

VIII

TROUBLES VÉSICAUX D'ORIGINE NERVEUSE

Dans ce chapitre nous étudions les troubles fonctionnels de la vessie, qui ne sont provoqués ni par une altération de ses parois, ni par une infection de son contenu. Bien que certains auteurs aient pensé que l'hyperémie jouait dans la pathogénie de certains de ces troubles fonctionnels un rôle important, nous les considérons tous, provisoirement au moins, comme d'origine purement nerveuse.

Les malades de cette catégorie constituent ce que M. Guyon a justement appelé les *faux urinaires*. Ils se présentent en effet avec tous les symptômes qui caractérisent habituellement les maladies de l'urètre ou de la vessie. Et cependant leur appareil urinaire est intact, on n'y découvre aucune lésion. La fréquence de ces troubles purement fonctionnels, l'importance qu'il y a d'en reconnaître la nature justifient les développements que nous donnons à ce chapitre.

La vessie est pourvue de deux propriétés, la *contractilité* et la *sensibilité*; les troubles fonctionnels que nous avons à étudier portent sur l'une ou l'autre de ces propriétés; de là deux catégories à établir.

I. — TROUBLES PORTANT SUR LA CONTRACTILITÉ DE LA VESSIE.

Les troubles portant sur la contractilité de la vessie sont eux-mêmes de deux ordres, suivant qu'ils consistent dans l'amoindrissement ou dans l'exagération de cette contractilité.

L'amoindrissement de la puissance contractile de la vessie se caractérise par la paresse vésicale et finalement par la *rétention* complète ou incomplète.

L'exagération se traduit par la fréquence de la miction, encore appelée *pollakiurie*.

Enfin le sphincter de l'urètre peut être lui-même influencé et sa tonicité augmentée. C'est ce qui constitue le *spasme*, généralement associé à la pollakiurie, ou existant d'autres fois isolément.

La rétention, la pollakiurie, les spasmes représentent des troubles fonctionnels communs à plusieurs affections; nous ne nous occupons ici que de ceux qui, absolument indépendants de toute lésion de l'urètre, de la prostate ou de la vessie, sont assez prononcés et persistants, pour constituer en quelque sorte une maladie spéciale.

La modalité de ces troubles fonctionnels varie avec la cause qui

les détermine ou les occasionne. Ces causes peuvent être groupées en trois classes: 1° affections du système nerveux ou névroses, 2° lésions des organes voisins, 3° affections de l'appareil urinaire, 4° influences psychiques.

1° **Affections du système nerveux et névroses.** — Les affections du système nerveux retentissent facilement sur la vessie pour en diminuer la contractilité ou amener même sa paralysie.

Le résultat constant de cette paralysie, c'est la *rétention*; celle-ci débute d'une façon aiguë, ou s'installe lentement, insidieusement, le malade continuant d'uriner, par regorgement, jusqu'à l'incontinence. La rétention de longue durée, chez des individus dont par ailleurs la nutrition est profondément troublée, expose tout particulièrement à l'infection par le cathétérisme; aussi l'infection devient-elle rapidement le corollaire habituel de la rétention. Les lésions urétéro-rénales de distension et d'infection se combinent et s'associent, de telle sorte qu'au point de vue anatomique les lésions sont absolument superposables à ce qu'elles sont dans d'autres affections de l'appareil urinaire, dans l'hypertrophie prostatique, dans les rétrécissements de l'urètre, par exemple.

L'époque à laquelle se manifestent ces troubles fonctionnels, la rapidité avec laquelle ils évoluent, l'importance qu'ils affectent varient beaucoup avec la nature de l'affection du système nerveux qui en détermine l'apparition. Duchenne (de Boulogne), Topinard, Charcot, Guyon, Fournier, Féré, Geffrier en ont étudié minutieusement les caractères et les modalités diverses.

Ataxie. — La parésie vésicale est fréquente à la période ataxique du tabès. Mais souvent ces troubles constituent la première manifestation d'une maladie que l'ataxie viendra caractériser quelques années seulement plus tard.

Ce début par les troubles vésicaux est noté par le professeur Fournier 98 fois sur 244 cas. C'est le plus souvent dans la première ou la deuxième année de la période préataxique, quelquefois même dans les premiers mois, qu'ils entrent en scène. Ils passent le plus souvent inaperçus, ou bien leur véritable nature reste méconnue.

Ils sont représentés par la *paresse vésicale*, l'*ataxie vésicale*, l'*incontinence*, la *rétention*, la *pollakiurie*, le *ténesme*.

