecin que de stérilité. La dilatation totale rétrograde du canal uréthral provient de l'extraction par pression de pierres qui ont séjourné dans la vessie ou de tumeurs vésicales arrachées qui sont évacuées par l'urèthre. Si des corps très volumineux sont souvent poussés à travers le canal uréthral, cela donne lieu chaque fois à de très fortes douleurs accompagnées d'un sentiment de pesanteur et de contraction pénible. La conséquence de ce mode de dilatation est toujours une incontinence d'une durée plus ou moins longue, et les femmes restent très longtemps dans cet état, de sorte qu'elles ne peuvent retenir leur urine que pendant un temps très court.

Une autre forme de la dilatation rétrograde du canal uréthral est produite par la descente, par suite d'accouchement, de la paroi vaginale antérieure et de la vessie qui y est attachée.

Par le fait que la paroi inférieure de la vessie et qu'une grande partie de la paroi supérieure du canal uréthral tombent, mais que la paroi antérieure du canal est fixée à la symphyse, le canal uréthral prend une forme d'entonnoir, la grande circonférence de

l'entonnoir regardant la vessie. Par suite, la partie la plus importante du sphincter vésical, l'urèthre postérieur et le col de la vessie, sont tendus, occasionnant une incontinence relative, c'est-à-dire que, dans la position couchée, les patientes peuvent retenir leur urine, mais dans la position debout, principalement lorsque la pression du ventre, comme par exemple dans les accès de rire et de toux, agit, l'orifice externe seul n'est plus en état de résister à la pression de l'urine.

Il ne pourra être question d'un traitement de la dilatation générale antéro-postérieure du canal de l'urèthre en présence de symptômes non équivoques. Lorsqu'on fait par hasard la découverte d'un urèthre dilaté et que la patiente effectue depuis des années le coït sans inconvénients et sans dérangements consécutifs, il n'y a aucune raison d'agir.

Si, par contre, le canal uréthral est endommagé et enflammé par le traumatisme, et si l'incontinence subsiste encore, il faut recourir à un traitement approprié à cette affection.

Fréquemment la suppression de la cause mécanique suffit pour amener la guérison; on y contribue éventuellement par des injections astringentes dans l'urèthre.

Mais si l'incontinence reste en permanence en dépit de la guérison des altérations de la muqueuse, une opération peut seule être efficace.

Dans toutes les opérations de ce genre, il faut retenir tout d'abord le principe émis par Fritsch que les parties atteintes du rétrécissement sont principalement l'urèthre postérieur et le col de la vessie. C'est là que se trouve le sphincter principal de la vessie, au-

quel on peut attribuer une force de résistance suffisante. Preuves en soient d'une part les insuccès fréquents de toutes les autres opérations, qu'elles soient dirigées contre le rétrécissement du conduit urétral antérieur ou contre le déplacement et l'extension de l'orifice externe. (Il est vrai que dans ces sortes d'opération on obtient de beaux succès temporaires, mais ils disparaissent généralement lorsque la tuméfaction consécutive n'existe plus ; toujours est-il que tous ces procédés sont incertains.) D'autre part, on voit souvent, même dans des altérations complètes de l'urèthre antérieur ou de la dilatation totale de l'urèthre jusqu'à l'orifice interne, les patientes rester cependant absolument à l'abri de l'incontinence.

Si l'on veut par conséquent obtenir un succès certain et durable, il faut détacher l'urèthre du vagin, et après avoir pratiqué sur le vagin une incision longitudinale de longueur suffisante, on fait dans toute l'épaisseur de la paroi de l'urèthre postérieur, jusqu'au col de la vessie, une large excision. La suture complète de la blessure occasionnée s'effectue dans les meilleures conditions sur une sonde rigide que l'on y a introduite.

Fritsch a aussi exécuté cette opération en séparant l'urèthre et la vessie de la symphyse depuis l'incision vestibulaire et en faisant ainsi, à partir du haut, des excisions dans l'urèthre et la vessie.

En ce qui concerne le traitement consécutif, il faut certainement recommander de placer une sonde à demeure. Toutefois, on doit avoir la précaution, si l'on n'a pas opéré suivant le procédé de Fritsch et si, par conséquent, la ligne de suture est située à la paroi postérieure du canal urétral, de fixer l'extrémité

libre d'une sonde de Nélaton contre la symphyse, de manière à ce que l'extrémité libre de la sonde ne déchire pas la blessure. Cette précaution est évidemment inutile si l'on a opéré suivant Fritsch, la ligne de suture se trouvant à la paroi antérieure.

