

TRAITÉ
DE
CHIRURGIE
CLINIQUE ET OPÉRATOIRE

MALADIES DE LA VESSIE

PAR

FÉLIX LEGUEU

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien des Hôpitaux.

SÉMIOLOGIE. — EXPLORATION

Les maladies de la vessie se caractérisent par des signes fonctionnels et par des signes physiques. Avant d'entrer dans l'étude détaillée de chacune des maladies de la vessie(1), il convient d'étudier ces symptômes à un point de vue général : beaucoup sont communs à plusieurs affections; les troubles de la miction eux-mêmes ne sont pas particuliers aux affections de cet organe, ils sont causés parfois par des affections étrangères à la vessie. Il y a donc avantage à présenter dans un chapitre de sémiologie générale les caractères généraux de ces syndromes et les modalités particulières qui les distinguent, lorsqu'ils traduisent une affection de la vessie.

A. Symptômes fonctionnels. — Parmi ceux-ci les plus importants sont constitués par les *troubles de la miction*, les *douleurs* et les *modifications du jet de l'urine*.

I. FRÉQUENCE DE LA MICTION. — La pollakiurie s'observe parfois chez l'homme à l'état de santé, dans certaines conditions, à certains mo-

(1) Les *hernies de la vessie* ne figurent pas dans cet article : elles ont été traitées t. VII, p. 823, par M. Jaboulay.

ments de la journée par exemple. La pollakiurie, qui suit le déjeuner chez les dyspeptiques surtout, est bien connue. Mais cette pollakiurie est essentiellement transitoire ; pour qu'elle s'élève à la hauteur d'un symptôme, il faut qu'elle soit permanente et durable.

La pollakiurie n'est pas spéciale aux affections de la vessie. Des causes multiples la produisent. Le groupe des pollakiuries nerveuses est très étendu : les irritations mécaniques de la vessie (cathétérisme), les irritations chimiques (lavages, instillations), les irritations réflexes et à distance (lésions rectales), les mauvaises habitudes, les préoccupations morales, l'hypocondrie urinaire, les lésions des centres nerveux sont autant de causes susceptibles de déterminer la fréquence de la miction.

La valeur sémiologique de ce syndrome réside donc moins dans son existence même que dans ses modalités ou ses associations. La pollakiurie symptomatique des affections vésicales est en général *continue* : elle existe à la fois le jour et la nuit, quoique cependant elle s'atténue un peu sous l'influence du repos et du sommeil. Lorsqu'elle est intermittente, des conditions identiques la reproduisent avec la même constance : chez les calculeux, par exemple, le mouvement la fait reparaitre, alors que le repos l'atténue ; chez les prostatiques elle apparaît toujours la nuit. Enfin elle est encore *associée* à d'autres symptômes, à la douleur ou à l'hématurie. Elle peut cependant exister seule pendant quelques mois, et précéder l'apparition des autres symptômes, auxquels elle sera plus tard associée.

II. MICTION IMPÉRIEUSE. — A l'état normal, nous sentons le besoin d'uriner ; nous pouvons à volonté y résister ou le satisfaire ; l'émission des urines ne s'effectue jamais que lorsque nous sommes consentants. La miction impérieuse au contraire est caractérisée par un besoin tellement pressant, que la volonté ne peut plus le réprimer et quelques gouttes s'échappent involontairement.

La miction impérieuse indique presque toujours une affection de la prostate ou de la vessie. Elle se produit dans deux conditions : lorsque la vessie est distendue et lorsqu'elle est enflammée ou irritée par un corps étranger, un calcul. Chez les prostatiques en rétention, par exemple, elle constitue ce que M. Guyon appelle « la fausse incontinence », parce que le malade, quoique urinant presque continuellement, est en réalité un rétentionniste, et il n'y a là rien de semblable à ce qui caractérise l'incontinence d'urine. Dans les cystites, la miction impérieuse, surtout lorsqu'elle est associée à la fréquence, est l'indice d'une sensibilité vésicale excessive.

