

A tous ces troubles fonctionnels de la vessie, peu accentués il est vrai, mais dans lesquels le défaut d'action nerveuse est suffisamment évident, la dénomination de « *paralysie de la vessie* » devrait être exclusivement réservée pour préciser l'état de l'organe affecté ; il en est de même, bien entendu, des cas dont je vous ai entretenus auparavant. C'est une erreur, souvent commise, de désigner par ce terme l'impuissance vésicale, au lieu de l'appliquer à la cause de cette dernière. Un emploi défectueux de ce mot « *paralysie* » a fréquemment donné lieu, en pratique, à des confusions regrettables.

été publiés en France sur le sujet dont parle sir Henry Thompson. Nous nous contenterons de citer les principaux, qui sont ceux de MM. :

Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux* (publications du Progrès médical). 1878.

F. Guyon, *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*. 2<sup>e</sup> édit. J.-B. Baillière et fils, 1883 (pages 22 et suiv.).

A. Fournier, *De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique*. Leçons professées à l'hôpital Saint-Louis en 1882.

P. Geffrier, *Étude sur les troubles de la miction dans les maladies du système nerveux*. Th. doctorat. Paris, 1884.

Ch. Féré, *Des troubles urinaires dans les maladies du système nerveux*. (*Archives de neurologie*, n<sup>o</sup> 20, 1884). (R. J.)

## LEÇON VI

TROUBLES FONCTIONNELS DE LA VESSIE. (*Suite*). — Ils sont déterminés par 1<sup>o</sup> la cystite chronique, 2<sup>o</sup> la prostatite chronique, 3<sup>o</sup> la présence d'un calcul vésical, 4<sup>o</sup> la lithotritie, 5<sup>o</sup> l'introduction d'instruments trop volumineux dans l'urètre et la vessie. — Atonie vésicale vraie, c'est-à-dire existant en dehors des causes précédemment énumérées; elle est associée à l'hypertrophie prostatique. — Du CATHÉTÉRISME, employé pour combattre les troubles fonctionnels de la vessie; préventions qui existent contre lui; ses dangers, sa valeur et sa nécessité.

Messieurs,

Après avoir passé en revue dans la précédente leçon, parmi les causes des troubles fonctionnels de la vessie, l'hypertrophie prostatique sous toutes ses formes d'une part, les modifications pathologiques de l'innervation d'autre part, nous examinerons aujourd'hui les autres conditions morbides qui empêchent la vessie de se contracter suffisamment pour expulser son contenu. Quelques-unes des causes que nous allons étudier maintenant sont, je crois, moins connues que celles dont je vous ai entretenus la dernière fois ; en général, on ne leur a consacré jusqu'alors qu'une attention relative, et l'on s'est contenté de les englober sous la dénomination un peu vague d'« *Atonie vésicale* ». Ce terme, en effet, est de pure convention : il indique seulement que certains cas ne rentrent pas dans les deux principales catégories précédemment

décrites, bien plutôt qu'il ne précise l'état morbide désigné par ce mot « *Atonie* ». Dans les faits qui vont suivre, je ne considérerai qu'en dernier lieu l'atonie dans son sens restreint et véritable, et j'envisagerai tout d'abord des conditions pathologiques qui se rencontrent vulgairement, et qui peuvent être considérées en même temps comme des causes réelles d'impuissance vésicale.

I. La première de ces conditions est l'*inflammation chronique de la muqueuse vésicale* et des tissus sous-jacents. Or, si la muqueuse seule est enflammée, les troubles fonctionnels de la vessie sont tout autres que si l'inflammation a envahi les couches plus profondes. La cystite vulgaire, cette affection si commune, diminue considérablement, tant qu'elle dure, la capacité du réservoir vésical en altérant sa première fonction, c'est-à-dire l'extensibilité. La distension de la muqueuse enflammée détermine, en effet, une certaine douleur : le déplissement et l'écartement de la tunique interne, nécessairement produits par l'arrivée de l'urine dans la vessie, sont très pénibles : instinctivement le malade essaye de les éviter et de se soulager, en renouvelant fréquemment l'acte de la miction. Lorsque, suivant la règle, ces poussées inflammatoires disparaissent, la vessie reprend son fonctionnement dans toute son intégrité primitive ou à peu près ; mais si elles se répètent ou si elles s'établissent à demeure en passant à l'état chronique, les tissus sous-muqueux et la tunique musculaire sont à leur tour atteints. Alors, cette dernière s'hypertrophie parfois ; les parois vésicales s'épaississent et les deux fonctions d'extensibilité et de contractilité sont par là même compromises et ne s'exercent qu'imparfaitement.

