LEÇON V

DE L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE ET DE SES CONSÉQUENCES

Définition. — Fréquence. — Anatomie pathologique. — Age des malades. — *Symptômes.* — Fréquence des mictions ; — miction involontaire. — Caractères de l'urine ; — du jet. — Exploration. — Rétention d'urine ; — regorgement. — Toucher rectal. — *Traitement.* Cathétérisme évacuateur. — Sondes molles anglaises ; — sondes coudées. — Traitement général : 1° prévenir les congestions locales ; 2° régulariser les fonctions de l'intestin. — Hypertrophie avec rétention d'urine. — Règles de l'évacuation. — Sonde à demeure. — Fréquence du cathétérisme. — Cystite chronique. — Suite du cathétérisme. — Évacuation incomplète de la vessie.

MESSIEURS,

Nous allons passer aujourd'hui de l'étude des rétrécissements à celle d'une autre maladie très-importante et que vous aurez souvent à traiter, je veux dire : l'hypertrophie de la prostate.

Cette affection est une de celles qui prélèvent sur la vieillesse un large tribut de souffrances; aussi le praticien est-il assuré de la rencontrer bon nombre de fois. De là, pour nous, la nécessité d'étudier à fond les cas qui peuvent se présenter, et cela avec d'autant plus de soin, que les exemples en sont rares dans nos salles hospitalières, la plupart des malades étant traités comme malades externes (1).

Permettez-moi d'abord de vous prémunir contre la confusion que vous pourriez faire de cette maladie avec une augmentation du volume de la prostate dépendant d'une autre cause. L'augmentation de volume que nous appelons « hypertrophie » est tout à fait *sui generis* et ne se rencontre dans aucun autre organe; elle n'a pas plus de relation que d'affinité avec les productions inflammatoires que nous pouvons observer dans le gonflement des amygdales ou des ganglions lymphatiques. L'accroissement qui constitue le processus hypertrophique est dû à une nouvelle formation du tissu glandulaire portant, soit sur la totalité de l'organe, soit seulement sur une de ses parties.

(1) [Dans les hôpitaux de Londres, le service des consultations est très-important et entre pour une part considérable dans le rôle de bienfaisance de l'hôpital, dans les devoirs du médecin hospitalier et dans l'instruction pratique des élèves. Certains chefs de service traitent à la consultation presque autant de malades que dans leurs salles; de là le nom de « malades externes » donné aux patients qui ne viennent dans les hôpitaux que pour bénéficier de la consultation. Il convient d'ajouter que ce service des consultations est régulièrement organisé : le chef de service *lui-même* donne ses soins aux consultants. Chaque malade externe reçoit un numéro que l'on inscrit à la fois sur un registre spécial et sur une feuille. Le registre contiendra l'observation succincte de la maladie et restera aux archives de l'hôpital. La feuille est remise au patient, qui doit la rapporter à chaque consultation. Sur cette feuille sont inscrits : le nom du médecin traitant, le jour et l'heure de la consultation, les prescriptions, etc. Elle sert au malade à se procurer gratuitement les médicaments à la pharmacie de l'hôpital, et à trouver de nouveau la salle où il doit se rendre; en outre, elle permet au médecin de se reporter immédiatement à ses prescriptions antérieures, et, si besoin est, à l'histoire de l'affection.]

S'il fallait trouver quelque chose d'analogue à ce travail morbide, nous ne pourrions le rencontrer que dans les hyperplasies connues sous le nom de *fibromes utérins* et qui consistent principalement en une prolifération excessive des éléments histologiques de la matrice (1). Ainsi les productions nouvelles qui donnent naissance à l'hypertrophie ne ressemblent en rien aux néoplasies qui constituent l'épithélioma ou le cancer. En fait, l'accroissement hypertrophique ne possède aucun caractère morbide intrinsèque ; seule, l'obstruction mécanique qu'il produit crée à la vessie des conditions pathologiques.

