

LEÇON V

TROUBLES FONCTIONNELS DE LA VESSIE. — Leur existence est souvent méconnue. — Rôle physiologique et fonctions naturelles de la vessie. — Les fonctions vésicales sont entravées dans les cas : 1° d'hypertrophie prostatique ; 2° de lésions du système nerveux. — *Chez les prostatiques* : Obstacle mécanique constitué par la prostate hypertrophiée ; ses conséquences ; opérations imaginées pour le supprimer. — *Chez les nerveux* : Des symptômes uréthro-vésicaux du *tabes dorsalis*.

Messieurs,

J'ai choisi aujourd'hui comme sujet de ma leçon les troubles fonctionnels de la vessie et leurs conséquences, parce que, à mon avis, on n'accorde pas généralement en pratique à cette question une attention proportionnée à son importance. Vous pensez bien, je n'en doute pas, que si je formule une telle proposition, c'est que je l'appuie sur des considérations suffisantes. Les rapports, que j'ai eus depuis de nombreuses années avec des confrères m'appelant en consultation, m'ont clairement démontré que, parmi tous les cas soumis à l'examen du médecin, les troubles fonctionnels de la vessie constituent une des conditions morbides à laquelle on songe le moins souvent en pathologie urinaire.

Il n'est pas rare, vous le savez tous, de diagnostiquer l'existence d'un rétrécissement de l'urètre, méconnu auparavant, qui déterminait des souffrances et des troubles

durant depuis longtemps parfois et traités sans résultat, parce qu'on en ignorait la cause. De même, on peut découvrir un calcul dont, jusqu'alors, on ne soupçonnait pas la présence et qui était l'origine latente de différents symptômes chroniques ; mais, en comparaison de l'affection dont je veux vous entretenir aujourd'hui, les pierres vésicales sont relativement rares. Il est encore beaucoup plus fréquent de rencontrer du sucre dans l'urine, alors que, malgré divers traitements, on ne s'était pas aperçu de ce fait et qu'on n'y avait même pas songé. Mais combien de fois ai-je pu constater qu'un ensemble de troubles urinaires prolongés et progressifs, dont l'explication semblait jusque-là impossible, était dû exclusivement à un fonctionnement défectueux de la vessie, quelle qu'en fut la cause. Si l'on arrive à rétablir ces fonctions au moins en partie par un moyen ou par un autre, les principaux symptômes cessent et, par suite, les dangers qui menacent le malade sont écartés.

Ce que je dis en ce moment de l'attention insuffisante qu'on apporte en général à ces troubles fonctionnels de la vessie s'applique, je crois, également aux praticiens des autres pays. Je fus en effet grandement surpris en recevant un jour un malade étranger, souffrant depuis longtemps d'un *catarrhe rebelle de la vessie* (c'est ainsi qu'on avait appelé devant lui son affection), d'apprendre quelle quantité de traitements il avait subis, sans qu'on se fût aperçu que sa vessie était incapable de se vider complètement d'elle-même. Et cependant les traitements suivis n'auraient pas dû manquer de révéler ce fait significatif, puisqu'on lui avait lavé la vessie pendant des mois avec différents agents thérapeutiques, au moins une ou deux fois par semaine. En même temps, le malade avait été soumis aux préparations balsamiques et térébenthin-

nées ; il avait été envoyé à Contrexéville, et même à Vichy ; il avait pris des bains chez lui, il avait usé largement des dissolvants et suivi un régime rigoureusement sévère ; et finalement on lui avait fait des applications locales d'électricité. On avait méconnu ce simple fait qu'il ne vidait jamais sa vessie, laquelle gardait toujours 150 à 180 grammes d'urine, bien qu'à chaque miction il en rendit une grande quantité. Il est à peine possible de s'imaginer comment un tel fait avait pu passer inaperçu puisque des injections locales avaient constitué une partie du traitement. Dans cette circonstance, il est certain que le médecin traitant ou bien n'avait pas saisi suffisamment l'importance de cette évacuation incomplète, ou bien, s'il l'avait reconnue, il suivait une thérapeutique incapable d'agir sur elle.

Il est bien entendu que les troubles dont je vais vous entretenir ne rentrent pas nécessairement dans cette grande catégorie de cas où la prostate hypertrophiée est un obstacle mécanique au fonctionnement parfait de la vessie ; alors les faits sont généralement évidents, mais pas toujours cependant. Sans doute l'augmentation de volume de la prostate explique en partie le défaut d'action de la vessie la plupart du temps, mais il s'en faut de beaucoup qu'il en soit toujours ainsi. Bien souvent, en effet, ces troubles fonctionnels ont des causes dans lesquelles les affections prostatiques n'entrent pour aucune part.

