

Quelquefois, la production n'est abordable qu'après la dilatation du canal de l'urèthre obtenue rapidement pendant le sommeil, soit avec une pince dilatatrice, soit avec les divers dilataleurs spéciaux.

Le professeur Richet excise d'un coup de ciseau la portion de muqueuse des parois inférieure et supérieure du canal sur laquelle s'est développée la tumeur vasculaire, et termine l'opération par la dilatation du canal.

Dans quelques cas, cette dilatation portant sur le sphincter urétral peut amener la cessation des douleurs et des troubles soit après l'ablation de la tumeur, soit quand celle-ci ne peut être enlevée.

Sous le nom de tumeurs *rare*s de l'urèthre, on peut décrire des *épithéliomas* développés sur le méat et ayant la même évolution clinique que dans toutes les autres régions; des *adénomes* (Barnes, Simpson), des tumeurs *fibro-celluleuses* ou *fibro-myomes* (Rizzoli), des *kystes* (Nicaise, Garnier-Mouton, thèse de Paris, 1876) développés dans les glandes muqueuses qui siègent en grand nombre au niveau du méat urinaire, surtout au niveau de la colonne antérieure du vagin.

CHAPITRE V

1

RÉTENTION D'URINE.

La rétention d'urine est l'impossibilité d'émettre naturellement par l'urèthre partie ou totalité de l'urine contenue dans la vessie. Ce symptôme est commun à un grand nombre d'affections des voies urinaires et donne lieu à des considérations importantes de pathogénie, de diagnostic et de traitement.

Étiologie. — La rétention d'urine peut se montrer chez des sujets indemnes de toute lésion des voies urinaires, dans certaines affections cérébrales ou médullaires, dans les fractures ou luxations du rachis,

dans les plaies de la moelle, dans la paraplégie confirmée du mal de Pott, dans l'hystérie, les fièvres graves infectieuses, la péritonite, etc.

En général, elle reconnaît pour cause une lésion des voies urinaires. Tantôt elle est *complète* d'emblée et s'observe alors le plus souvent à l'état aigu; tantôt elle est *incomplète* et s'observe à l'état chronique et appartient à cette variété bien étudiée par Civiale sous le nom de *stagnation de l'urine dans la vessie*. Ces deux types de rétention sont très différents.

Guyon distingue les rétentions d'urine de *cause inflammatoire, congestive et spasmodique*; les rétentions d'urine *chez les rétrécis*; les rétentions d'urine *chez les prostatiques*; les rétentions d'urine *d'origine traumatique*; les rétentions d'urine de *cause mécanique*.

Les rétentions de la première classe succèdent à une poussée congestive ou inflammatoire chez des sujets porteurs d'une blennorrhagie aiguë ou subaiguë, ou chez des malades atteints de lésions profondes du rein, du col ou du corps de la vessie, de la prostate; chez les calculeux, chez les tuberculeux urinaires, et chez un grand nombre de sujets dits impressionnables, parmi lesquels il faut ranger des névropathiques et des sujets porteurs de lésions médullaires plus ou moins latentes. Dans tous ces cas, la rétention est due à un spasme de la région membraneuse de l'urèthre.

La rétention d'urine chez les *rétrécis* est aussi généralement *passagère*; elle succède à un excès de table ou de coit ou à une tentative de dilatation du canal. Elle peut être incomplète et avoir les caractères de la stagnation de l'urine.

La rétention d'urine *chez les prostatiques* est la plus commune et la plus importante; elle est provoquée par l'obstacle dû à l'hypertrophie de la prostate et par un état congestif qui s'y surajoute le plus souvent. Dans ce dernier cas, la rétention est en général *complète*.

