

sont des moyens puissants, énergiques, et même trop énergiques : c'est pourquoi il faut bien user de ces moyens et remplir les indications et les modifications que réclame leur usage, et d'où dépendent les succès. » (*Gazette des hôp.*, 1844, p. 83.)

La paralysie de la vessie par lésion traumatique de la moelle épinière peut encore avoir lieu dans la courbure violente de l'épine, lorsque la substance médullaire a souffert une grande distension. « La paralysie de la vessie chez les vieillards, dit J.-P. Frank, peut dépendre du raccourcissement et du rétrécissement du canal vertébral : car les conduits osseux se rétrécissent, s'oblitérent même par les progrès de l'âge. »

b. *Résultat d'une affection organique.* Dans la plupart des cas, avons-nous dit, ce sont les violences extérieures qui produisent les affections de la moelle qui ont pour résultat la paralysie de la vessie. Mais quelquefois aussi, c'est une maladie organique, aiguë ou chronique de la moelle, sans lésion traumatique qui la détermine. Presque toujours cette paralysie se montre dans la myélite. Dans les affections chroniques du cordon rachidien, le degré de paralysie de la vessie est ordinairement proportionné au développement de la lésion première ; mais ici les choses sont loin de se passer de la même manière que dans les cas où il y a commotion ou contusion. La paralysie, au lieu de survenir brusquement, se développe d'une manière lente et insensible. Quelquefois les malades ne s'aperçoivent d'aucun dérangement dans les fonctions de l'appareil urinaire, et ne sont avertis que par la distension du ventre et par l'apparition d'une tumeur à l'hypogastre. Alors seulement, et surtout quand on les met sur la voie, ils se souviennent que, depuis long-temps, ils urinaient avec plus de lenteur, que le liquide coulait par un jet plus faible, et que des efforts prolongés étaient nécessaires pour le faire sortir. Chez quelques-uns, ajoute M. Civiale, il y a d'abord une espèce de rétention, qui cesse bientôt d'elle-même, et à laquelle succède l'incontinence ; mais comme ils n'en souffrent

pas, ils attachent peu d'importance à ces incommodités. Le fait suivant, rapporté par cet auteur, mérite d'être consigné ici, à cause de la fréquence des cas analogues qui se montrent dans la pratique journalière.

Obs. 10. « J'ai été consulté naguère par un homme d'une quarantaine d'années, affecté depuis quinze ans d'une maladie grave de la moelle épinière. Cet homme éprouve de grandes difficultés pour rendre l'urine et les matières fécales ; pendant la nuit, l'urine coule continuellement, et, dans la journée, elle sort par un petit jet que le malade obtient avec effort. Lorsqu'il est couché, il soulève le bassin en se tenant sur ses poignets et pousse autant qu'il le peut ; le liquide s'échappe par un filet grêle et souvent interrompu. Mais, en s'y prenant à plusieurs fois, le malade parvient à rendre jusqu'à un verre d'urine. Il croyait être atteint de la pierre, en raison de quelques sensations pénibles qui se manifestaient depuis plusieurs mois à la région vésicale. Rien dans les symptômes ne pouvait me faire soupçonner l'existence d'un corps étranger, je n'introduisis la sonde que pour rassurer l'imagination et reconnaître si la vessie se vidait entièrement, ce qui me paraissait douteux, malgré les affirmations du malade. En effet, l'instrument fit sortir une pinte et demie d'urine colorée et légèrement fétide. C'est à cet amas d'urine, dont la vessie ne pouvait se débarrasser malgré tous les efforts, qu'il fallait attribuer les sensations pénibles. Je prescrivis d'introduire la sonde deux fois par jour au moins, et de nettoyer de temps en temps la vessie par des injections. La maladie principale ne permettait pas d'espérer de ces moyens autre chose qu'une simple palliation. » (*Civiale*, t. III, p. 213.)

Dans les affections dont il s'agit, le traitement principal ne doit point être dirigé contre la paralysie, qui n'est qu'un symptôme, mais contre la lésion rachidienne. Cependant, bien que la paralysie ne soit que secondaire, on devra, par un traitement local approprié, chercher à ranimer la contractilité du viscère ; nous devons dire ici qu'on y parvient

rarement d'une manière complète. M. Toulmouche a rapporté dans la *Gazette médicale*, 1841, p. 72, un cas d'inertie vésicale et de paraplégie dues à une maladie des enveloppes de la moelle épinière ; cas dans lequel la teinture de cantharides, administrée à la dose de huit gouttes d'abord, et portée progressivement à celle de six grammes, fit cesser la difficulté d'uriner.

C. *Paralysie de la vessie par suite d'une affection des nerfs de la vessie.* Nous terminerons ce qui est relatif à la paralysie du corps de la vessie due à une affection du système nerveux, aux maladies des nerfs de la vessie eux-mêmes, à leur origine, ou après leur sortie du canal rachidien, et dans leur trajet.

La compression des nerfs qui se rendent à la vessie peut être produite par différentes causes ; d'abord, par le gonflement des os qui forment le conduit qui leur donne passage. Dans l'ankylose des vertèbres, les nerfs qui sortent des trous de conjugaison doivent être facilement comprimés (Frank) par l'affaissement ou le changement de forme déterminé par l'érosion du corps des vertèbres, et suivi d'une espèce particulière de gibbosité, etc. Cette espèce de rétention d'urine peut être aussi l'effet de tumeurs, soit squirrheuses, soit stéatomateuses, ou de toute autre nature, situées sur le trajet des nerfs qui se distribuent à la vessie. Il n'est pas nécessaire que tous les nerfs qui se ramifient dans ce viscère soient affectés, pour que cet effet ait lieu ; la compression de quelques-uns de ces filets nerveux suffit pour affaiblir l'action de la vessie, et la rendre impuissante contre la résistance naturelle que les urines trouvent à leur passage (Desault).

Lorsqu'il y a eu inflammation des nerfs ou de leur enveloppe, il peut arriver que le pus, emprisonné dans leur gaine, les comprime et cause ainsi la paralysie de la vessie. Nous citerons en entier, malgré son étendue, le fait suivant, recueilli dans le service de M. Pariset, à la Salpêtrière, par M. Deschamps, interne du service, et relatif à la compression des nerfs de la vessie par la présence du pus dans le canal sacré et dans le névrilème.

III.

Cas de paralysie générale ; ramollissement des circonvolutions cérébrales ; eschare au sacrum ; méningite rachidienne et de la base de l'encéphale.

Obs. 11. « Rosalie R***, âgée de vingt-huit ans, couturière, entrée à l'hôpital le 27 septembre 1855.