J'insiste sur ces faits, parce que je ne sais que trop les erreurs qui ont cours sur ce sujet. Peu de personnes paraissent se douter de la différence radicale qui distingue l'accroissement hypertrophique d'avec la tuméfaction purement inflammatoire : celle-ci apparaît surtout dans la première moitié de la vie, tandis que celle-là appartient exclusivement au dernier tiers de l'existence.

On admettait autrefois, sur la haute autorité de Sir Benjamin Brodie, que « lorsque les cheveux blanchissent et diminuent....., généralement, pour ne pas dire toujours, la prostate augmente ». Telle est la doctrine qu'ont reçue la plupart des médecins de l'époque; telle est aussi celle qui avait cours quand j'entrepris, il y a quelque dix ou douze ans, de nouvelles recherches sur la matière (1868).

Je pris la peine de faire à ce point de vue l'autopsie de tous les sujets âgés de plus de cinquante ans, qui mouraient à « Marylebone Infirmary ». Je me livrai ensuite au même travail à « Greenwich Hospital », en collaboration avec le docteur Messer (2). Cette longue enquête, qui ne s'appuie pas sur moins de deux cents prostates, — non pas choisies, mais prises au fur et à mesure des décès et soigneusement disséquées, — m'a démontré que l'hypertrophie, loin d'être la règle, est tout simplement l'exception. Je n'ai rencontré, en effet, quelque augmentation du volume de la glande qu'une fois sur trois environ, et encore les symptômes de la maladie ne s'étaient pas montrés chez tous ceux en qui la révélait l'inspection cadavérique : loin de là, un sujet seulement sur sept en avait souffert pendant la vie. D'où nous pouvons tirer cette conclusion, qu'en fait d'hommes âgés de plus de cinquante-cinq ans, un sur vingt seulement fera appel à nos soins pour cette affection (3).

Ainsi réduite dans sa fréquence relative, l'hypertrophie de la prostate n'en conserve pas moins une importance réelle; car si dans chaque groupe de vingt hommes approchant de la soixantaine vous trouvez un patient,

(1) [Il sera peut-être intéressant de remarquer cette nouvelle preuve apportée par l'anatomie pathologique à la loi d'analogie que les études embryologiques ont permis d'établir relativement aux organes de la génération dans les deux sexes.

On sait qu'à une certaine période de la vie embryonnaire, on voit descendre, le long du bord externe des corps de Wolff en voie d'atrophie, deux conduits désignés sous le nom de *conduits de Müller*, et qui se dirigent en convergeant vers le cloaque. Ces conduits portent le nom de spermiductes ou d'oviductes, suivant le sexe. De leur adossement inférieur, dans le sexe masculin, résulte la prostate ; de leur fusion, dans le sexe féminin, résulte la matrice.]

(2) Voy. Thompson, *Maladies des voies urinaires*, p. 329, 330.

(3) Thompson, *Maladies des voies urinaires*, p. 400.

voyez tout de suite, pour peu que votre clientèle soit étendue, que de prostates réclameront vos services !

Avant de pénétrer plus avant dans le sujet, permettez-moi de vous exposer quelques notions d'anatomie pathologique. La prostate se compose, comme bien vous savez, de deux lobes latéraux réunis par une portion médiane. Or, l'hypertrophie, suivant la partie qu'elle affecte, influence très-différemment la miction. Ainsi point n'est besoin d'un grand accroissement de volume pour qu'on voie surgir les plus sévères symptômes, et, d'un côté, une énorme prostate ne se révélera parfois que par des troubles insignifiants. La plus grosse que j'aie peut-être jamais observée, — elle avait le volume d'une petite noix de coco, — ne causait que peu d'obstacle au cours de l'urine. Mais que la portion médiane vienne à être hypertrophiée, même légèrement, il pourra s'ensuivre une rétention complète. Jetez, en effet, les yeux sur ces deux diagrammes, dont le premier vous représente les deux lobes latéraux de la prostate et le second la portion médiane. Ici (sur la portion médiane), le plus léger relief, un simple petit mamelon suffit pour obturer entièrement l'orifice interne de l'urèthre et faire échec complet aux efforts naturels d'expulsion. D'autres fois c'est sur une des parties latérales de la glande que porte l'augmentation de volume ; l'urèthre devient alors sinueux, et vous constatez que le cathéter lui-même se trouve dévié, soit à droite, soit à gauche, suivant le côté qui est le siége du développement hypertrophique. Les figures 12, 13, et 14 offrent des exemples de ces diverses variétés.

