

d'autres pour recommander de ne pas tomber dans l'erreur commune qui consiste à éloigner autant que possible la répétition du sondage. Mais alors même que l'on fait l'évacuation de la façon la plus complète, cette condition préservatrice peut être impuissante à mettre à l'abri le malade infecté par le cathétérisme initial. L'expérimentation nous a, en effet, démontré les conséquences anatomiques et physiologiques de la prolongation de la rétention complète aiguë. Il est facile de comprendre quelle serait la gravité d'un cathétérisme septique pratiqué dans un cas où la retenue de l'urine dépasserait vingt-quatre heures. Or, il n'est pas rare que les malades ne soient secourus qu'après ce délai. Les enseignements de l'expérimentation sont trop formels pour que l'on puisse arguer de faits où la guérison a été obtenue malgré des négligences d'antisepsie. Il faut poser en règle qu'elle doit être aussi complète dans les cas aigus que dans les cas chroniques avec distension.

La polyurie dans la rétention aiguë succède habituellement aux premières évacuations. Elle est peu prononcée. Nous ne voulons pas entrer dans la discussion pathogénique de ce phénomène, que nous aborderons plus tard. Nous ne retiendrons qu'un fait : c'est que la suractivité fonctionnelle du rein mise en jeu par le réflexe vésical, paraît seule permettre l'explication physiologique de ce phénomène. Sans insister, nous nous bornerons à rapporter une observation récemment recueillie dans des conditions qui la rendent nettement démonstrative. Il s'agit d'un jeune blennorrhagique de vingt-cinq ans, absolument indemne de tout passé urinaire, qui fut atteint de rétention aiguë sous l'influence d'un abcès de la prostate. La rétention datait de quarante-huit heures. Dans les vingt-quatre heures qui suivirent le premier cathétérisme, la quantité d'urine fut de 3 lit. 250 : le lendemain il y en avait près de 3 litres, et 5 jours après on mesurait encore 2 litres en vingt-quatre heures. Ce malade ne pouvait cependant être accusé à aucun degré d'avoir les reins malades. Il faut, en effet, pour faire le départ de l'influence de la rétention, observer des cas semblables à celui-ci ; ils ne peuvent prêter à la discussion. Aussi ne citons-nous pas les cas nombreux où nous avons constaté cette même augmentation temporaire chez des prostatiques atteints de rétention aiguë. Nous devons cependant remarquer que la diminution

progressive nettement constatée, plaide manifestement en faveur de l'action de la rétention sur le rein. Cette influence du réflexe vésico-rénal est rendue trop évidente par nombre de faits d'observation journalière et trop bien confirmée par nos expériences, pour que nous ne croyions pas devoir l'accepter également pour les cas que nous signalons.

Nous serions incomplets si nous ne disions que des modifications qualitatives de l'urine peuvent être observées dans les rétentions aiguës. Celles qui se produisent sous l'influence de la congestion sont particulièrement intéressantes.

La congestion s'étend à tout l'appareil, et il est facile de le démontrer cliniquement. L'augmentation temporaire, si souvent constatée, du volume de la prostate ; les douleurs lombaires et quelquefois même l'accroissement tangible des diamètres du rein en témoignent, nous y insisterons. Du côté de la vessie, c'est le mélange du sang à l'urine qui fait la preuve. Contrairement à ce qui est observé dans les grandes distensions chroniques, ce n'est pas sous l'influence de la déplétion que le sang apparaît. Le cathétérisme n'y est pour rien ; l'urine était colorée avant l'intervention. La teinte anormale se constate dès le premier jet et persiste jusqu'au bout avec la même nuance qui est plus brune que rouge. Dans quelques cas, lorsque la distension a été rapidement menée à l'extrême, comme il arrive aux ivrognes pris de rétention après boire et lorsque la rétention a duré plus de vingt-quatre ou trente-six heures, il peut y avoir plus de rutilance alors que la vessie achève d'être vidée. Telle est la règle. Il est cependant possible qu'une évacuation rapide et brusque détermine, comme dans la rétention chronique avec distension, un saignement terminal abondant ; le cathétérisme pratiqué de la sorte peut même devenir l'occasion d'une importante hématurie. Dans l'*Atlas des maladies des voies urinaires*¹ ont été dessinées deux pièces très démonstratives au point de vue de l'intensité de la congestion de la vessie et de l'hématurie qui succède à l'évacuation totale et rapide. Elle peut aussi, mais exceptionnellement, se produire d'une façon sérieuse, sous l'influence de la distension et disparaître, grâce à des évacuations méthodiques. J'en citais un cas tout à l'heure (p. 101),