Mais l'on peut aussi, suivant le conseil de Fritsch, faire précéder l'opération de l'urèthre, de l'établissement d'une fistule vésico-vaginale, afin que la blessure urétrale puisse guérir sans perturbation. La fermeture de la fistule artificielle s'effectue très facilement une fois que l'urèthre est cicatrisé, ces fistules guérissant dans la règle par granulations jusqu'en un canal très fin.

Il suffit alors souvent d'une simple cautérisation de la fistule restante, pour amener la guérison. S'il est nécessaire, on fera l'avivement et une suture.

Une opération qui constitue une intervention moins importante, mais qui, par contre, n'est pas sûrement à l'abri des récidives, est la torsion du canal urétral selon Gersuny. On exécute cette opération de la manière suivante :

On fixe d'abord le bord de l'orifice externe au moyen de deux anses de fil ; ensuite l'orifice externe est découpé et l'urèthre tout entier avec la plus grande quantité possible du tissu environnant est rendu libre jusqu'à la vessie. On tourne alors le canal urétral au moyen des deux anses jusqu'à ce qu'une sonde mince puisse seule encore le traverser.

Là-dessus on fixe l'urèthre à l'aide d'une suture dans sa nouvelle position et on ferme la plaie opératoire. On peut aussi y laisser à demeure un fin cathéter, afin d'éviter le cathétérisme qui serait éventuellement nécessaire pendant la période de cicatrisation. Ce qui

dans ce procédé est désagréable, c'est la gangrène partielle de l'urèthre, qui peut parfois se produire; en outre, on a constaté des récurrences au bout d'un certain temps; mais on peut alors sans autre inconvénients répéter la même opération.

La dilatation rétrograde totale de l'urèthre, causée par le passage de pierres ou de tumeurs, n'atteint pour ainsi dire jamais ou très rarement seulement un degré tel qu'une intervention sanglante devienne indispensable, la cause n'étant pas permanente ou ne se reproduisant pas fréquemment. Ces incontinenances cessent, pour la plupart, spontanément.

En ce qui concerne maintenant l'étirement en forme d'entonnoir du canal urétral, par la descente de la paroi vaginale antérieure dans les suites de couches, il appartient à la thérapeutique habituelle d'intervenir, avec tous les moyens dont elle peut disposer, pour favoriser l'involution postpuerpérale des organes génitaux, comme par exemple les lavements au seigle ergoté, les injections astringentes dans le vagin, le tamponnage à la glycérine.

Mais si cet état persiste plus longtemps, on peut très bien ramener la continence jusqu'au moment de l'involution complète, en introduisant un pessaire dur. L'aide apportée au canal urétral par l'effet de la pression du pessaire suffit pour établir une fermeture complète de la vessie. Il va sans dire que l'on enlèvera le pessaire dès que l'involution des organes génitaux aura progressé suffisamment.

Aux formes déjà mentionnées d'incontinence, il y a lieu d'ajouter les deux suivantes :

Dans les suites de couches il peut se produire deux sortes d'incontinenances : elle peut provenir de la paré-

sie traumatique du sphincter, par suite de la pression de la tête ou de l'introduction d'instruments, ou, en cas de processus infectieux, de la parésie inflammatoire du même organe et cela soit que l'inflammation se porte directement sur la vessie et l'urèthre, soit que le sphincter soit distendu par œdème collatéral.

La thérapeutique de ce processus est purement expectative dans le cas de parésie traumatique; le sphincter se guérit relativement vite après les couches, du dommage qu'il en a subi. La parésie inflammatoire ne peut évidemment pas être traitée directement; cette sorte d'incontinence ne disparaîtra que lorsque le processus qui l'a causée aura disparu ou sera en voie de guérison.

Divers degrés aigus d'incontinence peuvent aussi être provoqués par le fait que des cicatrices du vagin arrivent jusqu'à l'urèthre et produisent un relâchement de ce dernier par la rétraction qui en résulte. Des cicatrices de ce genre peuvent résulter de lésions du vagin, causées par l'accouchement, ou bien elles peuvent subsister comme résidu d'opérations fistulaires, ou, enfin, ce sont des cicatrices dures restant de processus syphilitiques passés. Ces cicatrices altèrent le pouvoir occlusif du compresseur urétral, lorsqu'elles s'étendent directement de la lèvre antérieure du museau de tanche jusqu'à l'urèthre.

