

dérant. Les préoccupations du malade entretiennent un état permanent d'irritabilité de la vessie, et celui-ci se traduit par la pollakiurie.

Elle apparaît de bonne heure chez l'enfant, provoquée par de mauvaises habitudes de mictions fréquentes, par la polyurie, par une irritabilité excessive ou héréditaire; plus souvent, elle n'apparaît que plus tard, chez l'adulte, à l'occasion d'un trouble urinaire minime, qui attire de ce côté l'attention du malade. Le phimosis, la continence avec les érections fréquentes qu'elle occasionne et les pertes nocturnes qu'elle détermine, et surtout la blennorrhagie, la goutte, sont les causes le plus habituellement invoquées.

La pollakiurie est donc liée aux fluctuations des préoccupations des psychopathes: elle se manifeste au maximum pendant le jour et surtout dans l'oisiveté. Le travail, une occupation soutenue empêchent le sujet de penser à sa vessie, et la pollakiurie diminue.

La nuit, la pollakiurie disparaît, et on voit des malades qui le jour urinent jusqu'à quarante fois, et qui la nuit ne se lèvent pas une fois pour uriner. Aussi M. Guyon a-t-il pu dire avec raison: « La pollakiurie exclusivement diurne est un névropathe ». Souvent, il est vrai, la pollakiurie persiste la nuit à un degré moindre: les préoccupations revêtent alors la forme de rêves mictionnels, et le besoin d'uriner se manifeste. Si le sujet a le sommeil léger, il a le temps de se lever et d'uriner; s'il a le sommeil profond, comme il arrive souvent chez les enfants, il urine dans son lit. L'incontinence psychopathique d'urine est une des variétés de l'incontinence nocturne des enfants, et même des adultes.

Le spasme urétral, la rétention, la pollakiurie sont des troubles fonctionnels que présentent isolés ou associés les *névropathes urinaires*.

Ces névropathes sont en général des sujets jeunes, de vingt-cinq à trente ans; la plupart appartiennent à la catégorie des déprimés, plutôt que des excitables; ils ont l'air triste, préoccupé, ils parlent à voix basse, racontent avec force détails l'observation très longue de leurs maladies, ils ont des pollutions nocturnes, ils sont impuissants, ils redoutent le coït, ils fuient les femmes. Tout les frappe et fixe leur attention; et l'aspect de ces malades, la manière dont ils se présentent, les explications dont ils agrémentent leur récit permettent souvent de dire dès l'abord à quelle catégorie de malades ils appartiennent. Aux troubles de la motilité se joignent souvent des douleurs variables de siège, de caractère et d'intensité. Elles siègent au périnée, au niveau des bourses, à l'anus, s'irradient à la racine des cuisses, aux testicules, à la région lombaire. Ce sont tantôt de simples pesanteurs périnéales, tantôt des douleurs très aiguës survenant par crises. Ces douleurs n'ont aucune relation avec la miction, et ne rappellent ni par leur fixité ni par leur relation avec l'évacuation de la vessie les douleurs de la cystite.

Le *diagnostic* est aisé: l'appareil urinaire est indemne. Les urines

sont claires et de quantité normale. La portion membraneuse est très sensible et arrête la boule exploratrice. Mais la vessie est insensible au contact et à la distension. La prostate, les vésicules séminales sont indemnes; les testicules le sont également; chez presque tous ces malades on trouve un varicocèle à gauche.

A l'intégrité anatomique de la vessie correspond seulement, et encore dans quelques cas (17 fois sur 28, Guyon), une diminution très accentuée de la contractilité vésicale. Genouville, dans ses recherches manométriques, a constaté très nettement ce fait chez les névropathes urinaires. Quand on injecte par exemple dans la vessie d'un névropathe de l'eau boriquée, la pression reste basse malgré que la quantité de liquide injecté s'élève à 500 et 600 grammes. Le manomètre ne marque que 3 ou 5 centimètres d'eau, au lieu de 1 mètre, 1^m,50 sur l'individu normal.