L'émission est lente à se produire, les malades n'urinent plus qu'avec effort, lentement et laborieusement. Cette nécessité de l'effort se manifeste surtout le matin au réveil, les malades sont obligés d'uriner accroupis. Malgré ces efforts, le jet de l'urine reste petit et sans vigueur, il s'arrête pour reprendre quelques instants après; l'émission se fait en plusieurs actes. Il en résulte que la miction nécessite un long temps pour s'effectuer complètement, les malades n'osent plus se risquer dans un urinoir, de peur d'être remarqués.

D'ailleurs, les efforts auxquels ils sont obligés de se livrer provoquent souvent une garde-robe.

A un degré de plus, la rétention est complète ; elle apparaît brusquement, ou s'installe peu à peu, précédée d'une période plus ou moins longue pendant laquelle les difficultés de miction sont progressivement croissantes. Elle peut passer complètement inaperçue, le malade urinant par regorgement.

Chez ces malades, on trouve au manomètre la contractilité vésicale très diminuée (1), mais la sensibilité décroît parallèlement à la contractilité. Le besoin d'uriner ne se montre que par l'injection de 400 ou 500 grammes de liquide, et même davantage. Souvent même, quand on injecte jusqu'à 600 grammes d'eau boriquée, on n'obtient qu'une envie moyenne avec pression dépassant à peine 50 centimètres d'eau, alors qu'elle devrait être de 1 mètre à 1^m,50 chez un individu normal.

A côté de l'incontinence par regorgement, on en observe une autre, qui tient à une irritabilité spéciale du muscle vésical.

L'incontinence d'urine du tabès ne ressemble pas à celle qui résulte d'une lésion organique du col vésical, ou d'une perforation de la vessie. C'est d'abord une incontinence essentiellement *intermittente*, elle se produit à quelques reprises seulement dans les vingt-quatre heures. Elle est parfois exclusivement nocturne. Elle est *partielle*, incomplète ; c'est au moment où le besoin d'uriner se fait sentir, qu'une quantité d'urine généralement minime ou peu importante s'échappe involontairement : à ce moment le malade parvient à se retenir, et les dernières gouttes de l'urine s'échappent normalement. Cette émission involontaire de quelques gouttes d'urine se produisant au moment où le malade ressent le besoin d'uriner ou refuse d'y accéder, surtout le matin au réveil, ou pendant le sommeil, ou encore à l'occasion d'une émotion, serait, d'après Fournier, caractéristique du tabès.

La pollakiurie est une autre manifestation des troubles vésicaux du tabès. Les besoins d'uriner chez quelques malades se produisent avec une fréquence anormale et quelquefois excessive, vingt à trente fois par jour. Ces besoins sont impérieux, irrésistibles : ils sont accompagnés de douleurs vives avec ténésme.

Dans les autres affections de la moelle, la rétention par paralysie vésicale est également la règle. Dans les compressions médullaires brusques, par fracture, par gibbosité, dans toutes les paraplégies brusques, la vessie est intéressée à condition que la lésion siège au-dessus du centre vésico-spinal.

La rétention est proportionnelle, quant à sa durée, à la lésion médullaire ; elle suit une marche sensiblement parallèle à celle de la paraplégie motrice et sensitive. Quand la rétention disparaît, elle fait

(1) GENOUVILLE, La contractilité du muscle vésical à l'état normal et à l'état pathologique, thèse de Paris, 1894, et *Gaz. des hôp.*, 1895, n° 27, p. 259.

place d'abord à la rétention incomplète, et puis à l'incontinence ou plutôt à la miction involontaire.

Dans les paraplégies lentes, on observe également la rétention, ou l'incontinence par regorgement.

Les *traumatismes cérébraux* agissent de même.

Dans la *paralysie générale*, la rétention est la règle ; elle serait due, d'après Geffrier, au spasme de l'urètre pendant la période d'excitation, à la paralysie de la vessie dans la période de dépression. De même dans la *sclérose en plaques* , on observe la rétention par spasme urétral. Enfin, dans la *démence*, la rétention est encore la règle.

Dans l'*épilepsie*, l'incontinence d'urine accompagne presque toujours au début les grandes crises diurnes ou nocturnes.