III. MICTION DOULOUREUSE. — La douleur n'a par elle-même aucune valeur absolue dans le diagnostic des affections vésicales. Par exemple, la douleur uréthro-vésicale s'observe parfois alors que la vessie est complètement indemne : il en est ainsi dans les ma-

ladies du système nerveux, surtout dans l'ataxie locomotrice, dont les crises douloureuses, vésico-urétrales, ont été magistralement décrites par Fournier. De même des affections de voisinage, du rein, de l'urètre, de l'anus ou de l'utérus sont parfois l'occasion de douleurs vésicales réflexes alors que la vessie elle-même reste intacte et hors de cause ; et il faut connaître ces douleurs réflexes sous peine de commettre de grossières erreurs.

Ni les caractères ni le siège des douleurs vésicales ne constituent des indices suffisants au point de vue sémiologique : elles affectent la forme d'élançements, de brûlures, de contractions, de ténésme. Elles siègent au bas ventre, à l'hypogastre, s'irradient au bout de la verge, au périnée, à la racine des cuisses, à la région lombaire. La douleur du bout de la verge est une des plus fréquentes : on la dit caractéristique de la présence d'une pierre dans la vessie. Mais c'est le propre de toutes les affections douloureuses de la vessie, de retentir chez l'homme par cette douleur à distance, au voisinage du gland.

Les indications fournies par la modalité de ces douleurs ont seules une réelle valeur.

Lorsque ces douleurs se produisent en dehors des mictions et qu'elles ne sont pas provoquées par elles, il est rare que la vessie elle-même soit en cause. Le plus souvent il faut chercher ailleurs, soit dans le système nerveux, soit dans une lésion locale de voisinage, la cause de ces douleurs. Cependant leur répétition constante sous l'influence du mouvement, de la marche, devrait éveiller l'idée d'un calcul.

Lorsque au contraire ces douleurs sont provoquées par la miction, c'est dans la vessie même qu'il faut en chercher la cause et la raison. Les douleurs qui *précèdent* la miction sont surtout provoquées par la rétention d'urine ; les douleurs qui l'*accompagnent* sont l'apanage des inflammations du col et de l'urètre. Les douleurs qui *suivent* l'échappement des dernières gouttes sont le propre des inflammations de la vessie, des cystites, quelle qu'en soit la cause. Dans ce cas, la douleur est toujours associée à la fréquence, à la pyurie et à l'hématurie, et cette association est pathognomonique de l'infection vésicale.

IV. MICTION DIFFICILE. — La difficulté de la miction présente des degrés multiples : certains malades ne se plaignent que d'une *miction retardée*. D'autres sont obligés de faire des *efforts* considérables, de prendre les positions les plus bizarres pour augmenter le poids de la pression abdominale sur la vessie. La défécation involontaire, des hémorroïdes, le prolapsus rectal sont parfois la conséquence de ces efforts.

La miction difficile suppose ou un obstacle au cours des urines, ou une diminution de la contractilité vésicale. Elle s'observe donc surtout chez les prostatiques, les rétrécis et les nerveux ou les médullaires.

Lorsque la difficulté est surtout marquée la nuit, ou le matin au réveil, lorsqu'elle s'atténue sous l'influence de la marche ou de

l'exercice, examinez la prostate, et elle sera en général hypertrophiée. Vous apprendrez en même temps que la miction est d'autant plus difficile que les efforts sont plus considérables, et le malade vous dira qu'il ne parvient à uriner que lorsqu'il a fait quelques pas dans sa chambre et cessé ses efforts.

Tout autres sont les difficultés de la miction chez le rétréci : elles sont toujours moins violentes parce que la vessie peut mieux compenser la lésion. Ce n'est plus seulement l'effort du début qui est nécessaire, c'est l'effort de toute la miction, et le jet s'arrête quand l'effort s'interrompt. Le jet d'ailleurs est petit, filiforme ou s'écoule goutte à goutte.

Si la miction est surtout difficile lorsque le malade est pressé, inquiet ou préoccupé, alors qu'elle est facile dans d'autres conditions et surtout lorsque le malade est seul et libre de son temps, c'est un névropathe ou un neurasthénique urinaire ; la vessie a perdu sa contractilité, en même temps que la portion membraneuse est devenue plus sensible.