» Douée d'une constitution délicate, nerveuse, elle n'est plus réglée depuis quatre ans. Sa famille ne possède pas d'aliénés ; elle a éprouvé les alternatives d'une honnête aisance et de la misère : elle se présente à notre investigation avec un trouble notable dans la sensibilité générale. Quand on la pince, elle n'éprouve qu'une légère sensation douloureuse qu'elle exprime par des paroles brèves, saccadées, tremblantes. A l'état de repos, sa figure pâle porte l'empreinte de la stupidité, ses membres restent calmes ; mais la fait-on agir, aussitôt un tremblement général se manifeste, et ses jambes, vacillantes comme sa voix, peuvent à peine la soutenir ; sa démarche représente l'image parfaite des mouvements locomoteurs déréglés d'une femme avancée en âge. La claudication qui s'ajoute à cette faiblesse musculaire, tient aux douleurs que lui fait éprouver un ulcère dont le siège est sur le pied droit. Les membres thoraciques semblent porter à la bouche, avec regret, la nourriture qu'on l'oblige à prendre ; ils sont en proie à une agitation extrême. Au milieu de ce cortège de symptômes, l'intelligence est restée intacte : en effet, le peu de mots que la malade articule avec difficulté, sont des paroles raisonnables. Aucun dérangement ne s'observe dans les fonctions digestives, respiratoires, urinaires et circulatoires. (*La méthode révulsive doit faire la base du traitement, vésicatoire à la nuque, tis., chicorée avec sirop de ch., bains, légères douches.*)

» 5 octobre. La malade est couchée ; somnolence ; depuis 24 heures elle n'a pas uriné ; constipation ; insensibilité plus vive à différents agents, quoique les expériences soient faites sur le trajet bien connu des filets nerveux ; voix tremblante et articulation des mots plus difficile ; elle refuse de boire, on parvient à vaincre son obstination. Tumeur ovoïde qui

proémine à la région hypogastrique, indolore à une pression assez considérable : elle parait être formée par la vessie distendue par l'urine accumulée dans son intérieur. Une sonde introduite, il s'écoule un liquide clair, non pas tout à fait diaphane, il est troublé par un léger éncôreme de mucus floconneux. A mesure que l'urine s'épanche, la tumeur située au-dessus du pubis s'affaisse et disparaît complètement. L'exutoire fournit un pus crémeux, louable, abondant. (*Lavements émollients, tis. laxative.*)

» 4 octobre. Aucune trace de rétention urinaire; la malade se lève, possède toujours une démarche vacillante mais sans vestige de claudication. L'ulcère fournit beaucoup de matières ichoreuses et fétides. Cette ulcération, de la grandeur d'une pièce de cinq francs, siège sur le dos du pied; sa teinte est livide, blafarde; des chairs fongueuses et saignantes apparaissent sous forme de bourgeons entre lesquels est répandue cette humeur sanio-purulente.

» 8 octobre. Elle passe à l'infirmerie pour être traitée de son ulcère. Ses facultés intellectuelles sont troublées; elle donne des signes de monomanie aiguë, dont l'objet est l'ambition des grandeurs.

» 9 novembre. Facies pâle, mélancolie; paroles brèves, rares, difficiles; l'insensibilité générale de l'enveloppe cutanée persiste à tel degré, que la malade ne sent plus rien des tortures qu'on lui fait endurer; muscles sourciliers fortement contractés en notre présence; les membres se meuvent; quand on les éloigne ils se rapprochent, non par un mouvement purement automatique, mais sous l'influence manifeste de la volonté.

» Le soir, agitation extrême des extrémités pelviennes.

» 10 novembre. Dyspnée, pouls irrégulier, agitation des membres abdominaux offrant des intermittences; décubitus sur le dos; délire violent cette nuit; ces hurlements, ces cris nocturnes contrastent beaucoup avec l'état de calme et la difficulté de la parole durant notre visite; les excréments alvins et urinaux se font sans que la malade en ait conscience; elle gâte, suivant l'expression technique d'hôpital; anosmie; illusions plutôt

qu'hallucinations... *La paille de son lit est un doux lit de plume... Ses doigts sont des parents qui la servent...* Fausses perceptions de l'intelligence qui annoncent une altération du cerveau d'après les idées de M. Esquirol.

» *Diagnostic.* Encéphalite chronique de la couche corticale des circonvolutions cérébrales.

» Jusqu'au 19. Mélancolie profonde; aphonie incomplète; prononciation tremblante, inintelligible; indifférence extrême pour la vie. C'est à l'aide de sévères réprimandes, et en la menaçant de lavements nutritifs, qu'elle se décide à prendre quelque peu de nourriture; des phénomènes spasmodiques au pharynx entravent légèrement la déglutition; pouls irrégulier, il offre 149 battements; la malade gâte toujours, mais les matières excrémentielles sont homogènes, normales; les membres pelviens soutiennent à peine le poids du corps; la maladie semble épargner les bras, qui, continuellement agités, soulèvent les couvertures; peau moite; carpologie; soubresauts des tendons; coma.

» 20 novembre. La surface ulcérée est guérie; peau froide; pouls 110; état comateux. A cet état carotique, succède le lendemain soir une agitation violente avec roidissement des membres par court intervalle. Le membre pelvien soulevé se replace avec force sur le lit; la peau du sacrum est rouge, enflammée, fortement excoriée par les froissements continus et l'insensibilité qui permet au poids du corps de reposer sans cesse sur cette région. — 113 pulsations. (*Camisole de force, tisanes laxatives, bains, etc.*)

» 22 novembre. Aphonie complète; paupières fermées; si on les écarte, le globe oculaire est fixe, immobile, les pupilles sont fortement dilatées; elle n'entend plus la voix qui lui parle; dysphagie incomplète; l'agitation des jours précédents était due à de véritables mouvements convulsifs dont la violence est extrême. Un roidissement tétanique alterne avec des convulsions; les mâchoires sont fortement rapprochées, c'est un véritable trismus; il est incomplet, car par moments les maxillaires s'écartent avec violence pour se rapprocher bientôt et pro-

duire un claquement de dents si fort, que la langue serait infailliblement coupée si elle n'était fortement revenue sur elle-même.

» Le soir, pouls plein, accéléré d'une manière remarquable; la tête est renversée sur la nuque, comme entraînée par son propre poids; les bras sont roides, tendus; tous les membres conservent la rigidité tétanique; *opisthotonos.*

» 25 novembre. Persistance des convulsions, qui alternent avec les mouvements tétaniques; constipation; incontinence d'urine; 110 pulsations; soubresauts des tendons. La dénudation du sacrum a dégénéré en un vaste ulcère dont le fond présente le coccyx et le sacrum à découvert, ainsi que la fin du canal sacré.

» 25 novembre. Les paupières écartées, on voit une oscillation remarquable des pupilles; grincement des dents par une espèce de rumination; persistance du roidissement tétanique des membres, sa durée de deux heures et demie à trois heures; convulsions moins fréquentes; insensibilité complète.

» 26 novembre. Le trismus reparait; renversement si considérable de la tête sur la nuque, qu'il est impossible de la redresser malgré les plus grands efforts. Le corps se lève tout d'une pièce, tant le tétanos est considérable; ce qui rend l'auscultation difficile en arrière de la poitrine. La respiration est puérile, anxieuse, mais sans stertor; paupières écartées; pupilles contractées; constipation; grincement de dents. (*Lav. laxatifs, révulsifs.*)

» 28 novembre. Contraction des muscles éleveurs de la mâchoire inférieure moins forte; on peut faire prendre des tisanes laxatives. Il y a toujours permanence dans la contraction des muscles extenseurs du rachis; convulsions.

» 29 novembre. Convulsions de plus en plus rares; elles viennent le soir sous forme de paroxysme. Contraction tétanique des membres, avec mouvement de la tête, presque permanente; rétention d'urine; on y remédie par l'introduction d'une agalie.

» 30 novembre. Quand on écarte les membres, ce qui oblige à beaucoup d'ef-

forts, la malade reste insensible; la mort survient au milieu de cette contraction tétanique opiniâtre.

» *Anatomie pathologique.* *Habitude extérieure.* La rigidité tétanique conservée. Une hyperémie hypostatique occupe les téguments épicroïens et toutes les régions postérieures du corps. Vaste eschare au sacrum.

