

les rapports sexuels, ni pendant l'accouchement; ils sont néanmoins plus particulièrement prédisposés aux prolapsus, et il est alors fort difficile d'y remédier.

*L'étroitesse congénitale du vagin* constituant un véritable empêchement à l'accomplissement des devoirs conjugaux, n'est pas fréquente. J'ai observé le cas d'une femme, qui avait été mariée pendant 20 ans, et chez laquelle le vagin n'admettait que le passage d'une sonde numéro 9. La menstruation était régulière et, on pouvait reconnaître par le rectum un utérus de proportions normales. Pendant la vie maritale de cette malade les rapports sexuels ne s'effectuaient qu'à de longs intervalles, et pendant les trois ou quatre jours qui suivaient, elle ne pouvait retenir son urine. L'urètre était dilaté et flasque, et je ne mets pas en doute, d'après l'aspect des parties, que pendant le coït le pénis s'introduisit dans le canal urétral. Dans ces cas d'étroitesse congénitale du vagin, la dilatation lente et graduelle, au moyen de tiges en verre ou en ébène, peut être suivie d'une amélioration évidente.

Je n'ai observé que deux exemples de *vagin double*; cette malformation provient naturellement de l'extension vers le bas de la cloison d'un utérus bifide, et par conséquent d'un arrêt de développement ou d'une régression au type des organes que l'on rencontre chez les animaux inférieurs. L'intervention opératoire doit consister à diviser la cloison vaginale jusqu'à la hauteur des lèvres du col utérin.

Dans un des cas que j'ai observés, il se produisit l'incident ridicule suivant: le praticien cherchait à déterminer la présentation par le toucher dans une des moitiés du vagin, tandis que l'enfant avançait lentement de l'autre côté de la cloison.

## IV

## Maladies de l'urètre et de la vessie

**Urétrite.** — L'urètre est toujours plus ou moins intéressé dans toute inflammation aiguë du vagin et, dans la période de début de la gonorrhée, c'est l'urétrite qui provoque les symptômes les plus pénibles. L'application d'un suppositoire morphiné est le traitement qui procure dans ces cas le plus de soulagement. Après cette période aiguë il persiste toujours une urétrite chronique, très pénible pour la malade, mais dont la guérison s'obtient facilement par la cautérisation du canal avec une solution par parties égales d'acide phénique et de glycérine, que l'on applique au moyen d'une sonde entourée de coton.

Nous avons déjà décrit les différentes formes de dilatation de l'urètre et des tumeurs urétrales en parlant du méat urinaire et des prolapsus du vagin, par conséquent nous n'y reviendrons pas.

**Incontinence d'urine.** — Je désire parler ici d'une autre affection, dont la cause ne réside pas toujours dans l'urètre, mais que je ne puis placer dans un autre chapitre, je veux parler de *l'incontinence d'urine*. Nous pouvons répartir tous ces cas dans deux catégories; ceux chez lesquels il existe un suintement continu de l'urine, et ceux où l'urine peut être retenue pendant quelque temps, avant d'être évacuée involontairement à intervalles irréguliers. Dans la première forme, nous trouverons qu'il s'agit soit d'un simple symptôme dépendant de quelque affection du système nerveux central, soit d'une incontinence provenant de quelque lésion du canal urétral ou



d'une distension exagérée de la vessie. Lorsque l'incontinence se trouve être sous la dépendance d'une lésion centrale, le cas ne sera du ressort du gynécologue que s'il s'agit d'employer quelque moyen mécanique pour atténuer ce désagréable symptôme. Je me suis toujours opposé à l'emploi de tout appareil compressif sur l'urèthre, je recommande l'usage de la poche urinaire à moins que la malade ne doive garder le lit, car dans ce cas les cathéters du D<sup>r</sup> *Napier* seront d'une grande utilité et ne présenteront aucun danger.

Lorsque l'incontinence est consécutive à quelque lésion mécanique du sphincter, on reconnaîtra presque toujours que la cause en est due à l'introduction dans l'urèthre de quelque corps étranger ou d'un instrument.