Les rétentions *incomplètes* sont caractérisées par ces deux faits en apparence contradictoires: *possibilité* d'uriner et *impossibilité* de vider la vessie (Guyon). Cliniquement, elles se traduisent par des besoins fréquents d'uriner et des douleurs rappelant presque les phénomènes de la rétention complète aiguë, ou par la fréquence non douloureuse des mictions avec *distension* de la vessie, que la palpation et le toucher rectal montrent toujours remplie d'urine (*Rétention*

d'urine chronique incomplète avec distension). La distension porte non seulement sur la vessie, mais sur l'un des uretères ou les deux, sur les calices et les bassinets. La substance rénale atrophiée est souvent réduite à une coque mince.

C'est cet état que décrivait Civiale sous le nom de *stagnation de l'urine avec affaissement et délabrement de la santé générale*. Les malades sont en proie à l'intoxication urineuse chronique du fait de la stagnation de l'urine dans la vessie et des altérations rénales.

Les rétentions d'urine *traumatiques* ont été étudiées avec les lésions traumatiques de la vessie et de l'urètre; elles sont dues le plus souvent aux contusions et aux déchirures de ce canal.

La rétention d'urine de cause *mécanique* est l'impossibilité apportée à l'émission des urines par une tumeur qui comprime l'urètre (tumeur péri-urétrale, fragments osseux, tampons rectaux ou vaginaux, tête fœtale, néoplasme du bassin) ou par un corps étranger qui bouche sa lumière (caillots, calculs, corps étrangers).

Anatomie pathologique. — Les lésions de la vessie ont été décrites à l'article *Cystite chronique*. Dans les cas de rétention prolongée, le réservoir urinaire peut acquérir des dimensions extraordinaires, remplir la cavité abdominale et refouler le diaphragme. Dans les cas moyens, il constitue une tumeur ovoïde, à grand axe vertical, remontant jusqu'au niveau de l'ombilic. Dans son ascension au-dessus du pubis, la vessie relève le péritoine qui tapisse son sommet et se met par la plus grande partie de sa face antérieure en rapport immédiat avec la face postérieure de la paroi de l'abdomen, sans interposition de la séreuse.

Le plus souvent, la stagnation prolongée de l'urine dans la vessie détermine dans tout l'appareil urinaire des lésions ascendantes qui commencent à la dilatation des uretères, des calices, des bassinets, pour se terminer à la distension et à l'atrophie de la substance rénale. Cette *néphrite ascendante* ou *pyélonéphrite ascendante* consiste essentiellement au point de vue microscopique dans une néoformation de tissu conjonctif qui débute dans les pyramides et envahit de proche en proche la substance corticale. Tous les éléments du rein s'altèrent et disparaissent étouffés par la prolifération et la rétraction secondaire du tissu conjonctif (*néphrite interstitielle diffuse*). Le rein est en général atrophié; sa surface est parsemée de petits kystes

ou de collections purulentes; la capsule est épaissie; la distinction entre les deux substances n'existe plus.

Symptômes. — Les symptômes de la rétention d'urine sont tout à fait différents, suivant qu'il s'agit d'une rétention *complète aiguë*, ou d'une rétention *incomplète chronique*.

Dans la rétention complète d'emblée, le symptôme capital est l'impossibilité d'uriner. Le malade, à plusieurs reprises, pousse, fait effort: rien ne sort du canal. Après une période de calme plus ou moins longue, l'envie se reproduit; l'effort reste inutile. A partir de ce moment, la scène devient terrible: les envies se rapprochent; une sensation de pesanteur au périnée; des douleurs dans la région hypogastrique s'irradient en avant jusqu'à l'extrémité du gland, en arrière jusqu'aux lombes; des efforts d'expulsion répétés d'abord volontaires, puis bientôt involontaires, se prononcent de plus en plus et vont toujours s'exagérant. Le malade est anxieux, agité, poussant des plaintes, tantôt sourdes, tantôt furieuses; il présente une agitation perpétuelle; se levant, se couchant, il essaye incessamment de toutes les positions. Sous l'influence de l'épuisement et de l'ébranlement nerveux, peut-être aussi quelquefois de l'intoxication urineuse, du délire peut se déclarer; mais dans la perte de la notion du monde extérieur, au milieu de l'incohérence des paroles et des pensées, l'angoisse vésicale n'en persiste pas moins, et automatiquement les mains ne cessent de parcourir la verge, le périnée, l'hypogastre. Les muscles abdominaux fortement contractés font relief sous les téguments.