C'est ce qu'on observe quelquefois lorsqu'il existe un rétrécissement de l'urètre et aussi dans certaines formes

très intenses de rétention ou d'irritation vésicales ; si l'on n'intervient pas par un traitement approprié, le pronostic peut devenir extrêmement grave. Car, à la cause locale qui a déterminé primitivement la cystite chronique s'ajoute l'impossibilité de vider la vessie ; celle-ci débute d'ordinaire et progresse insidieusement, sans amener pour ainsi dire aucune aggravation dans l'état du malade. Néanmoins, peu à peu l'urine s'altère et devient muco-purulente ; il se forme des dépôts phosphatiques et ammoniac-magnésiens ; et tous ces phénomènes dont la vessie est le siège sont dus seulement à la stagnation urinaire. Habituellement, dans ces cas comme dans ceux de rétention d'origine prostatique, l'usage de la sonde devient nécessaire, non seulement pour vider tous les jours la vessie, mais encore pour y pratiquer des lavages avec une solution astringente ou antiseptique : ce sont, d'ailleurs, des faits que vous connaissez trop bien pour que je m'y appesantisse plus longuement.

J'ai observé quelques exemples d'inflammation et d'hypertrophie affectant concurremment les parois vésicales ; les fonctions de ces dernières avaient ainsi presque entièrement disparu, et en même temps la capacité de l'organe était notablement diminuée. Par suite, à chaque miction les malades ne rendaient guère que quelques grammes d'urine et la quantité de liquide restée dans la vessie n'était pas beaucoup plus considérable ; en sorte que ces malades semblaient retirer peu de bénéfices du cathétérisme, et cependant il était tout à fait nécessaire que celui-ci fût répété trois ou quatre fois par jour. Dans ces conditions, la miction a lieu toutes les demi-heures ou, lorsqu'on emploie la sonde, toutes les heures au maximum.

J'ai rencontré un cas plus rare encore<sup>1</sup> : il s'agissait

1. Voy. *Observation XII* (page 33).

d'une dame ayant depuis longtemps, et sans cause connue, des mictions extrêmement fréquentes. Je pratiquai l'exploration digitale de la vessie par l'incision urétrale du périnée et je trouvai des adhérences entre différents points de la membrane muqueuse : c'était sans doute le résultat tout à fait exceptionnel d'une forme de cystite. Je fus surpris de la quantité d'adhérences que je dus rompre avec le doigt : je le fis, d'ailleurs, doucement et avec précaution et non, je l'avoue, sans une certaine hésitation. A la suite de cette opération, la malade arriva à garder son urine, et la douleur des mictions, qui auparavant était considérable, cessa complètement. Cette observation a été relatée à la fin de la Leçon II, dans laquelle je vous ai parlé de l'exploration digitale de la vessie (Obs. XII).

II. Il est encore une autre cause capable d'entraver les fonctions vésicales : c'est l'*inflammation chronique de la prostate et du col de la vessie*, qui succède parfois à la blennorrhagie.

Après une uréthrite intense et prolongée, soit par suite du manque de soins, soit par des rechutes dues à des habitudes irrégulières, soit enfin par l'abus des instruments, l'inflammation envahit la prostate et détermine une induration et un gonflement de cette glande, qui durent plus ou moins longtemps. Cette augmentation de volume ne peut pas rentrer dans la classe des hypertrophies ordinaires ; et cependant son influence sur les fonctions vésicales est en quelque sorte la même, car elle empêche également la vessie de se vider complètement d'elle-même. Bien que, dans ce cas, la quantité d'urine retenue soit ordinairement peu considérable, les symptômes persisteront et tendront à augmenter, tant que l'impuissance vésicale n'aura pas été diagnostiquée et