¹ *Atlas*, pl. XL et XLIII.

et l'étude expérimentale de la rétention fait comprendre la possibilité des hématuries spontanées ou provoquées.

Nous avons observé, il y a quatre ans, un homme âgé qui fut pris d'hématurie dans une rétention aiguë incomplète et qui, depuis l'évacuation, est resté entièrement indemne, à la condition de continuer à n'uriner que par l'intermédiaire de la sonde. Il est cependant fort rare que l'hématurie ait une grande abondance, mais il est fréquent de la rencontrer à un faible degré, dans les cas aigus, lorsque les malades sont tardivement sondés.

La congestion rénale peut être appréciée par l'augmentation de volume du rein et par l'examen des urines.

Nous avons déterminé expérimentalement que l'augmentation du volume du rein produite par la congestion peut aller à plus d'un sixième de son volume. Le ballottement rénal permet de constater cliniquement qu'il en est de même chez les malades. Nous observions récemment, à la salle Velpeau, un homme entré avec une rétention aiguë survenue sous l'influence d'une carcinose prostatopelvienne diffuse. La vessie, très distendue, dépassait l'ombilic¹. Les deux reins pouvaient être sentis par le ballottement et, depuis que le malade est soumis à des évacuations régulières, ils ne peuvent être reconnus par les recherches les plus attentives. Nous avons maintes fois fait les mêmes observations et, en particulier, chez un malade de la ville qui eut à deux reprises, après une seconde distension, la même augmentation de volume. Elle cessa d'être appréciable lorsque ses deux rétentions eurent été convenablement traitées. La congestion rénale s'affirme encore par des douleurs spontanées que la pression, exercée directement sur le rein, augmente sensiblement. On pourrait, en pareille occurrence, croire à une néphrite, si l'on n'était prévenu de la possibilité du fait sous la seule influence congestive.

L'examen des urines permet, dans quelques cas, de reconnaître la présence de cylindres hématiques qui représentent exacte-

¹ Chez ce malade les deux membres inférieurs étaient fortement œdémateux et cessèrent de l'être à la suite de l'évacuation. Nous avons observé le même fait, un œdème double chez un malade de la ville, et, chez un troisième, un œdème unilatéral énorme, à gauche. L'évacuation fit disparaître rapidement le gonflement. Bien que la phlébite soit possible dans certains cas, il n'est pas douteux que la compression suffise pour déterminer un œdème considérable.

ment le moulage des canalicules rénaux. Nous les avons observés dans trois cas de rétention aiguë chez des prostatiques, sur sept examens pratiqués dans ce but. Nous les avons également rencontrés dans le cas de rétention par prostatite aiguë dont nous avons parlé à propos de la polyurie. La congestion rénale intense est donc relativement fréquente; il est permis de penser que le rein participe à la production des hématuries provoquées par la rétention d'urine aiguë complète lorsqu'elle est prolongée. L'analyse anatomique des urines nous a permis d'y rencontrer aussi des globules rouges, des leucocytes, des cellules du bassinet, de la vessie, de l'uretère, et quelques cylindres épithéliaux.

La congestion de la prostate est tout aussi évidente; deux faits fréquemment, presque habituellement observés, la démontrent.

