

dans l'antérieur. Il n'est guère dans l'économie que l'aorte qui puisse lui être comparée à ce point de vue.

Le processus pathologique qui aboutit au rétrécissement a une influence très marquée sur la couche élastique de l'urèthre. Dès le début de l'inflammation chronique du canal, elle est dissociée, infiltrée et affaiblie par l'amas de cellules embryonnaires qui la pénètrent. Ses modifications sont, on le voit, précoces. Dans les rétrécissements anciens, alors que le derme fibreux de la muqueuse est fusionné avec les noyaux scléreux du tissu spongieux : on n'en retrouve plus de trace<sup>1</sup>.

Il ne peut donc y avoir, dans ces cas, d'élasticité véritable; aussi ne faut-il pas espérer qu'on la fatiguera ou qu'on l'épuisera en soumettant les rétrécissements, qui reviennent sur eux-mêmes, à des distensions extrêmes; qu'on cherche à y parvenir graduellement ou qu'on veuille y arriver de force, le résultat est le même. Celui que je vous disais tout à l'heure : le calibre diminue et s'amointrit d'autant plus qu'on a voulu en pousser plus loin et plus vite l'élargissement. Cette diminution, qui est presque immédiate, est de plus très durable.

Faut-il admettre qu'ils sont contractiles? On serait tenté de le supposer et de dire que les rétentions temporaires, dues au passage méthodique des instruments, sont dues à du spasme. Mais comment admettre que le spasme dure pendant plusieurs semaines de suite au même degré, et qu'il ait cette durée et cette puissance dans des régions du canal dépourvues d'éléments musculaires? Il est beaucoup plus rationnel, il est beaucoup plus vrai d'accuser l'élément congestif et l'élément inflammatoire.

Si l'on nous objectait que le spasme ne s'établit pas dans le rétrécissement, qui est dépourvu d'éléments anatomiques contractiles, mais en arrière de lui, par action réflexe, dans la partie membraneuse, nous répondrions qu'il ne peut y avoir de doute sur la région de l'urèthre contractée, pour peu qu'on se rende compte du point où l'explorateur est arrêté et serré. C'est bien au niveau du rétrécissement, et non plus loin, que la bougie est tenue. Et comme ces vieux rétrécissements, en apparence élastiques et contractiles, se rencontrent surtout

<sup>1</sup> M. WASSERMANN et N. HALLÉ, *Anat. path. des rétréciss. de l'urèthre*, 1891. (*Annales des mal. des org. gén. ur.*, 1891, p. 242-295).

dans la région péniennne, il est facile de voir que c'est bien dans cette région et non sous le pubis, dans la région membraneuse, que s'exerce la pression qui retient et embrasse l'instrument.

Lorsque la rétention temporaire est due à une manœuvre irrégulière et peu mesurée, le spasme peut encore moins être invoqué; à la contusion succède nécessairement la congestion ou l'inflammation, avec le gonflement qui en est la conséquence immédiate.

Aussi bien le rôle de la congestion ne se borne-t-il pas à provoquer ces gênes passagères à l'émission des urines. Que le processus congestif soit intense, qu'au lieu d'avoir une durée éphémère, il persiste, et, vous le comprenez, l'urèthre restera imperméable : une véritable rétention complète et aiguë aura pris naissance. Telle est, en effet, la pathogénie à laquelle il convient de rattacher les rétentions complètes des rétrécis. Quant à la cause déterminante, elle est variable. L'interrogatoire le plus minutieux ne révèle parfois rien autre chose qu'un refroidissement, qu'une longue course à cheval ou en voiture; mais, plus souvent, l'histoire du malade est la suivante. Depuis plus ou moins longtemps il était quelque peu gêné pour uriner, puis, un jour donné, il fait un bon dîner, arrosé de nombreuses libations et suivi d'une nuit orageuse. Au matin, il veut uriner, mais ne peut y réussir; la rétention s'est établie.

