

trop aqueuse chez les hystériques, trop chargée d'urates chez les gouteux, de phosphates chez les neurasthéniques et les jeunes gens surmenés par le travail ou les plaisirs, pourrait déterminer tous les symptômes de l'irritabilité vésicale (Gaut⁽¹⁾, Harrison). Pour Mercier, l'acidité exagérée de l'urine peut agir dans le même sens. O. Kraus⁽²⁾ vient de publier un travail très intéressant sur ce sujet. Il attribue à l'excès d'acide urique dans l'urine une variété de pollakiurie qui relève uniquement de cette cause et cède facilement sous l'influence du traitement hydrominéral. Il constate, du reste, que cette cause ne peut produire une pollakiurie notable que chez des sujets prédisposés par d'anciennes cystites, par l'hypertrophie prostatique ou par un état de neurasthénie générale.

7° *Troubles fonctionnels idiopathiques sensitifs et moteurs de la vessie.* — Quand on a éliminé toutes les causes précédentes, on se trouve en présence de troubles vésicaux que semble rendre inexplicable l'absence de toute cause matérielle et qui ne peuvent être interprétés que comme le résultat d'une excitabilité ou d'une atonie réflexe spéciale de l'appareil d'innervation de la vessie ou comme la conséquence d'influences d'ordre psychique sur le fonctionnement de la vessie. Ce sont ces phénomènes qui nous restent à étudier dans ce paragraphe et dans le suivant.

Les seuls troubles névropathiques idiopathiques de la vessie sont : au point de vue sensitif, la névralgie vésicale idiopathique ou essentielle ou cystalgie et, au point de vue moteur, les spasmes du muscle vésical et du sphincter urétral.

La *cystalgie* est caractérisée par les symptômes fonctionnels de la cystite, sans que la vessie présente la moindre trace d'inflammation et sans que l'urine subisse la moindre altération. Avant de porter le diagnostic de cystalgie idiopathique, il faut bien s'assurer si, comme nous l'avons laissé entendre plus haut, il n'existe pas quelques légères lésions de l'appareil uréthro-vésical pour expliquer les symptômes observés, si l'on n'est pas en présence d'une cystalgie symptomatique. Cette élimination étant faite, il reste des cas dans lesquels la cystalgie ne reconnaît aucune cause anatomique évidente et mérite bien le nom de cystalgie essentielle idiopathique, ce sujet a fait l'objet de nombreuses études⁽³⁾; nous pouvons, d'après ces travaux, le résumer en quelques mots. La cystalgie essentielle survient chez des individus dont les parents sont migraineux, nerveux ou rhumatisants, ces individus présentent eux-mêmes dans leurs antécédents personnels la pudeur vésicale, l'irritabilité vésicale, des migraines ou des névralgies diverses. Les causes déterminantes de la crise cystalgique sont le froid, l'humidité, les influences saisonnières, la résistance prolongée au besoin d'uriner, la constipation, les abus du coït, surtout du coït debout, la masturbation, les érections prolongées, les écarts de régime. Nous verrons bientôt comment les préoccupations du malade aggravent son état et finissent par le plonger dans la plus noire hypochondrie (exemple célèbre de Jean-Jacques Rousseau)

La cystalgie s'accompagne de spasmes du muscle vésical et du sphincter urétral, mais ces spasmes peuvent exister isolément, indépendamment de toute douleur névralgique; ils déterminent alors, dans le premier cas, la pollakiurie,

(1) GAUT, *Irritable Bladder*. Londres, 1872.

(2) O. KRAUS, *La pollakiurie urique*.

(3) FABRE, *Bibl. des méd. pratic.*, 1845, t. IV, p. 205. — BOURGUIGNON, *Névralgies de la vessie. Union méd.*, 1860, p. 517. — NICOT, *Cystalgie idiopathique*. Thèse de Paris, 1866. — AXENFELD, *Traité des névroses*, p. 209. — LANCEREAUX, *Traité de l'herpétisme*, p. 25. — FÉRÉ, *loc. cit.* — GUYON, *Cliniques*, 1885, p. 27. — ULTMANN, *Névroses des organes génito-urinaires de l'homme*. Trad. Picard, 1885. — HARTMANN, *Névralgies vésicales*. Paris, 1889.

dans le second, la miction lente et pénible, voire des rétentions passagères. Ces spasmes tiennent évidemment à une exagération de la sensibilité de la portion membraneuse et de la vessie déterminant par action réflexe la contraction violente des muscles qui entourent ces organes, ou bien à une excitabilité réflexe excessive des centres médullaires; ils se produisent, comme la cystalgie, chez des névropathes, des neurasthéniques, à la suite des mêmes causes et sont encore plus influencés qu'elle par l'état mental du sujet⁽⁴⁾.