Mais avant d'aller plus loin, voyons quel est le rôle physiologique de la vessie, considérée comme réservoir de l'urine.

La première fonction de la vessie est de conserver une quantité considérable d'urine sans occasionner aucune gêne pour l'individu, et sans qu'il ait conscience, pour ainsi dire, de cette accumulation ; et la principale

propriété mécanique de cet organe à l'état sain est la notable extensibilité de ses parois.

La seconde fonction de la vessie est de se vider d'elle-même facilement et complètement, suivant la volonté de l'individu : pour cela, les parois du réservoir doivent posséder à la fois l'élasticité, qui est une propriété mécanique, et la contractilité qui est regardée comme une propriété *vitale*. D'une manière générale, cette dernière est dévolue aux fibres musculaires lisses, qui constituent en grande partie les parois vésicales, tandis que les tissus conjonctif et élastique, intimement associés, et entrant dans la structure des tuniques muqueuses et sous-muqueuses, possèdent l'élasticité. La muqueuse, tapissée de son épithélium, est disposée en une quantité innombrable de petits plis qui s'étalent à mesure que la cavité vésicale s'accroît lentement et graduellement, pour former un réceptacle à l'urine, déversée par les uretères. Et ces plis fournissent alors une surface vraiment considérable, car vous savez que la vessie peut se distendre énormément sans déterminer aucune déchirure de ses tuniques. Ces détails ont été très complètement étudiés par le Dr Heneage Gibbes à l'aide de coupes histologiques pratiquées immédiatement après la mort, sur la vessie d'un singe, car cette condition nécessaire était impossible à remplir sur un cadavre d'homme.

Lorsque la vessie est saine, ses tissus cèdent ainsi progressivement, comme je viens de vous le dire, pendant quelques heures à mesure que l'urine s'accumule et sans que celle-ci manifeste sa présence par aucune sensation. Chez l'adulte, cette quantité de liquide varie de 450 à 600 grammes, avec une petite différence suivant les individus. Puis, lorsqu'un certain degré de distension est atteint, les parois vésicales commencent à se contracter et le besoin

d'uriner se produit : s'il est satisfait de suite, la miction s'opère largement, aidée plus ou moins efficacement selon les circonstances par divers muscles volontaires du tronc, le diaphragme par exemple. Par suite, toute l'urine accumulée auparavant dans la vessie s'écoule et le canal excréteur se vide également ; de sorte qu'une sonde introduite immédiatement après ne donnerait pas issue à une seule goutte d'urine. Si le premier besoin d'uriner est réprimé, il en résulte une gêne très légère, qui même disparaît bientôt pour une heure ou deux, avant de reparaitre. Un nouveau délai est accordé ainsi à la vessie pour lui permettre de se distendre davantage, lorsque les circonstances réclament une plus longue rétention que de coutume ; durant cette période, aucune gêne ne se produit, mais à la fin, quoi qu'il en soit, le besoin de soulagement devient tout à fait impérieux. La vessie, lorsqu'elle s'est vidée, ne présente plus une cavité, bien que l'on soit convenu d'employer ce terme pour éviter une circonlocution. Chaque portion des parois s'accrole et s'adapte à celle qui lui correspond, et cela si exactement que (comme il est facile de s'en assurer en sondant immédiatement après la miction) l'instrument trouve à peine une goutte ou deux d'urine amenées par le fonctionnement incessant des uretères. Il est inutile de dire que l'air ne pénètre jamais dans le réservoir vésical, même si la sonde à moins qu'on ne pratique une injection forcée. La vessie vide représente donc simplement une petite masse composée en partie d'éléments contractiles, les fibres musculaires, et en partie de tissus non contractiles : ces derniers se ramassent sur eux-mêmes grâce à une disposition de plis très fins et imbriqués, ne laissant entre eux aucun espace vide pouvant recevoir le nom de cavité.

Il est clair que différentes conditions morbides sont

capables d'altérer ces deux grandes fonctions de la vessie, à savoir : la *distension*, par laquelle elle conserve une certaine quantité d'urine, et la *contraction*, qui expulse la totalité de cette urine. Un grand nombre de maladies viennent, en effet, modifier et entraver un mécanisme aussi délicat.