» *Crâne.* Parois osseuses crâniennes à l'état normal; dure-mère fortement distendue; le doigt, par la pression, sent une fluctuation profonde; capillaires injectés; les sinus contiennent peu de sang.

» *Arachnoïde.* Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est augmenté de densité; il donne plus d'épaisseur à la séreuse, qui, par sa nature, ne peut augmenter de consistance; sa couleur est différente; sur les lobes ce tissu est injecté, et ce sang extravasé des capillaires sur le lobule antérieur du côté droit, indique une arachnoïdite aiguë, comme l'observe M. Piorry. A la base de l'encéphale, il n'y a aucune trace de congestion sanguine, même dans la pie-mère, et ces deux membranes sont plus denses.

» *Pie-mère.* Toutes les ramifications vasculaires de la superficie sont comme variqueuses et gorgées de sang noir.

» *Cavité de l'arachnoïde.* La dure-mère écartée avec soin, un épanchement de sérosité énorme existe à la base de l'encéphale, partie la plus déclive, et s'échappe par fractions avec le liquide séreux de la convexité des hémisphères. La couleur en est parfaitement limpide; elle se trouble, devient comme lactescente par suite de son mélange avec le pus. Tout l'espace qui se trouve entre le feuillet viscéral ou médullaire de l'arachnoïde et la pie-mère, est occupé à la superficie des hémisphères par un liquide séreux plus abondant qu'à l'état naturel. Il n'y a aucune trace de sérosité à la base de l'encéphale, une fausse membrane purulente, d'une couleur jaunâtre, s'enfonce dans toutes les anfractuosités, suivant la direction de la ligne médiane, où cette couche puriforme, encaissée dans les mailles du tissu cellulaire sous-arachnoïdien, parait accumulée.

» *Membrane propre des ventricules.* Sérosité des ventricules diaphane, jaune-

citrine, peu abondante, parce qu'une grande partie s'est échappée par des fissures au troisième ventricule. Cavités ventriculaires latérales dilatées.

» *Rachis*. Distension énorme de tous les vaisseaux rachidiens par le sang dont ils sont gorgés, paraissant comprimer les nerfs spinaux.

» *Dure-mère*. Tous les capillaires de cette membrane fibreuse sont remplis de sang noir, et lui donnent une teinte rougeâtre.

» *Pie-mère. Arachnoïde*. Elles sont pâles, décolorées, exsangues, pour ainsi dire; mais leur densité est sensiblement augmentée. Quant à la séreuse rachidienne, elle jouit d'une épaisseur empruntée, soit au tissu cellulaire sous-séreux, soit à une légère couche pseudo-membraneuse, déposée à la surface interne; aussi est-elle très-apparente, tandis qu'à l'état normal elle est presque imperceptible.

» *Cavité de l'arachnoïde*. Une exsudation opaque, purulente, concrète, pseudo-membraneuse, d'un blanc mat, sous forme de plaques de la largeur de la moelle, interrompue de distance en distance par un pus crémeux, homogène, semblable au pus phlegmoneux, apparaît dans la cavité de cette membrane séreuse. Par son immersion dans l'alcool et l'essence de térébenthine, les fausses membranes se détachent, la plus grande partie du pus est tenue en suspension dans la liqueur, et l'on peut apercevoir manifestement une espèce de concrétion membraniforme, non organisée, offrant à peu près les mêmes caractères physiques que la précédente, et formant un tout continu dont le siège se trouve à la place même que devrait occuper le liquide séreux normal, dont il ne reste aucune trace. Elle est recouverte par du pus crémeux, jaunâtre.

» *Circonvolutions cérébrales*. La face interne de la pie-mère a contracté des adhérences si intimes avec la substance grise, que la pulpe cérébrale s'enlève avec cette membrane lorsqu'on veut la séparer de la périphérie du cerveau. Une investigation minutieuse prouve que la substance nerveuse était granulée, raboteuse, semblable, pour la forme, aux pe-

tits points agglomérés des péritonites granuleuses.

» *Cerveau*. Légèrement ponctué par l'injection des capillaires.

» *Cervelet, moelle épinière*. Consistance, texture naturelles.

» *Canal sacré*. Il est ouvert au dehors; sanie putride dans laquelle baignent les nerfs spinaux de cette région. Le prolongement cellulo-fibreux, filiforme et terminal de la pie-mère, qui s'insère à la face postérieure du coccyx dans le même point où la dure-mère, après avoir parcouru le canal du sacrum, envoie une expansion fibreuse pour concourir, avec la précédente, à la fixité de la partie inférieure de la moelle, se trouve détruit puisque le coccyx est frappé de nécrose.

» *Nerfs sciatiques*. Dans leur gaine névritématique, aussitôt leur sortie de l'excavation pelvienne, existe du pus jaunâtre, crémeux, qui s'est épanché dans les fibres musculaires environnantes.

» *Tous les nerfs du bassin* sont à l'état naturel.

» Léger engouement hypostatique d'écume bronchique au bord postérieur des poumons.

» Tous les autres organes sont à l'état naturel. » (*Journal des conn. méd.-prat.*, t. II, p. 293.)

Il est évident pour nous que, dans ce cas, la paralysie de la vessie a été le résultat de la compression des nerfs qui se rendent à la vessie, par la présence du pus dans le névritème. On trouvera des exemples nombreux de paralysie de ce genre chez les malades qui présentent des tumeurs plus ou moins volumineuses dans le bassin et sur le trajet des nerfs vésicaux.

§ II. Paralysie du corps de la vessie par suite de la distension de ses fibres.

Toutes les fois que, par une cause quelconque, l'urine se trouve retenue dans la vessie d'une manière prolongée et en grande quantité, quelle que soit, du reste, la cause de cette rétention, il peut arriver que les fibres musculaires de la vessie, distendues au-delà des limites normales, perdent leur ressort, leur tonicité, et une paralysie de la vessie se produit. La distension de la vessie, di-

sons-nous, peut s'opérer par différentes causes. Chopart, Desault ont consacré à ce point d'assez longues considérations qui se trouvent bien résumées dans les lignes suivantes, extraites d'un article de M. Jourdan, *Ischurie*, dans le grand Dictionnaire des sciences médicales.

« On s'expose, sinon en totalité, du moins en partie, à la paralysie de la vessie, et à l'ischurie qui en est la suite, en contractant la mauvaise habitude soit de garder trop long-temps ses urines, par honte, par distraction, par paresse ou par tout autre motif, soit de ne pas prendre, par vivacité, le temps de vider jusqu'à la dernière goutte de ce fluide, soit enfin d'uriner, pendant la nuit, étant couché sur le côté, au lieu de se lever et de se mettre à genoux sur le lit. Dans ces trois cas, dont on pourrait tout au plus contester le dernier, admis par Desault, puisque l'expérience fournit des milliers d'observations à l'appui des deux autres, la vessie ne se contracte jamais entièrement; elle reste toujours distendue par une certaine quantité d'urine; et si le malade ne renonce point à sa funeste négligence, la congestion devient chaque jour plus considérable; la vessie, dont les fibres s'habituent à la présence des urines qui les stimulaient si fort autrefois, perd, de plus en plus, sa faculté contractile, et l'ischurie devient complète avec le temps.