Le traitement consiste dans l'extension des cicatrices par un massage, ou bien il faut, si les cicatrices sont très fermes et résistent au massage, faire une incision à l'endroit le plus distendu; on peut, encore mieux, faire une excision complète de la cicatrice, remplacer la perte de tissu par des lambeaux qu'on a pris aux alentours, et laisser guérir par gra-

nulation les plaies résultant de l'ablation des lambeaux.

Albarran décrit un cas d'incontinence dans lequel il y avait absence totale du fornix antérieur, de sorte que le museau de tanche était directement en relation avec la partie antérieure de l'urèthre. La patiente pouvait, il est vrai, retenir l'urine dans la position couchée, mais debout il y avait incontinence absolue. L'utérus étant tout à fait mobile, Albarran explique l'apparition de l'incontinence en disant que par suite de la chute en avant de l'utérus, dans l'attitude perpendiculaire, le museau de tanche retombait en arrière, et ouvrait ainsi l'urèthre postérieur.

Dans des cas semblables, il ne peut être remédié que par la séparation de l'urèthre postérieur du museau de tanche, et par une opération plastique ayant pour but d'appliquer un lambeau entre le museau de tanche et l'urèthre.

Il y a parfois aussi incontinence lorsque l'urèthre a été déchiré longitudinalement par l'action des instruments dans les accouchements. Le canal urétral prend alors dans le vagin la forme d'une gouttière. Si à cette occasion une trop grande partie de l'urèthre n'a pas été endommagée, il suffit d'aviver les bords libres de la gouttière, et de faire la suture sur une sonde rigide qu'on y a introduite. Mais si une grande partie de la paroi urétrale a disparu, il faut remplacer la perte de substance en y adaptant des lambeaux. On peut, soit tailler les lambeaux sur les deux côtés, soit préparer sur l'un des côtés un grand lambeau aux dépens de la paroi vaginale; on le fait pivoter sur sa base, et on l'applique de manière à ce que la surface vive regarde en dehors; on le coud de l'autre

côté au côté correspondant du reste de l'urèthre que l'on a avivé.

Des incontinenes se produisent aussi par suite du manque de la plus grande partie de l'urèthre. Ces pertes de tissu peuvent être la suite de lésions traumatiques provoquées par l'accouchement, ou d'autres genres de blessures. Quelquefois ces défauts de l'urèthre peuvent avoir été occasionnés par l'enlèvement de tumeurs malignes.

La nouvelle formation d'un urèthre au moyen de la paroi vaginale, se fait sans grande difficulté si des cicatrices trop étendues n'ont pas atteint l'intégrité du tissu vaginal.

On peut préparer à nouveau soit des lambeaux bilatéraux ou un lambeau unilatéral. Éventuellement, on peut aussi employer le tégument de la vulve à la formation des lambeaux et à la reconstitution de l'urèthre.

Très souvent l'urèthre est rétabli, il est vrai, mais la fermeture n'est pas suffisante; on peut alors essayer de remplacer cette fermeture par un moyen mécanique; l'introduction d'un pessaire annulaire dur suffit parfois pour obtenir un résultat suffisant. Dans quelques cas, l'instrument figuré ci-contre m'a rendu de bons services (voir fig. 2). J'ai fait fixer un ressort d'acier à l'arçon épais d'un pessaire de Hodge, ressort qui remonte devant, et porte une petite pelote. Après avoir placé le pessaire, la pelote presse l'orifice extérieur contre la symphyse. Le ressort doit être d'une force suffisante pour que le détruseur puisse vaincre sa force occlusive. Dans un cas d'incontinence, Wertheim, après une opération plastique urétrale difficile, a fait établir un compresseur urétral comme suit: d'une ceinture descend une boucle à res-

sort qui porte une pelote fixée à un prolongement en forme de doigt recourbé dans la direction du vagin, pelote qui comprime l'urèthre dans le vestibule.

Si des compresseurs mécaniques de ce genre ne peuvent pas être fixés pour un motif quelconque, il faut faire porter aux patientes un urinal en caoutchouc tendre.

Une forme d'incontinence partielle peut enfin être causée par un urètre surnuméraire débouchant dans

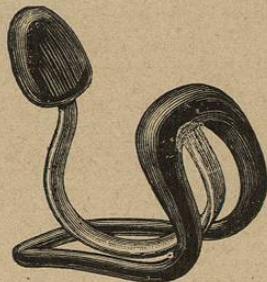


Fig. 2. — Pessaire annulaire à ressort pour fermer l'urèthre.

l'urèthre, ce qui fait que l'urine tombe goutte à goutte en permanence; à côté de cela, l'urine produite par les urétères débouchant dans la vessie, est évacuée régulièrement après les pauses ordinaires.