Enfin voici un malade qui est obligé de faire des efforts considérables et la nuit et le jour : il est obligé de s'accroupir, de prendre les positions les plus bizarres. La miction ne vient qu'à force d'effort, la défécation est souvent simultanée. C'est un myélique et le plus souvent un ataxique.

V. MICTION INVOLONTAIRE. INCONTINENCE. — Lorsque la miction s'effectue sans le secours de la volonté, on dit qu'il y a incontinence d'urine. Celle-ci est divisée par M. Guyon (1) en vraie ou fausse : la fausse incontinence s'observe avec la rétention d'urine. La vessie est distendue, chaque apport nouveau fait déborder le réservoir trop plein. Elle se produit chez les prostatiques ou chez les rétrécis qui sont en rétention.

L'incontinence vraie est caractérisée par la miction involontaire, continuelle ou intermittente, mais en dehors de toute rétention. Tantôt elle est la conséquence d'une lésion matérielle des voies urinaires (traumatisme, destruction du col par ulcération tuberculeuse, insuffisance urétrale chez la femme), tantôt elle se produit en dehors de toute altération matérielle des voies urinaires : elle est alors d'origine nerveuse, et reconnaît pour cause une lésion du système nerveux ou la psychopathie urinaire. Dans ce dernier cas, elle constitue l'incontinence essentielle, incontinence nocturne des enfants (Voy. *Incontinence d'urine.*)

VI. MICTION IMPOSSIBLE. RÉTENTION. — L'impossibilité de satisfaire le besoin d'uriner suffit à caractériser la rétention complète. Celle-ci résulte de causes nombreuses. L'étude des lésions qui lui sont propres sera mieux placée à propos de l'hypertrophie prostatique. J'in-

(1) GUYON, Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, 3^e édit., t. I, p. 264.

diquerai ici seulement les grandes lignes qui permettent, en présence d'un malade en rétention, de définir, avant l'exploration, la cause de cet accident.

L'impossibilité d'uriner, la rétention aiguë, se produit à la suite d'un traumatisme, ou en dehors de toute cause traumatique.

S'il y a eu traumatisme, coup, chute, examinez le périnée, inspectez l'urètre : il y a probablement déchirure. Si le traumatisme a porté à distance (choc ou traumatisme opératoire), il peut être cependant la cause réelle de la rétention ; c'est un sujet nerveux, la rétention est de nature hystérique.

En dehors du traumatisme, la rétention reconnaît pour cause une affection des voies urinaires ou une maladie du système nerveux.

S'il y a un écoulement gonorrhéique, si le malade est en pleine chaudepisse aiguë, la rétention ne tient qu'à deux causes : ou à un spasme de la portion membraneuse provoqué par des injections, des cathétérismes, ou bien elle est la conséquence d'une prostatite phlegmoneuse, et le toucher rectal révélera du côté de la prostate des modifications caractéristiques.

En dehors de la blennorrhagie récente, la rétention est le plus souvent causée ou par les rétrécissements de l'urètre ou par l'hypertrophie prostatique. Dans le premier cas, le malade est jeune, les difficultés de miction ont été progressives ; dans le second, le malade est plus âgé, il était depuis quelque temps pollakiurique nocturne, et la rétention s'est produite la nuit, à la suite d'excès.

Si aucune de ces causes ne peut être invoquée, c'est qu'il s'agit d'une lésion médullaire, ou d'un spasme sans provocation chez un névropathe urinaire.

VII. MODIFICATIONS DU JET. — Le jet de l'urine peut être modifié dans sa forme, son volume, dans la force de sa projection, dans sa continuité. Ces modifications n'ont pas la valeur diagnostique si importante qu'on leur attribuait autrefois.

La forme du jet est modifiée : il est *bifide* ou *tortillé* ; il suffit d'un méat plus étroit, d'un gonflement de la muqueuse, d'un spasme de la portion membraneuse pour le produire. Il est parfois aussi la conséquence d'un rétrécissement de l'urètre : ces modifications du jet sont alors constantes, et portent à la fois sur la forme et sur la force.