De la *forme incomplète* (le malade urinant, mais ne vidant pas sa vessie) nous ne vous dirons que peu de mots; car son mécanisme est de toute évidence. Lassée de lutter contre l'obstacle urétral, la vessie se laisse distendre, d'abord un peu, puis davantage. Il y a miction, mais miction imparfaite et insuffisante. Le diagnostic d'un pareil état est tout entier du ressort de l'homme de l'art. C'est à lui de reconnaître, par les signes appropriés, une distension vésicale dont le malade n'a le plus souvent aucune notion.

Ces trois types de rétention : rétention passagère, rétention incomplète, rétention complète ou aiguë, ne comportent ni le même pronostic, ni la même thérapeutique.

Il est rare qu'un malade vienne vous consulter pour les retards de la miction. Surpris les premiers jours, il ne tarde



pas à en prendre son parti et à ne plus y faire attention. Ces rétentions passagères ont cependant une importance facile à saisir ; elles peuvent à juste titre être considérées comme les avant-coureurs d'une rétention complète qui éclatera un jour ou l'autre pour une cause presque insignifiante. Leur étiologie bien connue et le péril imminent vous dictent la conduite à suivre. Il faut, sans plus tarder, s'attaquer au rétrécissement et procéder, suivant les indications du cas particulier en face duquel on se trouve, soit à l'uréthrotomie interne, soit à la dilatation. Si l'on prend ce dernier parti, il sera bon de recourir en même temps à un traitement antiphlogistique mesuré, et de veiller attentivement à la liberté de l'intestin. Grâce à ces petites précautions, vous rendrez les résultats du cathétérisme plus sûrs et plus rapides.

La stagnation urinaire par distension vésicale, telle que vous avez pu l'observer assez souvent dans nos salles, ne relève que d'un seul mode de traitement : supprimez l'obstacle urétral, et bientôt la vessie reprendra sa contractilité, et tout rentrera dans l'ordre. Est-ce à dire que son pronostic soit sans gravité ? En aucune façon. Mais il y a là un élément de durée et de quantité dont il faut tenir compte. Une vessie qui ne se vide que très imparfaitement, et cela depuis longtemps, doit vous faire craindre une distension des uretères et, par suite, des bassinets et des reins, surtout s'il existe en même temps de ces urines rénales que nous vous avons appris à connaître. Dans tous les cas, il sera sage de porter un pronostic réservé, l'avenir pouvant seul permettre de juger s'il existe ou non des lésions persistantes et profondes des voies urinaires supérieures. Ces réserves sont d'autant plus sages que l'urine que retient la vessie des rétrécis est souvent plus ou moins infectée.

C'est surtout à la rétention complète avec cortège symptomatique bruyant que vous aurez affaire dans la pratique. Aussi convient-il d'y insister plus particulièrement et de vous bien préciser les divers moyens thérapeutiques qui sont à votre disposition.

Rien, au premier abord, ne semble plus effrayant que ces rétentions complètes. Nous vous avouons qu'au début de notre carrière, quand nous n'avions encore que peu d'expérience, nous n'abordions de tels malades qu'avec anxiété.

L'angoisse du patient, la nécessité de le soulager le plus vite possible, les difficultés, pour ne pas dire l'impossibilité, probables du cathétérisme, tout nous paraissait réuni pour inspirer les craintes les plus vives.

Aujourd'hui, au contraire, elles sont de celles qui nous préoccupent le moins, l'observation nous ayant appris que leur pronostic est sans gravité toutes les fois qu'on établit un traitement approprié. Leur pathogénie, que nous avons étudiée il y a un instant, est bien faite, en effet, pour nous rassurer. Due à la congestion, la rétention doit céder avec elle. Or, Messieurs, qui dit congestion dit processus morbide passager ; l'hyperhémie peut bien durer quelques heures, quelques jours même, mais ne saurait s'établir d'une façon permanente. Le problème thérapeutique se trouve ainsi ramené aux deux données suivantes : 1° hâter la terminaison du travail congestif ; 2° en attendant sa résolution, donner issue à l'urine, si besoin est.