On sait avec quelle facilité on fait saigner la prostate. Un écoulement sanguin abondant peut suivre parfois le cathétérisme le mieux conduit. Pour peu qu'il soit contondant et, à plus forte raison, s'il est l'occasion d'une blessure, l'hémorragie est abondante et durable.

La congestion de la prostate s'observe en particulier dans les attaques de rétention aiguë; elle peut aussi se rencontrer chez des malades depuis longtemps habitués à vider leur vessie. Nous avons donné des soins récemment à un prostatique que nous avions autrefois opéré de la pierre et qui, depuis trois ans, recourait à la sonde. L'hématurie, provoquée par un passage difficile, se renouvela avec une intensité telle, lorsque nous pratiquâmes le cathétérisme, que nous fûmes obligé de laisser la sonde à demeure. L'accident se renouvela à diverses reprises, malgré la facilité et la douceur de l'introduction, si bien qu'il fallut se résigner à faire porter l'instrument à demeure pendant trois semaines.

Tous les chirurgiens savent que, dans la rétention aiguë, c'est lors du premier cathétérisme que se rencontrent les principales difficultés. On avait failli ne pas réussir tout d'abord; on passe ensuite avec la plus grande facilité. L'influence de l'augmentation congestive de la prostate devient surtout évidente dans les cas où l'on est conduit à pratiquer la ponction de la vessie. Sous l'influence de la détente ainsi obtenue, les

essais, tout à l'heure infructueux, sont couronnés de succès. Des examens faits à longue distance, de même que le retour de la miction spontanée témoignent encore de l'énorme congestion subie par la prostate dans les rétentions aiguës. Nous n'insisterons pas sur ces faits bien connus, et nous terminerons en signalant les effets de la tension de la vessie sur la musculature de cet organe.

La contractilité est, nous l'avons vu de la façon la plus frappante dans nos expériences, amoindrie par la pression intra-vésicale; elle peut être même complètement abolie aussi bien dans la vessie que dans les uretères. Il nous a été facile de démontrer que l'altération de la puissance du muscle vésical était en rapport direct avec le degré et la durée de la rétention, en d'autres termes avec le plus ou moins de tension. En clinique, ces faits intéressants sont aussi observés. Sans parler de la dissociation de la couche musculaire et en ne tenant compte que des effets prochains d'une rétention complète et quelque peu prolongée, il est facile de s'assurer des modifications physiologiques que lui fait subir la distension. Nous avons maintes fois observé à ce point de vue des sujets jeunes atteints de rétention à la suite de prostatite aiguë. Ce sont, en effet, les cas où le muscle vésical n'a subi aucune modification; chez les rétrécis, il a bénéficié de l'hypertrophie compensatrice; chez les prostatiques, l'artériosclérose a déjà fait son œuvre. Toujours, nous avons constaté que l'urine, qui s'échappait tout d'abord avec assez de force, ne s'écoulait bientôt qu'en retombant presque directement dans le vase. L'élévation de l'instrument au-dessus de l'horizontale suffisait pour interrompre presque complètement l'écoulement. Il fallait faire appel à la contraction des muscles de l'abdomen ou à la pression hypogastrique pour arriver à l'évacuation totale. Ces phénomènes ne sont que passagers chez les sujets jeunes et en particulier chez les rétrécis. Mais ils sont durables chez les prostatiques, et l'on sait que l'absence de contraction suffisante peut devenir définitive. Sans chercher ici la part qu'il convient de faire à l'hypertrophie de la prostate et à l'inertie vésicale pour expliquer la rétention d'urine chez les sujets âgés, nous devons insister sur les effets si nets de la distension et sur leurs conséquences. Il est de toute évidence que, pour venir efficace-

ment au secours du muscle vésical, il faut avant tout le soustraire à l'influence qui empêche la contractilité d'entrer en jeu. Il faut évacuer au plus tôt et réitérer aussi souvent que nécessaire l'emploi de la sonde.