Mais ce qui est encore plus curieux, c'est que la sensibilité de la vessie est en même temps exagérée, contrairement à ce qui se voit chez les médullaires, les ataxiques par exemple. Le besoin d'uriner n'apparaît que vers 200 grammes, mais si on continue à injecter du liquide, tandis que la pression reste basse, l'envie prend assez vite une intensité considérable: elle dépasse même, dans la plupart des cas, le taux de l'envie que ressent un sujet normal. C'est une véritable hyperesthésie de la sensibilité à la tension. Il y a donc exagération manifeste de la sensibilité, malgré ce léger retard d'apparition du besoin d'uriner chez ces malades.

Les deux propriétés maîtresses de la vessie, contractilité et sensibilité, normalement associées, se séparent donc chez les neurasthéniques. Cette dissociation est spéciale aux névropathes urinaires, et elle constituerait même un symptôme caractéristique de la neurasthénie vésicale (Genouville).

Cette diminution de la contractilité vésicale explique comment ces malades urinent mal, leur vessie se contractant insuffisamment. Il est cependant des cas dans lesquels la miction reste difficile, malgré que la contractilité soit normale. C'est qu'alors intervient l'influence du spasme urétral, qui résiste à la poussée vésicale, et lui résiste si bien qu'il rend la miction difficile.

Les névropathes urinaires présentent par ailleurs tous les stigmates de la neurasthénie, de l'hystérie ou de la dégénérescence. Ils présentent de l'anesthésie pharyngée, de l'hémianesthésie sensitive ou sensorielle, complète ou incomplète, des traces d'anesthésie ou d'hyperesthésie, du rétrécissement du champ visuel, des crises de larmes, la sensation de boule, etc. Dans leurs antécédents directs, collatéraux ou personnels, on retrouve des tares nerveuses. Et ces éléments sont d'une grande valeur dans l'interprétation des troubles fonctionnels dont ils se plaignent.

Le *traitement des troubles fonctionnels* portant sur la motilité de

la vessie, est essentiellement subordonné à celui de la cause qui les a déterminés. C'est ce qui explique le succès de quelques cas très différents.

Le traitement de la pollakiurie psychopathique comprend deux moyens, les bons conseils et la dilatation progressive de la vessie (1).

Les bons conseils ne peuvent réussir, comme l'observe Janet, qu'avec des malades intelligents, qui savent se distraire de l'envie d'uriner, et non faire effort pour la retenir. Souvent ces conseils n'ont d'autre effet que d'attirer encore l'attention du malade sur sa vessie, et d'amener par une préoccupation exagérée un résultat opposé à celui qu'on se propose.

Aussi Janet a-t-il cherché à traiter la pollakiurie nerveuse par la dilatation lente et progressive de la vessie, que Guiard (2) avait condamnée. On injecte dans la vessie la quantité d'eau boriquée tiède nécessaire pour provoquer l'envie d'uriner. La sonde est retirée, et le malade est invité à ne pas uriner pendant le plus long temps possible, et ensuite à ne plus s'occuper de rien.

Ces séances sont d'abord répétées tous les jours jusqu'à ce qu'on obtienne un résultat bien net, puis espacées de plus en plus jusqu'à une seule par semaine, puis enfin supprimées. La vessie reçoit chaque jour de plus en plus de liquide, et le nombre des mictions diminue rapidement.

II. — TROUBLES FONCTIONNELS PORTANT SUR LA SENSIBILITÉ DE LA VESSIE

Les troubles fonctionnels qui portent sur la sensibilité de la vessie consistent dans l'atténuation ou dans l'exagération de cette sensibilité. L'atténuation, c'est l'anesthésie vésicale; l'exaltation, c'est l'hyperesthésie ou même la névralgie vésicale.

Ces troubles existent rarement isolés: ils coexistent le plus souvent avec les troubles portant sur la motilité de l'organe.