Ce n'est pas le rétrécissement même qu'il s'agit de combattre tout d'abord, mais le travail congestif. Vous devez avant tout recourir au traitement médical, c'est lui qui est tout d'abord indiqué. Souvent il suffit à lui seul et sans intervention instrumentale pour calmer l'orage. Les moyens à employer sont ceux que nous avons déjà appris à connaître à propos des rétentions de cause urétrale récente : les bains, les cataplasmes, les lavements simples, laudanisés ou même évacuateurs, si l'intestin n'était pas libre. Les sangsues paraissent particulièrement indiquées ; elles peuvent, en effet, être utiles, mais vous n'aurez, en réalité, que de rares occasions de les prescrire. C'est un adjuvant utile lorsque le sujet est vigoureux et capable de supporter une déplétion sanguine, mais ce n'est pas un moyen de premier ordre sur lequel on ait le droit de compter lorsque d'autres échouent. Nous en dirons autant du chloral et de l'anesthésie chloroformique, malgré leur emploi assez fréquent en Angleterre ; ils ne sauraient réussir d'une façon absolue que dans un petit nombre de cas.

S'il est vrai que, dans la majorité des cas de rétention chez les rétrécis, l'urine peut reprendre son cours sous la seule influence du traitement médical, et s'il est important d'utiliser les secours toujours efficaces qu'il vous prête, en pratique on



est obligé de parer aux accidents les plus pressants, de venir au secours du malade dont les angoisses commandent l'intervention. Il y a, d'ailleurs, toujours avantage à vider la vessie, qui ne saurait impunément rester distendue.

Votre conduite sera différente, selon que vous aurez affaire à un rétrécissement relativement large ou à un rétrécissement véritablement étroit.

L'exploration vous renseignera ; c'est grâce à elle que vous pourrez intervenir d'une façon régulière et efficace, vous mettre à l'abri des fausses manœuvres et des dangers qu'elles comportent.

Si le rétrécissement a été franchi par un explorateur de 3 millimètres de diamètre ou au dessus, vous pourrez très utilement faire usage de la sonde ; si l'explorateur vous a, au contraire, fait mesurer 2 millimètres de diamètre, et, à plus forte raison, s'il n'a pu franchir la stricture, vous feriez une faute véritable en cherchant à obtenir l'évacuation par cet instrument. Il faut, en effet, pour aborder utilement le traitement de la rétention chez les rétrécis, se bien pénétrer de cette vérité qu'en principe il n'est pas besoin de se servir de la sonde pour obtenir l'écoulement de l'urine.

Lorsque le diamètre du rétrécissement vous permettra d'utiliser les sondes, vous déterminerez leur calibre en tenant compte du volume de l'olive de l'explorateur. L'olive donne toujours un diamètre un peu inférieur au diamètre réel ; vous pourrez choisir une sonde de même volume, elle passera aisément.

La forme de la sonde n'est pas indifférente. Les instruments qui conviennent, dans ces cas, sont les sondes-bougies droites, c'est-à-dire les sondes coniques ; les sondes coniques olivaires sont particulièrement recommandables. Ce sont les sondes de l'urèthre antérieur.

Vous n'aurez pas besoin de laisser la sonde à demeure ; souvent un seul cathétérisme ou un petit nombre de cathétérismes suffiront pour que les urines reprennent leur cours.

Si le rétrécissement est étroit, vous devez choisir comme instrument évacuateur, non plus une sonde, mais une bougie. Vous trouverez cependant, chez les fabricants, des sondes-bougies d'une remarquable finesse ; ce sont de petits chefs-d'œuvre. Vous les aurez peut-être précieusement placées dans votre

arsenal, et vous comptez sur elles pour vous tirer d'affaire en cas de rétention chez un rétréci à canal très étroit. Ces instruments sont mauvais, ou du moins ils sont trompeurs. Lorsqu'ils sont placés, ils ne tardent pas à se boucher. Il arrive que le malade urine cependant ; mais, si vous y regardez de près, vous verrez que l'urine passe entre le canal et la sonde. Vos sondes se sont transformées en bougies.