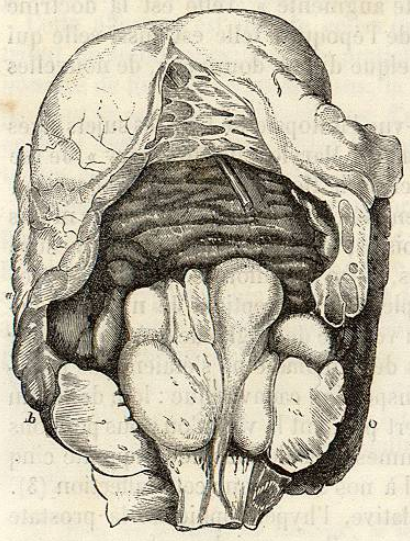

FIG. 12. — Coupe de la prostate et de la vessie (vue antérieure) (*).

Auprès du malade, rappelez-vous donc ceci :

Bien qu'à l'exploration vous trouviez une prostate énorme, il ne s'ensuit pas nécessairement que le porteur éprouve de grandes difficultés pour uriner. — D'autre part, si le toucher rectal, ou tout autre procédé d'investigation, ne révèle pas d'hypertrophie appréciable, vous n'êtes pas en droit de conclure que tous les troubles, — et ils peuvent être considérables, — ne sont pas dus à cette affection.

Un mot maintenant sur l'*âge des malades*. Je n'ai jamais vu d'augmentation de volume de la prostate (de cause hypertrophique, et non pas, bien entendu, de nature inflammatoire ou autre) avant l'âge de cinquante-quatre ans ; et, si je ne l'ai jamais vue, vous pouvez croire qu'elle ne se montre

(*) La vessie est hypertrophiée ; la prostate projette des bosselures multiples dans la cavité du réservoir urinaire.

que bien rarement, pour ne pas dire jamais. Cette affection commence ordinairement à se faire sentir de cinquante-sept à soixante ans. Si un homme doit l'avoir, il l'aura généralement vers soixante ans. Au delà de soixante-cinq ou de soixante-dix ans, le développement de la prostate est fort rare, et, quand il apparaît, c'est toujours à un degré relativement peu prononcé. J'ai fait l'autopsie de vieillards de quatre-vingt-dix ans sans trouver trace d'hypertrophie prostatique, ce qui prouve que celle-ci n'est pas en relation nécessaire et directe avec l'âge des individus. Celui qui a échappé à ses atteintes à soixante-cinq ans jouira à cet égard, pour le reste de ses jours, d'une immunité à peu près absolue.

Passons à l'étude des *symptômes*.

Un homme déjà avancé en âge vient vous raconter que depuis quelque temps il urine avec moins de facilité, et que son jet s'échappe mince et sans force ; il se plaint aussi d'éprouver des envies d'uriner plus fréquentes, surtout le matin, — probablement deux ou trois fois pendant qu'il s'habille ; — puis ces envies se calment, mais se répètent ordinairement plus souvent pendant la nuit que dans la journée. Si ce patient n'accuse pas en même temps des souffrances assez vives, — ce qui naturellement éveillerait en vous l'idée d'un calcul ou de quelque autre affection, — vous devrez vous dire : « Voilà, selon toute probabilité, un cas d'hypertrophie de la prostate. » Vous n'avez pas besoin de recourir tout de suite au cathétérisme. Posez d'abord à votre malade les quatre questions que vous savez (1).