L'anesthésie vésicale est caractérisée par la suppression du besoin d'uriner: la vessie se distend, et ce n'est que lorsqu'elle occasionne une sensation de pesanteur, de distension abdominale, que les malades pensent à s'exonérer. Quand à l'anesthésie de la vessie s'ajoute l'anesthésie de l'urètre, les malades n'ont même plus la sensation de la miction; ils ne sentent plus les urines passer dans le canal; ils ne savent plus quand ils commencent et quand ils finissent d'uriner.

On observe ce phénomène dans l'ataxie, dans certaines maladies de la moelle. Dans l'hystérie, l'anesthésie donne lieu à l'incontinence ou

(1) JANET, Traitement des pollakiuries nerveuses par la dilatation progressive de la vessie (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1895, p. 132).

(2) GUIARD, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1891.

à la rétention; la rétention est due à la suppression des besoins, l'évacuation ne se fait plus, la vessie se distend, et l'hydronéphrose peut même être la conséquence de cette rétention (Tuffier).

Névralgie vésicale. — Par névralgie vésicale, nous entendons tous les états douloureux de la vessie qui ne sont pas provoqués par un état morbide de l'organe. Le cadre des névralgies vésicales, dans lesquelles on a compris à tort des affections d'une autre nature, des cystites douloureuses, des tuberculoses au début, est en réalité très restreint. Les anciens travaux de Bourguignon, de Ferra, de Miot, de Gergaud, demandaient à être révisés. L'ouvrage de M. Le Dentu, à ce point de vue, marque le premier temps de cette révision; Hartmann l'a complétée dans un travail où il présente une étude complète des névralgies vésicales, qu'il sépare très nettement des cystites douloureuses, avec lesquelles elles n'ont aucun rapport (1).

Étiologie. — Les névralgies vésicales se divisent en deux classes au point de vue étiologique: elles sont *idiopathiques* ou *symptomatiques*. Les premières sont celles dont la cause n'est pas définie par une lésion nettement déterminée, tenant sous sa dépendance immédiate les symptômes vésicaux. Les secondes ne sont que la manifestation du côté de la vessie d'une lésion anatomo-pathologique indiscutable, siégeant soit sur le système nerveux, soit sur l'appareil urinaire, soit sur tout autre organe.

a. *Névralgies idiopathiques.* — Elles sont plus fréquentes chez l'homme (Roux, Campagnac); on les observe surtout à l'âge adulte. Les causes susceptibles de leur donner naissance sont multiples: la neurasthénie, l'hypochondrie (Guyon) figurent au premier rang. La spermatorrhée, l'abus du coït, la masturbation, la chlorose, la dyspepsie, les troubles généraux de la nutrition, l'hystérie ont été souvent invoqués. L'influence des boissons spiritueuses, qui agissent à la fois sur le système nerveux et sur les muqueuses urinaires, est admise par les auteurs anglais, par Brodie, par Gaut et Stein. White invoque dans certaines conditions, chez les mécaniciens de tramways en particulier, les trépidations transmises au bassin par l'intermédiaire d'un siège étroit et dur.

Ces influences sont certainement secondaires: la prédisposition héréditaire ou acquise joue un rôle étiologique plus important. Tous les individus qui sont atteints de névralgie vésicale sont des névropathes, des neurasthéniques: dans leurs antécédents héréditaires on retrouve des tares nerveuses à des degrés divers, l'alcoolisme, les migraines, les névroses, ou encore la goutte, le rhumatisme. Dans leurs antécédents personnels, on note une susceptibilité nerveuse excessive, des émotions morales vives, des chagrins, des préoccupations exagérées, le rhumatisme (Féré) (2); enfants, ils sont souvent incon-

(1) VOLLEMIER et LE DENTU, *Traité des maladies des voies urinaires*. Paris, 1881. — HARTMANN, *Des névralgies vésicales*. Paris, 1889.