La bougie *fine* est, en effet, un excellent instrument évacuateur. Le rétréci, auquel vous mettez une bougie fine, non serrée par la stricture, ne tarde pas à sentir que l'urine passe. Elle s'écoule d'abord lentement ; elle monte, pour ainsi dire. Bientôt elle s'écoule abondamment et s'élanche même sous forme de jet. Quelques heures à peine se sont passées, que déjà la vessie s'est progressivement vidée et garde la faculté de se vider, soit spontanément, soit le long de la petite bougie. C'est à des bougies 3, 4, 5 ou 6 qu'il faut recourir ; plus petites, elles sont bientôt expulsées ; plus grosses, elles fatigueraient le canal, et cette considération est importante, car il est habituellement nécessaire de laisser la bougie à demeure pendant deux, trois ou un plus grand nombre de jours. Cela vous permet d'assurer le régulier écoulement de l'urine et de dilater le rétrécissement.

La bougie fine n'est pas la seule ressource chirurgicale dont vous disposiez dans le cas de rétrécissement étroit. Quand on interroge les malades qui ont été souvent atteints de ces rétentions éphémères dont nous parlions il y a un instant, ils vous fournissent presque tous les renseignements suivants : Empêchés d'uriner, ils s'arment d'une bougie qui depuis longtemps ne pénètre plus, ils la conduisent jusqu'au rétrécissement, ils appuient sur l'obstacle et bientôt sentent que l'urine le franchit, ils retirent rapidement la bougie, et l'urine jaillit. La miction s'opère plus ou moins bien, mais la partie est gagnée pour ce jour-là encore ; la rétention cesse après quelques hésitations, jusqu'à la fois suivante.

Nous avons récemment opéré un malade qui, depuis plusieurs années, n'urinait jamais qu'après avoir appuyé sur son rétrécissement une petite bougie de 15 centimètres de long ; il y avait recours plusieurs fois, jour et nuit.

Le chirurgien doit profiter de cet enseignement qu'il reçoit



du malade ; il doit, lui aussi, employer ce mode spécial de cathétérisme évacuateur, que j'ai appelé : *le cathétérisme appuyé*. Dans plus d'une circonstance, cette simple et inoffensive manœuvre vous rendra les meilleurs services.

Elle ne compromet rien et, si elle échoue comme agent évacuateur, elle a pour effet de préparer, de rendre plus facile la pénétration dans le rétrécissement. C'est là un fait bien connu, et bien anciennement connu, de tous les chirurgiens. Civiale supposait que cette manœuvre répétée ramollissait le rétrécissement, et le rendait par cela même plus perméable. Elle nous a assez souvent réussi, séance tenante, en rendant franchissable un rétrécissement qui, jusque-là, n'avait pu être traversé, pour que nous pensions qu'elle agit en dépliant, en ouvrant, aussi largement que possible, ce que nous appelons l'antichambre du rétrécissement.

Le cathétérisme appuyé, lorsqu'il provoque l'évacuation, agit sans doute en combinant ses effets à ceux de la colonne urinaire. Il est probable que l'effort exercé à la face antérieure du rétrécissement par la bougie s'ajoute à celui que fait l'urine poussée par la vessie contre sa face postérieure. Celle-ci était impuissante, à elle seule, pour écarter les parois rétrécies et indurées du canal ; grâce au point d'appui antérieur fourni par la bougie, elle réussit à les entre-bâiller.

Le cathétérisme appuyé doit être fait avec douceur ; une légère pression est nécessaire ; mais on ne saurait user de la moindre force sans dépasser le but. Il convient souvent de prolonger son action, ou de la répéter séance tenante. Les instruments olivaires cylindriques et, mieux encore, les bougies de cire conviennent pour l'exécuter. On pourrait, à la rigueur, présenter au rétrécissement l'extrémité mousse de la sonde métallique. Mais les instruments en gomme ou en cire méritent la préférence.