» Si, par une autre négligence dont les suites ne sont pas moins graves, on résiste à un besoin pressant d'uriner, comme la quantité de liquide augmente sans cesse quand on ne satisfait pas les besoins toujours croissants, la résistance des fibres de la vessie se trouve vaincue jusqu'à un certain point, par l'effort que le fluide exerce contre elles, et leur contractilité diminue notablement. C'est ce qui explique les difficultés qu'on éprouve pour rendre ses urines, lorsqu'on a résisté long-temps au besoin de le faire. La vessie, affaiblie et paresseuse, expulse le fluide avec lenteur, et n'en chasse même la totalité qu'avec peine. L'individu porte, dès-lors, le premier germe d'une affection aux progrès lents, mais journaliers et toujours continus à laquelle il ne peut s'opposer qu'en se surveillant avec

l'attention la plus scrupuleuse. » (*Dict. des sc. méd.*, t. XXVI, p. 167.)

Le cas suivant, rapporté par tous les auteurs d'après Ambroise Paré, est assez curieux pour être cité en entier.

Obs. 12. « Pour avoir, dit-il, retenu trop long-temps l'urine, au moyen de quoi la vessie estant extrêmement pleine, l'urine ne peut sortir, à cause que le conduit est rétréci et rendu trop anguste: joinct que la vertu expultrice ne peut comprimer la vessie pour jeter ce qui est contenu à raison de la grande dilatation d'icelle et de la douleur qui débilité et abat incontinent toutes les vertus de la partie assiégée; et partant, il se fait entière suppression d'urine. Ce qu'on a vu advenir à plusieurs; et encore, naguères, à un jeune serviteur qui revenoit des champs, menant en croupe une honneste demoiselle; et estant à cheval, lui print vouloir de pisser; toutefois n'osoit descendre, et moins encore faire son urine à cheval.

» Estant arrivé en cette ville (Paris), il voulut pisser, mais il ne put nullement; et avoit de très-grandes douleurs et espreintes, avec une sueur universelle et tomba presque en syncope. Et alors m'envoya querir: et disoit-on que c'étoit une pierre qui l'engardoit de pisser: et estant arrivé lui mis une sonde dedans la vessie et pressai le ventre, et par ce moyen pissa une pinte d'eau, et n'y trouva aucune pierre, et depuis ne s'en est senti. » (A. Paré, liv. XVII, ch. I, p. 481.)

Dans les cas de cette espèce, dit Chopart, il semble que la rétention de l'urine pourrait être appelée secondaire, puisqu'elle a toujours été précédée et produite par une rétention primitive volontaire. A propos de ce fait, M. Mercier, dans son dernier ouvrage sur les *maladies des voies urinaires*, fait les réflexions suivantes: « Je me suis demandé, dit-il, en réfléchissant aux faits de ce genre, pourquoi l'urine ne sort pas alors par regorgement; pourquoi le col qui ne doit pas être moins fatigué que la vessie, ne cède pas aux seuls efforts d'une distension immodérée. Est-ce parce que le sphincter entre dans une sorte de contracture tétanique? ou bien est-ce simplement l'effet d'une traction toute mé-

canique du bord postérieur de l'orifice uréthro-vésical? C'est ce que je ne puis décider, mais ce que je sais, c'est qu'il est bon, alors, pour arriver d'emblée dans la vessie, de porter le bec de la sonde fortement en avant vers la symphyse pubienne. Quoi qu'il en soit, dans le cas rapporté par A. Paré, la vessie était véritablement inerte, puisqu'il fallut presser sur la paroi antérieure du ventre pour la vider; ne doit-il pas en être, à plus forte raison, de même quand la distension dure depuis long-temps et qu'elle est continue? » (Mercier, *Rech. sur les valvules vésic.*, pag. 133.)

Il arrive assez souvent qu'un obstacle mécanique au cours de l'urine, un rétrécissement de l'urètre, par exemple, produise une distension exagérée, et par suite une paralysie de la vessie. Lorsqu'elle a duré pendant un certain temps, elle est souvent assez rebelle et résiste aux moyens les plus rationnels et les plus puissants. Le fait suivant, rapporté par M. Mercier dans le même ouvrage, est un exemple remarquable de paralysie déterminée par la présence d'une valvule.

Obs. 15. « M. B..., dans sa trente-troisième année, porta, jusqu'à l'âge de douze ans, le testicule droit dans l'aîne; celui-ci descendit alors, mais suivi des intestins. A vingt-quatre ans survinrent des végétations autour du gland, mais rien dans le canal; à vingt-huit ans environ, légère gonorrhée qui s'est arrêtée seule au bout de huit jours; en même temps, chancres dans la gorge (salsepareille, très-peu de mercure), disparition rapide. A trente-deux ans, blennorrhagie qui a duré au moins six mois. Pendant ce temps, des difficultés d'uriner, auxquelles le malade n'avait jusqu'alors fait que peu d'attention, augmentèrent d'une manière notable. Quelquefois l'urine avait de la peine à se faire jour; parfois même il lui était impossible de sortir.

Des pertes séminales consécutives à la masturbation s'étaient manifestées, mais antérieurement à l'avant-dernière gonorrhée. Cette affection, survenue à deux reprises, les augmenta. Dès lors elles furent presque continuelles; les derniers jets d'urine apparurent filants, et du sperme s'échappa à chaque garde-robe;

les érections sont devenues très-faibles et rares; mémoire notablement diminuée, travaux intellectuels fatigants.

» Depuis l'âge de vingt-quatre ans, époque où M. B.... couchait dans une chambre froide et humide, il éprouva, par intervalles, mais aussi bien l'été que l'hiver, quelques douleurs dans les membres inférieurs. Toutefois, ceux-ci ne sont pas plus faibles que le reste et permettent de faire des courses très-longues et très-rapides.

» Il y a un an, il survint simultanément un étranglement de la hernie et une augmentation de la dysurie. Pendant plus d'une semaine, l'étranglement résista aux efforts de deux habiles praticiens, MM. Prus et A. Bérard, puis il se dissipa tout à coup et spontanément.

» Le 1^{er} novembre 1845, l'étranglement se reproduisit, et en même temps la rétention d'urine devint complète. Des tentatives de réduction ayant été inutiles et l'ischurie persistant, je fus appelé, le 2, par M. Prus.

» Je m'occupai immédiatement de vider la vessie, qui était énormément distendue, pensant que la hernie rentrerait ensuite plus facilement, mais je trouvai, dans la partie la plus reculée du bulbe, un rétrécissement que je ne pus franchir qu'avec une sonde élastique de deux millimètres de diamètre: la vessie avait perdu toute sa contractilité. Lorsqu'elle fut vidée, la hernie, qui paraissait formée uniquement par l'épiploon, resta irréductible comme auparavant.

» Le 5, les choses étaient dans le même état: le malade n'avait pas uriné une seule goutte. Je lui introduisis une sonde plus forte, et, malgré cela, l'urine sortait à peine lorsque le malade était sur le dos: ce n'est qu'en le faisant coucher sur le côté qu'elle sortait spontanément. Il en fut de même les jours suivants, aussi nous décidâmes-nous, M. Prus et moi, à mettre une sonde à demeure, tant pour donner issue à l'urine, que pour réveiller la contractilité vésicale; nous fîmes faire trois ou quatre fois par jour des injections d'eau froide. Nous administrâmes même, pendant cinq ou six jours, le seigle ergoté à la dose de 50 ou 75 centigrammes par vingt-quatre heures. Tout fut

inutile: la vessie resta toujours inerte et la hernie irréductible.