(2) FÉRÉ, La famille névropathique (*Arch. de neurologie*, 1884, t. VII, p. 1 et 73).

tinents; adultes, ils restent pollakiuriques et préoccupés. La moindre lésion, même minime, suffit dans ces organismes amoindris à créer un état névralgique que l'attention, la préoccupation persistante, l'hypochondrie exagère ou entretient. La neurasthénie est donc la grande cause des névralgies vésicales.

b. *Névralgies symptomatiques.* — Les *maladies du système nerveux* déterminent parfois des manifestations douloureuses très violentes du côté de la vessie. L'ataxie locomotrice surtout se caractérise par l'importance et quelquefois par la précocité de ces manifestations. Duchenne, de Boulogne, Topinard, Charcot, Guyon (1), Fournier (2), ce dernier dans des leçons magistrales, ont décrit les accidents vésicaux du tabes, dont Queudot (3), Geffrier (4), Féré (5), Raymond et Oulmont (6) ont fait une étude spéciale. A côté de l'ataxie, il faut signaler encore d'autres maladies du système nerveux, la paralysie générale en particulier (Verneuil).

Les *lésions de l'appareil urinaire* peuvent, par voie réflexe, retentir sur la vessie. Les douleurs vésicales sans cystite au cours des affections rénales, de la lithiase en particulier, sont connues depuis longtemps. M. Guyon a montré dans ses cliniques, et j'ai rappelé (7) dans ma thèse combien étaient fréquentes les manifestations du réflexe réno-vésical, et comment elles créaient des embarras sérieux au diagnostic. Les calculs, la tuberculose, la rétention rénale sont les affections qui mettent le plus facilement en jeu le réflexe pathologique.

Parmi les affections de l'urètre susceptibles de causer la névralgie vésicale, deux ont été plus spécialement invoquées : c'est le rétrécissement du méat et les polypes de l'orifice urétral chez la femme. Enfin l'urétrite postérieure, la prostatite chronique peut chez les sujets prédisposés déterminer tous les signes de la névralgie vésicale. Ultzmann (8) invoque pour la pathogénie de ces états douloureux l'irritation des filets nerveux de la prostate; nous ferons remarquer que la prostatite chronique est habituellement insensible et indolore, il faut donc nécessairement attribuer à la susceptibilité nerveuse du sujet la part prépondérante, et toute lésion minime serait aussi bien capable de mettre en jeu cette susceptibilité excessive.

Enfin les *maladies des autres organes* peuvent agir sur la vessie

- (1) GUYON, Leçons cliniques, 1885, p. 21 et 47.
 (2) FOURNIER, Période préataxique du tabes, 1885.
 (3) QUEUDOT, Des crises douloureuses qui peuvent se montrer dans les voies urinaires au cours de l'ataxie locomotrice, thèse de Paris, 1882, n° 144.
 (4) GEFFRIER, Étude sur les troubles de la miction dans les maladies du système nerveux, thèse de Paris, 1884, n° 81.
 (5) FÉRÉ, Arch. de neurologie, 1884, t. VII, p. 20.
 (6) RAYMOND et OULMONT, Gaz. méd. de Paris, 22 oct. 1881, p. 518.
 (7) LEGUEU, Des calculs du rein et de l'urètre, thèse de Paris, 1891.
 (8) ULTMANN, Névroses des organes génito-urinaires de l'homme, traduct. par Picard, Paris, 1883.

indirectement, et déterminer la névralgie vésicale. Civiale (1) avait déjà remarqué combien souvent la névralgie du col de la vessie pouvait être la conséquence d'une affection de la matrice. Barnes (2), Bache Emmet (3), Boissard (4) et Legueu (5) ont étudié plus complètement ces relations pathologiques de l'utérus et de la vessie. Les inflammations utérines, les déviations de l'utérus, l'antéversion surtout, les fibromes, l'atrésie du col, la grossesse sont susceptibles de causer la névralgie de la vessie.

Citons en dernière ligne les affections du rectum et de l'anus : Civiale, Lallemand, Stein signalent la distension du rectum par coprostase, les hémorroïdes, les fissures à l'anus comme pouvant donner naissance à des névralgies vésicales.

