

---

## QUATORZIÈME LEÇON.

### Rétention d'Urine. — Ponction de la Vessie.

---

MESSIEURS,

Nous avons étudié jusqu'à présent une série de maladies des voies urinaires qui toutes, à un moment donné, peuvent déterminer des troubles fonctionnels si importants, que l'impossibilité absolue de l'émission de l'urine, ou seulement l'évacuation incomplète du liquide contenu dans la vessie deviennent à la fois un obstacle à la guérison, et une cause d'aggravation de l'état du malade. La rétention de l'urine doit donc être envisagée comme le symptôme d'une maladie des voies urinaires, le résultat des lésions qui caractérisent cette maladie, et enfin, comme l'origine du développement de désordres ultérieurs.

Une paralysie vraie de la vessie, qui se développe sous l'influence de lésions du système nerveux, engendre une rétention, laquelle n'est en quelque sorte qu'un des symptômes de cette affection; un rétrécissement sérieux, une valvule uréthro-prostatique, une hypertrophie de la prostate produisent comme résultat une rétention d'autant plus complète que l'obstacle est plus grand; la rétention une fois effectuée deviendra cause de cystite chronique avec

toutes ses conséquences, si elle est bornée à la stagnation de l'urine; si elle est considérable, surtout si elle est totale, elle ne tardera pas à être suivie de la distention mécanique des uretères et des reins, et vous connaissez déjà tous les dangers de la distention mécanique de ces organes. A quelque point de vue que vous vous placiez, vous voyez apparaître la haute signification de ce trouble fonctionnel; l'étude clinique de la rétention d'urine mérite donc toute votre attention.

Rarement elle est complète dès le début, sauf dans le cas de lésions graves des centres nerveux; en général, elle est précédée par une dysurie progressive; toujours alors, elle est le résultat d'un obstacle à l'émission de l'urine, obstacle qui peut siéger dans tous les points de l'urèthre, depuis le col de la vessie jusqu'au méat urinaire. Les obstacles au cours de l'urine vous sont connus pour la plupart; au col de la vessie, ce sont des calculs, des polypes, des tumeurs diverses, un caillot sanguin, un corps étranger, des varices du col, les différentes formes de valvule uréthro-prostatique, une contraction spasmodique des fibres musculaires du col comme dans la cystite aiguë; à la prostate, le gonflement inflammatoire, les tumeurs diverses, les corps étrangers, l'hypertrophie; dans le reste de l'étendue de l'urèthre, les rétrécissements, les corps étrangers, les liens appliqués sur la verge, l'infiltration, les abcès, et en général toutes les causes de compression du canal.

Le développement de la vessie se fait en tous sens, mais principalement en avant et en haut; c'est là en effet que la vessie peut glisser plus facilement sur le tissu cellulaire lâche qui l'entoure; ce développement ne peut se faire sans

que la vessie affecte avec les organes voisins des rapports nouveaux ; les plus importants à connaître sont les changements de rapport avec le rectum et la paroi abdominale antérieure. Lorsque la vessie est distendue, le cul de sac péritonéal postérieur ou vésico-rectal remonte de 2 ou 3 centimètres, sans jamais atteindre à plus de 7 à 8 centimètres de l'anus. D'autre part, la vessie ne s'élève pas verticalement dans l'abdomen, mais obliquement en avant, de telle manière que plus elle s'amplifie, plus son extrémité supérieure s'élargit, et plus sa face antérieure vient se mettre en rapport avec la paroi abdominale antérieure ; dans cette ascension, le péritoine, qui faisait défaut à la face antérieure de la vessie vide, vient recouvrir la partie supérieure de cette face ; l'écartement de la membrane péritonéale laisse nécessairement un cul de sac, dont la profondeur est proportionnelle à l'ampliation de la vessie ; mais en même temps, plus cette ampliation est prononcée, et plus il y a de points de la face antérieure du réservoir urinaire qui se trouvent directement en contact avec le tissu cellulaire qui double la paroi abdominale. Ainsi donc, la portion de la face antérieure de la vessie qui se met au-dessus du pubis en contact avec la paroi de l'abdomen est divisée en deux parts à peu près égales ; l'une supérieure, en rapport avec le cul de sac péritonéal et les deux feuilletts qui le constituent, à savoir la portion du péritoine non détachée de la paroi, et celle qui en est séparée par la traction effectuée par la vessie ; l'autre inférieure, non recouverte par le péritoine. Je suppose le sommet de la vessie à 11 centimètres du pubis, la partie de la face antérieure de la vessie non recouverte par le péritoine aura une hauteur de 6 centi-