Premièrement, informez-vous de la *fréquence des mictions*, et notez bien si cette fréquence est beaucoup plus grande pendant la nuit que pendant le jour, contrairement à ce qui a lieu dans les affections de la vessie. Je ne saurais en effet vous dire pourquoi, mais on voit très-souvent des malades atteints d'hypertrophie de la prostate, rendre une aussi grande quantité d'urine pendant les huit heures de la nuit que pendant les seize heures de la journée ; de là, pour leur sommeil, de fatigantes perturbations. — Subsidiairement, vous demanderez au patient s'il ne lui arrive jamais de perdre ses urines involontairement ou à son insu. Une réponse affirmative vous permettrait d'inférer que le cas pendant est de vieille date, car, dans les hypertrophies avancées, on observe presque

FIG. 13. — Coupe de la prostate et de la vessie (vue latérale) (*).

(1) Voy. leçon I.

(*) La portion prostatique de l'urèthre se trouve notablement allongée et ramenée à une direction presque verticale.

toujours un certain degré d'évacuation involontaire, soit à l'occasion de quelque effort, comme la toux, soit la nuit, pendant le sommeil.

Admettons que le malade ne se plaigne pas d'une fréquence excessive des mictions, mais accuse seulement des envies d'uriner modérément exagérées, vous passerez à la seconde question, au symptôme douleur. Si vous en constatez l'existence, vous tâcherez d'en préciser le moment; en d'autres termes, vous rechercherez si la douleur *précède*, *accompagne* ou *suit* l'évacuation de l'urine. Toute douleur qui se fait sentir avant la miction et cesse immédiatement après, indique presque toujours une hypertrophie de la prostate. Vous en devinez la raison : la vessie distendue, comme il arrive souvent dans l'hypertrophie prostatique, souffre du fait de sa distension même, et lorsque l'évacuation de l'urine vient mettre un terme à cette distension, le calme renaît aussitôt. Si la douleur, au contraire, apparaissait surtout après la déplétion de la poche urinaire, vous devriez présumer l'existence d'un calcul, dont les points de contact avec la muqueuse deviennent plus multiples et plus intimes dans l'état de vacuité que dans l'état de plénitude de la vessie.

Vous passez ensuite aux *caractères de la sécrétion :* vous vous informez si l'urine est claire ou troublé. L'affection est-elle récente, l'urine aura probablement conservé sa limpidité. Il pourra encore en être ainsi lors même que la vessie n'aura pas été complétement évacuée depuis des mois, ou même une année entière; mais si l'affection remonte plus loin, l'urine sera certainement altérée.

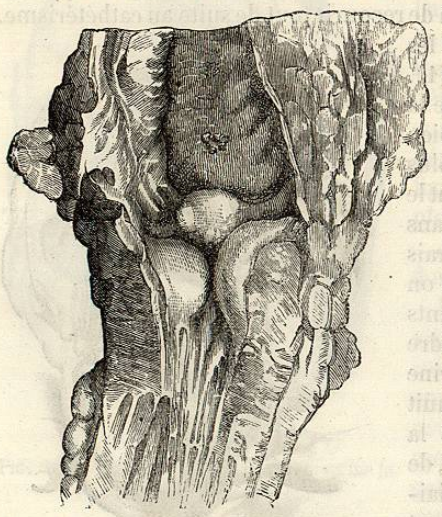

FIG. 14. — Section de la vessie et de la prostate, montrant une hypertrophie évidente, quoique peu considérable, du lobe moyen et des lobes latéraux.

De là vous passez à l'examen du *jet*. Généralement vous trouverez qu'il tombe sans force dès sa sortie du méat, et diffère ainsi beaucoup de celui qu'on observe dans le rétrécissement. Dans ce dernier cas, en effet, le jet, aussi longtemps qu'il persiste, et lors même qu'il serait réduit à la finesse d'un fil, conserve ordinairement sa force, parce qu'il subit la volonté du malade, et qu'il reçoit le contre-coup de ses efforts d'expulsion. Dans l'hypertrophie, au contraire, les efforts du patient sont frappés d'impuissance et n'aboutissent le plus souvent qu'à augmenter la dysurie, en poussant plus avant dans le canal la portion médiane de la glande. D'une manière générale, l'appareil expulseur lui-même se trouve englobé, au col de la vessie, dans le processus hypertrophique et n'est plus en état de

fonctionner; de là, la stérilité des efforts du malade sur la propulsion du jet (1).