» Le 19, M. A. Bérard fut appelé: il constata l'énorme dilatabilité de la vessie, son inertie complète; il rechercha si elle ne faisait pas partie de la hernie; mais rien ne donna lieu de le croire: au reste, l'irréductibilité persista: il fut convenu qu'on appliquerait des vésicatoires volants sur l'hypogastre; mais le malade répugnant à l'emploi de ce moyen, j'essayai auparavant l'administration de pilules contenant chacune un tiers de centigramme de strychnine: il en prenait trois par jour. Dès le lendemain, il sentit les secousses caractéristiques. Le 25, la hernie rentra tout à coup, presque spontanément, et la vessie put expulser une partie de son contenu.

» Le lendemain de la réduction, la hernie n'a pas reparu, et cependant la rétention d'urine s'est complètement reproduite. Je portai alors la dose de strychnine à un demi-centigramme par pilule, le malade continue à en prendre le même nombre. Le 25, l'urine reprit son cours et, dès lors, l'amélioration augmenta graduellement. Nous cessâmes la strychnine, et je conseillai au malade de s'introduire tous les jours une sonde élastique, afin de s'assurer si la vessie parviendrait à se vider complètement et de la débarrasser dans le cas contraire.

» Cependant, j'avais remarqué qu'il existait, derrière le rétrécissement, une inflammation chronique de la partie la plus reculée de l'urètre. Souvent les sondes à renflement ordinaire avaient ramené cette humeur blanchâtre et puriforme dont j'ai déjà souvent parlé. J'avais aussi constaté que le col de la vessie se contractait spasmodiquement, et qu'il restait toujours un peu d'urine après la miction. Mais j'espérais que le rétrécissement étant largement dilaté, cette inflammation chronique et ses effets disparaîtraient spontanément. Il n'en fut rien: bien que la vessie parût se contracter avec force, elle ne se vidait pas complètement.

» Aussi, le 15 février, après avoir fait prendre l'avis de M. Prus, je fis trois incisions sur le bord postérieur du col de la vessie avec mon troisième instrument,

dont la lame, vu la faible saillie de la valvule, ne fut ouverte que de trois millimètres environ. Il s'écoula immédiatement un peu de sang, mais, le lendemain, les urines étaient à peine rouges, et, le deuxième jour, elles étaient parfaitement claires. Je mis pendant quelques jours une sonde à demeure.

» Il y eut de l'amélioration à la suite de l'opération; les pertes séminales diminuèrent notablement, sans doute parce qu'il fallait moins d'efforts pour uriner, et les facultés génitales se réveillèrent; cependant il restait toujours un peu d'urine.

» Au bout de quelque temps, je pratiquai une cautérisation qui ne parut pas amener grand changement, et je conseillai de revenir à la strychnine. Mais M. B.... ayant craint que les secousses produites par cette substance ne lui permissent pas de se livrer à ses travaux qui exigent une extrême précision, il tarda jusqu'à ce jour d'en reprendre l'usage.

» Malgré cela, il se trouve très-bien aujourd'hui; il reste encore un peu d'urine dans la vessie, cependant il la vide complètement chaque fois qu'il veut s'en donner la peine. » (*Loco cit.*)

Hunter avait déjà signalé les cas de cette nature. « Dans les maladies de l'urètre, dit-il, lorsqu'elles ne sont pas convenablement traitées, ou en temps opportun, et dans les cas de rétrécissement où la nature n'a pas été capable de se délivrer elle-même, l'urine est retenue dans la vessie, et cette rétention produit presque toujours une autre maladie, savoir: la perte de contractilité de ce viscère. » (Tome II, p. 578.)

Toutes les lésions qui peuvent produire la rétention de l'urine dans la vessie, et qui seront étudiées plus tard, les fongus, polypes, cancers, engorgements de la prostate, etc., peuvent également déterminer cette paralysie par distension exagérée.

Il arrive souvent que les suites de cette paralysie de la vessie sont très-graves. « La rétention d'urine, dit Chopart, qui produit cette paralysie, ne détruit point ordinairement la sensibilité de la vessie. Ce viscère dont les parois sont excessivement dilatées, éprouve de l'irritation par

Le séjour et l'acrimonie de l'urine ; il y survient de l'inflammation ; le malade y ressent des douleurs vives ; il y a des envies fréquentes d'uriner auxquelles il ne peut satisfaire, et si l'on ne se hâte d'évacuer l'urine, les accidents les plus fâcheux de la paralysie se manifesteront. Fabrice de Hilden raconte d'après Toxotius, que Tycho-Brahé, étant d'un banquet à Prague, se trouva retenu plus de temps que ses forces et son genre de vie ne le lui permettaient, le célèbre mathématicien s'efforça, par scrupule, de retenir ses urines ; et après les avoir gardées long-temps, il vit un lieu propre à débarrasser la vessie, mais il ne lui fut plus possible d'uriner ; sa vessie s'enflamma et il mourut. « (*De lithot.*, cap. III, p. 710 [(Chopart, t. II, p. 15.)])

Un accident assez fréquent de la paralysie de la vessie par distension forcée de ses fibres et de la rétention d'urine qui en est le symptôme, c'est l'exhalation sanguine qui se produit quelquefois à la surface de la muqueuse vésicale, et qui colore souvent en rose ou en rouge l'urine qui y est contenue.

» Dans des cas, dit Hunter, où le malade était mort avec une obstruction au passage de l'urine, j'ai vu la membrane interne de la vessie presque noire, coloration qui provenait de ce qu'elle était chargée de sang extravasé. Mais l'état sanguinolent de l'urine disparaît à mesure que la vessie recouvre sa puissance de contraction. » (T. II, p. 378.)

Deux observations, rapportées par M. Civiale, viennent à l'appui de l'assertion de Hunter ; elles sont relatives, la première, à un sujet affecté de rétrécissement de l'urètre et de paralysie de la vessie ; l'autre, à un individu chez lequel des accidents cérébraux déterminèrent une rétention d'urine avec paralysie de la vessie, dont on se rendit assez facilement maître par un traitement approprié.

Dans la paralysie qui nous occupe ici, comme dans toutes celles que nous avons décrites et que nous décrirons plus bas, le traitement varie nécessairement suivant la nature de la cause qui a produit la paralysie. Cependant, et on le comprendra facilement, la première indica-

tion est de débarrasser la vessie pour éviter et l'inflammation et la rupture. Ici, de deux choses l'une : ou le canal de l'urètre est tout à fait libre, et l'on peut introduire la sonde facilement ; ou il y a un obstacle mécanique, et nous verrons plus bas à quels procédés opératoires on doit avoir recours.