Je me souviens d'une malade, chez laquelle il existait une incontinence d'urine permanente, causée par le séjour pendant plusieurs mois d'un manche de parasol dans l'urèthre et j'ai déjà parlé d'une autre incontinence temporaire chez une femme affectée d'étroitesse congénitale du vagin, où l'urèthre tenait lieu de ce conduit. D'autres fois l'incontinence permanente survient après la dilatation de l'urèthre pratiquée pour explorer la vessie ou en extraire des tumeurs ou des corps étrangers. Cette pratique introduite en gynécologie par *Simon* n'est pas du tout inoffensive, même lorsqu'elle est exécutée avec les plus grandes précautions. J'ai observé trois fois l'incontinence consécutive à cette dilatation, un de ces cas est survenu dans ma propre pratique. Je me demande si une incision faite à la hauteur du col vésical ne serait pas une pratique préférable et plus rationnelle que la dilatation, car dans ce cas il sera toujours facile de refermer la fistule, tandis que je ne connais aucun moyen pour remédier à une incontinence d'urine consécutive à la dilatation forcée. Un procédé, que j'ai essayé plusieurs fois et qui m'avait été suggéré par Sir *Spencer Wells*, — l'application d'un cautère sur le côté du sphincter — échoua complètement.

L'incontinence permanente est parfois la conséquence, comme chez l'homme d'ailleurs, d'une distension exagérée de la vessie. J'en ai vu dernièrement un bel exemple chez une jeune dame âgée de vingt-deux ans. Une petite quantité d'urine qu'elle m'apporta ayant un poids spécifique de 1005, je soupçonnai immédiatement qu'elle me trompait en diluant son urine, car elle n'accusait pas d'autres symptômes que son incontinence. Après avoir couché ma malade sur le divan de mon cabinet de consultation, je vis l'urine s'échapper du méat et j'introduisis un cathéter dans la vessie dans le but de recueillir une petite quantité de ce liquide. Quelle ne fut pas ma surprise, en retirant près de 900 grammes d'urine limpide, ayant exactement le même poids spécifique que celle qu'elle m'avait apportée. Je lui enseignai à se servir de la sonde, je lui recommandai de l'employer toutes les 4 ou 5 heures et de cette manière elle eut une existence relativement confortable.

L'incontinence d'urine est très fréquente chez les jeunes enfants avant la puberté, et dans la majorité des cas elle est due à une habitude de paresse, en ce qu'ils préfèrent rester au lit plutôt que de se lever pour uriner. Il ne faut pas les punir, mais plutôt agir sur eux par influence morale, et on doit surtout prendre soin de les faire lever de très bonne heure. Dans d'autres cas il s'agit d'une véritable infirmité physique, accompagnée souvent d'une intelligence bornée; l'incontinence peut alors se prolonger au delà de la puberté et devenir absolument incurable.

Les femmes enceintes, ou celles qui ont eu un grand nombre d'enfants sont parfois sujettes à une incontinence temporaire, et dans ces cas j'ai souvent obtenu une guérison durable par l'emploi du pessaire en boule de buis, dont j'ai déjà parlé à propos de la cystocèle.

**Ulcerations bénignes de la vessie.** — La vessie peut devenir le siège de deux variétés d'ulcerations non malignes, dont



la première est de beaucoup la plus fréquente. Elle consiste dans la destruction de la muqueuse sous forme de plaques, qui varient grandement de volume et d'aspect, et qui siègent habituellement sur le bas fond de l'organe. Elle est toujours accompagnée de cystite chronique, l'urine devient visqueuse, purulente, albumineuse et ammoniacale, la vessie est douloureuse à la pression et incapable d'une distension prolongée. L'emploi de suppositoires contenant de la morphine ou de l'extrait de belladone calmera les douleurs, mais la guérison ne pourra être obtenue que par un traitement prolongé de l'affection vésicale. On commencera par prescrire matin et soir des lavages avec une solution phéniquée à 20/0, jusqu'à ce que l'urine ait perdu son caractère ammoniacal, puis ensuite on emploiera régulièrement les injections à la solution d'acétate de plomb. Parfois on sera obligé de prescrire des astringents plus énergiques, comme le nitrate d'argent, mais on ne saurait employer trop de précautions avec ce dernier médicament.

La seconde forme d'ulcération vésicale est très rare et la dénomination qui lui convient le mieux est celle d'*ulcère chronique perforant*. Elle ressemble beaucoup par ses caractères anatomiques et par son évolution à l'ulcère rond de l'estomac et *Rokitansky* nous dit qu'il peut aussi aboutir à une terminaison fatale par perforation et péritonite généralisée. Son siège de préférence semble être le col de la vessie; elle occasionne des souffrances atroces, presque continuelles et l'emploi des narcotiques devient indispensable. La douleur augmente au moment de la miction; celle-ci est alors suivie de quelques minutes de tranquillité relative tant que le réservoir urinaire est à l'état de vacuité, puis la douleur recommence dès que l'urine distend de nouveau la vessie. Ces symptômes rendent assez facile le diagnostic différentiel de cette affection avec les calculs vésicaux, et l'absence de produits anormaux dans l'urine à l'exception du sang permet facile-

ment de la distinguer de l'autre forme d'ulcération, accompagnant la cystite chronique.