mètres environ. (1) Vous allez voir bientôt tout l'intérêt qui se rattache à cette disposition anatomique.

La rétention complète d'urine se traduit d'abord par de la pesanteur au périnée ; du ténesme ; des douleurs à la région hypogastrique irradiées aux glands et aux reins, le long des branches nerveuses des plexus vésicaux et prostatiques, douleurs qui sont considérablement augmentées par le mouvement ; des envies incessantes d'uriner, sans résultat. Bientôt on observe tous les signes d'une intoxication urineuse : des vomissements de glaires, de bile ; la sueur acquiert l'odeur de l'urine, la fièvre devient intense, la face et les yeux sont injectés. Si l'on parvient à évacuer l'urine, tous ces phénomènes peuvent disparaître ; dans le cas contraire le malade meurt rapidement dans le coma, après avoir le plus souvent présenté des phénomènes d'excitation et de délire. La palpation abdominale fait découvrir au-dessus du pubis une tumeur médiane, globuleuse, souple, fluctuante, d'une matité absolue, et dont la compression, même très-légère, excite les envies d'uriner. La tumeur fait une saillie considérable dans le rectum chez l'homme, dans le vagin chez la femme ; cette saillie est uniformément fluctuante ; si on la comprime entre le doigt et l'autre main placée sur l'abdomen, on perçoit la sensation du flot.

Telle est la physionomie que présente la rétention d'urine complète ; pour qu'elle se produise, il faut que l'obstacle soit insurmontable ; s'il ne l'est pas, si les contractions de la vessie parviennent à le vaincre, ou si son développement n'est pas suffisant pour créer à l'écoulement de l'urine une

(1) Voir Tillaux, Anatomie chirurgicale.

barrière infranchissable, la rétention demeure incomplète, et se traduit par un phénomène nouveau, purement physique et indépendant de la volonté; ce phénomène, c'est le regorgement. Souvent confondu et bien à tort avec l'incontinence, ce qui peut donner lieu aux méprises les plus graves, le regorgement consiste dans l'émission involontaire d'urine soit goutte à goutte, soit quelquefois plus rapidement, sous l'influence du trop plein de la vessie; or ce regorgement est infiniment plus fréquent que l'incontinence vraie, laquelle ne se montre que dans les rares circonstances où l'on observe la paralysie du sphincter vésical, ses lésions traumatiques, sa distension extrême dans quelques procédés de taille, la présence d'un calcul ou d'une tumeur engagée dans le col, l'hypertrophie excentrique de la prostate qui amène la dilatation du col et à sa disposition en forme d'entonnoir. Je passe sous silence l'incontinence nocturne, véritable névrose que l'on rencontre chez les enfants, et qui, par exception, se continue parfois jusqu'à l'âge de la puberté. Le regorgement implique en général l'existence d'un état particulier de la vessie que l'on a longtemps considéré comme de la paralysie, et que Civiale a heureusement dénommé inertie, pour la distinguer de la vraie paralysie, laquelle n'existe guère en dehors des lésions des centres nerveux. Cet état d'inertie ou d'atonie est le fait de la dilatation passive du réservoir urinaire; il est amené progressivement par la dysurie, ou bien, ce qui est plus rare, il succède à une rétention d'urine complète; il semblerait que dans ce dernier cas, la vessie a en quelque sorte été surmenée, qu'elle a perdu son ressort, et que ses fibres contractiles ont été frappées d'une espèce de collapsus,

d'incapacité, dont les résultats peuvent se prolonger pendant longtemps. (THOMPSON).