8° *Troubles fonctionnels de la vessie d'origine psychopathique.* — L'énorme influence que peut prendre l'état mental d'un individu sur le fonctionnement de sa vessie a été reconnue par tous les auteurs qui ont décrit l'irritabilité vésicale et bien étudiée dans les excellentes thèses de Janet⁽⁵⁾ et de Corby⁽⁶⁾.

Les remarquables expériences de Mosso et de Pellacani⁽⁷⁾ ont prouvé que toute émotion, toute pensée, aussi bien que toute excitation sensorielle, détermine immédiatement une contraction du muscle vésical; Janet ajoute à cette démonstration que si la pensée se rapporte à la miction, la contraction vésicale consécutive n'en est que plus intense; en un mot les pensées d'ordre urinaire sont un agent excito-réflexe très puissant pour l'appareil d'innervation de la vessie.

La cause primordiale des troubles psychopathiques de la miction est donc une *préoccupation mictionnelle*; cette préoccupation, le plus souvent, n'est pas purement fictive, elle repose fréquemment sur un trouble vésico-urétral réel, lésion anatomique, trouble sensitif ou réflexe, mais elle amplifie tellement les symptômes fonctionnels que ces accidents produiraient à eux seuls, qu'elle leur donne un caractère tout particulier qui mérite une description spéciale; enfin, dans les cas les plus nets, elle est seule en cause et vient pervertir le fonctionnement d'une vessie et d'un urètre absolument normaux, c'est ce qui arrive dans le *bégaiement urinaire* et dans l'*incontinence d'urine d'origine psychopathique*. Les préoccupations mictionnelles entretiennent perpétuellement la vessie dans un état d'irritabilité spécial, très semblable à celui que déterminent les préoccupations d'un autre ordre. L'effet immédiat de cette irritabilité vésicale se traduit par la miction fréquente, par la pollakiurie.

La *pollakiurie* est donc le symptôme prédominant des psychopathies urinaires, ses caractères sont précisément d'être liées intimement à l'intensité des préoccupations mictionnelles qui la déterminent. Si le malade se distrait, oublie sa vessie, la pollakiurie disparaît; s'il s'endort, elle disparaît de même; au contraire, si le malade est très souvent ramené à ses idées vésicales par la vue de nombreux urinoirs, ou des personnes qui les utilisent, par la lecture de livres médicaux, ou simplement par l'oisiveté qui laisse un champ libre à ses méditations hypochondriaques, la pollakiurie augmente, aggravant encore les préoccupations du sujet et l'entraînant ainsi dans un cercle vicieux dont un profond sommeil peut seul le faire sortir. C'est ce qui explique que l'on rencontre des psychopathes qui urinent jusqu'à soixante fois par jour, et qui ne se lèvent pas une seule fois pendant la nuit pour uriner. L'exploration directe de la vessie donne dans ces cas un résultat absolument concordant, car elle montre qu'il est

(4) Voy. à propos du spasme urétral: GUIBAL, *Du spasme urétral*. Thèse de Paris, 1880. — DELEFOSSE, *Contraction urétrale*, 1879. — GUYON, *Clinique*, 1885, p. 854. — WINCKEL, *Die Krankheiten der weiblichen Harnröhre und Blase. Deutsche Chirurgie*, 1885.

(5) J. JANET, *Les troubles psychopathiques de la miction*. Thèse de Paris, 1890.

(6) CORBY, *Le la pollakiurie psychopathique et de son traitement*. Paris, 1895.

(7) MOSSO et PELLACANI, *Archives italiennes de biologie*, 1882.

facile d'injecter dans la vessie de ces malades jusqu'à 200 et 300 grammes de liquide, alors qu'en temps ordinaire ils ne peuvent tolérer 50 grammes d'urine : ce sont des malades qu'une sonde à demeure ouverte n'empêcherait pas d'avoir envie de pisser.