Symptômes. — a. **Névralgies idiopathiques.** — Le début est obscur; une douleur hypogastrique, un chatouillement qui devient une douleur se produit ou s'aggrave sans cause occasionnelle appréciable. D'autres fois la névralgie paraît à l'occasion d'une chute, d'un coït.

Un seul symptôme, la douleur, caractérise la névralgie vésicale. Tantôt la douleur est fixe et continue, tantôt elle se montre par accès. Ces accès sont réveillés par les mictions. C'est pendant la miction, surtout à la fin, que se produisent des douleurs vives qui s'irradient au bout de la verge et à l'extrémité du gland, à la vulve, aux petites lèvres, autour du méat urinaire chez la femme, ou encore au clitoris, au coccyx, au sacrum, à l'anus. Dans l'intervalle des accès, le malade accuse une douleur continue en arrière du pubis; elle diminue par le repos, s'aggrave par la fatigue. Mais souvent cette douleur disparaît complètement dans l'intervalle des accès, et le malade jouit d'un calme parfait, jusqu'à ce qu'une nouvelle miction vienne réveiller une crise.

Il existe en même temps de la pollakiurie, les mictions sont plus fréquentes, surtout le jour; la nuit, les besoins se répètent une fois ou deux tout au plus. Dans certains cas, alors que l'irritabilité vésicale est très vive, les besoins pendant quelques minutes se répètent coup sur coup, s'accompagnant de douleurs vives, d'épreintes, de ténésme, comme dans les cystites douloureuses les plus accentuées. Ces douleurs, rattachées à tort à la contracture du col, sont dues en réalité à la contraction de tout le muscle vésical.

Le spasme de l'urètre accompagne souvent ces états très douloureux : il en résulte que la miction est difficile, le jet petit et tortillé.

La névralgie vésicale peut durer ainsi indéfiniment : en général, elle

- (1) CIVIALE, Traité pratique des mal. des org. gén.-urin., Paris, 1858, t. II, p. 63.
 (2) BARNES, The Lancet, 1875.
 (3) EMMET, Amer. Journ. of Obstetrics, 1876, vol. IX, p. 578.
 (4) BOISSARD, Étude sur les troubles de la miction se rattachant aux divers états physiologiques et pathologiques de l'utérus, thèse de Paris, 1883.
 (5) LEGUEU, Des relations physiologiques et pathologiques de l'appareil génital et de l'appareil urinaire chez la femme. Ann. des mal. des org. gén. urin., 1897.

procède par accès, par périodes, disparaissant pour un temps, et se reproduisant pour ainsi dire sans cause, sans que la santé générale soit compromise.

b. Névralgies symptomatiques. — Elles sont moins constantes, dans leurs allures cliniques, que les névralgies idiopathiques : les formes sont multiples, elles varient autant que l'affection causale.

Dans le *tabes*, la névralgie vésicale peut être le premier symptôme révélateur. Le professeur Fournier rapporte plusieurs exemples de ce genre. Leur évolution cependant n'est pas intimement liée à celle de la lésion médullaire (1). Lorsque le malade arrive à la période confirmée de l'ataxie, on voit les accidents névralgiques, tantôt persister, s'aggraver, et tantôt s'atténuer. D'autres fois enfin ces troubles n'apparaissent qu'alors que la maladie est confirmée à la période d'ataxie et d'incoordination motrice.

La miction est douloureuse : la douleur se fait sentir soit au col de la vessie, soit surtout le long du canal, au moment du passage de l'urine. Des spasmes douloureux du col se produisent plus spécialement à la fin de la miction, rappelant les épreintes de la cystite blennorrhagique. Les malades, en dehors des mictions, ressentent des sensations obscures de douleur et de pesanteur du côté de la vessie : elles sont accompagnées de chaleurs, de cuissons, d'irradiations vers l'urètre et le rectum.