Dans l'*hystérie*, les troubles de la contractilité de la vessie sont plus rares que ceux de la sensibilité. Ces troubles d'origine hystérique ont été particulièrement étudiés par Briquet, Charcot, Feré, Lebreton, Fouquet, Geffrier (1). La paralysie vésicale accompagne souvent la paraplégie hystérique ; elle est alors compliquée de paralysie intestinale, de météorisme, de constipation. Dans certains cas, la paralysie porte exclusivement sur le sphincter : il en résulte une incontinence, qui rappelle l'incontinence d'urine essentielle. M. Laveran attribue l'incontinence d'urine des hystériques à l'anesthésie de la muqueuse : sur un de ses malades il constatait en effet l'anesthésie tactile et électrique de la muqueuse de l'urètre, du gland et de la verge. Cette anesthésie devrait pour lui annihiler les réflexes. Mais Mathieu a communiqué à la Société médicale des hôpitaux, en 1892, l'observation d'une hystérique traitée par lui, et qui, avec de l'anesthésie de l'urètre, présentait non plus de l'incontinence d'urine, mais de la rétention.

2° **Affections des organes voisins de la vessie. — Troubles réflexes.** — Les lésions des organes voisins de la vessie déterminent quelquefois par voie réflexe, soit la paralysie de la vessie, soit les spasmes de l'urètre, soit les deux à la fois. Ainsi agissent les fissures à l'anus, les hémorroïdes, les opérations qui portent sur le rectum, l'anus.

Chez la femme, les affections de l'utérus, les métrites, les déviations déterminent soit l'irritation de la vessie, c'est-à-dire la pollakiurie, soit la dysurie, la rétention. Cette relation des affections génitales avec la vessie chez la femme est bien connue. Boissard (2) l'a étudiée en 1884, et nous-même avons plus récemment décrit ces relations pathologiques entre l'appareil génital et l'appareil urinaire

(1) LEBRETON, Des paralysies hystériques. Paris, 1868. — FOUQUET, Étude clinique sur quelques spasmes d'origine hystérique, thèse de Paris, 1880. — GEFFRIER, Étude sur les troubles de la miction dans les maladies du système nerveux, thèse de Paris, 1881.

(2) BOISSARD, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1884, p. 115.

chez la femme (1). Les opérations gynécologiques, l'amputation du col, le curetage, l'hystérectomie, la laparotomie, voire même l'accouchement, s'accompagnent presque toujours, pendant les premiers jours au moins, d'une difficulté de miction, qui va jusqu'à la rétention : de là la nécessité des cathétérismes répétés ou même de la sonde à demeure. Cette rétention est motivée par une diminution très évidente de la contractilité de la vessie : dans des recherches que j'ai faites avec Genouville, j'ai trouvé la contractilité vésicale très affaiblie au manomètre, et cela pendant les quelques jours qui suivent l'opération.

D'ailleurs des opérations, des traumatismes (2) portant sur une région éloignée de la vessie déterminent dans certains cas et chez certains sujets prédisposés une rétention d'urine, qui ne reconnaît pas d'autre mécanisme. Boursier (3) admet que dans ces cas on a affaire à d'anciens urinaires, dont la vessie est en état de moindre résistance. Cette préparation ne nous semble même pas nécessaire : la prédisposition névropathique du sujet constitue une raison suffisante. J'ai vu une malade hystérique chez laquelle une rétention apparut subitement à la suite d'un accouchement simple et dura complète pendant trois mois. Elle disparut brusquement par suggestion. Le traumatisme agit donc dans ces cas comme agent provocateur de l'hystérie. Ces rétentions post-traumatiques sont du ressort de l'hystéro-traumatisme, qu'elles soient déterminées par la paralysie de la vessie, ou plus rarement par le spasme de l'urètre (Le Dentu) (4).

D'autres fois, c'est la pollakiurie qu'on observe, accompagnée de ténesme et de dysurie, ensemble de troubles que Zuckerkandl (5) a caractérisé du terme de « vessie irritable ». Ils accompagnent les infections génitales, surtout les métrites, les déviations, les salpingites, et aussi les prolapsus. Ce n'est pas une influence nerveuse qu'il convient d'invoquer pour la pathogénie de ces troubles fonctionnels. C'est une influence congestive qu'il faut admettre presque exclusivement. Les examens cystoscopiques de Zuckerkandl, de Jacobs (6) ne laissent aucun doute à cet égard. Ces auteurs ont constaté à l'endoscope, sur des femmes enceintes ou en période cataméniale, une injection vasculaire du bas-fond vésical. En certains points même ils ont constaté le développement de veines variqueuses. C'est

(1) LEGUEU, Des relations pathologiques entre l'appareil génital et l'appareil urinaire chez la femme (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, juillet 1897).

(2) HOUILLON, De la rétention d'urine d'origine traumatique ou opératoire, thèse de Bordeaux, 1893.

