

gueur du parcours urétral, à l'obturation plus ou moins complète de l'entrée du col, s'ajoutent les différences de niveau de cet orifice. La surélévation du col est presque toujours la conséquence de l'hypertrophie, quelle que soit sa forme. Elle a donc une grande importance aussi bien au point de vue du cathétérisme, qu'à celui des difficultés de l'évacuation spontanée de la vessie. Le muscle vésical dissocié, déjà peu capable d'une action régulièrement convergente, doit encore compter avec le changement d'axe de l'orifice d'écoulement.

Parmi les modifications qu'il subit, c'est ce changement de position du col qui doit surtout arrêter l'attention. Celles du canal portent sur sa longueur et sur sa forme. Il est allongé et dévié.

L'allongement se retrouve dans tous les cas. Mesurant la portion prostatique, nous avons trouvé 4 centimètres au moins, et 5 à 6 au plus ; Thompson a mesuré jusqu'à 7 centimètres. Il faut, d'ailleurs, ajouter à la longueur donnée par la mensuration de la pièce étalée sur la table de dissection celle qui résulte du changement de direction. La longueur normale de la portion prostatique de l'urètre, qui est de 3 centimètres en moyenne, peut donc être doublée par l'allongement et la déviation réunis.

La déviation porte sur la paroi inférieure de l'urètre et sur ses parois latérales ; la paroi supérieure n'est pas déformée. La déviation de la paroi inférieure est le plus souvent anguleuse : la paroi se relève brusquement au niveau de la glande et va rejoindre l'orifice vésical de l'urètre qui est remonté. L'urètre est donc plus ou moins coudé, et l'entrée de la vessie reportée en haut et en arrière. La déviation latérale peut être simple ou double, par conséquent uni ou bilatérale.

Lorsqu'elle est unilatérale, elle incline l'urètre à gauche ou à droite, selon le degré d'hypertrophie du lobe droit ou du lobe gauche. L'ouverture vésicale peut donc, dans ces cas de déviation unilatérale, être portée de côté et en même temps en haut, s'il y a à la fois, comme vous en avez des exemples sous les yeux, une hypertrophie prédominante du lobe médian et de l'un des lobes latéraux.

La déviation est, au contraire, bilatérale lorsque l'hypertrophie est totale, et vous ne devez pas oublier que ce sont

les cas les plus fréquents. Il y a alors deux entrées dans la vessie. Elles sont à droite et à gauche, sous forme de larges rigoles creusées entre l'extrémité des lobes latéraux et les côtés du lobe moyen. Vous pouvez même constater que la vessie peut avoir dans ces cas trois entrées. Le lobe moyen est, en effet, presque toujours creusé par une gouttière médiane assez profonde. Vous retrouvez cette gouttière médiane, même dans les cas où l'hypertrophie du lobe moyen est si prédominante que l'hypertrophie latérale est négligeable. Certaines pièces vous montrent des lobes moyens, creusés de gouttières multiples, mais peu profondes. Ces lobes sont aplatis et étalés en forme d'éventail.

Mais, alors même que la vessie offre deux ou trois entrées, toujours, vous le voyez, l'orifice vésical est surélevé.

De telle sorte que ce qu'il y a de plus constant dans les changements imprimés à l'urètre prostatique par l'hypertrophie de la glande, c'est son allongement et la surélévation de l'entrée de la vessie. Et, par opposition, ce qu'il y a de tout aussi constant, quelle que soit la déviation, c'est l'intégrité de forme et de structure de la paroi supérieure.

C'est sur la paroi inférieure que se trouvent encore les lacunes prostatiques, quelquefois fort larges et dont l'une de nos pièces vous offre un bel exemple.

C'est l'hypertrophie bilatérale qui modifie le moins le canal ; elle lui donne la forme d'une fente haute et étroite. Mais, dans ces cas, un certain degré de développement du lobe moyen ou une commissure qui unit l'extrémité vésicale des deux lobes comme sur cette pièce, où les deux lobes latéraux également hypertrophiés ressemblent à des amygdales, surélève l'entrée de la vessie.

Vous nous entendrez souvent comparer les lobes latéraux de la prostate à des amygdales. Cela peut être vrai au point de vue de la forme, cela est plus vrai encore au point de vue pathologique. Ce sont le plus souvent des amygdalites vésicales, c'est-à-dire des congestions inflammatoires de la glande qui entoure son col, qui sont la cause déterminante des rétentions d'urine.

Comme le tissu amygdalien, le tissu prostatique peut s'indurer ou devenir friable. Ces deux états pathologiques créent des difficultés à l'introduction des instruments. L'induration rend

pénible le cathétérisme métallique, en s'opposant au redressement du canal prostatique, qui doit toujours, dans une certaine mesure, s'accommoder à la forme de l'instrument. La friabilité permet la déchirure de la région prostatique sous la seule pression des instruments souples, et c'est dans ces cas que l'on voit facilement creuser des fausses routes et déterminer, même avec une bonne manœuvre, un écoulement de sang abondant. La prostate saigne facilement et saigne beaucoup.

Remarquez encore, avant d'abandonner l'examen de ces pièces, combien se creuse le bas-fond vésical derrière ces déformations qui surélèvent le col; vous comprendrez dès lors comment se prépare et s'établit la stagnation de l'urine, et comment, même avec la sonde, il peut être difficile de vider complètement certaines vessies, si l'on ne prend soin, avant de la retirer, de rapprocher son extrémité oculaire du col. Il est facile, vous le voyez, et vous ne devriez pas l'oublier, de se faire illusion sur la réalité de l'évacuation complète de la vessie. C'est cependant la garantie de sa santé toujours menacée lorsqu'elle ne s'accomplit pas régulièrement et complètement même à l'état aseptique, sûrement compromise lorsque l'urine a été infectée.