Vient enfin la quatrième question : *Le sujet pisse-t-il du sang?* Presque toujours, durant les premières phases de l'affection, la réponse sera négative; cependant, à la suite de beaucoup de fatigue, un peu de sang peut apparaître dans les urines et éveiller de nouveau l'idée d'une pierre. Dites

(1) [C'est ici le lieu de chercher à bien préciser, si c'est possible, les raisons de la différence que présentent, au point de vue du jet, les deux principales espèces de *dysurie :* celle d'*origine stricturale* et celle d'*origine prostatique*. Voici d'abord l'énoncé aphoristique des faits : Dans le rétrécissement de l'urèthre, le jet est surtout altéré dans son *calibre;* dans l'hypertrophie de la prostate, le jet est surtout altéré dans sa *force*. Sans vouloir ici épuiser le sujet en envisageant le problème sous toutes ses faces, — ce qui nous conduirait, soit à des redites, soit à des développements que ne comporte pas la nature de ce livre, — nous dirons : L'hypertrophie et la stricture consistent bien l'une et l'autre en une obstruction de la voie que doit parcourir l'urine, mais l'obstacle dans les deux cas diffère essentiellement de nature et de siége, et de là, dans les deux maladies, la différence caractéristique du jet. Expliquons-nous :

1° *Différence de nature.* — Dans le rétrécissement, le canal n'est que diminué : un vide virtuel, prêt à se convertir en un vide réel, est toujours à la disposition de toute colonne liquide animée d'une force de pénétration suffisante pour vaincre l'élasticité de la virole plastique qui constitue la coarctation. Le jet, en franchissant le point rétréci, perdra donc de son calibre; mais il n'y a pas de raison pour qu'il perde de sa vitesse acquise, pour qu'il ne jaillisse pas avec force en sortant du méat.

Dans l'hypertrophie, au contraire, la voie d'expulsion n'est pas rétrécie, dans le sens propre du mot. Si l'on mesure le périmètre du col de la vessie et de l'origine du canal, on obtiendra des dimensions égales, sinon supérieures à celles de ces organes à l'état sain. La voie est tout simplement encombrée par des bosselures qui proéminent, sous forme de tumeurs ou de soupapes, dans l'*âme* du conduit, ce qui change du tout au tout les conditions de sortie de la veine liquide. En effet, si la colonne fluide se présente avec force, si elle fait choc contre ces obstacles, ceux-ci se renversent, se tassent en aval du courant et n'en bouchent que mieux le passage. Les malades ne s'y trompent pas, ils savent par expérience que ce n'est pas en poussant le plus qu'ils urineront le mieux. En fait, dans l'hypertrophie de la prostate, la miction est presque autant passive qu'active, c'est-à-dire qu'elle se fait presque autant par le relâchement des sphincters que par la contraction du muscle vésical, celui-ci se trouvant dans la nécessité de n'intervenir qu'avec ménagement sous peine d'échouer. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que la vitesse du jet soit moindre que si la vessie et les muscles abdominaux pouvaient donner avec tous leurs moyens, comme dans le cas d'angustie uréthrale.