Faire cesser la tension de la vessie et l'empêcher de se reproduire, telle est, en effet, la formule pratique qui se dégage des faits que nous venons d'exposer. En s'y confirmant on ne satisfait pas à toutes les indications du traitement de la rétention, mais on remplit la plus importante. On obéit à une idée directrice qui assure l'application méthodique et efficace de tous les préceptes qui découlent de l'étude de l'anatomie et de la physiologie pathologiques de la rétention d'urine. On favorise enfin d'une façon très efficace les bons effets de l'application de l'antisepsie dont nous savons l'indispensable nécessité.

Les *signes fonctionnels de la rétention* ne sont accusés que lorsqu'elle est complète. Lorsqu'elle est incomplète, c'est le symptôme fréquence, également réparti sur la nuit et sur le jour, ou plus prononcé pendant la nuit et en tout cas observé pendant la nuit, qui peut mettre le clinicien sur la voie. C'est encore la difficulté de la miction se traduisant par le retard dans l'apparition de l'urine au méat. Ces signes et souvent aussi des symptômes fort étrangers en apparence aux fonctions urinaires, tels que les troubles digestifs, conduiront à pratiquer l'examen direct du réservoir urinaire.

Lorsque la rétention est complète, à l'impossibilité d'uriner se joignent habituellement et prochainement les angoisses physiques et morales, que déterminent les efforts inutilement tentés pour accomplir la miction. Il est cependant des malades qui supportent avec une surprenante facilité la distension extrême du réservoir urinaire même dans la rétention complète aiguë, et cela pendant douze, vingt-quatre heures et plus. Mais cette tolérance est exceptionnelle. Le malade qui n'a pu satisfaire le besoin d'uriner est bientôt sollicité à nouveau, soit par préoccupation intellectuelle, soit par incitation réelle. Il recommence ses essais, et, s'ils sont infructueux, il se livre à des efforts qu'il prolonge, qu'il proportionne à son désir d'obtenir la sortie de l'urine. Il les prodigue et les augmente. Bientôt ils deviennent involontaires, et le malade, sollicité par la con-

traction vésicale devenue douloureuse, pousse d'une façon inconsciente. Les actes auxquels il s'abandonne pour arriver à obtenir la miction sont désormais involontaires; il n'est plus libre de ne pas pousser, de ne pas exagérer les efforts, de ne pas les porter à l'extrême.

Anxieux, agité, il ne cesse de gémir et de pousser des plaintes, tantôt sourdes, tantôt presque furieuses. Les douleurs sont vives; les besoins d'uriner répétés, pressants. C'est en vain que le malheureux cherche à les satisfaire. Il pousse, il fait effort, il se cramponne à tout ce qui l'entoure, prend tout espèce de position, et cependant rien ne s'échappe du méat. Bientôt, haletant et ruisselant de sueur, il retombe épuisé sur son lit. Mais à peine quelques instants se sont-ils écoulés que de nouveaux besoins éveillent une nouvelle crise, toute aussi infructueuse que la première. Plus de répit, plus de calme, mais une agitation perpétuelle. Se levant, se couchant, le malade essaye incessamment de toutes les positions. C'est l'angoisse douloureuse poussée jusqu'au paroxysme, et que ne reproduit peut-être d'une façon aussi complète aucune autre maladie. Bien faites pour frapper l'esprit, ces angoisses, bien décrites par Civiale¹, font comprendre que Montaigne, qui ne les connaissait que trop par expérience, s'écrie: « Oh! que ce bon empereur, qui faisait lier la verge à ses criminels pour les faire mourir, était grand maître en la science de la bourrellerie! » Cependant, bien que très exceptionnellement, sous leur influence le malade peut être frappé de délire. Mais s'il perd la notion de ce qui l'entoure, si ses paroles révèlent l'incohérence de ses pensées, l'angoisse vésicale n'en persiste pas moins, comme le prouvent les gestes automatiques; les mains ne cessent de parcourir la verge, le périnée, l'hypogastre, et les muscles abdominaux fortement contractés font relief sous les téguments.