M'en rapportant aux opinions généralement admises aujourd'hui, je crois pouvoir classer en trois catégories les différentes façons dont peut être atteinte la vessie dans sa fonction de retenir l'urine. Ces trois classes sont les suivantes :

1^{re} classe. — Augmentation de volume de la prostate, obstruant plus ou moins l'urètre à son entrée dans la vessie et produisant ainsi un *obstacle mécanique* que le pouvoir expulsif du muscle vésical et des autres muscles auxiliaires est incapable de surmonter.

2^e classe. — Abolition de l'influence nerveuse sur le muscle vésical, constituant la *paralysie*.

3^e classe. — *Atonie* des éléments constitutifs de la vessie, affaiblissant leur action : ce terme, de signification équivoque, sert ordinairement à englober toutes les autres formes d'« *incompétence vésicale* », qui ne sont pas comprises dans les deux classes précédentes.

Nous allons d'abord étudier assez brièvement aujourd'hui les deux premières classes ; mais je me réserve de m'étendre ensuite un peu plus longuement sur la troisième.

La première classe, constituée par les hypertrophies et les saillies prostatiques, est connue de tous les chirurgiens qui savent combien est fréquent le fâcheux retentissement de cette altération sur les fonctions vésicales. Cependant on ignore ou l'on oublie trop souvent que, dans ces conditions, la rétention d'urine est presque de règle. En outre, autrefois on considérait l'hypertrophie de la

prostate comme l'apanage *habituel* de la vieillesse, tandis qu'au contraire elle est en réalité tout à fait exceptionnelle. Le premier, j'ose le dire, j'ai établi une statistique numérique, s'appuyant sur des recherches très étendues, et déterminant l'époque d'apparition de cette hypertrophie, par rapport à l'âge du sujet, d'une part, et son degré de fréquence relative d'autre part. J'ai disséqué moi-même quatre-vingt-quatorze prostates, et mon ami le Dr Messer a continué mes recherches en étudiant à son tour cent prostates au Royal Naval Hospital de Greenwich. Voici les résultats de ces cent-quatre-vingt-quatorze dissections :

1° Aucune hypertrophie prostatique n'a jamais été rencontrée avant l'âge de cinquante-cinq ans.

2° Après cet âge, la proportion d'individus présentant, non des symptômes, mais des traces anatomiques de cette affection, était de un sur trois.

3° Un seulement sur quinze à vingt sujets avait présenté, durant la vie, quelque symptôme manifeste de cette augmentation de volume¹.

En regard de la prostate hypertrophiée, cause de rétention d'urine que la vessie est impuissante à vaincre, il est un fait très important en pratique sur lequel je désire appeler votre attention. Un homme âgé, souffrant depuis un certain temps de fréquence inaccoutumée des mictions, consulte son médecin qui, par un traitement, s'efforce tout d'abord de relever l'état général ; il y arrive d'ordinaire sans parvenir à diminuer notablement les troubles locaux dont se plaint le malade. Peut-être, par la suite, songera-t-il à l'hypertrophie ; mais, le toucher rectal ne

1. *Royal Medico-Chirurgical Trans.* London, vol. XL, p. 77, 1857. — Voy. *Traité pratique des Maladies des voies urinaires*, par sir Henry Thompson. Trad. française. (J.-B. Baillière et fils, 1881,) page 586.

lui révélant aucune trace de cette affection, il en conclut naturellement que celle-ci n'existe pas.

Et cependant il est possible que les symptômes présentés par le malade soient sous la dépendance d'un accroissement de la prostate, oblitérant le col vésical. Il est hors de doute qu'une très légère saillie en ce point rende souvent le malade absolument incapable de vider sa vessie. Tandis qu'une hypertrophie considérable ne modifie parfois que plus ou moins les fonctions vésicales, une très faible augmentation du volume prostatique suffit souvent pour les arrêter totalement. Je ne connais aucun moyen de constater pendant la vie l'existence d'une petite saillie de la prostate : on ne peut que la regarder comme très probable en s'appuyant sur des faits qui autorisent à la soupçonner. Quoi qu'on ait pu dire à cet égard, ni la sonde, ni le cathéter, ni aucun autre mode d'exploration ne permettent, à mon avis, au chirurgien, si expérimenté qu'il soit, d'affirmer avec certitude la présence de cette infiniment petite hypertrophie dont je vous parle en ce moment. Elle siège ordinairement dans cette portion de la glande qui est intermédiaire aux deux lobes latéraux dans ce qu'on a appelé le « *lobe moyen* », terme que l'anatomie normale ne connaît pas, puisqu'il n'existe que pathologiquement. Dans mes dissections, j'ai trouvé ce lobe moyen, associé à des signes presque imperceptibles d'hypertrophie au début dans la structure de la prostate, mais il peut être la cause unique d'une rétention complète de l'urine, qui dure toute la vie. Un tel résultat, je le répète, est plus souvent dû à une excroissance à peine saillante du point que je vous ai indiqué qu'à une amplitude totale de la glande.