A la palpation, on trouve au-dessus du pubis une tumeur d'un volume variable s'élevant jusqu'à l'ombilic; on l'aurait vue arriver jusqu'à l'appendice xiphoïde, et refouler le diaphragme dans la poitrine. Cette tumeur, sans changement de couleur à la peau, plus large à sa partie inférieure qu'à son sommet, résistante, est mate à la percussion; sa compression augmente l'envie d'uriner. Lorsqu'elle est volumineuse, on sent une ondulation caractéristique de la présence du liquide; mais cette sensation devient bien plus évidente quand on introduit le doigt dans le vagin chez la femme et dans le rectum chez l'homme: on sent une tumeur résistante, de consistance égale, donnant la sensation de flot par la pression de l'autre main appliquée sur la paroi abdominale antérieure.

La scène cesse comme par enchantement dès que la vessie est vidée;

le calme renaît, une sensation de bien-être général s'empare du patient, et le délire, s'il existait, disparaît avec la souffrance.

Plus tard, si la rétention n'est pas utilement combattue, l'intoxication urineuse se manifeste soit par les accidents nerveux qui caractérisent l'empoisonnement urémique, soit par l'apparition de symptômes fébriles.

La rupture de la vessie est absolument exceptionnelle et ne se produit que dans les cas où une cystite chronique a affaibli quelque point de la paroi et préparé la déchirure.

Le plus souvent, si les voies d'excrétion sont perméables, l'urètre livre passage à quelques gouttes d'urine; puis l'écoulement devient continu et à la rétention succède l'incontinence. Cette évacuation très incomplète, cette *miction par regorgement*, cette *fausse incontinence*, peut conjurer pour quelque temps les accidents mortels.

Les symptômes de la rétention *incomplète* sont tout différents. La déplétion incomplète de la vessie se traduit par la fréquence des besoins et des mictions, surtout pendant la nuit. Les mictions, de plus en plus nombreuses, deviennent pénibles; la lenteur de l'émission d'urine exige de grands efforts d'expulsion, et les dernières gouttes de liquide s'écoulent en bavant alors que l'effort a cessé.

Cet état vésical s'accompagne rapidement de troubles digestifs et de la détérioration générale de la santé.

L'examen de la région hypogastrique fait reconnaître que la vessie distendue dépasse notablement le pubis; la pression de la région fait naître des besoins d'uriner et le cathétérisme retire 200 à 500 grammes d'urine, même si le malade a uriné quelques minutes auparavant.

La rétention d'urine incomplète, justiciable du traitement chez les rétrécis où l'obstacle à l'émission peut être levé d'une manière absolue, reste, chez les prostatiques, une menace habituelle et un danger sérieux auxquels ils n'échappent guère.

Diagnostic. — Le diagnostic de la rétention d'urine aiguë est en général facile. L'examen de la région hypogastrique ne saurait laisser de doute. On ne se laissera pas tromper par l'écoulement de l'urine par regorgement; cette fausse incontinence, coïncidant avec la distension de la vessie facile à reconnaître au palper, est au contraire un bon signe de la rétention.

La rétention incomplète, soupçonnée d'après les commémoratifs,

est reconnue par l'exploration hypogastrique et le toucher rectal; elle est rendue tout à fait évidente par le cathétérisme.

Le point important du diagnostic est celui de la *variété* de rétention.

Quand une rétention s'est montrée chez des sujets *sans passé* morbide uréthral ou vésical, il faut conclure, à moins de traumatisme récent ou d'affection nerveuse, et quel que soit l'âge, à un état congestif, inflammatoire ou spasmodique (Guyon).