Ne croyez pas, Messieurs, qu'il s'agisse ici d'un tableau de fantaisie et fait à plaisir. N'avez-vous pas entendu ce matin même les plaintes et les gémissements du n° 14, de ce malade qu'on nous a apporté hier soir. Peu lui importait notre présence dans la salle: il se levait, allait, venait, criait, se cou-

¹ CIVIALE, *Traité des maladies des organes génito-urinaires*, t. III, 1860, p. 292 à 297.

chait pour se relever encore. En arrivant à son lit, vous avez pu constater avec nous un état de subdélire des plus nets avec loquacité extrême, phénomènes qui, soit dit en passant, ont cessé comme par enchantement dès que la sonde évacuatrice a commencé à donner issue à l'urine. A peine 300 grammes du liquide s'étaient-ils écoulés que cet homme, tout à l'heure bavard et furieux, que cet homme qu'il vous fallait tenir pendant que nous le sondions, était devenu calme et paisible, en même temps que le facies exprimait un véritable soulagement. Les troubles cérébraux ne doivent donc pas être rattachés à des phénomènes d'ordre urémique, mais à l'excès même de la douleur, du moins dans les premières heures de leur apparition.

Plus tard, en effet, l'intoxication urineuse existe, et c'est elle qui, presque toujours, entraîne les accidents mortels qui peuvent se produire en dehors de toute infection. Ces cas sont, en effet, de ceux qui justifient l'exclamation d'Heister: « Il faut ou pisser ou périr. »

Il n'est pas impossible, nous l'avons dit, dans notre étude expérimentale, que dans la rétention aiguë abandonnée à elle-même une rupture de la vessie se produise. Nous avons déclaré qu'elle était tout à fait exceptionnelle chez l'homme. Il faut, en effet, que des conditions particulières aient préparé la déchirure; c'est ainsi que dans certains cas la paroi vésicale déformée et amincie peut ne pas supporter une pression trop élevée.

Lorsque l'impossibilité d'uriner est complète, le *diagnostic du symptôme rétention* est facile. Le malade l'a fait avant même que vous n'ayez paru, et son entourage vous le répète. Mais encore faut-il que vous ayez palpé l'hypogastre pour que la réalité de la rétention soit désormais établie. Vous devrez, pour être bien renseignés, combiner le toucher rectal et le palper hypogastrique. Vous ferez ainsi d'une façon précise le diagnostic de la rétention et pourrez apprécier le degré de plénitude et de tension du réservoir vésical.

A ce diagnostic si facile de la rétention complète, nous devons opposer le diagnostic insidieux de la rétention incomplète. Dans ces cas, le chirurgien n'est conduit à l'examen de

la vessie que par l'étude du commémoratif et des symptômes concomitants. Là encore le toucher combiné donnera les renseignements les plus positifs.

Dans la rétention complète et aiguë ce n'est plus au diagnostic de la rétention, mais à celui, plus important encore, de la variété, que le commémoratif permet d'arriver.

Il faut, en effet, que le chirurgien s'informe du passé du malade et des derniers faits qui ont précédé l'apparition de la rétention, s'il veut avoir quelques données sur la nature et le siège probables de l'obstacle qui détermine la rétention. Vous pouvez facilement apprendre par vos questions s'il s'agit d'un rétréci, d'un prostatique ou d'un blennorrhagique ayant fait quelque imprudence. A plus forte raison, apprendrez-vous l'existence d'un traumatisme récent.

L'âge du sujet ne saurait suffire pour incriminer la prostate ou soupçonner l'urèthre. Il est vrai que l'on peut supposer que l'on a affaire : chez un sujet âgé, à une hypertrophie prostatique; chez un adulte, à un rétrécissement; chez un plus jeune sujet, à un état congestif et spasmodique de l'urèthre.