Quand la *préoccupation mictionnelle*, au lieu de céder pendant le sommeil, persiste sous forme de rêves, la pollakiurie devient nocturne, et alors deux cas peuvent se présenter : si le malade a le sommeil assez léger pour se réveiller au moment où commence la contraction vésicale, il en est quitte pour se lever plusieurs fois par nuit, c'est le cas d'un assez grand nombre d'individus dont la plupart sont d'anciens incontinents nocturnes ; si au contraire le malade a un sommeil très profond, ce qui est la règle dans le jeune âge, l'envie d'uriner ne le réveille pas et la miction s'achève inconsciemment dans ses draps. Telle est pour nous la cause d'une des variétés, probablement la plus commune, de l'*incontinence nocturne des enfants*. Si l'enfant se réveille immédiatement après avoir uriné, il a le souvenir intact de son rêve, si au contraire il ne se réveille pas, ce rêve, comme tous ceux du sommeil profond, reste indéfiniment enfoui parmi les phénomènes psychiques inconçus et ne peut plus être retrouvé le matin au réveil. Telle est pour nous la cause de l'incontinence nocturne des enfants qui ne présentent pas en même temps l'incontinence diurne. L'incontinent nocturne psychopathe peut avoir dans la journée des envies fréquentes et impérieuses d'uriner, comme tous les psychopathes urinaires, mais il n'arrivera jamais à l'incontinence diurne. Quand ce dernier phénomène se produit ; on est en présence d'autres variétés d'incontinence que nous n'avons pas à étudier ici, ou que nous avons signalées plus haut.

Un autre caractère fréquent de la psychopathie urinaire est le *spasme uréthral* qui se manifeste soit pendant la miction, soit pendant les explorations du canal. Le spasme uréthral pendant la miction détermine le phénomène, si bien décrit par Paget⁽¹⁾ sous le nom de *bégaiement urinaire*, qui empêche le malade d'uriner en public ou même dans un endroit où on pourrait entendre le jet de son urine. En général le bégaiement urinaire, quand il se produit une fois, se répète indéfiniment dans les mêmes conditions qui l'ont déterminé pour la première fois. Le spasme uréthral se produit de même sans l'intervention d'aucune cause qui puisse mettre en jeu la timidité urinaire, par le seul fait de l'attention extrême que le malade porte à observer la manière dont il urine, pour vérifier par exemple les progrès d'un rétrécissement imaginaire. Le malade, qui craint d'être porteur d'un rétrécissement, urine à tout moment pour s'en convaincre, le spasme uréthral ne tarde pas à intervenir, il rend le jet filiforme, en tire-bouchon, ce qui ne fait qu'accroître la terreur du patient, jusqu'à ce que le passage d'une sonde de gros calibre vienne le rassurer sur la largeur de son canal, supprimer ses préoccupations et de ce seul fait amener la disparition de son spasme. L'*appréhension de l'introduction d'une sonde* détermine de même chez ces malades le spasme de la portion membraneuse pendant le cathétérisme ; rien n'est plus fréquent que de rencontrer ce phénomène chez les malades pusillanimes.

Le psychopathe urinaire ne tarde pas à présenter des *troubles génitaux* du même ordre que ceux que nous venons d'étudier (impuissance par timidité génitale, spermatorrhée imaginaire), car dans son esprit l'appareil génital est inséparable de l'appareil urinaire ; ces nouveaux phénomènes le plongent dans

(1) PAGET, *Clinical Lecture and Essays*.

une hypochondrie profonde qui constitue le dernier terme de cette longue évolution et dont il est bien difficile de le guérir.

En résumé, le psychopathe urinaire, en général nerveux héréditaire, commence sa carrière par l'incontinence nocturne, puis, soit spontanément, soit à la suite de la moindre blennorrhagie qui attire son attention sur son appareil urinaire, il devient un pollakiurique et un spasmophile, et il évolue peu à peu vers l'hypochondrie génito-urinaire.

Le meilleur traitement à appliquer à ces malades est de leur rendre la confiance, de leur prouver l'intégrité de leurs organes et de leur faire oublier leur vessie. La cocaïnisation légère de l'urètre, qui calme un instant les spasmes de la portion membraneuse, nous a semblé d'un bon effet moral sur la plupart de ces malades. Mais avant tout, le *traitement général des neurasthéniques*, les douches, les frictions sèches, l'exercice au grand air, les toniques sous toutes les formes doivent être mis largement à contribution. Il ne faudrait pas néanmoins négliger comme *traitement local* dans ce cas la dilatation progressive de la vessie par des injections de quantités croissantes d'eau boriquée que le malade s'habitue à garder le plus longtemps possible (Janet)⁽¹⁾. On pourrait à la rigueur suppléer à ce traitement local par la simple éducation de la contractilité vésicale en habituant le malade à retenir progressivement et de plus en plus son urine (Guiard)⁽²⁾. Enfin on a proposé la *dilatation forcée du col vésical*, cette intervention paraît surtout applicable aux femmes, elle a donné un succès entre les mains de MM. Monod et Gauthier.