Toutes les fois que l'urètre a un passé morbide, il faut, quel que soit l'âge, ne pas le mettre hors de cause, et comme les troubles de la miction ont pu mettre insuffisamment en relief la lésion du canal, il faut s'imposer comme règle absolue de ne jamais chercher à pénétrer dans la vessie avant d'avoir examiné l'urètre (Guyon).

L'examen méthodique avec la bougie à boule olivaire fera reconnaître un spasme de la portion membraneuse, un ou plusieurs rétrécissements, un corps étranger, une hypertrophie de la prostate avec déviation du canal. Le toucher rectal complètera le diagnostic.

Traitement. — Il faut par un moyen quelconque débarrasser la vessie de son contenu.

Dans la rétention d'urine des fièvres graves, de la péritonite, des affections médullaires ou cérébrales, on pratiquera le cathétérisme avec une sonde molle n° 16 ou 18, après s'être assuré avec l'explorateur de l'intégrité et de la liberté du canal.

La rétention d'urine, congestive ou inflammatoire, sera avantageusement combattue par l'opium, les cataplasmes, les lavements simples et laudanisés, les grands bains. Le cathétérisme sera pratiqué avec précaution si le traitement médical reste insuffisant.

Si la rétention survient chez un rétréci dont le canal n'admet qu'un explorateur n° 6 ou même un numéro inférieur, l'instrument évacuateur sera non plus une sonde, mais une *bougie fine* laissée à demeure, le long de laquelle l'urine filtre d'une manière continue.

Si ce moyen ne suffit pas, l'uréthrotomie interne trouve son indication d'urgence et remédie de suite à la rétention et à sa cause.

Quand ces méthodes d'évacuation ne réussissent pas ou ne peuvent être employées, la vessie sera évacuée par la ponction capillaire sus-pubienne, absolument innocente quand elle est pratiquée avec des instruments propres.

Chez les *prostatiques*, le cathétérisme évacuateur sera pratiqué

soit avec la sonde molle en caoutchouc rouge n° 16 ou 18, qui, grâce à sa flexibilité, sait parfois franchir les obstacles, soit avec un instrument courbe ou coudé, comme la sonde-béquille, dont la forme permet de suivre la paroi supérieure de l'urèthre, ordinairement libre.

L'évacuation de la vessie, dans ce cas, devra être faite lentement, sans pression à la région hypogastrique, et ne devra jamais être absolument totale. Une évacuation trop rapide et trop complète provoque des contractions douloureuses, une hémorragie vésicale et le développement de la cystite.

Le cathétérisme évacuateur doit être répété, dans l'hypertrophie prostatique, trois et quatre fois par jour, tant que la miction s'exécute avec effort.

S'il présente des difficultés insurmontables, démontrées par un quart d'heure, vingt minutes au plus de tâtonnements, on fera la ponction capillaire hypogastrique, facile à répéter et particulièrement indiquée quand des tentatives de sondage ont produit une fausse route.

Les mêmes règles du cathétérisme évacuateur et les plus minutieuses précautions seront observées dans la rétention d'urine chronique incomplète avec distension. Les lésions avancées des reins qui compliquent cet état font courir au malade les plus graves dangers après la plus simple intervention.

II

INCONTINENCE D'URINE.

L'incontinence d'urine est l'écoulement involontaire et parfois inconscient de l'urine par les voies naturelles. On distingue :

- 1° *L'incontinence par regorgement;*
- 2° *L'incontinence vraie ou par défaut d'action du sphincter;*
- 3° *L'incontinence nocturne d'urine.*

a. *L'incontinence par regorgement* est la plus fréquente; elle se produit chez des sujets qui vident mal leur vessie, par suite de rétrécissement ou d'hypertrophie prostatique, ou quand il y a distension exagérée et paralytique de la vessie sous toute autre influence.

Le col est forcé par l'arrivée incessante de l'urine dans la vessie,

et la distension paralytique de l'organe ne permet l'écoulement que goutte à goutte et sans accélération.