L'étude du cathétérisme nous fournira l'occasion d'insister sur les détails techniques et de les compléter. Ce qu'il importe actuellement d'établir, c'est que le cathétérisme appuyé pourra rendre inutiles les tentatives de traversée de l'urèthre ou les faciliter.

Vous pouvez, en effet, rencontrer, en cas de rétention, des rétrécissements difficiles à franchir. Le traitement médical et

le cathétérisme appuyé pourront vous faire obtenir à peu de frais une évacuation que les bougies fines, et plus encore les sondes, auraient été incapables de déterminer. Mieux vaut un retard dans l'évacuation de la vessie qu'une manœuvre fautive ou violente dans l'urèthre.

La combinaison du cathétérisme appuyé et des bougies infléchies, tortillées à leur extrémité, vous permettra d'ailleurs, presque toujours, de pénétrer dans la vessie, à la condition toutefois que vous agissiez avec douceur et avec patience.

Mais nous vous préparerions des mécomptes, si nous ne vous avertissions que, dans quelques cas exceptionnels, la bougie fine, bien que placée dans les meilleures conditions apparentes, remplira mal cependant, ou ne remplira pas du tout, son rôle évacuant. Il est certains malades chez lesquels elle est sans action et laisse persister la rétention d'urine ; nous en avons même observé chez lesquels la bougie à demeure devenait la cause d'une rétention. Une nouvelle indication est posée lorsque ces conditions se présentent, et cette indication veut être remplie d'urgence. Ce sont de ces cas où l'uréthrotomie interne dénoue la situation d'une manière complète et favorable. La bougie qui n'a pu faire uriner ou qui a provoqué la rétention permet du moins l'introduction des instruments qui vont restituer au canal toute sa liberté.

Lorsque la petite bougie à demeure rétablit le cours de l'urine, l'indication de l'uréthrotomie ne saurait être immédiatement posée, à moins de complications particulières qui puissent en justifier l'application hâtive.

Il faut, à l'heure actuelle, définitivement renoncer à toute manœuvre de force, pour traverser un rétrécissement. La rétention d'urine ne peut servir de prétexte ou d'excuse pour l'emploi de ces manœuvres dangereuses. Vous savez, en effet, que la rétention d'urine des rétrécis peut cesser sous la seule influence du traitement médical ; mais vous savez aussi que le perfectionnement apporté à l'application de certaines méthodes chirurgicales permet d'évacuer la vessie dans des conditions fort simples et réellement inoffensives.

En principe, nous sommes prêt à admettre que la voie uréthrale doit toujours être préférée. Mais ce principe doit fléchir si l'urèthre n'a pu être franchi avec les méthodes de douceur.



Les injections forcées sont encore plus condamnables que le cathétérisme forcé. Des mains habiles peuvent utiliser les sondes coniques de Desault et de Boyer ; mais il faudrait, pour que ces moyens hasardeux fussent remis en honneur, que nous ne puissions par aucun autre, plus simple dans son manuel et mieux à la portée de tous, obtenir l'évacuation de la vessie.

La ponction suspubienne, faite à l'aide du trocart capillaire, et l'aspiration de l'urine faite d'après la méthode de notre collègue Dieulafoy, donnent à cet égard toute satisfaction. L'opération est facile à exécuter, et il est et il restera bien prouvé qu'elle est exempte de danger ; c'est une excellente ressource. J'ai de bonne heure insisté sur son innocuité<sup>1</sup>. La ponction capillaire avec aspiration est d'autant plus indiquée dans la rétention d'urine des rétrécis, qu'il se peut que souvent elle n'ait pas besoin d'être renouvelée. Elle hâtera la résolution de l'état inflammatoire et congestif, et cette résolution favorisera l'issue normale de l'urine ou la pénétration de la bougie évacuatrice.