La force du jet est parfois si atténuée que l'urine s'écoule goutte à goutte ou comme en bavant : c'est l'indice en général d'un obstacle interposé sur le trajet de l'urine, d'une hypertrophie prostatique ou d'un rétrécissement de l'urètre. Cependant le spasme de l'urètre peut donner lieu aux mêmes modifications.

L'interruption du jet a été considérée comme caractéristique de la présence d'un calcul dans la vessie : ce signe n'a de valeur que s'il se reproduit avec persistance dans la situation verticale. Le spasme de l'urètre chez les névropathes, chez les tuberculeux, peut aussi la produire.

B. Signes physiques. — Les signes fonctionnels, fournis par le malade, et l'étude des commémoratifs, malgré toutes les indications qu'ils procurent, ne suffisent pas pour le diagnostic : il faut y joindre l'exploration de la vessie.

On explore la vessie à l'aide de l'*inspection*, de la *percussion*, de la *palpation*, du *cathétérisme* et de l'*endoscopie*.

INSPECTION ET PERCUSSION. — Ces deux moyens ne fournissent que peu de renseignements : la vessie, quand elle se développe, se distend surtout aux dépens de sa face postérieure, du côté du bassin ou de la cavité abdominale. Il faut une vessie très distendue, pour que la paroi abdominale soit soulevée par le globe vésical : dans les rétentions de moyen volume, surtout si la vessie est peu tendue, on ne la voit pas se dessiner en arrière de la paroi, et les anses intestinales qui l'avoisinent donnent à la percussion une sonorité qui pourrait induire en erreur, si l'on voulait attribuer à ce moyen plus de valeur qu'il ne convient.

PALPATION HYPOGASTRIQUE. — C'est un moyen d'exploration bien autrement précieux. A elle seule, elle renseigne sur le volume d'une vessie énormément distendue, par la sensation d'une tumeur médiane ; sur sa sensibilité pathologique, par la contracture musculaire qu'elle réveille dans la paroi déprimée. A lui seul, cependant, le palper simple ne suffit pas : s'il révèle la tumeur, il ne définit ni sa situation ni ses connexions. Les tumeurs de la région prévésicale, un kyste hydatique rétrovésical par exemple, donnent au palper la même sensation qu'une vessie distendue : le palper doit donc être combiné aux autres moyens d'exploration, et surtout au toucher rectal ou vaginal chez la femme.

TOUCHER RECTAL. — Il est indispensable pour l'examen du bas-fond vésical et de la prostate. La prostate ne se sent pas chez l'enfant : elle ne se développe que chez l'adulte, et devient plus grosse chez le vieillard ; dans la première moitié de la vie, on parvient par contre très aisément à sentir par le toucher rectal le fond de la vessie. Chez l'enfant, par exemple, les calculs se perçoivent aisément au toucher rectal. Chez le vieillard, c'est plus difficile : il faut chercher la base de la prostate ; en enfonçant le doigt jusqu'à son niveau et entre les vésicules séminales dont on perçoit de chaque côté les formes souples et allongées, on perçoit le bas-fond de la vessie, sous la forme d'une surface dépressible et lisse. On apprécie les modifications de sa consistance, une induration limitée, un manque de souplesse et d'élasticité, indice d'un néoplasme ou d'une péricystite. Par le toucher rectal on explore encore les vésicules séminales. A l'état normal, on les devine plutôt qu'on ne les sent : aussi toutes les fois que, au-dessus des cornes de la prostate, des bosselures ou des indurations se perçoivent comme des grains de plomb, enchâssés dans la cloison intervésico-rectale, il faut considérer ce fait comme pathologique : il s'agit le plus souvent de la tuberculose.

PALPER COMBINÉ. — Le palper *bimanuel*, le *palper combiné au toucher rectal*, constitue le moyen d'exploration le plus important dont nous disposons pour apprécier le volume, la consistance, les altérations de la vessie.