« L'indication que présentent cette espèce de paralysie et la rétention de l'urine est d'évacuer promptement le liquide au moyen de la sonde. On pourrait souvent attendre en vain l'effet des topiques appliqués à l'extérieur, et l'usage des boissons diurétiques propres à éveiller l'action des fibres de la vessie, ne ferait qu'augmenter l'accumulation de l'urine sans en produire l'excrétion. Comme il n'y a point là de vice étranger à combattre, l'évacuation prompte de l'urine hâtera le rétablissement du ressort et de la contractilité de ce viscère. On y laissera quelque temps la sonde à demeure ; quoique son seul usage puisse suffire pour obtenir la guérison, on seconde ordinairement ce moyen par les diurétiques chauds, pourvu toutefois qu'il n'y ait point de symptômes inflammatoires. Ces diurétiques sont : la pariétaire, les baies d'alkekenge, le cerfeuil, le chardon roland, l'oignon de scille, etc. On les donne en décoction dans de l'eau, qu'on édulcore avec du miel ou du sirop de graines apéritives. Si ces boissons et l'usage bien dirigé de la sonde ne suffisaient pas pour exciter les contractions de la vessie, on aurait recours aux bains froids, à l'eau à la glace, jetée sur le bas-ventre, sur le périnée et la partie supérieure des cuisses ; on appliquerait sur ces mêmes endroits des compresses trempées dans du vinaigre ; on ferait sur la région hypogastrique des frictions sèches ou avec un mélange d'un gros d'ammoniaque, et d'une once d'huile d'amandes douces, ou avec un scrupule de teinture de mouches cantharides sur 2 onces de cette huile. Si ces moyens ne réussissaient pas encore pour faire recouvrer à la vessie sa force contractile, on appliquerait un large emplâtre de cantharides vers la partie inférieure des lombes et la partie supérieure du sacrum, ou, ce qui serait aussi efficace et moins

incommode pour le malade, sur la région hypogastrique. Comme on ne se proposerait dans l'emploi de ce vésicatoire que de stimuler les fibres de la vessie, on le laisserait douze à quinze heures, et l'on éviterait de le faire suppurer en n'enlevant point l'épiderme sur l'endroit où il aurait été appliqué ; et en recouvrant cette partie de linges secs, on pourrait sous peu de jours, réitérer sur le même lieu l'application de cet emplâtre de cantharides. Avant de cesser l'usage de la sonde, il faut s'assurer si la vessie se vide, sans le secours de cet instrument, de toute l'urine qu'elle contient ; car on ne saurait fixer le terme où ce viscère aura recouvré la faculté de se contracter. Ce terme varie suivant l'ancienneté de la maladie, l'âge et le tempérament des malades ; chez les uns, la guérison s'opère en quelques jours ; chez les autres, elle se fait attendre plusieurs semaines et plusieurs mois ; quelquefois même le ressort de la vessie est perdu sans ressource, et la sonde devient nécessaire le reste de la vie. Lorsque dans cette maladie la vessie s'enflamme, on combat l'inflammation, après l'évacuation des urines, par les adoucissants, les relâchants, comme il est marqué plus haut, et l'on n'emploie les toniques qu'après la disparition de ces symptômes. » (Chopart, *loco cit.*, p. 16.)

Une légère compression sur l'hypogastre aide puissamment quelquefois la vessie à reprendre sa contractilité, en même temps que la sonde est introduite. Ce moyen suffit à Forestus pour guérir une paralysie de la vessie occasionnée par une longue course en voiture (*Observat. chirurgicæ. Leid.*, 1590). Lorsque l'on est parvenu à vider entièrement la vessie, on recommande au malade de ne pas permettre que l'urine s'y accumule de nouveau, mais de lui donner issue dès que le premier besoin se fera sentir. Si la vessie est à peu près insensible, on y laisse à demeure une sonde qu'on a soin d'ouvrir quand l'organe est médiocrement distendu. Desault dit : « que ces alternatives d'extension légère et de relâchement produisent sur la vessie l'effet d'un exercice modéré sur les autres parties du corps. »

Dans les cas où l'on peut facilement introduire la sonde, doit-on pratiquer le cathétérisme chaque fois que le besoin d'uriner se fait sentir ? Doit-on laisser une sonde à demeure ? Hunter a longuement discuté cette question. Quant à la première méthode, dans beaucoup de cas, suivant lui, elle est impraticable, car en supposant même que le besoin ne se fit sentir que trois ou quatre fois par jour, ce serait beaucoup trop souvent pour l'état des parties. Lorsque le besoin d'uriner se renouvelle fréquemment et d'une manière pressante, et que l'écoulement de l'urine est, sinon tout à fait impossible, au moins très-difficile, il faut, à raison des symptômes, au lieu de passer une sonde très-souvent, laisser l'instrument en place, et ne le retirer que de loin en loin. (Hunter, *loco cit.*, p. 379.) Quant à nous, nous pensons qu'il vaut mieux répéter le cathétérisme ou le faire répéter par le malade.

Les cas dont nous venons de parler sont les plus simples ; mais le traitement n'est pas toujours aussi facile lorsqu'un obstacle mécanique, plus ou moins volumineux ou invincible s'oppose au cours du liquide, et entretient son accumulation dans la vessie. Dans le cas rapporté par M. Mercier, et que nous avons cité plus haut en entier, nous avons vu que l'incision du repli valvulaire du col de la vessie avait amené d'heureux résultats. « Il arrive quelquefois, dit Hunter, dans les cas de tuméfaction de la prostate, que la sonde ne peut passer qu'avec la plus grande difficulté. Quand il en est ainsi, je ne retire pas la sonde de la vessie, dans la crainte de ne pouvoir plus l'introduire, et je la laisse en place jusqu'à ce que la vessie ait suffisamment recouvré sa tonicité, c'est-à-dire jusqu'à ce que ce viscère puisse expulser l'urine à travers la sonde ; alors on peut retirer l'instrument... Un des premiers symptômes qui annoncent que la vessie commence à recouvrer sa contractilité, c'est la perception par le malade d'une sensation de plénitude, c'est-à-dire du besoin d'uriner... A mesure que la vessie se rétablit de sa paralysie, elle perd la faculté de conserver la quantité d'urine qu'elle contenait auparavant. C'est pour-

quoi les malades sont obligés d'uriner souvent, et par conséquent en petite quantité à la fois. » (*Loco cit.*, p. 580.)

Les moyens que conseille Hunter pour guérir cette sorte de paralysie, sont comme ceux indiqués par les autres auteurs, les stimulants, les toniques, les vésicatoires, les emplâtres, l'électricité. Il rapporte un exemple de l'efficacité de cette médication.

« Dans les cas d'inertie de la vessie, ajoute M. Ricord dans les notes qu'il a jointes à la nouvelle traduction de Hunter, j'ai souvent réussi à l'aide d'injections d'eau froide, ou d'infusions aromatiques; j'ai quelquefois obtenu de bons résultats de la cautérisation du col. Mais, dans quelques circonstances, je ne suis parvenu à rendre de la contractilité à l'organe qu'en tenant pendant quelque temps une sonde ouverte dans sa cavité. Ce dernier procédé est avantageux souvent lorsque la vessie a perdu son ressort à la suite d'une distension trop prolongée. Par là on empêche l'urine de s'accumuler dans ce viscère, qui revient alors sur lui-même, et qui finit bientôt par réagir, lorsqu'en ôtant l'instrument, une certaine quantité de liquide à laquelle il n'est plus habitué vient de nouveau le stimuler. » (Hunter, tom. II, pag. 581.)

§ 3. Paralysie du corps de la vessie par l'inflammation de ses parois ou de son col.

Nous avons dit que la paralysie de la vessie avec distension très-considérable de ses fibres peut s'accompagner d'inflammation non-seulement de la muqueuse qui la revêt, mais encore de toute l'épaisseur de ses parois. Dans ce cas, l'inflammation est secondaire; elle est le résultat de la paralysie, et doit être considérée comme un accident, une complication fâcheuse; d'autant plus redoutable que le fait de l'inflammation est de ramollir les tissus, et de faciliter leur rupture, comme il est arrivé dans l'exemple célèbre de Tycho-Brahé. Ce n'est point ici le lieu de nous étendre plus longuement sur ce fait. Nous devons nous occuper dans ce paragraphe de l'inflammation aiguë ou chronique considérée comme

cause de la paralysie; ici l'inflammation est primitive, la paralysie est secondaire et symptomatique.