Mais il y a trop d'exceptions à ces faits généraux pour accepter qu'ils puissent vous servir de règle et de guide. Nous vous avons souvent montré chez de jeunes sujets des rétentions d'urine dues à des lésions aiguës de la prostate ou à des poussées aiguës compliquant des lésions chroniques. C'est ce qui s'observe dans les prostatites phlegmoneuses ou dans ces prostatites tuberculeuses, si communes, que vous ne cessez d'observer dans nos salles. Les rétrécissements chez les vieillards ne sont pas chose exceptionnelle, et, fait curieux, les difficultés prononcées de la miction attendent souvent, pour se manifester, qu'à la lésion du canal se soit jointe une déformation du col par suite de l'hypertrophie sénile de la prostate, ou un affaiblissement de la force contractile de la vessie.

L'âge du sujet ne saurait donc entrer en ligne de compte qu'à titre de renseignement et rien de plus, car, pour soigner une rétention, il faut une certitude étiologique et non pas une approximation plus ou moins juste.

Si, comme je vous le conseille, et comme nous avons coutume de le faire ici, vous vous adressez aux commémoratifs

pour décider du présent, vous serez naturellement, et d'emblée, amenés à classer vos malades atteints de rétention d'urine dans l'un des groupes suivants :

Ou ils n'ont pas de passé morbide et n'ont jamais eu, si ce n'est peut-être tout à fait dans les derniers jours, de troubles de la miction ;

Ou, au contraire, ils font remonter le début de leur mal à une époque plus ou moins éloignée, accusent un série de symptômes génito-urinaires, et peut être même vous parlent de traitements antérieurs.

Quand une rétention s'est montrée chez des sujets sans passé morbide urétral 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 spasmodique, ou à une perte de la contractilité du muscle vésical. S'il existe des antécédents urétraux ou vésicaux, il est facile de savoir par l'étude des troubles antérieurs de la miction s'il s'agit de rétrécis ou de prostatiques.

Toutes les fois que l'urèthre 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 placer en insuffisant 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'urèthre.

Nous reviendrons bien souvent sur cette règle, et nous pouvons dire que les faits de chaque jour en démontrent l'extrême importance. Qu'il nous suffise pour le moment de faire observer que l'examen méthodique de l'urèthre et du col de la vessie pourrait vous permettre de reconnaître la cause de la rétention d'urine, alors même que l'étude des commémoratifs n'aurait pu vous la faire soupçonner. C'est, dans tous les cas, à cet examen que vous devrez demander la confirmation des présomptions établies à l'aide de l'interrogatoire; c'est par lui que vous complèterez l'étude générale du symptôme rétention; c'est en réunissant les renseignements qu'il vous fournit à tous ceux que l'étude du passé morbide de l'urèthre et de la vessie vous aura fait découvrir, que vous pourrez établir le diagnostic différentiel des diverses rétentions d'urine.

III. DIVISION DU SUJET. — La rétention d'urine peut être observée chez des sujets complètement indemnes de toute lésion de l'urèthre et du col de la vessie. Il s'agit le plus souvent, dans ces cas, de malades atteints d'affections médicales que la rétention d'urine vient compliquer. Ces rétentions mériteraient presque qu'on les désignât sous la dénomination de *médicales*. Elles obligent, en tout cas, le médecin à pratiquer le cathétérisme. Nous allons, dès maintenant, rapidement en parler.

A. Ce n'est pas la perméabilité de l'urèthre, mais la contractilité vésicale qui est en cause chez ces malades.

Vous avez pu voir, dans l'une de nos salles, un vieillard, atteint d'hémiplégie, et que sa rétention d'urine a fait placer, au moment de son entrée, dans notre service. Vous avez pu suivre l'évolution de l'un et de l'autre symptômes morbides; tous deux sont allés s'amendant progressivement, et notre vieillard, guéri autant qu'on peut l'être d'une hémiplégie, arrive aujourd'hui à vider sa vessie.