Je n'ai pas à vous retracer les conséquences de la stagnation de l'urine et du regorgement; je vous en ai parlé suffisamment dans les leçons précédentes. Laissez-moi seulement insister de nouveau sur une considération pratique très-importante; chaque fois que vous verrez un malade uriner involontairement, songez à la rétention bien plus qu'à l'incontinence, et assurez-vous du fait en sondant la vessie; presque toujours, vous y trouverez une certaine quantité d'urine, et vous acquérerez ainsi la preuve de la rétention incomplète.

Le traitement de la rétention d'urine est subordonné aux causes qui l'ont produite; l'indication urgente est de vider la vessie, surtout lorsque la rétention survient d'emblée, car la distension extrême du réservoir urinaire, pour peu qu'elle soit prolongée, peut affaiblir pour longtemps sa puissance contractile. Vous pourrez, dans le cas de rétention progressive amenée par un rétrécissement, employer les bains chauds, l'opium, les émoullients sur la région abdominale antérieure; ces moyens vous permettront souvent de pratiquer le cathétérisme avec succès; mais lorsque vous aurez employé inutilement les moyens ordinaires, lorsque les ressources les plus variées auront été vainement mises en pratique, vous serez obligé de créer à l'urine une voie artificielle par la ponction de la vessie. C'est par l'étude de cette opération que je vais terminer cette leçon, vous renvoyant aux leçons précédentes pour tout ce qui concerne le traitement de la rétention d'urine dans tel ou tel cas particulier.

On peut ponctionner la vessie de plusieurs manières :

1° *Par l'urèthre.* C'est le cathétérisme forcé ; nous avons examiné les motifs qui font rejeter cette opération.

2° *Par le périnée.* On attaque la vessie près du bas fond, sans toucher à la prostate. Un trocart cannelé de 12 centimètres est enfoncé à 8 centimètres de profondeur au milieu d'une ligne qui s'étend de la tubérosité de l'ischion au raphée périnéal qu'elle rencontre à un centimètre en avant de l'anus. Ce procédé était en vogue au siècle dernier ; on l'a abandonné à cause de la difficulté d'exécution et de l'incertitude de la route que suit le trocart à une profondeur si considérable et dans une région aussi compliquée.

3° *Par le rectum :* elle est proposée en 1750 par un chirurgien français, Flurant, chirurgien de la Charité de Lyon ; puis elle est presque abandonnée en France, alors qu'en Angleterre elle demeure le procédé ordinaire : c'est ainsi que Cock la pratique cinquante fois sans accidents ; que Thompson, sur six ponctions vésicales, pratique cinq fois la ponction rectale. Le doigt introduit dans le rectum sent la partie supérieure de la prostate : la main d'un aide appliquée sur l'abdomen refoule en arrière la vessie : le trocart est conduit sur le doigt maintenu en place dans le rectum, et l'on ponctionne la vessie sur la ligne médiane immédiatement au-dessus du bord supérieur de la prostate. Il est bien entendu que la ponction rectale ne doit jamais être pratiquée lorsque le doigt n'atteint pas la limite supérieure de la prostate. Le principal avantage de la ponction rectale est l'ouverture de la vessie dans un point déclive.

Une lésion des voies urinaires, qui laisserait supposer la nécessité d'établir une sonde à demeure dans le trajet de la ponction, est une contrindication à la ponction rectale.

4° *Ponction au travers de la symphyse pubienne.* Proposé par Brander, de Jersey, ce procédé a échoué entre les mains de sir Henry Thompson, et je crois, avec cet illustre praticien, qu'il doit être abandonné.