B. LES AFFECTIONS NERVEUSES D'ORIGINE VÉSICALE. — Plusieurs auteurs (Ledentu, Dieu (de Sétif), Gull, Leyden) ont cité des cas dans lesquels une lésion vésicale avait retenti sur le système nerveux général, de telle façon qu'il en était résulté des désordres nerveux graves, en particulier la paraplégie.

Plusieurs hypothèses ont été proposées par les auteurs qui admettent la possibilité de ce phénomène :

1° La théorie de la névrite ascendante a été soutenue par Troja, Leyden, Tiesler, Gull. Elle suppose que l'inflammation vésicale se propageant de proche en proche, par l'intermédiaire des nerfs, de la vessie à la moelle y détermine une myélite dont la conséquence est la paraplégie, l'atrophie musculaire, les plaques d'anesthésie (cas de Le Dentu).

2° La théorie réflexe soutenue par Brown-Séquard et admise par Étienne (de Toulouse)⁽³⁾ suppose que l'irritation des plexus nerveux qui entourent la vessie et la prostate agit par action réflexe sur la vascularisation de la moelle et détermine ainsi les troubles de motilité observés ; cette théorie est controuvée par tous les expérimentateurs ultérieurs (Rössingh, Vulpian, Treub).

3° La théorie de l'épuisement nerveux admise par Weir Mitchell et Jaccoud suppose que les éléments nerveux soumis à une excitation violente et prolongée, finissent par s'épuiser et perdre leurs propriétés ; cette théorie se rapproche un peu de celle de Romberg⁽⁴⁾.

Avant de se prononcer pour l'une ou l'autre de ces théories, qui ne sont du

(1) JANET, Traitement de la pollakiurie nerveuse par la dilatation progressive de la vessie. *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, février 1895.

(2) GUIARD, De la pollakiurie psychopathique et de son traitement. *Ann. des mal. des organes génito-urinaires*.

(3) ÉTIENNE, *Annales génito-urinaires*, 1887, p. 741.

(4) Pour plus de détails sur ces théories, consulter AXENFELD, *Traité des névroses*, p. 577, 587, 597.

reste pas bien séduisantes, il faudrait savoir si les faits qu'elles cherchent à expliquer sont exacts. Siredey n'a jamais observé de paraplégie dans les affections utérines sans hystérie ou inflammation primitive de la moelle. N'en est-il pas de même dans les affections vésicales? est-il bien certain que dans les rares faits signalés, on ait assez soigneusement éliminé ces deux causes d'erreur? Nous ne pouvons évidemment pas nier des faits que nous n'avons pas observés, mais nous sommes en cela de l'avis de notre maître M. Guyon, qui n'a jamais pu trouver un cas d'affection myélitique d'origine vésicale et qui désire en rencontrer un cas avant d'y croire.

INCONTINENCE D'URINE DITE ESSENTIELLE

On donne le nom d'incontinence d'urine essentielle à une variété d'incontinence qu'on observe presque uniquement chez les enfants et les adolescents, et qui est caractérisée par l'émission involontaire de l'urine sans qu'aucune lésion apparente de l'appareil urinaire puisse expliquer cet accident.

Diagnostic. — L'incontinence d'urine, dite essentielle, doit être soigneusement distinguée des incontinenes dues à des lésions ou à des malformations de l'appareil uro-génital.

Comme le dit Guinon⁽¹⁾. « L'incontinence nocturne d'urine, qu'on nomme encore *enuresis nocturna*, qui serait mieux désignée sous le nom de miction involontaire nocturne, n'a rien de commun avec les incontinenes que l'on observe dans le cours ou à la suite des maladies aiguës adynamiques, avec celles qui accompagnent les paralysies médullaires et vésicales, ni avec l'incontinence de l'idiot gâteux qui perd jour et nuit ses urines comme ses matières fécales. Un mot la caractérise : ce n'est pas une incontinence, c'est-à-dire une évacuation continue ou discontinue, goutte à goutte; c'est bien une miction à plein jet, mais une miction non perçue ou trop peu perçue pour provoquer le réveil, quelle que soit la cause de cette aperception. »

Cette définition élimine d'emblée les incontinenes par cystites, par tuberculose, par corps étrangers ou calculs engagés dans le col vésical, par regorgement à la suite des causes diverses de la rétention, par dilatation mécanique du sphincter, par lésion du col vésical ou du sphincter uréthral à la suite des opérations portant sur ces organes, elle élimine de même les incontinenes dues aux diverses malformations de l'appareil uro-génital : exstrophie vésicale, développement incomplet de l'appareil génital externe, abouchement anormal d'un uretère normal ou d'un uretère supplémentaire⁽²⁾, adhérence de la vessie à l'utérus qui amène le déplissement du col vésical dans la station debout (Albarran)⁽³⁾.