Au début, l'incontinence chez les *rétrécis* est *diurne* et cesse par le décubitus; chez les *prostatiques* au contraire, son début est toujours *nocturne*. A une période avancée, chez les uns et les autres, l'incontinence a lieu jour et nuit.

La *fausse* incontinence se produit chez des malades atteints d'une cystite ancienne, chez lesquels le besoin d'uriner est pressant, impérieux, et chez lesquels l'émission de l'urine se produit dès que le besoin s'est fait sentir. La sensation du besoin d'uriner perçue par ces malades qui ne peuvent plus commander à leur sphincter vésical les distingue des *vrais* incontinents, chez lesquels l'écoulement de l'urine est non seulement involontaire mais inconscient.

b. *L'incontinence vraie ou par défaut d'action du sphincter* se manifeste par un écoulement continu d'urine et une vacuité complète de la vessie. Elle est produite par toutes les causes qui s'opposent à l'occlusion du col, affection de la moelle, incision ou dilatation du col, présence d'un fongus, d'un polype, d'un calcul, d'une saillie prostatique dans sa cavité, destruction du sphincter par des ulcérations cancéreuses ou tuberculeuses.

c. *Incontinence nocturne d'urine.* Cette variété est aussi désignée sous le nom d'incontinence *essentielle* ou incontinence *infantile*, pour exprimer qu'elle se produit sans lésion appréciable des voies urinaires et qu'elle apparaît en général avant la puberté.

Elle commence le plus souvent vers quatre ou cinq ans et peut se prolonger quelquefois jusqu'à vingt ans et plus. Cette incontinence des enfants est souvent *nocturne* : deux à trois fois par nuit, les sujets, sans en avoir conscience, urinent avec jet et à plein canal dans leur lit. Dans le jour, les urines sont retenues, mais elles doivent être rendues à la première injonction du besoin, sinon elles s'écoulent en partie dans les vêtements (Guyon).

L'*étiologie* de cette affection est inconnue; Desault admettait comme cause prédisposante une irritabilité excessive de la vessie. Trousseau regarde l'affection comme une névrose principalement caractérisée par la tonicité exagérée des fibres musculaires de la vessie; Guyon accuse l'atonie du sphincter urétral.

Traitement. — Contre l'incontinence des rétrécis et des prostatiques, c'est à la *rétention* qu'il faut s'adresser.

Contre l'incontinence nocturne d'urine, Trousseau cherchait à modifier l'irritabilité vésicale primitive par l'administration de l'extrait de belladone à dose progressive depuis 1 centigramme jusqu'à 10, 15 et même 20 centigrammes. Dans les cas au contraire où il croyait pouvoir admettre l'atonie du col, il ordonnait le sirop de sulfate de strychnine.

Guyon traite cette affection avec succès par l'électrisation portée, chez les garçons, dans la partie profonde de l'urèthre, au niveau de la portion membraneuse, et chez les filles contre l'orifice vésical.

III

INFILTRATION D'URINE.

On donne le nom d'*infiltration d'urine* à la sortie de l'urine hors de ses voies naturelles et à son épanchement dans le tissu cellulaire voisin. La sortie brusque d'une grande quantité d'urine et la tendance à l'envahissement des parties voisines caractérisent l'infiltration d'urine, par opposition à l'abcès urinaire et à la tumeur urinaire dans laquelle la quantité d'urine, peu considérable, a tendance à s'enkyster.

Étiologie. — *Siège de l'infiltration.* — Tous les points de l'appareil urinaire peuvent donner lieu à l'infiltration, y compris le rein, le bassin, les uretères. Les ruptures de la vessie, ses plaies accidentelles ou chirurgicales, en sont le plus souvent suivies; l'épanchement d'urine se fait dans ces cas dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ou dans le péritoine lui-même. Les accidents locaux et généraux, d'une gravité extrême, réclament une intervention qui a été exposée avec l'étude de ces divers organes.