« En traitant de l'inflammation de la vessie, dit Chopart, nous avons avancé que l'action de ce viscère s'affaiblit par cet état, qu'il perd sa contractilité de même que tous les organes musculaires enflammés. En effet, on ne voit jamais un muscle enflammé se contracter; si on le force d'agir, il ne peut exécuter que de faibles mouvements. Les chirurgiens, en ouvrant des cadavres, ont remarqué que dans les inflammations du bas-ventre les intestins phlogosés n'étaient ni rétrécis ni resserrés sur eux-mêmes; ils les ont trouvés constamment distendus. Ils ont pu observer aussi que dans les sujets morts de rétention d'urine, occasionnée par l'inflammation de la vessie, ce viscère était d'une grandeur extraordinaire et disproportionnée à la quantité du liquide qui restait dans sa cavité. On ne doit donc plus croire présentement que la vessie enflammée et plus sensible acquiert plus d'énergie, et se contracte avec plus de force qu'avant cet état; elle est au contraire impuissante et cesse d'agir jusqu'à ce que la phlogose de ses parois soit dissipée; cette faiblesse, ou paralysie qui dépend de l'inflammation, survient promptement chez les personnes pléthoriques, d'un tempérament sanguin et bilieux, surtout après l'abus des diurétiques échauffants. Elle produit la rétention de l'urine. Cette espèce de rétention se déclare subitement, et se reconnaît: 1° aux envies fréquentes d'uriner; 2° à la douleur aiguë que le malade éprouve dans la région de la vessie, douleur qui augmente par les efforts qu'il fait pour uriner, et qui s'étend dans la région des reins, et le long de l'urètre jusqu'à l'extrémité du gland; 3° à la fréquence et à la dureté du pouls, et aux autres symptômes de la fièvre; 4° au redoublement de la douleur, quand on touche et qu'on presse la région hypogastrique; 5° à l'introduction facile de la sonde dans la vessie; 6° aux douleurs vives qu'excite le contact de cet instrument contre les parois de ce viscère; 7° à la couleur rouge et enflammée des urines; 8° enfin à l'absence des signes

propres aux autres espèces [de rétention.] (Chopart, *loco cit.*, p. 17.)

Au lieu d'entrer dans des redites fastidieuses au sujet de la symptomatologie et du diagnostic, il sera plus utile de rapporter un fait cité par le même auteur, et qui présente les symptômes les plus graves, bien que cependant l'on ait pu parvenir à se rendre maître des accidents.

Obs. 14. « Un jeune homme d'une forte constitution avait une gonorrhée inflammatoire avec cuissons en urinant, et des érections très-dououreuses, etc. Un soldat, qui s'était guéri plusieurs chaudepisses en buvant de l'huile de térébenthine, lui en fit prendre 5 onces dans l'espace de douze heures. Il survint une vive inflammation aux voies urinaires. Ce malade jetait des cris perçants, et faisait de violents efforts pour uriner; cependant il ne rendait point d'urine. Il avait une fièvre ardente, la gorge sèche, quoiqu'il bût abondamment. On lui tira six palettes de sang dans l'espace de trois heures; on le mit dans un bain, mais il ne put y rester; le soir, on m'envoya chercher pour le sonder; il n'avait point uriné depuis trente-six heures; son ventre était tendu, la région hypogastrique si douloureuse, qu'on ne pouvait la toucher sans augmenter ses douleurs; il me parut urgent de donner issue aux urines; je le sondai avec une algale ordinaire et d'un moyen calibre; il sortit près d'une pinte et demie d'urine très-chaude, rouge et trouble; je fixai la sonde d'une manière lâche, et sans qu'elle fût enfoncée trop avant; le malade ne put la supporter plus d'un quart d'heure, il sentait de vives cuissons dans la vessie et dans l'urètre. Après avoir retiré cet instrument, il s'écoula beaucoup de sang de ce canal; je n'avais cependant pas éprouvé de difficulté pour y conduire la sonde. On fit une nouvelle saignée, des fomentations sur le ventre, et on continua la boisson d'orgeat. Au bout de trois heures on vint me chercher. Le malade souffrait horriblement à la région des reins et de la vessie; il faisait de vains efforts pour uriner. L'hypogastre était tendu et encore très-dououreux. Je le sondai avec une sonde de gomme élastique remplie par un

mandrin de plomb; malgré l'écoulement du sang par l'urètre, la verge était gonflée, et le canal tellement contracté ou rétréci que j'eus de la peine à introduire cet instrument dans la vessie. Il s'écoula à peu près la même quantité d'urine, aussi ardente, aussi rouge que la première. Le malade soulagé supporta cette sonde. Je poussai doucement dans la vessie une injection faite avec une forte décoction de graines de lin et de têtes de pavot. Il n'y en pénétra pas deux cuillerées, qu'il ressentit dans ce viscère une douleur si vive que je discontinuai l'injection. J'avais observé déjà que, dans l'inflammation de la vessie, l'injection la plus douce excitait souvent de la douleur. La sonde était fixée et bouchée; le malade fut saigné; on lui donna un lavement de la décoction émoullente, et il prit 24 gouttes de liqueur anodine de Sydenham, dans deux cuillerées d'eau sucrée. Il passa tranquillement la nuit. On eut soin de laisser sortir les urines dès que l'envie de les rendre se manifestait. Le lendemain, il put supporter un bain d'une demi-heure. Il eut un redoublement de fièvre avec une grande chaleur, suivi d'une éruption de larges pustules rouges sur tout le corps. Il but une infusion de bourrache et de graines de lin. Il transpira. Les symptômes des voies urinaires diminuèrent, les urines devinrent troubles, glaireuses; les pustules se dissipèrent le septième jour de leur apparition. Voyant l'urine sortir entre la sonde et l'urètre, j'ôtai cet instrument; on ne fut plus obligé d'y avoir recours. Le bon état du malade continua, et il guérit dans l'espace d'un mois sans que la gonorrhée reparût. » (Chopart, t. II, p. 18.)

Cette observation mérite de fixer l'attention sous le rapport de la cause. On verra, dans le chapitre consacré à l'étude de l'hématurie vésicale, un fait à peu près du même genre dans lequel l'hématurie doit être rapportée à l'ingestion d'une assez grande quantité d'huile essentielle de térébenthine, hématurie probablement déterminée par l'irritation anormale produite par cette substance. La première indication à remplir ici, comme dans toutes les distensions de la

vessie paralysée par une grande quantité d'urine, c'est l'évacuation du liquide. Ceci est d'autant plus important que, si l'on ne s'empresse de leur livrer passage, l'inflammation peut se propager aux autres viscères abdominaux et devenir mortelle comme nous le verrons plus bas.

Dans les circonstances analogues à celles-ci, l'introduction de la sonde doit se faire avec les plus grandes précautions et beaucoup de douceur; on devra faire également attention à ne pas pénétrer trop avant dans la vessie, afin d'éviter que l'extrémité ne touche les parois de ce viscère, dont la sensibilité est alors extrême. Les yeux de la sonde doivent autant que possible ne déborder que le col de la vessie, et aussitôt que l'urine sort, on se contente de maintenir l'instrument dans la position où il se trouve. Les symptômes de la cystite aiguë seront combattus par les saignées locales, les fomentations émollientes, les bains, les boissons adoucissantes, enfin par tous les moyens thérapeutiques indiqués dans l'histoire de la cystite, à laquelle nous renvoyons pour plus amples développements.