combattue par l'usage régulier du cathétérisme. C'est là une des causes les plus communes de cette affection qui se manifeste chez des individus, ayant atteint ou non l'âge moyen, par des mictions fréquentes et des dépôts muco-purulents dans l'urine ; on l'a appelée « catarrhe de la vessie », et souvent on oublie la cause que je vous signale en ce moment. La quantité d'urine restée dans la vessie après une miction naturelle est quelquefois seulement de 30 ou 60 grammes, ou même moins encore, et, par conséquent, n'attire pas l'attention. Quelque faible que soit cette quantité, le seul moyen de mettre un terme aux symptômes présentés par le malade, et, en même temps, d'empêcher des complications plus sérieuses, est le cathétérisme à l'aide d'une sonde molle, répété au moins deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures. L'amélioration sera prompte ; mais le cathétérisme ne devra pas être abandonné avant le rétablissement complet des fonctions vésicales, et celui-ci ne tardera pas, avec un peu de temps et de patience.

III. En outre, quelquefois la vessie ne se vide pas entièrement par suite de la *présence d'un calcul*, ou même lorsque ce dernier a disparu à la suite d'une opération.

Quand un calcul détermine des mictions très douloureuses<sup>1</sup> (et cette douleur varie énormément suivant les cas), le malade parfois s'habitue instinctivement, et tout à fait inconsciemment, à arrêter son jet d'urine avant que la vessie se soit totalement vidée. Il agit ainsi pour éviter la douleur aiguë qui se produit quand, l'urine ayant été entièrement expulsée, le calcul arrive au contact direct de la muqueuse vésicale enflammée. L'habitude d'une

1. Voir l'opinion du professeur Guyon sur ce sujet dans les thèses de doctorat de ses deux élèves, le Dr M. Hache. (*Étude clinique sur les cystites*, 1884) ; et le Dr Boussavit, (*La Cystite des calculateurs*, 1882.)

évacuation incomplète est alors acquise et subsiste même après la disparition du calcul, broyé par la lithotritie. Ce fait s'observe surtout si, après l'opération, la vessie reste sensible et impressionnable. Mais, quand on a eu recours à la taille, et que, par conséquent, l'urine est sortie pendant quelques jours par l'incision périnéale, la vessie a été ainsi drainée et s'est nécessairement reposée; aussi, ses fonctions normales se rétablissent au fur et à mesure que la plaie se cicatrise et se ferme, et l'ancienne habitude disparaît. Cette question nous amène à considérer un point des plus importants, à savoir l'influence de la lithotritie sur les troubles fonctionnels de la vessie.

Vous savez qu'une des principales accusations lancées contre le broiement des calculs a longtemps été la suivante : Quoique l'opération ait pu être achevée avec succès, disait-on, le séjour répété et prolongé d'instruments dans la vessie engendre parfois une réelle inflammation subaiguë de cet organe, laquelle détermine une gêne plus ou moins durable de la fonction expulsive, et, par suite, une tendance rebelle aux dépôts phosphatiques. L'histoire de la lithotritie montre la valeur de cette objection, mais il est évident qu'elle a considérablement perdu de son importance à mesure que l'opération s'est perfectionnée. La cystite, plus souvent subaiguë que véritablement aiguë, développée dans quelques cas exceptionnels, semble avoir été d'autant plus grave et persistante que les applications instrumentales ont été plus nombreuses et plus longues. Cette question sera discutée plus au long dans une prochaine leçon. Si je vous en parle en ce moment, c'est pour vous montrer que fréquemment, comme j'ai pu le constater moi-même, l'introduction d'*instruments mal choisis et trop volumineux* dans l'urètre et dans la vessie est capable d'entraver les fonctions vési-

cales. C'est ce qui arrive aussi assez souvent dans le traitement des rétrécissements, lorsqu'on use de certains procédés vraiment exagérés; l'urètre est alors gravement, et quelquefois pour longtemps, blessé par des instruments de dimensions inusitées, pour ne pas dire absurdes. On a même parfois employé ces instruments alors qu'il n'existait pas de rétrécissement; par exemple, dans le cours d'une blennorrhagie, il est arrivé qu'on ne soupçonnait pas l'existence d'une inflammation profonde, et alors la blessure infligée à l'urètre a été totalement gratuite et inutile.