Nous devons ajouter, toutefois, que nous n'avons eu que très exceptionnellement besoin de recourir à la ponction pour la rétention d'urine suite de rétrécissement ; nombre de chirurgiens sont dans le même cas ; les moyens médicaux et l'emploi judicieux de la bougie suffisent presque toujours.

La ponction capillaire ne doit pas seulement être préférée aux moyens violents que nous avons signalés, mais aussi à l'emploi de la petite sonde en argent préconisée par les chirurgiens anglais. Sans doute, les petites sondes métalliques peuvent vous aider à franchir certains rétrécissements ; mais la question est tout autre dans l'espèce. Il vaut mieux évacuer la vessie par l'aspiration que placer péniblement et périlleusement un instrument métallique qu'on est obligé de laisser à demeure.

Nous n'hésitons pas à désapprouver en principe les incisions faites à travers le périnée dans le but de faire, séance tenante, l'uréthrotomie externe ou d'établir une boutonnière à l'urèthre, en arrière du rétrécissement. L'uréthrotomie externe

<sup>1</sup> WATTELET, *De la ponction de la vessie à l'aide du trocart capillaire*, thèse, Paris, 1871.

doit être réservée aux rétrécissements démontrés infranchissables. Dans le cas de rétention d'urine, le rétrécissement, alors même qu'il ne peut être traversé d'emblée par une bougie, devient tôt ou tard perméable à l'urine, et souvent aussi aux instruments. La ponction capillaire avec aspiration, pratiquée au-dessus du pubis, met à la disposition du chirurgien un moyen qui lui permettra toujours de parer sans danger aux premiers accidents. Ce n'est qu'en cas d'infection avec accès fébriles, qu'il devient nécessaire de faire exception à cette règle. L'uréthrotomie externe sans conducteur est alors l'opération de choix ; elle doit être pratiquée sans hésitation, car la ponction capillaire ne saurait suffire à l'antisepsie de la vessie.

L'emploi du bistouri n'est indiqué d'emblée que dans un seul cas ; mais il l'est alors d'une façon absolue. *Lorsque la rétention d'urine s'accompagne d'infiltration, il ne faut pas sonder, mais inciser.*

Ici, comme toujours, l'incision suivra exactement la ligne médiane ; elle devra s'étendre de la naissance des bourses à l'anus, et comprendre toute l'épaisseur du périnée pour ne s'arrêter qu'au moment où la poche urineuse sera largement ouverte. L'incision ainsi pratiquée aura le double avantage d'arrêter les progrès de l'infiltration et d'assurer l'écoulement de l'urine. Ce n'est que beaucoup plus tard qu'il convient de s'occuper de l'urèthre. Un grand nombre d'observations m'ont donné, à cet égard, une conviction très arrêtée. Autant vous retirerez de bénéfices d'une large incision périnéale mettant bien à jour le foyer urineux, autant vous feriez courir de risques à vos malades en leur introduisant prématurément une bougie ou une sonde, et plus encore en leur pratiquant trop tôt l'uréthrotomie. J'ai pris l'habitude d'attendre avant de m'occuper de l'urèthre. Il faut que le foyer périnéal soit bien détergé, qu'il ne retienne pas de pus ; il est mieux qu'il bourgeonne largement pour agir avec sécurité. Cette façon de procéder met à l'abri de tout accident.

Cela m'a été trop de fois démontré pour que je ne me croie pas en droit de continuer à préconiser cette manière d'agir. J'y suis d'autant plus autorisé que l'application très soignée de l'antisepsie pour l'ouverture du foyer, aussi bien que pour la section du rétrécissement, ne saurait mettre à l'abri d'accidents.



Si l'écoulement de l'urine restait difficile, et si la vessie ne se vidait pas, il faudrait évidemment assurer son évacuation ; mais cette éventualité ne se présente pas d'ordinaire. S'il en était ainsi, on aurait, en ne faisant primitivement que l'incision, l'avantage de n'agir que secondairement sur le canal. L'évacuation et le nettoyage préalables du foyer auraient déjà favorablement modifié les conditions capables de déterminer l'infection du tissu spongio-vasculaire qui entoure l'urètre ; c'est le danger à éviter.