Donc, je suppose que vous vous trouviez en présence d'un homme approchant de la soixantaine, chez lequel

vous avez découvert une rétention habituelle de quelques onces d'urine. Le toucher rectal convenablement pratiqué ne vous a permis d'apprécier aucune augmentation de volume de la prostate. Rien, ni dans les antécédents, ni dans l'état actuel du malade ne vous laisse soupçonner qu'il est ou a été atteint d'une variété quelconque de paralysie ou qu'il souffre d'une simple atonie vésicale, consécutive à quelques causes connues de surdistension. Alors vous pouvez presque à coup sûr diagnostiquer une petite hypertrophie partielle de la prostate au niveau du col de la vessie. Cet état morbide est un de ceux qui présentent le plus vif intérêt, non seulement pour le savant qui collectionne des spécimens variés pour en former des classifications pathologiques, mais encore, et surtout, pour le praticien qui cherche à rétablir une fonction perdue, et c'est là, il me semble, un fait d'une extrême importance.

Vous savez tous sans doute que dans le siècle actuel, sinon auparavant, des opérations ont été imaginées, principalement par des chirurgiens français, dans le but de sectionner des hypertrophies prostatiques au niveau du col vésical, à l'aide d'instruments coupants introduits par l'urètre. Ces opérations, il est vrai, n'ont pas obtenu grand succès, bien que leurs partisans aient répété qu'ils avaient eu des résultats excellents par certains procédés. Peut-être devrait-on ajouter foi à de telles assertions, si leurs auteurs avaient pu montrer des malades qui, incapables depuis des années d'uriner sans le secours d'une sonde, avaient retrouvé une miction naturelle après l'opération : cette preuve, qui pour eux aurait dû être facile à fournir, eût été évidemment concluante. Malheureusement, ils ont négligé de la donner : et cela, parce qu'ils n'ont pratiqué leur opération que sur des individus atteints

de rétention, due à quelque cause temporaire, quoique chronique. Ces chirurgiens proclamaient ensuite les résultats ainsi obtenus comme des exemples du succès auquel on peut arriver en sectionnant des prostates hypertrophiées ! En outre, l'âge des opérés sur lesquels on a fait tant de bruit à ce sujet suffit en quelque sorte pour annihiler de telles prétentions, puisque la plupart du temps ces malades étaient vraiment trop jeunes pour qu'on pût leur supposer une hypertrophie prostatique.

Je n'abuserai pas inutilement de vos instants en prolongeant outre mesure la discussion de ce sujet ; il y a longtemps que je suis éclairé sur la valeur des louanges qu'on a prodiguées à une telle opération. Mais, ayant eu de nouveau l'occasion tout récemment d'en étudier les derniers procédés dans un des pays étrangers, où l'on prône le plus cette pratique, je veux vous signaler ici le résultat de mes observations.

Avant tout, il ne faut pas oublier que toute incision pratiquée sur une prostate très volumineuse, dans le but d'ouvrir d'une manière permanente un libre passage à l'urine, peut être regardée comme extrêmement dangereuse.

D'ailleurs, n'allez pas croire qu'une section ou une résection, dans un cas ordinaire d'hypertrophie prostatique ait quelque chance de rétablir la fonction perdue chez un malade incapable d'uriner seul. Que l'obstacle soit considérable ou qu'il existe seulement une de ces petites saillies dont je vous parlais tout à l'heure, du moment que la rétention persiste depuis plusieurs années, aucune opération, même si elle réussit à supprimer l'obstacle, ne parviendra à rendre à la vessie sa puissance naturelle et à dispenser l'opéré de l'usage habituel du cathétérisme.

Peut-être serait-il permis d'espérer, quand l'hy-