Quelquefois, les accidents sont tellement intenses que la maladie se termine d'une manière funeste. Les faits de ce genre sont fréquents et connus.

« Il y a des cas, rares à la vérité, dit Chopart, où il est complètement impossible de pénétrer dans la vessie avec une sonde. Lorsqu'après quelques tentatives prudentes on ne peut y parvenir, il vaut mieux pratiquer la ponction de la vessie au-dessus du pubis que d'attendre les efforts de la nature, ou d'employer des remèdes dont l'action serait alors trop lente, et de fatiguer l'urètre avec la sonde par de nouvelles épreuves toujours très-douloureuses, souvent dangereuses, et qui pourraient ne point réussir. » Ces cas sont plus rares encore que du temps de Chopart. Il s'agit alors d'un rétrécissement de l'urètre, et bien plus souvent d'une affection de la prostate; et le cathétérisme, dans ce cas, est devenu trop méthodique pour qu'il n'épargne pas dans presque tous les cas la ponction.

§ 4. Paralysie de la vessie par suite de métastase ou de rétrocession d'une affection locale, ou par suite et pendant le cours d'une fièvre de mauvais caractère.

Beaucoup plus humoristes que les modernes, les anciens auteurs admettaient souvent comme causes des maladies dont ils ne pouvaient rapporter la production à rien d'appréciable, les métastases, les répercussions d'une humeur morbifique, de ce qu'ils appelaient les vice dartreux, psorique, etc. Le solidisme, peut-être trop exclusif aussi, des auteurs modernes, avait fait rejeter complètement l'influence de ces causes, auxquelles on revient un peu depuis quelques années. Sans admettre aussi complètement que les médecins du dernier siècle cette théorie des métastases et des répercussions, nous pensons que l'on aurait tort de la rejeter complètement. Quelques exemples, du reste, éclairciront mieux la question que toutes les discussions théoriques.

Dans l'article consacré aux névralgies de la vessie, nous avons rapporté des faits qui semblent mettre hors de doute l'existence de rapports réels entre les affections rhumatismales et les névralgies de la vessie. Ces rapports ne sont point les seuls que l'on puisse constater. « Il est toujours facile, dit Desault, de discerner par les signes commémoratifs celui de ces vices auquel la rétention doit sa naissance; elle est ordinairement précédée de la disparition du vice de l'endroit où il s'était fixé auparavant: c'est ainsi qu'on voit cette rétention survenir immédiatement après la cessation des douleurs rhumatismales, à la suite de dartres répercutées, de gonorrhées supprimées, etc. Elle s'annonce ordinairement par des douleurs vives dans la région de la vessie, des envies fréquentes d'uriner, et la plupart des symptômes propres à la rétention d'urine occasionnée par l'inflammation de la vessie. » (T. III, p. 151.) Quelle que soit l'opinion que l'on se forme à priori sur ce point, il est des faits que l'on ne saurait expliquer par un autre mécanisme. « L'humeur dartreuse, dit Chopart, se porte presque aussi souvent sur la vessie que

sur les poumons. Après avoir combattu les symptômes inflammatoires de la dysurie et de l'ischurie, commençant par la saignée, les boissons adoucissantes, les bains, le vice dartreux qui affecte la vessie cède à l'usage du lait d'ânesse, des pilules de Belloste et des boissons d'eau de fleurs de sureau et de scabieuse. Lorsque ces moyens sont insuffisants, on a recours aux vésicatoires. »

On a quelquefois attribué à une répercussion de la gale, déterminée par un traitement imprudent et irrationnel, la paralysie de la vessie survenue chez certains sujets atteints de cette maladie. Morgagni rapporte, d'après Valsalva, un exemple bien fâcheux de cette affection, puisqu'elle a causé la rétention de l'urine et la mort. Ces faits aujourd'hui perdent de leur valeur par le manque de détails circonstanciés.

Ce que l'on a appelé, peut-être avec quelque raison, le vice arthritique ou le principe rhumatismal, si nous admettons avec plusieurs médecins distingués, M. Rostan entre autres, que le rhumatisme ne soit pas une inflammation pure et simple, mais une inflammation qui reconnaît un élément spécifique, ce que l'on a appelé, disons-nous, le principe rhumatismal, peut déterminer des accidents de paralysie du côté de la vessie. « Une des causes les plus fréquentes, dit Sœmmering, de la paralysie de la vessie, est la constitution arthritique; la goutte se porte quelquefois sur l'urètre, d'autres fois sur la prostate ou sur le col de la vessie, et y laisse, après les avoir quittés, une faiblesse portée quelquefois jusqu'à la paralysie. »

Le fait suivant, rapporté par P.-J. Frank, peut être regardé comme un exemple de cette métastase:

Ons. 15. « Un jeune homme de Vienne se plaignait depuis deux ans de douleurs cruelles et opiniâtres dans les extrémités inférieures, surtout dans la cuisse droite. Nous fûmes appelé en consultation, mais un peu tard. Le malade était consumé par le marasme et la fièvre lente; les membres inférieurs, surtout le droit, étaient frappés de paralysie, de même que la vessie et le rectum; l'ischurie était complète, les matières fécales

sortaient difficilement et à l'insu du malade. Les douleurs des extrémités se calmèrent pour quelque temps. On vida sans peine la vessie au moyen du cathétérisme; on laissa une sonde à demeure, mais dans l'espace de vingt-quatre heures il ne sortit pas une goutte d'urine. Cependant le malade n'éprouvait point de nausées, de vomissements, ni de douleur à la région des reins. Le lendemain, l'ischurie continua malgré la présence de la sonde en gomme élastique; la vessie s'élevait jusqu'à l'ombilic, et, en l'explorant par le rectum, on sentait qu'elle formait une tumeur considérable. On introduisit une sonde d'argent sans succès; on la retira, il ne coula pas une goutte de liquide par l'urètre. Enfin, on comprima le bas-ventre avec les deux mains; l'urine s'échappa d'abord goutte à goutte, et coula ensuite à plein jet, à la quantité de plusieurs livres.

« Nous ignorons la suite de la maladie; elle se termina par la mort au bout de quelques semaines. Il ne fut pas possible de faire l'ouverture du cadavre; cependant il est bien manifeste que la rétention d'urine était produite par la paralysie de la vessie, et cette paralysie par une métastase goutteuse. Autrefois on ne songeait guère à l'ischurie dans le typhus, et souvent on rapportait sans raison au météorisme une tuméfaction du bas-ventre occasionnée par la rétention des urines. Comme le liquide coulait à l'insu du malade, et que les gardes assuraient qu'il avait beaucoup uriné, parce que les linges étaient mouillés, on ne s'arrêtait pas à cette idée. » (Méd. prat., édit. de 1842, t. II, p. 155.)

Dans les cas de paralysie de cette espèce, comme en général dans toutes les paralysies de la vessie avec rétention d'urine, la première indication est toujours d'évacuer l'urine qui distend l'organe. L'introduction de la sonde est toujours facile, mais le cathétérisme ne fournit qu'un soulagement momentané. Les anciens auteurs conseillent de déplacer le principe rhumatismal, goutteux, etc., qui s'est porté sur la vessie. Ce déplacement est d'autant plus difficile que la métastase est plus ancienne. « Les bains, les boissons délayantes et