2° *Différence de siége.* — Pendant tout le temps que l'urine reste dans la vessie, toutes les pressions auxquelles elle est soumise sont intégralement et uniformément supportées par les parois du réservoir; tant que le col résiste, les forces qui agissent sur l'urine se trouvant annulées par la résistance des parois viscérales, le liquide reste immobile. Dès que le col s'entr'ouvre, la pression devient efficace, l'urine se met en mouvement. Or, pendant tout le temps qu'une tranche liquide s'avance sans encombre dans le canal, elle reçoit une accélération constante de la part des muscles expulseurs, dont elle accumule les actions successives, absolument comme le corps qui tombe accumule toutes les actions successives de la pesanteur, de même aussi qu'un projectile reçoit un accroissement de vitesse pendant tout son parcours dans le canon de l'arme. Le canon, on le sait, est le moyen d'emmagasiner les effets de la force, et de les faire converger dans une direction donnée; sans lui, le projectile, au lieu d'être lancé à plusieurs mille mètres, retomberait près de l'arme.

Eh bien! la même chose arrive pour l'urine : l'urèthre est la condition d'emmagasinage des actions expultrices : suivant qu'il est long ou court, suivant que l'obstacle au cours des urines est éloigné ou rapproché du réservoir, la force de propulsion est plus ou moins grande, le jet plus ou moins bien lancé. Quand l'obstacle siége au col de la vessie, à la prostate, la vitesse du courant n'a plus pour facteur que l'impulsion initiale, et celle-ci se trouvant déjà moins grande, pour les raisons précédemment déduites, et de plus brisée par les sinuosités de l'origine de l'urèthre, le jet tombe sans force à sa sortie du méat.]

alors au malade d'uriner devant vous, car l'inspection de son jet vous sera un précieux auxiliaire pour dissiper cette équivoque. En effet, si le malade peut déférer à votre invitation, et que son jet s'offre à vos regards avec les caractères que je lui ai précédemment assignés, vous conclurez en faveur d'une hypertrophie de la prostate.

Il ne vous reste plus qu'à sanctionner votre diagnostic par les moyens mécaniques, et, dans ce but, vous recourrez d'abord au *cathéter*. Mais avant tout, je le répète, tâchez de voir uriner le malade, car le problème ne réside pas entièrement dans la constatation pure et simple de l'hypertrophie ; vous devez encore et surtout savoir quelles en sont les conséquences fonctionnelles, c'est-à-dire jusqu'à quel point elle fait obstacle à l'émission des urines. Le point capital, pour le malade comme pour vous, c'est le degré d'obstruction de la lumière uréthro-vésicale, et nullement les conditions de volume et de forme que peut revêtir la glande; en d'autres termes, c'est la quantité d'urine restée dans la vessie après chaque miction qui dictera le *traitement* à venir.

Je vous conseille de vous servir d'une sonde de gomme de bonne courbure et de suffisante grosseur. Comme pour le rétrécissement, commencez toujours par une sonde qui ne soit pas moindre que le n° 8 ou 9 (n° 17 ou 18 de la filière anglaise) et, naturellement, dépourvue de mandrin. En l'introduisant, maintenez soigneusement le pavillon appliqué contre le pli de l'aine, afin de ne pas détruire la courbure du bec. Une fois parvenus dans la vessie, procédez à l'évacuation complète de ce réservoir et prenez note de la quantité d'urine que vous retirez ainsi. Cette quantité peut varier beaucoup, depuis une once seulement de liquide jusqu'à tout ce que l'imagination peut raisonnablement concevoir. Il m'est arrivé, dans un cas, très-exceptionnel à la vérité, d'en retirer jusqu'à 3 litres. En moyenne, vous évacuerez de 200 à 500 grammes de liquide. C'est à cette masse d'urine qui ne sort qu'à l'aide de la sonde, et que les efforts du malade sont impuissants à chasser, que j'ai donné le nom de *résidu urinaire ;* c'est ainsi que je la désignerai désormais.