L'infiltration la plus commune se fait dans le tissu cellulaire du périnée et reconnaît pour cause une lésion de l'urèthre. Elle peut occuper deux points différents : 1° entre l'aponévrose supérieure du périnée et le releveur de l'anus en haut et l'aponévrose moyenne en bas; 2° entre l'aponévrose moyenne en haut et les téguments du périnée en bas.

Le siège de l'infiltration est déterminé par le siège de la solution de continuité. Les lésions de la prostate, comme dans les incisions

de la taille latéralisée, ou dans certaines fausses routes, les déchirures de la portion membraneuse de l'urèthre dans les fractures ou les disjonctions du pubis, produisent l'infiltration dans la loge supérieure du périnée. Le liquide arrêté en haut par l'aponévrose supérieure passe en arrière dans le tissu cellulaire prérectal et dans celui des fosses ischio-rectales; il peut même, en franchissant le muscle transverse du périnée au niveau du point de jonction de l'aponévrose superficielle avec l'aponévrose moyenne, devenir sous-cutané et occuper la marge de l'anus et la partie postérieure du périnée. Si l'aponévrose moyenne se laisse érailler, l'urine pénètre dans la loge périméale inférieure et se comporte comme les infiltrations primitivement développées dans cette région.

L'infiltration superficielle reconnaît pour cause, dans l'immense majorité des cas, une lésion de l'urèthre antérieur, le plus souvent la rupture spontanée du canal derrière un rétrécissement, quelquefois une rupture traumatique. Voillemier a mis en lumière le mécanisme de la rupture spontanée; il a démontré que les ulcérations plus ou moins profondes qui siègent en amont du rétrécissement ne sont pas suffisantes pour déterminer l'infiltration, s'il ne vient s'y joindre une dilatation de l'urèthre à ce niveau et un effort vésical. En arrière du rétrécissement, l'urine dilate peu à peu le canal, formant une poche dans laquelle le liquide séjourne et s'altère, et dont les parois enflammées, devenues triables et moins résistantes, finissent par éclater sous l'action des efforts auxquels se livre le malade pour débarrasser sa vessie.

Ces ruptures se produisent en général immédiatement en arrière du rétrécissement, et, par conséquent, à l'union de la portion bulbair et de la portion membraneuse. L'épanchement d'urine se fait donc entre l'aponévrose moyenne et l'aponévrose superficielle; arrêtée en haut et en arrière, l'urine s'infiltré en avant, envahit le tissu cellulaire du scrotum, du pénis, de la paroi abdominale. Dans le tissu cellulaire sous-cutané, elle peut s'étendre fort loin, gagner la région lombaire, la région axillaire, la cuisse.

Deux conditions semblent nécessaires pour l'étendue et la rapidité de l'infiltration : d'une part la grande abondance de l'urine épanchée par une large déchirure du canal et la violence des contractions vésicales, d'autre part les altérations de l'urine dont les propriétés nocives ne permettent pas aux tissus de limiter l'épanchement et de

se défendre contre l'invasion. Verneuil et Muron ont cherché à démontrer que la décomposition ammoniacale de l'urine devait jouer un grand rôle dans l'étendue de l'infiltration et provoquer l'intolérance des tissus.

Symptômes. — Au moment où la rupture de l'urètre se produit, le malade, dont la vessie était distendue outre mesure, éprouve une sensation de soulagement par la cessation brusque des envies d'uriner. La saillie de la région hypogastrique disparaît et rapidement se forme une tuméfaction à la région périnéale. Cette tuméfaction s'accroît rapidement par chaque nouvelle émission de l'urine hors de la vessie; bientôt l'épanchement passe en avant du côté du scrotum, de la verge, des régions inguinales et hypogastrique. Tous ces points sont envahis par un empâtement œdémateux quelquefois énorme. Les bourses peuvent devenir grosses comme une tête de fœtus; la verge, le prépuce, s'œdématisent comme dans les formes les plus accentuées d'anasarque.