Dans ces cas malheureux, dont j'ai observé un trop grand nombre, le col de la vessie était devenu extrêmement sensible; la prostate était enflammée et tuméfiée; et, en outre, la fin de la miction était marquée par une douleur très aiguë, analogue à celle qui accompagne les calculs vésicaux. De toutes ces conditions douloureuses résulte habituellement la rétention d'une petite quantité d'urine, comme dans les cas de lithotritie dont je vous parlais tout à l'heure; ce fait est dû, sans doute, en partie à l'acte instinctif auquel j'ai déjà fait allusion, et en partie à l'inflammation et au gonflement du méat interne. Mais, dans ces formes de cystites, développées par l'abus des instruments, on n'a généralement pas à craindre la production immédiate de dépôts phosphatiques; on peut donc se dispenser de l'usage du cathétérisme pendant quelque temps, s'il est possible, et se contenter de prescrire le repos, les bains chauds et un régime général approprié, dans l'espoir que les conséquences de la lésion uréthro-vésicale disparaîtront d'elles-mêmes. Si, malgré ces prescriptions, la rétention d'urine persiste, on aura recours au cathétérisme à l'aide d'une petite sonde molle, dont on ne se servira qu'avec les plus grandes précautions;

on active ainsi la guérison complète. Il est peu de malades qui réclament plus de soins et d'attentions et qui demandent à être traités avec plus de douceur que les malheureuses victimes de ces pratiques imprudentes et violentes. C'est contre cette déplorable intervention, gratuitement infligée et amenant de tels résultats, que je n'ai cessé de protester depuis bien des années<sup>1</sup>, m'appuyant sur différents faits de ce genre que j'ai observés depuis le début de ma carrière. Je serais heureux de penser que les paroles si souvent prononcées par moi contre de pareils traitements n'ont pas été tout à fait inutiles ; mais je suis forcé de constater, en raison d'exemples absolument récents, qu'une protestation à cet égard était encore nécessaire ; cependant, j'ai la satisfaction d'ajouter que les procédés si funestes rappelés plus haut n'ont pas cours dans notre pays.

Nous allons maintenant considérer l'« *Atonie* », envisagée dans son sens le plus restreint, c'est-à-dire, affectant les éléments constitutifs de la vessie. Quelquefois, il est vrai, on peut jusqu'à un certain point regarder comme atteints d'atonie des tissus dont l'innervation est troublée et dans lesquels se sont produits des dépôts inflammatoires interstitiels, car ils ont perdu, en partie, l'exercice de leurs fonctions naturelles. Mais le mot « *Atonie* », dans son sens technique, sert à désigner clairement toute impuissance vésicale se manifestant en dehors des influences extérieures précédemment décrites.

La question suivante se pose alors : Une semblable impuissance peut-elle se rencontrer réellement ? et, si elle existe, dans quelles conditions se produit-elle ?

1. Voy. *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, traduction française, pages 26 et 27.

L'atonie vraie constitue une des complications assez fréquentes des autres affections vésicales ; mais elle peut aussi se présenter seule, sans qu'il ait existé un état morbide antérieur. D'une manière générale, il est possible d'affirmer son existence quand les parois de la vessie ont perdu en même temps leur élasticité et leur contractilité, en d'autres termes les propriétés mécaniques et vitales de leurs tissus ; dans ce cas, l'innervation est restée intacte, et il n'existe pas d'obstacle mécanique à l'issue de l'urine.

La principale cause de cet état d'atonie est une surdistension de la vessie longtemps prolongée ; par conséquent, les individus de l'un et de l'autre sexe, et de tous les âges, peuvent en être atteints. Les exigences sociales ou d'autres nécessités impérieuses, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, permettent parfois d'uriner seulement plusieurs heures après que le besoin s'est fait sentir. En outre, chez la femme, à la suite d'accouchements, il n'est pas rare d'observer des conséquences semblables. Quelle que soit la cause, quand le moment de vider sa vessie est arrivé, ou bien la miction est complètement impossible, ou bien il ne s'écoule qu'une petite quantité d'urine, et encore avec grande difficulté. Dans le premier cas, quand la rétention est complète, un seul cathétérisme est capable d'ordinaire chez un homme jeune ou d'âge moyen de rendre très rapidement à la vessie sa tonicité naturelle. Dans le second cas, quand la vessie a pu se contracter, mais avec quelque difficulté, le malade se dispense le plus souvent de recourir à une évacuation artificielle, la considérant comme inutile. Aussi, pendant que la vessie continue à être considérablement distendue durant des jours ou des semaines, le malade remarque avec satisfaction que, si ses mictions