(3) BOURSIER, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1886, p. 515.

(4) LE DENTU, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1892, p. 240.

(5) ZUCKERKANDL, Ueber eine Form des irritable Blase beim Weibe (*Wiener med. Presse*, 1894, nos 20 et 21), et DACHEUX, La vessie irritable chez la femme, thèse de Paris, 1894.

(6) JACOBS, La vessie irritable chez la femme (*Policlinique de Bruxelles*, 15 août 1896, p. 713).

donc la congestion qui irrite le muscle vésical ; la vessie réagit à la congestion et à l'inflammation d'une façon identique, l'intensité de la réaction seule diffère.

3° Affections de l'appareil urinaire. — Les diverses branches de l'appareil urinaire sont reliées entre elles par des voies physiologiques d'innervation, qui permettent aux lésions des unes de retentir sur les autres. Les affections du rein retentissent sur la vessie, comme les affections de la vessie retentissent sur le rein. L'irritation vésicale qui se manifeste au cours de la colique néphrétique, les épreintes, le ténesme qui se produit à ces moments, sous l'influence de l'engagement ou de la migration d'un calcul dans l'urètre, sont un exemple des plus frappants de ces troubles fonctionnels d'ordre réflexe.

Certaines affections congénitales de l'urètre ou de la verge, l'étréitesse congénitale du méat, par exemple, le phimosis sont également susceptibles de donner naissance à tous les signes qui caractérisent l'irritabilité vésicale. Quelque obscur que soit le mécanisme de cette action occulte, les observations rapportées par Civiale, Otis, Guyon, Reliquet, Beard, ne laissent aucun doute sur l'intensité de cette relation ; il a suffi d'une urétrotomie ou d'une circoncision pour faire disparaître tous les troubles observés.

4° Troubles d'origine psychopathique. — L'influence du moral sur le physique se manifeste d'une façon particulièrement intéressante sur les fonctions urinaires. Ce fait bien connu a frappé tous ceux qui se sont attachés à la physiologie normale de la vessie. Mosso et Pellacani (1) ont remarqué, dans leurs expériences sur le chien, qu'une simple caresse suffit à mettre en jeu la contractilité des fibres musculaires de la vessie. Comme la vessie est dépourvue de fibres musculaires volontaires, cette influence ne peut s'exercer que par un réflexe d'origine psychique. Chez l'homme, cette influence psychique joue un grand rôle à l'état normal et à l'état pathologique : elle s'exerce en effet à la fois sur la miction dont elle régit l'exécution et dont elle règle la répétition. Ces deux termes demandent une explication.

Dans l'accomplissement de la miction normale, deux actions contraires se produisent : 1° une action dynamogénique, qui fait contracter la paroi musculaire de la vessie, et 2° une action inhibitrice, qui relâche le sphincter urétral. La première, qui produit la contraction vésicale, est le dernier terme d'un arc réflexe très compliqué, qui peut aussi bien avoir pour point de départ le sens musculaire de la vessie, que l'idée cérébrale de miction. La seconde, au contraire, est purement psychique ; elle nécessite la suspension momentanée de l'action d'un muscle volontaire, le sphincter urétral. Le meilleur moyen d'ob-

(1) MOSSO et PELLACANI, *Archives italiennes de biol.*, 1882.

tenir cette paralysie momentanée d'un muscle strié, consiste à en détacher le plus complètement possible l'attention. Si ce temps de distraction ne se produit pas, ou est incomplet, la miction devient difficile, quelquefois même impossible : de là une première série de troubles fonctionnels d'origine psychique, que Janet (1) a parfaitement étudiés dans sa thèse, c'est le *spasme urétral et la rétention d'urine*.

Pour la répétition des mictions, l'influence psychique n'est pas moins évidente : le besoin d'uriner naît de la distension de la vessie ; à la rigueur, nous devrions donc uriner dès que notre vessie a acquis la limite physiologique de sa tension. Mais en pratique, nous ne savons pas répondre à notre vessie comme elle nous le demande. Les exigences sociales ou professionnelles nous font différer ou répéter la miction avant le besoin, et nous nous créons ainsi des habitudes urinaires qui permettent à notre cerveau de commander à la vessie (Janet). Cette influence que nous laissons prendre au cerveau sur la vessie se manifeste dans certaines conditions d'une façon fâcheuse et désagréable ; il arrive, par exemple, que l'idée de miction, que la vue d'un urinoir réveille en nous le besoin d'uriner, alors même que la vessie n'est pas au niveau voulu de tension. L'état mental prend le dessus sur l'instinct, et si l'esprit est tourmenté par ailleurs, par des préoccupations urinaires surtout, l'attention toujours portée sur la vessie fera naître des besoins d'uriner beaucoup plus fréquents qu'il ne convient. De là une seconde série de troubles qui tourmentent ces malades, ces *névropathes urinaires* dont M. Guyon (2) a donné dans ses cliniques la description si précise. Ces troubles se caractérisent surtout par la *pollakiurie psychopathique*.

a. SPASME URÉTRAL. — Il est caractérisé par l'exagération de la contractilité normale du sphincter urétral : cette exagération est à peu près constante chez les psychopathes urinaires.