(1) L. GUINON, Névroses urinaires. *Traité des maladies de l'enfance*, 1897, t. III.

(2) BOIS (d'Aurillac), Abouchement anormal de l'uretère. *Soc. de chir.*, 31 mai 1895. — BAUMM, Uretère supplémentaire. *Arch. für Gynæk.*, 1892, p. 529, et *Medical Record*, 7 janvier 1895. — SCHWERTZ, De l'abouchement anormal de l'uretère dans la vessie et de son traitement chirurgical. *Beitr. zur klin. Chir.*, t. XV, H. 1.

(3) ALBARRAN, Une nouvelle variété d'incontinence d'urine : vice de conformation des organes génitaux. *Annales génito-urinaires*, décembre 1895.

Étiologie. — **Symptômes.** — Un grand nombre d'opinions diverses ont été émises sur la pathogénie et le traitement de cette désagréable affection. Nous pensons que le dissentiment des différents auteurs qui se sont occupés de ce sujet résulte du tort qu'ils ont eu de considérer l'incontinence d'urine des enfants comme une maladie définie et toujours semblable à elle-même. L'incontinence d'urine n'est ici, comme dans le rétrécissement et le prostatisme, qu'un symptôme dont les causes peuvent être multiples et dont le traitement doit varier suivant la nature même de ces causes.

Il suffit d'avoir observé quelques enfants incontinentes pour remarquer qu'ils sont loin de présenter les mêmes caractères : ils ont un symptôme commun, c'est de pisser au lit pendant la nuit; mais pendant le jour ils sont loin de répondre tous au même type : les uns ne présentent pendant la journée aucun trouble vésical, ils n'urinent ni plus ni moins souvent que leurs camarades; ils peuvent retenir leur urine aussi longtemps qu'ils le désirent; les autres, au contraire, présentent pendant la journée des mictions fréquentes et impérieuses, ils ne mouillent pas leurs effets, mais ils sont forcés de courir à l'urinoir, tant ils sont pressés de satisfaire leur envie; les autres enfin se mouillent aussi bien pendant le jour que pendant la nuit, sans pouvoir même songer à résister à ce phénomène : leur miction involontaire diurne est presque aussi inconsciente que leur miction involontaire nocturne. Ces trois types ne sont-ils pas totalement différents les uns des autres, et n'est-il pas évident qu'on s'expose à de grosses erreurs, si l'on veut les faire rentrer tous trois dans une même catégorie? Ces trois variétés sont nettement différentes et nous avons tenu à les mettre en évidence, mais il en existe encore deux autres qu'il nous faut rappeler pour être complets : ce sont les cas dans lesquels l'incontinence est pour ainsi dire continue et se poursuit nuit et jour sans rémission, goutte à goutte, au lieu de se produire par évacuations, et enfin ceux dans lesquels l'incontinence ne se produit qu'à l'occasion de crises nettement épileptiques.

Dans l'étude de l'incontinence d'urine essentielle comme dans tout chapitre de la pathologie, le diagnostic étiologique doit être très serré, et c'est de la notion exacte des différentes causes de la maladie que l'on peut tirer les indications du traitement qu'il faut lui appliquer. Nous verrons que chacun de ces types répond à une des théories pathogéniques et thérapeutiques proposées pour l'ensemble des incontinentes nocturnes. Les auteurs qui les ont publiées avaient raison; ils avaient même tous raison, bien que leurs explications fussent absolument contradictoires, mais leurs théories ne s'appliquaient qu'à une catégorie d'incontinentes et devenaient fausses quand ils voulaient les appliquer à l'ensemble de ces malades.

1^o *Incontinence d'urine essentielle d'origine psychopathique* (théorie de J.-L. Petit). — Ce genre d'incontinence a un caractère absolu, c'est de ne se produire que pendant le sommeil. Pendant la période de veille le patient présente un état complètement normal; on n'observe chez lui ni pollakiurie ni mictions impérieuses.

Jean-Louis Petit a parfaitement défini ce type, mais il a eu le tort de le généraliser; Hénoch l'a suivi dans cette voie et il a comparé l'incontinence nocturne des enfants aux pollutions nocturnes des adultes. Cette théorie est parfaitement exacte pour les malades qui nous occupent actuellement et qui constituent probablement la classe la plus nombreuse des incontinentes nocturnes, mais elle ne saurait s'appliquer à ceux que nous étudierons plus loin. Les symptômes de