Le seul *traitement* rationnel de cette douloureuse affection a été conseillé par Sir *James Simpson* et publié par moi-même après avoir assisté à sa mise en pratique (1). Il consiste à créer une fistule vésico-vaginale qui restera ouverte pendant plusieurs mois dans le but de procurer une tranquillité absolue à la vessie.

J'obtins le même résultat à l'aide d'un procédé différent, chez une dame du Derbyshire qui vint me consulter il y a une dizaine d'années; elle souffrait de symptômes vésicaux et d'une albuminurie très intense. Elle avait été condamnée comme brightique, mais les troubles vésicaux me décidèrent à dilater le canal de l'urèthre et à rechercher la présence d'un ulcère perforant. Je le trouvai en effet siégeant sur la face postéro-supérieure de la vessie.

La dilatation forcée fut suivie d'une incontinence permanente et le repos ainsi obtenu permit la guérison de l'ulcère; le sang a complètement disparu de l'urine, il ne s'y trouve que du pus; j'espère obtenir avec le temps une guérison définitive. Sir *James Simpson* vit la malade avec moi et au début nous avions craint tous deux que cette ulcération fût de nature cancéreuse.

**Rétraction atrophique de la vessie.** — Il existe une autre affection vésicale assez rare, qui d'après mes recherches n'a pas encore été décrite jusqu'à présent. Je me hasarde à lui donner le nom de *rétraction atrophique de la vessie*, car les modifications de structure, de quelque nature quelles soient, réduisent son volume de sorte qu'elle ne peut contenir plus de 40 ou 50 grammes de liquide. La malade urine continuellement.

J'ai exploré la vessie dans un ou deux de ces cas et j'ai constaté qu'il n'existait aucune lésion, mais en même temps j'ai

(1) *Lancet*, Novembre 1870.



dû reconnaître mon impuissance absolue au point de vue du traitement.

La nécrose, suivie de l'élimination de tout le revêtement muqueux de la vessie, survenant après l'accouchement, par distension exagérée et prolongée, est un accident heureusement fort rare, mais bien réel. J'ai été appelé deux fois en consultation pour des cas d'incontinence d'urine *post partum*, causés uniquement par la surdistension de la vessie, qui remontait jusqu'au niveau de l'ombilic. Cet état durait depuis plusieurs jours et les malheureux praticiens ne l'avaient pas reconnu. Chez l'une de ces malades toute la muqueuse se sphacéla et fut éliminée par l'urèthre, quelques heures avant la mort.

**Calculs vésicaux.** — Les calculs vésicaux se rencontrent beaucoup moins fréquemment chez la femme que chez l'homme, les raisons en sont surtout anatomiques, et les symptômes auxquels ils donnent lieu sont rarement aussi graves que chez l'autre sexe. Je n'ai pas ici à discuter la nature et les caractères des différentes espèces de calculs; d'après ma propre expérience le calcul tendre d'acide urique est de beaucoup le plus fréquent tant que la concrétion n'est pas due à la présence d'un corps étranger, car dans ce dernier cas elle est toujours phosphatique. Le diagnostic n'offre aucune difficulté, car, à moins que le calcul soit peu volumineux ou que les parois vésicales soient très épaisses, on pourra toujours constater sa présence par le toucher vaginal. Le symptôme le plus caractéristique est la douleur immédiatement après la miction, dès que la vessie est vidée, et dans ces cas on doit de suite pratiquer une exploration minutieuse à l'aide des sondes en plomb de *Napier*. On pourra faire l'extraction après dilatation préalable de l'urèthre, mais c'est toujours un procédé peu sûr et dangereux quant à ses conséquences; il est préférable d'avoir toujours recours à la lithotritie dès que le diamètre du calcul atteint 15 millimètres.

Dans la grande majorité des cas, on constatera que le calcul est dû à la présence d'un corps étranger dans la vessie, très souvent d'une aiguille à cheveux. J'en ai retiré une dizaine, toutes fortement incrustées de sels calcaires, et jamais aucune de ces malades ne me donna l'explication de cet accident. On devra toujours recourir à la taille dès que le lithotriteur ne donne pas de résultats, car dans ces cas on se trouve toujours en présence d'un corps étranger. La plaie sera refermée tout de suite après l'extraction.