Le diagnostic se fait par l'examen endoscopique, et par le sondage de l'urètre surnuméraire. Pour guérir l'incontinence, on dissèque la portion vaginale de l'urètre, on résèque sa partie périphérique et on enfonce le moignon central dans la vessie en suturant cette dernière.

Si, en tout état de cause, il ne peut être question d'une opération plastique, on peut fermer la vessie

complètement contre le vagin, en avivant et en suturant, on établit ensuite une embouchure artificielle à la vessie, au-dessus de la symphyse. On opère soit par les procédés de Witzel ou de Zuckerkandl, soit d'après Alexander. Suivant ce dernier on fait après la fermeture vaginale de la vessie une section vésicale au-dessus de la symphyse, on fixe la vessie par plusieurs points de suture à l'extrémité inférieure de la plaie abdominale, on pratique une petite ouverture dans la vessie, et on fixe dans cette fistule vésicale un bouton d'ivoire en forme d'haltère, pourvu d'un canal longitudinal; ce bouton, grâce à sa forme, est maintenu dans la blessure lorsque celle-ci guérit par granulation. Au bouton est fixé un tuyau muni d'un robinet par lequel l'évacuation de l'urine a lieu dans les intervalles habituels.

On met dans le vagin, pour soulager en partie les sutures de fixation de la vessie, un anneau de Meyer ou un pessaire ovoïde.

IV

ÉNURÉSIS

On désigne sous le nom d'énurésis une forme spéciale d'incontinence. L'énurésis est cet état dans lequel la vessie n'est pas capable de retenir son contenu, quoique le besoin d'uriner ne soit pas augmenté, bien que la quantité d'urine ne dépasse pas la normale, et que le sphincter soit anatomiquement intact.

On distingue l'énurésis diurne, et l'énurésis nocturne.

L'*énurésis diurne* apparaît à deux degrés différents, soit comme incontinence relative, c'est-à-dire que le sphincter ne refuse d'agir qu'au moment d'exigences soudaines et impérieuses, ainsi lors d'accès d'éternuement, ou à la selle, etc., soit que l'urine tombe goutte à goutte en permanence. La première forme apparaît parfois dans les suites de couches tardives et se maintient alors pendant quelque temps. Le traitement le mieux approprié consiste dans le massage de l'urèthre suivant la prescription de Thure Brandt (massages avec vibrations d'arrière en avant). La seconde forme fut observée dans un cas de bactériurie et disparut à la guérison de cette affection.

L'*énurésis nocturne* apparaît dans la règle comme

suit : pendant les premières heures de la nuit ou vers le matin ou dans des cas plus rares plusieurs fois pendant la nuit, la vessie se vide soudainement d'un seul coup, sans que l'individu en ait conscience. Cette forme d'incontinence est en elle-même une affection extrêmement gênante, parce que le lit de la patiente et ses alentours prennent une odeur pénétrante d'urine qu'aucun moyen ne parvient à chasser.

Il est important de distinguer deux formes d'énurésis nocturne, l'une ayant pour cause des modifications anatomiques déterminées de l'appareil urinaire ou de ses annexes, tandis que l'autre ne permet pas de déceler de modifications anatomiques, et repose par conséquent sur des troubles nerveux ou tropho-neurotiques.

Les modifications anatomiques qui peuvent entraîner une énurésis nocturne sont les suivantes : adhérence du clitoris au prépuce, soudure de l'urèthre avec les replis aboutissant à l'hymen, ectropion de la muqueuse de l'orifice externe. Enfin j'ai observé dans des cas rebelles d'énurésis nocturne, qu'à l'examen cystoscopique, le bord de l'orifice interne n'était pas séparé comme d'habitude de la muqueuse vésicale par un liséré rougeâtre, mais que des prolongements de l'épithélium urétral s'étendaient de l'orifice vers le trigone; leur ablation mit fin aux symptômes douloureux.

Les formes d'énurésis dans lesquelles des altérations anatomiques d'autres parties du corps sont en corrélation avec la maladie constituent une sorte de transition entre ce groupe et le groupe nerveux d'énurésis. On observe des énurésis chez les individus qui sont obligés de respirer par la bouche par hypertro-