Lorsque ces douleurs sont très accentuées, elles constituent ce que Fournier appelle les *coliques vésicales* : ce sont des douleurs soudaines dans leur apparition, qui s'étendent à la vessie, à l'urètre, au périnée. Ces douleurs sont suraiguës, poignantes, angoissantes, atroces, mais elles ne durent que quelques instants, une demi-heure, rarement plusieurs heures. Pendant la crise, les besoins d'uriner sont impérieux et irrésistibles, le malade urine avec effort, et chaque miction s'accompagne de contractures déchirantes du col vésical (Fournier). Brusquement une détente se produit, et tout est fini. Ces phénomènes douloureux sont facilement pris pour des coliques néphrétiques, des calculs vésicaux. Ils sont rares à la période pré-ataxique du *tabes*.

En même temps que ces douleurs vésicales, on observe les troubles de la motilité, dont nous avons parlé, la paresse vésicale, la rétention : ces divers troubles, loin de se contremander, s'associent en des combinaisons variées.

Pronostic. — Il est subordonné à la cause, pour les névralgies symptomatiques au moins. Pour les névralgies idiopathiques, le pronostic est sérieux : l'affection est tenace et difficile à guérir, et souvent toutes les médications échouent, sans jamais compromettre l'existence.

Diagnostic. — « Lorsqu'on se trouve, dit Hartmann, en présence

(1) CHALEIX-VIVE, Des névralgies vésicales, thèse de Paris, 1888.

d'un malade qui depuis un temps assez long souffre de la vessie, qui se plaint de difficultés pour uriner, et que les urines restent claires, que l'examen méthodique des organes urinaires ne dénote rien qu'une sensibilité et une résistance excessives de la région membraneuse, on peut, même en l'absence de toute autre recherche, conclure à l'existence d'une névralgie vésicale. »

C'est moins en effet la nature et le caractère des douleurs que leur isolement, d'une part, et que l'intégrité de la vessie, qui permet d'établir le diagnostic. La douleur existe seule : les troubles de la miction qui lui sont associés ne présentent jamais cette corrélation si intime qu'ils affectent dans les autres affections de la vessie, dans les cystites par exemple. Les urines restent absolument limpides ; la vessie est peu ou pas douloureuse au toucher, elle est toujours absolument insensible à la distension. Et cet élément sur lequel M. Guyon a insisté, a, en matière de diagnostic, une importance de premier ordre, surtout pour le diagnostic différentiel avec la cystite.

Grâce à ces éléments, il est facile de distinguer la névralgie de la cystite *calculuse*, des cystites *douloureuses*, avec lesquelles elle fut souvent confondue.

Quant au diagnostic de la cause, il est de la plus haute importance : il ne peut se faire qu'après une exploration minutieuse de tout l'appareil urinaire et des autres organes, de l'utérus, des annexes, et plus particulièrement du système nerveux. C'est seulement après avoir constaté l'intégrité de ces organes qu'on sera autorisé à conclure à une névralgie idiopathique.

Traitement. — Avant tout, il faut traiter la cause, si on la trouve. La néphrotomie, l'ablation d'un calcul du rein, le traitement de la métrite ou d'une déviation, l'incision d'un phimosis, ont fait disparaître une névralgie qui ne reconnaissait pas d'autre cause.

Le traitement propre de la névralgie n'intervient qu'en tant que celle-ci est idiopathique : il est *local* ou *général*.

Civiale introduisait dans l'urètre des bougies, tous les deux jours ou tous les jours. La bougie doit agir par contact et non par distension (Guyon) : il est donc inutile et de les passer très volumineuses et de les laisser longtemps en place.

On a pratiqué des injections intravésicales à l'eau tiède légèrement antiseptique ou des douches locales. Ces divers moyens ont donné des succès : comme ceux qui suivent, ils agissent plus, à notre avis, par suggestion qu'autrement.

C'est ainsi que les révulsifs, les vésicatoires, les pointes de feu à l'hypogastre ont donné des succès.

Le *traitement chirurgical* a été utilisé dans des cas très rebelles ; Winckel (1) a proposé, et le professeur Duplay a pratiqué la dilatation

(1) WINCKEL, *Deutsche Chirurgie von Billroth und Luecke*. Stuttgart, 1835, p. 222.