Bientôt cet œdème mou et indolent est remplacé par un œdème douloureux et plus résistant; tous les points envahis deviennent le siège d'une rougeur sombre, livide, érysipélateuse; par places apparaissent des taches cuivrées, puis violacées et noirâtres, au niveau desquelles la pression fait éclater des bouffées de crépitation fine. La percussion du scrotum par chiquenaude révèle un bruit tympanique; la gangrène du tissu cellulaire est faite; celle de la peau est produite par places.

Au bout d'un certain temps, les eschares se détachent; par les ulcérations s'écoule un pus grisâtre, horriblement fétide, mêlé de gaz; la verge, les testicules, peuvent se trouver à nu dans une grande étendue et devront se recouvrir par bourgeonnement.

Quand l'infiltration se fait dans la loge périnéale supérieure, on constate à la partie postérieure de la région périnéale, sur les côtés de l'anus, un empâtement diffus plutôt qu'une véritable tumeur, et plus tard des taches gangréneuses dont l'élimination est suivie de décollements profonds et étendus.

Quel que soit le siège de l'infiltration, cette complication s'accompagne toujours d'un cortège de phénomènes généraux graves; un violent frisson se déclare au moment de l'irruption de l'urine dans le tissu cellulaire; la température s'élève rapidement; le pouls devient petit et serré; la langue se sèche; le malade présente en un mot, les caractères d'une adynamie profonde.

On doit tenir ici un compte important de l'état des reins du malade; chez un blessé surpris en pleine santé par une infiltration d'urine, suite de rupture traumatique, les conditions sont infiniment meilleures que chez un urinaire ancien dont l'état des reins et de la vessie profondément altérés par des lésions anciennes doit imposer une grande réserve au pronostic de l'affection.

Le *diagnostic* de l'infiltration d'urine ne saurait demander de grands développements; il n'est pas permis de confondre cette complication avec un érysipèle ou un phlegmon diffus des bourses ou de la verge. L'aspect particulier de la région périnéale, la connaissance des antécédents urinaires du malade, sont des données de premier ordre qu'il faut mettre à profit.

Il est plus difficile de reconnaître l'infiltration de la loge périnéale supérieure; dans ce cas on tiendra compte de la soudaineté et de la gravité des accidents, des antécédents du malade et des troubles actuels de la miction.

Traitement. — Il comprend deux indications capitales: 1° donner issue à l'urine infiltrée; 2° rétablir le cours normal de ce liquide.

Pour remplir la première indication, le chirurgien pratique tout de suite de grandes et profondes incisions; le malade étant placé dans la position de la taille, une longue incision médiane est faite sur la tumeur périnéale jusqu'à ce que l'instrument tombe dans une cavité irrégulière d'où s'échappe un mélange infect d'urine et de pus; cette incision dans des tissus œdématisés et empâtés peut atteindre une profondeur de 6 à 7 centimètres et ne doit être arrêtée que lorsqu'elle a assuré l'évacuation du foyer primitif. D'autres incisions suffisamment espacées seront faites sur les bourses, sur la verge, le prépuce, dans la région hypogastrique et inguinale, partout, en un mot, où la rougeur et l'empâtement indiquent la présence de l'urine dans le tissu cellulaire. Toutes ces incisions peuvent être faites avec avantage au thermocautère.

Quel que soit le moyen de diérèse employé, de larges injections antiseptiques seront faites immédiatement et les jours suivants dans toutes les ouvertures, et l'écoulement des liquides sera accusé par le passage de drains sous les divers ponts de tissus décollés.

Un traitement général tonique et stimulant sera en même temps institué.

Les jours suivants, le chirurgien cherchera à introduire une sonde dans la vessie, et si, dans des cas exceptionnels il ne peut y parvenir, il devra se résoudre à pratiquer l'uréthrotomie externe pour prévenir la formation d'une fistule urinaire par le rétablissement de la continuité du canal.

IV

TUMEURS URINEUSES.