5° *Ponction sus-pubienne ou hypogastrique.* Praticqué d'abord par Méry en 1701, ce procédé est resté classique et c'est lui que l'on emploie habituellement en France. D'après ce que je vous ai dit de la disposition qu'affecte le péritoine sur la face antérieure de la vessie distendue, vous savez que la moitié inférieure environ de la portion de la face antérieure de la vessie qui surmonte le pubis est dépourvue de contact avec la membrane séreuse : ceci étant établi, la ponction sus-pubienne se pratique à deux centimètres au-dessus du bord supérieur de la symphyse. De même que pour la ponction rectale, on se sert d'un trocart courbe connu sous le nom de trocart de frère Come. Après trois ou quatre jours, on le remplace par une sonde molle, qui doit être parfaitement fixée, dans la crainte qu'elle ne quitte la vessie après le retrait de celle-ci. Le principal accident à craindre est l'infiltration d'urine dans le tissu cellulaire prévésical, l'urine pouvant courler entre la canule et la plaie de la piqûre : aussi est-il de règle de ne pas boucher la canule. On a observé quelquefois à la suite de la ponction des adhérences de la face antérieure de la vessie à la paroi abdominale, d'où l'impossibilité de l'évacuation complète de l'urine. C'est pour remédier à

ces inconvénients que M. Voillemier proposa la ponction sous-pubienne.

6° *Ponction sous-pubienne.* Pratiquée, avec succès en 1863, par Voillemier, sur un homme de 51 ans, cette opération consiste à pénétrer dans la vessie en passant immédiatement sous la symphyse pubienne, entre elle et la courbure fixe du canal. Tirez la verge en bas, plantez le trocart dans le ligament suspenseur ainsi tendu, rasez le bord inférieur de la symphyse en vous rendant bien compte de sa direction inclinée, et de la position assez profonde de ce bord inférieur : vous arriverez dans la vessie à 5 ou 6 millimètres au dessus du col. Voici les avantages que Voillemier reconnaît à cette opération : impossibilité de blesser la vessie par la canule du trocart ; écoulement de l'urine par son propre poids, et non en sens contraire de la pesanteur, comme dans la ponction sus-pubienne ; pas d'adhérences de la vessie nuisibles, puisqu'elles auraient lieu près du col qui normalement est fixe ; enfin, possibilité de l'opération sur une vessie raccornie. Ces raisons paraissent séduisantes ; toutefois, je dois vous dire que cette opération ne peut être définitivement jugée, puisque le cas de Voillemier est le seul fait connu.

7° *Ponctions capillaires.* On se sert très-avantageusement, lorsqu'on a l'espoir de rétablir promptement le libre écoulement de l'urine par les voies naturelles, des ponctions capillaires pratiquées avec les aspirateurs de Potain et de Dieulafoy. Ces ponctions capillaires paraissent inoffensives.

Lorsque la vessie a été longtemps distendue, elle perd son pouvoir contractile, alors même que par le cathétérisme

répété on lui facilite le moyen de revenir sur elle-même. On emploie pour remédier à cet état d'inertie ou d'atonie de la vessie les affusions froides sur la partie inférieure de l'abdomen, les injections froides dans la vessie, les préparations de strychnine, d'ergot de seigle ; le tout combiné avec un régime réparateur. Michon a proposé en 1861 l'emploi de l'électricité, et dans des cas assez nombreux le succès a été obtenu. C'est en général à la faradisation qu'on a eu recours, en mettant une sonde métallique introduite dans la vessie en communication avec un des pôles, et en appliquant l'autre pôle sur la paroi antérieure de l'abdomen à l'aide d'un réophore garni d'une éponge, ou dans le rectum, en terminant le conducteur par une sonde de femme, isolée dans les trois quarts de sa longueur. Ce mode d'application me paraît défectueux, et même dangeureux, pour peu qu'il y ait inflammation de la vessie : je préfère employer les éponges mouillées placées l'une au-dessus de la symphyse pubienne, l'autre au périnée près de l'anus ; l'action est peut-être moins directe, moins prompte, mais elle est bien plus inoffensive. Vous verrez d'ailleurs, que je n'accorde qu'un intérêt secondaire à la faradisation de la vessie, et que j'attache bien plus d'importance au cathétérisme fréquent, pratiqué avec toutes les précautions que l'on doit observer lorsqu'on touche à une vessie irritée, c'est-à-dire, en évitant la déplétion complète et rapide, en habituant en quelque sorte la vessie à un état opposé à la distension, laquelle est à la fois effet et cause de la maladie.