Nous avons tenu à vous signaler cet exemple, non seulement parce qu'il vous montre l'influence des lésions cérébrales sur la suppression de la miction, mais aussi parce qu'il nous permet de vous signaler les difficultés du diagnostic qui se présentent parfois (surtout à l'hôpital), alors que tout commémoratif manque pour savoir si l'on a affaire à une rétention d'origine centrale ou de cause uréthro-prostatique. Chez notre homme, cette difficulté n'existait pas, grâce à l'hémiplégie.

Nous pouvons, par contre, vous citer un malade que vous n'avez vu que quelques heures dans nos salles. Apporté à l'hôpital sans connaissance, sans paralysie apparente et aussi sans aucun renseignement, il n'offrit à l'interne de garde qu'un seul fait frappant : vessie énorme remontant à l'ombilic. De là, son entrée dans nos salles. Toutefois, en examinant avec plus de loisir, il nous fut possible de reconnaître qu'il s'agissait, en réalité, d'une affection cérébrale.

Mais, nous vous le répétons, Messieurs, l'embarras peut parfois être grand. Voyez, par exemple, le concierge couché au n° 12. Il a de la rétention d'urine, le fait est incontestable, mais il a aussi du subdélire; mais sa loquacité est extrême, et son agitation devient presque furieuse pendant la nuit. Est-ce un

alcoolique avec délirium tremens et troubles de la miction? Est-ce un urémique, en prenant ce terme dans son sens le plus vaste? Les commémoratifs et l'examen local attentif permettent seuls d'arriver à la vérité. Nous avons appris que depuis longtemps la miction se faisait remarquer par sa fréquence nocturne, et, d'autre part, l'examen direct nous a fait reconnaître une prostate énorme, bien faite pour expliquer l'arrêt apporté à l'excrétion urinaire.

Plus grande encore est la difficulté lorsqu'il s'agit d'une lésion nerveuse d'origine médullaire. Nous ne parlons pas ici de ces rétentions que vous connaissez bien et qui font partie intégrante du cortège symptomatique propre aux fractures et aux luxations du rachis, ou bien encore à la paraplégie confirmée du mal de Pott. Nous avons en vue surtout ces ataxiques, qui n'ont souvent encore que de très faibles troubles du côté des membres inférieurs, tandis qu'ils sont déjà atteints de rétention urinaire. Plus souvent, il est vrai, ils se plaignent de fréquence anormale, de difficultés, d'irrégularités, de retards, ou de douleurs dans la miction. Il est de ces malades qui ont perdu la sensation du besoin d'uriner, qui n'urinent que par raison à des heures déterminées, comme l'a observé M. le professeur Fournier. Il en est qui n'urinent qu'au prix d'efforts violents, en prenant des positions particulières et spécialement la position assise. D'autres se présentent à l'urinoir et n'obtiennent pas l'émission, qui les surprend un instant après, ou bien ils n'urinent qu'en plusieurs actes. Tous ces phénomènes ataxiques n'impliquent pas que la rétention existe même à l'état de rétention incomplète, mais il suffit qu'elle se rencontre parfois chez eux pour que nous croyions devoir recommander ces faits à votre attention. Cela est d'autant plus nécessaire que des abus vénériens antérieurs confessés avec complaisance peuvent faire égarer le diagnostic.

Ne perdez jamais de vue la possibilité d'une paralysie vésicale d'origine nerveuse quand vous serez en face de malades chez lesquels rien ne justifie l'impossibilité de la miction, ni dans les phénomènes prodromiques, ni dans les signes physiques.

Quant à ces rétentions médicales, qu'on peut observer soit dans la fièvre typhoïde, soit dans la péritonite chronique, soit