J'ai été obligé une fois de faire une taille sus-pubienne sur une malade, chez laquelle j'avais dû auparavant reconstituer une nouvelle vessie après un accouchement laborieux. Il s'était formé un calcul volumineux dans cette nouvelle poche urinaire et, de peur de ne pouvoir refermer la plaie vaginale, je préférai opérer par le pubis, j'obtins d'ailleurs un résultat très satisfaisant.

**Tumeurs vésicales.** — Les *polypes de la vessie* sont rares, je n'en ai observé qu'un seul cas. J'avais constaté un épaississement notable de la paroi antérieure du vagin, et, après avoir dilaté l'urèthre, je découvris une petite tumeur pédiculisée, siégeant sur le col de la vessie. Je l'enlevai avec l'écraseur et je trouvai qu'il s'agissait d'un polype myomateux, semblable à ceux que l'on rencontre si fréquemment dans l'utérus. Depuis lors la malade ne présenta plus d'hématurie et guérit rapidement.

Le *cancer de la vessie* est le plus souvent secondaire, il n'est qu'une extension du cancer utérin, mais on peut aussi le rencontrer comme affection primaire; j'en ai vu encore dernièrement un cas chez une dame âgée de 70 ans.

Le *cancer vilieux* est une forme exceptionnelle, il se rencontre sur l'intestin et moins rarement dans la vessie. Je n'ai jamais eu l'occasion d'en observer un seul cas, par conséquent je citerai simplement le résumé suivant de la descrip-



tion que nous a donnée mon ami M. *Joseph Bell*, d'Édimbourg (1).

« Plus des trois quarts de la surface vésicale étaient recouverts de productions finement villoses, ressemblant aux poils d'un velours très épais, s'élevant directement de la muqueuse et pédiculées. Ces villosités étaient ramifiées et munies de prolongements en forme de massue, elles étaient formées de petites cellules, transparentes, très serrées et infiltrant aussi la muqueuse voisine ».

On a mentionné des cas d'absence congénitale de la vessie, les uretères s'ouvrent alors directement dans l'urèthre ou dans le rectum. Le vice de conformation qui se rencontre le plus fréquemment consiste en un défaut de fermeture ou de réunion de la paroi vésicale antérieure; il s'agit alors d'une véritable *ectropie* de la paroi postérieure et du trigone, les deux uretères se présentant sous la forme de deux papilles dans cette masse rouge fongueuse. Cette malformation n'est pas comme chez l'homme une cause inévitable de stérilité, ces femmes peuvent devenir mères. Quelques chirurgiens modernes, tout particulièrement le professeur *John Wood*, du King's College de Londres et le professeur *Simon* d'Heidelberg nous ont enseigné les méthodes à suivre pour remédier à cette terrible infirmité. On trouvera dans leurs ouvrages spéciaux la description des opérations plastiques que ces deux auteurs recommandent pour atteindre ce but; elles ne peuvent rentrer dans le domaine de ce livre, d'autant moins que je n'ai aucune expérience à ce sujet.

J'ai observé deux cas très curieux, dont je désire donner la description ici, ne sachant comment les classer. Ils ne sont caractérisés que par un seul et unique symptôme: un *écoulement très abondant de liquide clair par le vagin*.

(1) *Edinburgh Medical Journal*, 1864.

I. — Dans le premier cas il s'agissait d'une dame d'environ 60 ans, très forte, de constitution goutteuse bien évidente, chez laquelle ces symptômes duraient depuis plus de trente ans, et qui avait été soignée par un grand nombre de praticiens sans en retirer aucun bénéfice. Pendant des semaines elle se trouvait parfaitement bien, puis tout à coup survenait l'écoulement par le vagin d'un liquide clair, qui non seulement tachait son linge, mais inondait littéralement l'endroit de la chambre où elle était assise, de telle sorte qu'elle en évaluait à 13 ou 15 litres la quantité totale perdue à chaque séance. Sa santé restait d'ailleurs excellente.