Relativement à l'*exploration instrumentale* des malades qui présentent les symptômes ci-dessus mentionnés, sachez bien que la fréquence des mictions, et plus encore l'émission involontaire de l'urine, rendent le cathétérisme indispensable. Je ne saurais trop attirer votre attention sur les erreurs chaque jour commises à cet endroit, non-seulement par les malades, mais aussi par les médecins eux-mêmes. Que de fois le jugement du praticien ne se laisse-t-il pas égarer par des affirmations catégoriques dans le genre de celle-ci : « Je n'urine pas trop peu; je n'urine au contraire que trop souvent et en trop grande abondance; je suis sûr que ma vessie se vide parfaitement. Indiquez-moi le moyen de retenir mes urines, c'est tout le service que je vous demande. »

L'effet de semblables paroles est vraiment parfois incroyable sur l'esprit de l'homme de l'art, alors que c'est précisément dans ces circonstances qu'il devrait invariablement sonder afin de s'assurer du fait. Pénétrez-vous bien de cette vérité, que je voudrais, passez-moi le mot, graver en grosses majuscules dans votre mémoire :

MICTION INVOLONTAIRE SIGNIFIE RÉTENTION ET NON PAS INCONTINENCE. — S'il y a quelques exceptions à cette règle, elles sont certainement bien rares. L'erreur provient ici de l'usage, ou plutôt, ainsi que je vous le démontrerai, de l'abus que l'on fait du mot « incontinence », lequel implique naturellement l'idée de vacuité de la poche urinaire. L'état d'une vessie qui ne peut conserver son contenu est en effet correctement rendu par le mot incontinence. Mais cet état ne se produit qu'en des circonstances relativement peu communes, et, d'ailleurs, bien définies. Vous l'observerez, par exemple, dans les paralysies cérébrales ou cérébro-spinales, dans certaines blessures du col de la vessie : l'urine s'échappe au dehors au fur et à mesure qu'elle tombe des uretères, et la vessie cesse de fonctionner comme réservoir. Je conviens qu'à ne voir que les signes extérieurs, c'est-à-dire la sortie incessante et involontaire de l'urine à travers le canal de l'urèthre, la ressemblance est grande entre l'incontinence vraie et la rétention ; mais voyez la différence capitale qui sépare ces deux états : dans le premier, la vessie est *vide;* dans le second, elle est *pleine !*

Donc toutes les fois que vous rencontrerez ce flux involontaire de l'urine improprement appelé *incontinence*, gardez-vous bien de le confondre avec les conditions morbides qui produisent réellement l'état de vacuité de la vessie; tenez pour vrai, au contraire, que la poche urinaire est pleine, et que le seul moyen que vous ayez de soulager votre malade, c'est de le sonder.

Si j'attache une si grande importance à cette simple question de physiologie pathologique, c'est que j'ai vu des existences sacrifiées faute d'une saine interprétation des faits. J'ai procédé à l'examen *post mortem* de personnes qui avaient succombé aux suites d'une rétention méconnue pendant la vie, et méconnue, pourquoi ? — parce que l'urine s'écoulait constamment et, comme on le supposait, « si librement » !

Vous le voyez, les mots sont loin d'être sans influence sur les idées que nous avons des choses, et sur les actes que ces idées nous inspirent. En vérité, la langue scientifique, la langue chirurgicale surtout, ne saurait jamais pécher par excès de clarté ni de précision. Telle est à cet égard l'énergie de mes convictions, que je me suis fait un devoir de vous signaler, chemin faisant, tous les abus de langage que je pourrai relever dans le sujet qui nous occupe.

Donc, à l'avenir, vous n'emploierez plus le mot *incontinence*, qui signifie que la vessie est *vide* ou *ne peut contenir*, pour indiquer la position d'un malade qui perd involontairement ses urines ; car, vous le savez maintenant, un pareil malade a généralemeut sa vessie pleine. Dites plutôt qu'il existe alors de la « miction involontaire », sans préjuger la cause; et quand vous vous serez assurés qu'il y a en même temps plénitude de la vessie, ajoutez ces simples mots, « par regorgement ». Alors, vous rappelant mon axiome : « Miction involontaire dénote surtout rétention et non pas incontinence », vous ne commettrez jamais cette erreur, aussi profonde que fatale, dont je vous parlais tantôt, et qui fait plus de victimes qu'on ne pense. Alors aussi notre langage égalera presque en correction celui des