sont devenues plus fréquentes, néanmoins la quantité d'urine qu'il rend chaque jour semble être la même qu'au paravant ; et il ne s'aperçoit pas qu'il en reste toujours en stagnation, peut-être une pinte (1/2 litre environ). Les parois vésicales arrivent ainsi progressivement à l'atonie complète, par suite de la persistance de la distension mécanique dont elles sont l'objet.

Alors, il faut tout d'abord et nécessairement recourir au cathétérisme, pratiqué au moins trois ou quatre fois par vingt-quatre heures, pour amener les tissus à un état de relâchement complet : on aide ainsi les tuniques vésicales surdistendues à recouvrer leurs fonctions. Si ce traitement est continué pendant un temps suffisamment prolongé, qui diffère d'ailleurs énormément suivant les individus, la tonicité revient graduellement, et il ne s'ensuit aucune conséquence fâcheuse. Lorsqu'au bout de quelques semaines les cathétérismes quotidiens ne sont pas parvenus à rétablir les fonctions naturelles, et que la quantité d'urine en stagnation reste la même qu'au début ou n'est pas considérablement diminuée, des applications de courants galvaniques sur les enveloppes de la vessie offrent quelques chances de hâter la guérison. Je puis ajouter que j'ai une confiance très médiocre dans la valeur des médicaments, généralement réputés comme spécifiques, dans les cas d'atonie véritable. Ici, comme toujours, ce qui améliore l'état général déterminera sans doute aussi une amélioration quelconque de l'état local.

L'atonie, dont je viens de vous entretenir, se rencontre souvent associée à l'*hypertrophie prostatique*. L'obstacle apporté par cette dernière constitue, pour ainsi dire, le premier degré de la surdistension de la vessie : les tissus de celle-ci sont atteints d'atonie consécutivement à une autre affection, précisément comme dans

les cas ci-dessus rapportés. C'est pourquoi, lorsqu'une hypertrophie prostatique existe depuis très longtemps, nous constatons souvent une notable et parfois une extrême distension des parois vésicales ; l'atonie est devenue la cause principale de l'impuissance persistante, mais l'origine a été l'obstacle siégeant au col. Comme je vous l'ai déjà démontré plus haut, aucune opération ne serait capable de rendre le pouvoir d'expulser son urine à une vessie dont les enveloppes ont subi cette distension et cette atonie ; c'est là un fait qui n'est pas, selon moi, suffisamment apprécié d'ordinaire, mais qui est clairement prouvé par les considérations qui précèdent. Parfois, quand la prostate est notablement augmentée de volume, il existe une hypertrophie considérable des tuniques vésicales : il en est souvent de même lorsque l'urètre est rétréci. Mais, dans le premier cas l'hypertrophie se manifeste alors que l'obstacle prostatique est loin d'être très développé et au point où porte spécialement l'effort destiné à assurer le libre écoulement de l'urine. Dans le cas de rétrécissement très étroit, l'urine est encore presque entièrement expulsée par la vessie, mais au prix de contractions très énergiques ; de là, l'énorme épaisseur de la tunique musculaire, que l'on rencontre dans ces circonstances. En effet, l'hypertrophie des tissus est due ordinairement à une suractivité de leurs fonctions, et elle en est l'expression. L'atonie survient nécessairement dans les tissus extrêmement amincis et usés. De nombreux exemples de ces deux états morbides se trouvent parmi les pièces pathologiques de notre musée.

Il est un point de pratique générale que je crois utile de vous rappeler au sujet des troubles fonctionnels de la vessie : c'est qu'il est toujours très important de les rechercher chaque fois que vous serez en face d'une affec-