Bien des explications diverses avaient été proposées sur l'origine de cette hydropisie; l'opinion générale était qu'elle provenait de l'utérus; quelques chirurgiens l'attribuaient à une polyurie excessive. Lorsque la malade vint me voir pour la première fois, il y a 6 ou 7 ans, mon premier effort fut d'établir l'origine exacte de ce liquide, et par un emploi fort simple du spéculum je m'assurai bientôt qu'il ne provenait ni de l'utérus, ni de la vessie, mais de deux petits orifices, situés de chaque côté de l'urèthre, qui sans aucun doute représentaient les restes des *canaux de Gaertner*. Je détruisis ces deux ouvertures par l'application du thermocautère de *Paquelin* et j'obtins pour quelque temps l'arrêt de l'écoulement. Mais après peu de temps les malaises se reproduisirent si intenses, qu'il était à craindre que ma malade ne devint sérieusement malade si le cours du liquide ne se rétablissait pas; c'est ce qui survint à la suite de la rupture des canaux.

Je procédai encore plus d'une fois à leur fermeture, mais ils se rouvrirent toujours après quelques jours de malaise grave et de vives souffrances.

En faisant des recherches dans la littérature qui se rapporte à cette question, je trouvai que *Schuller* et *Hocks* avaient mentionné des exemples de persistance des canaux de Gaertner chez la femme, mais elle avait été découverte par pur hasard et elle n'avait eu aucune importance pathologique. *Morison Watson* a aussi décrit des cas analogues (1), et il suppose qu'il existe dans ces cas, ainsi que je l'ai fait entendre, une communication directe avec la cavité péritonéale, et que le liquide qui s'écoule est probablement la sérosité de cette membrane. L'analyse chimique du liquide démontrait une petite quantité d'albumine, du chlorure de sodium, des

(1) *Journal of Anatomy and Physiology*.



sels de potasse et l'absence complète de toute trace d'urée.

Si ma malade avait été plus jeune, je lui aurais fait la laparotomie dans le but de fermer les canaux en enlevant les ligaments larges, mais à son âge et vu son état général il ne pouvait en être question, de sorte que cette pauvre dame, âgée de plus de 70 ans, est encore dans la même situation.

II. — Dans mon second cas il s'agissait d'une jeune dame mariée, âgée de 28 ans, qui me fut envoyée en 1884 par le Dr Roberts, de Chester. Lorsque je la vis pour la première fois, au mois de mars, je me trouvai d'accord avec le Dr Roberts qui avait diagnostiqué un hydrosalpinx, dans lequel le liquide s'accumulait en grande quantité avant d'être évacué à travers l'utérus. Il existait une masse bien distincte dans le petit bassin, et une zone de matité, dans la partie inférieure de l'abdomen, donnait l'impression qu'il devait exister là un kyste mou, à moitié rempli de liquide; je conseillai par conséquent la laparotomie. A l'ouverture de l'abdomen je ne trouvai, à ma grande surprise, aucune dilatation tubaire, mais les deux ovaires étaient augmentés de volume, car ils pesaient un peu plus de 60 grammes. Je cherchai avec beaucoup de soin sur toute l'étendue des ligaments larges, si je ne pouvais découvrir aucune trace du canal dilaté de Gaertner, mais il n'y avait rien de semblable.

Avec l'assentiment du Dr Roberts, et voyant qu'il n'y avait pas autre chose à faire, j'enlevai de chaque côté les annexes de l'utérus, aussi près de cet organe que je pus le faire. Notre malade fit une guérison très rapide, rentra chez elle et resta parfaitement bien jusqu'au milieu de mai. Je reçus alors, à mon grand désappointement, une lettre du Dr Roberts qui m'annonçait que l'écoulement s'était reproduit le 13, pas tout à fait aussi abondant, mais accompagné d'autant, si ce n'est davantage de douleurs. « C'est, ajouta-t-il, un cas bien embarrassant ».

J'appris plus tard qu'elle avait expulsé un petit calcul rénal, mais je ne vois aucune relation de cet incident avec la quantité de liquide qui s'écoulait par son vagin. Ce liquide n'avait aucun caractère rénal et ne provenait pas de la vessie.

J'ai eu d'autres informations d'elle depuis lors, elle se trouvait grandement améliorée par l'arrêt de sa menstruation. Enfin dans sa dernière lettre elle dit: « C'est à peine si vous me reconnaissez, je suis actuellement très bien portante, et toutes les apparences de l'hydorrhée ont depuis longtemps cessé.

Dans ce dernier cas l'origine du liquide est restée inconnue, mais je suis tout à fait disposé à le considérer comme

l'analogue du premier. Il est absolument certain que je ne réussis pas à découvrir l'orifice des canaux de Gaertner, mais je suis convaincu que la guérison a été due à l'enlèvement des annexes de l'utérus et à la destruction des ligaments larges.