Telles sont les règles que nous croyons devoir vous conseiller de suivre dans les rétentions dues à une lésion permanente de l'urètre antérieur. Vous verrez, en poursuivant notre étude, que ces règles sont fort différentes lorsqu'il s'agit de rétention due à une lésion permanente ayant son siège dans la région prostatique.

## SEPTIÈME LEÇON

### RÉTENTION D'URINE CHEZ LES PROSTATIQUES

#### Considérations générales. — Rétention complète

De la rétention de cause prostatique en général. — Prodromes : fréquence et difficultés nocturnes de la miction. — Pathogénie : rôle de la congestion et causes qui la provoquent. — L'inertie vésicale est secondaire et non primitive. Modifications anatomiques apportées à l'urètre prostatique et au col vésical par l'hypertrophie prostatique. — Le diagnostic de la rétention comporte son degré, sa cause, la nature de la déviation. Il doit être fait par les commémoratifs, par le toucher rectal combiné au palper abdominal, et par l'exploration méthodique du canal.

Rétention complète. — Nécessité de l'intervention. — Du choix de l'instrument : sa nature, sa forme, son calibre. — Des règles de l'évacuation. — Évacuation successive. — Évacuation antiseptique. — Cathétérisme répété. — Sonde à demeure. — Traitement consécutif : hygiène locale et générale. — Ponction de la vessie avec canule à demeure ; ponction capillaire avec aspiration. — Fistule suspubienne. — Fistule périnéale. — Prostatotomie et prostatectomie.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES. — La variété de rétention d'urine que nous allons étudier est à la fois la plus commune et la plus importante.

Vous trouverez la preuve de sa fréquence en vous rendant compte du personnel de notre salle des voies urinaires. Sur douze sujets atteints de rétention, actuellement en traitement, nous ne comptons que deux rétrécis et un blennorrhagique ; il y a donc neuf prostatiques. Il ne s'agit pas d'une série exceptionnelle ; ce que vous constatez aujourd'hui est le tableau à peu près fidèle de ce que la pratique vous offrira. La proportion de trois sur quatre, en faveur de la rétention de cause prostatique, est peut-être même un peu au-dessous de la réalité.

La prostate, vous le savez, joue un rôle important dans les rétentions d'urine des jeunes sujets, des blennorrhagiques et des tuberculeux. Il s'agit alors de poussées phlegmoneuses, simples ou superposées à une lésion qui a pris possession du parenchyme de la glande, mais qui assez rarement provoque par elle-même la rétention sans le secours de l'inflammation phlegmoneuse. Chez les prostatiques vrais, chez ceux qui fournissent à la rétention ses plus gros contingents, c'est à l'hypertrophie, à l'augmentation progressive de volume sans inflammation, que nous avons affaire.

Notre but ne saurait être de vous faire, en ce moment, l'histoire de cette altération pathologique. Nous n'avons actuellement à nous occuper que de l'un de ses effets. De l'altération pathologique, nous ne dirons que ce qui est nécessaire pour éclairer la pathogénie et diriger le traitement de la rétention chez les prostatiques.

Le symptôme rétention, qui devient si souvent l'irréfusable témoignage du changement de forme et de volume de la prostate hypertrophiée, n'est pas, tant s'en faut, la première manifestation des modifications subies par le col de la vessie. Ce n'est qu'à la longue, et presque sur le tard, que le prostatique est conduit à la rétention d'urine, ou du moins à la rétention complète. La rétention incomplète elle-même ne s'établit que graduellement et n'arrive que lentement à la période d'état.

Pendant une période souvent très longue, les prostatiques vident complètement leur vessie. A cette première période, purement congestive, succède la période de rétention. Nous savons, par l'étude de la physiologie pathologique, le rôle prépondérant que peut alors jouer la tension de la vessie. Sa pro-