On désigne sous le nom de *tumeurs* ou de *poches* urineuses des cavités plus ou moins grandes qui communiquent avec l'urèthre et où l'urine séjourne dans l'intervalle des mictions. Il en existe deux espèces distinctes : l'une est due à la dilatation du canal et à l'accumulation de l'urine dans une poche qui se forme en amont d'un obstacle au cours de l'urine (rétrécissement ou corps étranger); l'autre espèce est constituée par des tumeurs, des nodosités sous-cutanées, adhérentes à l'urèthre, développées dans le tissu cellulaire péri-urétral à la suite d'une petite infiltration limitée d'urine et par conséquent après perforation de la muqueuse.

Les tumeurs urineuses dues à une *dilatation de l'urèthre* sont liées à un obstacle au cours des urines en amont duquel le canal se laisse distendre. L'obstacle peut être formé par un calcul engagé dans le canal et la tumeur siège alors en général au périnée, à la racine des bourses.

Elle subit des variations rapides de volume suivant la liberté plus ou moins grande de l'issue des urines, et peut même complètement disparaître, si le calcul mobile s'engage dans la portion dilatée du canal. La muqueuse urétrale est saine ou peu altérée.

Dans le cas de rétrécissement, la tumeur siège presque toujours à la portion périnéale de l'urèthre; elle se développe lentement, ne subit pas de changement dans son volume, ordinairement peu considérable; la muqueuse est altérée, ramollie, quelquefois détruite. La tumeur urineuse peut dans ces conditions n'être que le premier stade de l'infiltration d'urine.

Les signes de la tumeur urineuse de la première variété sont faciles à prévoir : une grosseur ovoïde ou allongée, sans changement de cou-

leur à la peau, molle, indolente, quelquefois se vidant complètement, redevenant dure et tendue au moment de la miction, tels en sont les caractères. Le plus souvent, après la miction, un peu d'urine restée dans la poche s'écoule par le méat en mouillant le malade; de même, après le coït, une certaine quantité de sperme s'écoule en bavant.

Les poches urineuses *par perforation* de l'urèthre sont situées dans le tissu cellulaire péri-urétral induré et épaissi. Elles paraissent dues ou à un petit épanchement sanguin développé dans le tissu spongieux, ou à une petite infiltration très limitée d'urine produite par une petite éraillure de la muqueuse rapidement cicatrisée.

L'accroissement de ces tumeurs est fort lent; souvent même stationnaires, elles peuvent rester des années sans causer d'accidents et finir par disparaître. D'autres fois elles s'enflamment et peuvent s'ouvrir à la peau et se cicatriser ou se vider dans le canal et donner lieu à la formation d'un abcès urineux.

Le professeur Duplay, dans un très intéressant mémoire, a décrit, chez la femme des poches urineuses situées à la face inférieure de l'urèthre, pouvant acquérir le volume d'un demi-œuf de poule, déterminant de la douleur au moment de la miction et du coït, et ne pouvant guérir que par une intervention chirurgicale. Le cathétérisme montre que cette poche est en communication avec l'urèthre, tantôt se continuant avec lui sans démarcation et constituant une véritable dilatation du canal, tantôt, au contraire, formant une cavité plus isolée, ne communiquant avec le canal qu'au moyen d'un orifice plus ou moins étroit dans lequel on ne parvient pas toujours du premier coup à insinuer une sonde.

Duplay est porté à penser que l'affection a été le résultat d'une lésion accidentelle de la paroi inférieure de l'urèthre, dans la production de laquelle la grossesse et surtout l'accouchement ont une large part.

Traitement. — Contre les poches urineuses par la dilatation de l'urèthre, le traitement visera l'obstacle qui s'oppose à l'émission des urines. L'extraction d'un calcul sera suivie d'un retrait rapide de la poche; la dilatation d'un rétrécissement ne pourra que beaucoup plus lentement conduire au même résultat, en raison de l'épaisseur et de l'induration des parois.

Les petites tumeurs par perforation de l'urèthre, sans tendance à