Elle se manifeste au moment où le malade veut uriner, et produit le *bégaiement urinaire*.

James Paget a bien caractérisé ce trouble fonctionnel : il consiste dans ce fait que les individus qui en sont atteints ne peuvent uriner quand on les regarde, surtout quand on attend qu'ils aient fini d'uriner pour prendre leur place. C'est à tel point que ces malades finissent par renoncer à uriner en public. La plupart des psychopathes urinaires sont affligés de cette infirmité, qui est la plus minime de celles que nous étudions, qui en est comme la première étape.

A un degré de plus, le spasme urétral se produit en dehors de toute cause provocatrice : l'attention que le malade prête à sa miction suffit à le réveiller, et c'est à lui que sont dus le jet filiforme, le jet en tire-bouchon, cette douleur périnéale sourde, qui préoccupent tant

(1) JANET, Les troubles psychopathiques de la miction, thèse de Paris, 1890.

(2) GUYON, Les névropathes urinaires (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1893, p. 641).

ces malades et les porte à se croire atteints de rétrécissement. La miction est d'abord lente à venir, le sujet est obligé de faire effort, puis le jet paraît, un jet filiforme ou tortillé. Après la miction, le coup de piston manque, les quelques gouttes d'urine qui sont restées dans l'urètre s'échappent les unes après les autres, au lieu d'être rejetées en bloc : cela vient de ce que pendant la miction tous les muscles du périnée, tous ceux justement qui doivent donner le coup de piston, sont contractés. Une fois la miction terminée, ils ne peuvent se contracter davantage, et l'urètre continue à se vider goutte à goutte. D'autres fois, c'est au bout de quelques minutes que les muscles revenus au repos se contractent spasmodiquement : c'est ce qui constitue le *coup de piston retardé* (Janet).

A l'exploration, on constate un arrêt à l'entrée de la portion membraneuse : le malade accuse une vive douleur au même endroit. Souvent les instruments en gomme s'arrêtent, même les plus petits : on croit à un rétrécissement, mais un gros Béniqué s'engage facilement, et l'erreur est vite réparée.

b. RÉTENTION COMPLÈTE. — Dans le bégaiement, la rétention n'est que momentanée : elle pourra devenir définitive le jour où « le malade se gênera lui-même en se regardant uriner, le jour où il se servira lui-même d'étranger assistant à la miction » (Janet).

En général cependant la rétention complète d'ordre psychique a besoin pour se produire d'une cause occasionnelle ou de quelque accident qui affaiblisse la contractilité vésicale : ainsi agit la rétention volontaire habituelle, qui finit par faire perdre à la vessie son tonus habituel ; ainsi agissent encore les traumatismes locaux ou à distance.

c. POLLAKIURIE PSYCHOPATHIQUE (1). — *Névropathie urinaire*. — La pollakiurie psychopathique résulte d'une préoccupation exagérée et ayant trait à la miction. Cette préoccupation exagérée n'est pas toujours sans fondement : une lésion importante ou minime a existé, c'est une blennorrhée, un rétrécissement. Le moral du malade a été frappé plus qu'il ne convient ; son esprit en éveil, hanté par les lectures qu'il sait mal interpréter, le porte à s'observer outre mesure, et cet excès d'attention aggrave les troubles observés ou du moins leur substitue une série de troubles nouveaux dont l'origine est exclusivement psychique. La lésion vraie une fois disparue, ce trouble fonctionnel n'en persiste pas moins, et c'est ainsi que le malade devient un psychopathe d'abord, et plus tard un hypocondriaque urinaire.

La pollakiurie, qui dans certaines conditions de la vie est habituelle et presque normale chez les préoccupés, au milieu des émotions d'un examen ou d'un concours par exemple, devient chez le psychopathe presque constante : elle constitue un symptôme prépon-

(1) CORBY, De la pollakiurie psychopathique, thèse de Paris, 1895.