M. Guyon a montré tous les avantages qu'on en pouvait tirer, et réglé les différents temps de son exécution.

Le malade est placé sur le dos, les jambes écartées, la tête bien horizontale, dans le repos le plus complet, le bassin soulevé par un coussin. Le chirurgien se place à droite ou à gauche : souvent, d'ailleurs, il est bon de faire l'exploration des deux côtés successivement, pour confirmer ou infirmer par un changement d'attitude des sensations vagues ou légères, et souvent faussées par une contraction musculaire.

Le doigt est introduit dans le rectum, la pulpe en haut : on explore la prostate, on note son volume, sa consistance, l'état de ses bords, on cherche son bord supérieur et on cherche à l'atteindre. Au-dessus de ce bord, le doigt sent le bas-fond vésical : il perçoit les indurations qui s'y rencontrent ; il constate sa sensibilité, qui est nulle à l'état normal. Et ces premières notions ont déjà de la valeur.

Si l'on s'en tenait à ces indications, on connaîtrait peut-être l'état des parties que l'on touche ; mais on ne saurait préciser l'état des parties inaccessibles au doigt. C'est ici qu'intervient la main gauche de l'opérateur (l'index de la main droite ayant été introduit dans le rectum). La main gauche se place à plat sur la paroi abdominale, juste au-dessus de la symphyse, et va déprimer légèrement cette paroi, comme pour s'enfoncer dans l'excavation à la rencontre du doigt rectal. Celui-ci est fixé la pulpe en haut, dépassant de tout ce qu'il peut le bord supérieur de la prostate, et sinon, appliqué à la face postérieure de la prostate, attendant les sensations que la main gauche va lui transmettre.

Lorsque les organes sont sains, la main abdominale qui déprime la paroi ne rencontre d'autre résistance que celle de la paroi : le doigt rectal ne perçoit qu'une même sensation de souplesse partout, et lorsque le sujet est propice, lorsque la paroi est souple et dépressible, les *deux* doigts, même chez l'homme, parviennent sinon à se rejoindre, du moins à se sentir séparés par un ou deux centimètres d'épaisseur de tissus souples et sans induration ; c'est la vessie normale, repliée sur elle-même et vide, avec la prostate petite en dessous.

Supposez, au contraire, une vessie distendue par deux à trois cents grammes d'urine : la vessie ainsi distendue s'interpose entre le rectum et la paroi, c'est-à-dire entre vos deux doigts. Dès lors les sensations sont très différentes, et voici ce qui se passe. La main abdominale déprime la paroi au-dessus du pubis ; dans ce mouvement, elle rencontre la face antérieure de la vessie, qu'elle refoule

sans en avoir conscience vers le rectum; et le doigt, qui est là à l'affût et attend les sensations, perçoit nettement une légère impulsion en même temps qu'il apprécie l'épaisseur de l'organe interposé. On répète ce mouvement à plusieurs reprises, et les sensations se multiplient en se répétant et se précisent : la main abdominale passe du milieu à droite, puis à gauche, et on apprécie ainsi l'étendue en largeur de l'interposition, c'est-à-dire de la vessie interposée et distendue. Avec une vessie remplie de trois cents grammes ces sensations sont très nettes; avec une vessie moins distendue, elles sont encore appréciables. S'il y a dans une moitié de la vessie une tumeur assez volumineuse, cette tumeur se manifesterait au double palper par une exagération de volume, que l'on sentirait entre les doigts, après que la vessie aura été vidée. Mais cette sensation, on ne l'aura, bien entendu, que d'un côté, si la tumeur est localisée à une moitié de la vessie; et lorsque après avoir palpé la moitié droite par exemple, on palpe la moitié gauche, la main abdominale se déplaçant sur la paroi, on trouvera une différence tellement accentuée, qu'il sera facile de conclure que l'une des moitiés de la vessie est augmentée de volume.

Chez la femme, on apprécie aussi bien, sinon mieux, l'état de la vessie par le palper bimanuel. Avec le toucher vaginal, on est plus directement en contact avec la face inférieure de la vessie; et il est plus facile que chez l'homme d'y sentir une infiltration néoplasique, un épaississement quelconque ou seulement d'y développer par la pression la sensibilité excessive qui caractérise la vessie malade.

Aux renseignements fournis par la palpation, il faut ajouter ceux que fournira la palpation *intérieure* de la vessie, c'est-à-dire le *toucher uréthro-vésical*. Celui-ci n'est possible que chez la femme : il suppose la dilatation préalable de l'urètre. Ce moyen est rarement utilisé. On y supplée par le cathétérisme, qui n'est qu'un mode du palper intérieur, exécuté avec « un instrument destiné à allonger le doigt du chirurgien » (Guyon).

CATHÉTÉRISME. — 1° EXPLORATION DE LA VESSIE A L'AIDE DE L'EXPLORATEUR A BOULE. — L'explorateur à boule fournit à lui seul des indications précises sur la sensibilité de la vessie et sur la présence de corps étrangers.

A l'état normal, la sensibilité de la vessie est obtuse, le contact de l'instrument n'est pas senti. Lorsque la vessie est malade, dans les cystites douloureuses surtout, le simple contact de la boule avec le col ou avec la paroi postérieure de la vessie détermine une douleur très vive et très caractéristique; celle-ci commence à se manifester dès que la boule a pénétré dans l'urètre postérieur.

De plus si la boule, une fois parvenue à la vessie, rencontre un corps étranger, un calcul, la main qui la dirige perçoit une sensation de

frottement dur et sec. Il est vrai qu'une sensation presque identique peut être donnée par un obstacle prostatique, par une colonne saillante de la vessie. Aussi le résultat de l'exploration avec la boule olivaire doit-il être toujours contrôlé par le cathétérisme avec l'explorateur métallique.

2° EXPLORATION DE LA VESSIE A LA SERINGUE. — La vessie peut recevoir jusqu'à 500 grammes sans entrer en contraction; mais, en réalité, sa capacité physiologique normale est un peu moindre. Elle se manifeste vers 250 à 300 grammes. Ce chiffre représente le taux normal de la sensibilité de la vessie à la distension.

A l'état pathologique, la sensibilité de la vessie à la distension s'exagère : aussi, l'examen de cette sensibilité est-il susceptible de fournir au diagnostic des éléments de haute valeur.

Pour mesurer la sensibilité de la vessie, on se sert de la seringue le plus souvent, et du manomètre exceptionnellement.

Avec la seringue, on n'a que des sensations un peu grossières, mais très suffisantes en clinique, surtout lorsqu'il s'agit de constater une exagération de la sensibilité vésicale. Le manomètre est plus sensible; Genouville a décrit un appareil qui donne le tracé graphique de la sensibilité vésicale; il sert surtout à mesurer les diminutions du pouvoir contractile de la vessie, diminutions qu'il est toujours beaucoup plus difficile de percevoir que les réactions de sens inverse. Cet appareil très ingénieux n'étant utilisable que dans un grand service, je me bornerai à renvoyer au travail de Genouville (1) ceux que sa description intéresse.

Pour rechercher à l'aide de la seringue la sensibilité de la vessie à la tension, on commence par introduire une sonde dans la vessie et par évacuer son contenu. Puis de l'eau boriquée tiède est poussée lentement avec la seringue dans la vessie; on injecte ainsi de 60 à 100 grammes du liquide et on suit sur le cylindre, aux chiffres marqués, la quantité de liquide introduite dans la vessie. A un moment, le malade accuse un besoin plus ou moins impérieux d'uriner; en même temps, ou quelquefois même un peu avant, la main qui pousse le piston a senti une résistance. C'est la contraction de la vessie, qui vient de se traduire par la résistance que rencontre le piston, et pour le malade par le besoin d'uriner. On note sur la seringue la quantité d'eau injectée.

Toutes les fois que la sensibilité à la tension est exagérée, c'est-à-dire toutes les fois qu'on ne peut introduire dans la vessie qu'une quantité de liquide inférieure à 250 ou 300 grammes, la vessie est plus sensible qu'à l'état normal : il en est ainsi dans toutes les cystites, où l'on voit parfois même la vessie tellement irritable que 15, 20 grammes n'y sont pas tolérés, le liquide revenant autour de la

(1) GENOUVILLE, thèse de Paris, 1885.