Le diagnostic de la rétention d'urine chez les prostatiques doit avoir pour but non seulement d'établir l'espèce de la rétention, mais d'en reconnaître la variété et le degré, enfin de déterminer le genre d'obstacle formé par l'hypertrophie de la glande.

Si la rétention est complète, quelques questions suffisent pour établir qu'elle est d'origine prostatique. Vous connaissez assez la valeur sémiologique des troubles antérieurs de la miction pour que je n'aie plus à y insister. Mais vous savez aussi que ces troubles de la miction peuvent passer inaperçus, tant que la rétention n'est pas complète. Le malade ne vous en parlera pas, ou ne les indiquera qu'en passant; c'est à vous de l'obliger, par des questions précises, à définir sa situation. Je vous rappellerai la valeur presque pathognomonique des troubles digestifs. Associés à des troubles de la miction, ils sont presque toujours indicatifs d'une évacuation imparfaite de la vessie, c'est-à-dire d'une rétention incomplète.

La rétention ne saurait toutefois être diagnostiquée d'une

façon absolue que par un examen local. Ce n'est cependant pas au cathétérisme qu'il convient de recourir pour savoir si la vessie ne se vide pas, ou du moins ce n'est pas d'emblée qu'il y a indication d'user de cette manœuvre. Le toucher rectal, combiné avec le palper hypogastrique, vous permettra toujours de savoir s'il y a de l'urine dans la vessie et d'estimer approximativement quelle est la quantité d'urine retenue. Vous pouvez, en effet, en prenant la vessie entre le doigt et la main, juger de son volume; avec un peu d'habitude, il est assez facile d'apprécier ce qu'elle contient.

Dans la rétention incomplète, le diagnostic peut donc être posé sans que le cathétérisme évacuateur intervienne. C'est là un fait important. Le cathétérisme évacuateur doit, dans ces cas, être surtout réservé au traitement; ses indications sont délicates, et il ne saurait, en thèse générale, être accepté à titre de manœuvre d'exploration. S'il n'est pas l'agent indispensable du diagnostic, le cathétérisme évacuateur est souvent le premier acte du traitement. Il sera temps à ce moment de compléter, par des résultats plus précis, les renseignements fournis par le toucher et la palpation.

La combinaison du toucher rectal et de la palpation de l'hypogastre pourra, à plus forte raison, faire confirmer le diagnostic de la rétention complète.

C'est seulement à l'aide du cathétérisme que l'on peut apprécier la nature de l'obstacle formé par la prostate. A ce point de vue, le toucher rectal n'a aucune valeur. Ce qu'il perçoit à travers la paroi intestinale n'est, en aucune façon, indicatif de ce qui sera senti en parcourant l'urèthre. C'est seulement par l'urèthre que doivent être cherchés les renseignements nécessaires à l'application du traitement.

C'est à l'explorateur olivaire souple que nous vous conseillons d'avoir recours. Aucun autre instrument ne vous donnera des renseignements plus utilisables et ne vous les fera obtenir à moins de frais. La manœuvre de l'explorateur est douce et inoffensive. On n'en pourrait dire autant des instruments métalliques. Vous pouvez choisir un explorateur d'un volume de 18 à 21 par exemple. Il faut que la partie de la tige que précède l'olive n'ait pas une trop grande rigidité, qu'elle puisse doucement s'infléchir sous l'influence d'une faible pression. Si le

canal était à la fois le siège d'un rétrécissement et d'une hypertrophie de la prostate, l'olive vous ferait reconnaître l'obstacle ou les obstacles uréthraux, et l'exploration du col ne pourrait être faite. Si le canal est libre, l'olive arrivera dans la portion membraneuse, qu'elle reconnaîtra aisément. C'est alors que commence la partie délicate de l'exploration.

L'instrument doit être très doucement conduit afin de tout sentir. S'il y a une hypertrophie bilatérale, il passera très facilement sans être arrêté un instant. Vous sentirez, cependant, que les parois sont touchées par l'olive, qu'elles s'écartent pour la laisser cheminer et passer. Si le canal est dévié, vous sentirez parfaitement que l'olive se dirige à droite ou à gauche avant de tomber dans le vide vésical. Si l'un des lobes fait dans l'urèthre prostatique une saillie plus ou moins abrupte, l'olive sera arrêtée. Une pression un peu plus prononcée déterminera souvent son engagement et son entrée dans la vessie. Mais vous aurez parfaitement la sensation d'un obstacle contourné et franchi, et c'est pour opérer cette manœuvre qu'il est nécessaire que le col de l'olive soit d'une souplesse parfaite. Malgré la continuité de la pression, votre explorateur pourra, dans certains cas, ne plus avancer, rester appliqué contre l'obstacle prostatique et ne pas pénétrer dans la vessie.

Vous aurez alors toute raison d'admettre qu'un des lobes est fortement hypertrophié ou que vous avez butté contre une valvule du col.

Si la région prostatique est ramollie et vascularisée, le passage de l'olive en témoignera, en déterminant, même sous sa pression mesurée, l'écoulement d'un peu de sang ramené sur son talon.

Sans doute, vous n'aurez pas les dimensions de la prostate, et vous n'aurez plus, une fois dans la vessie, la moindre notion sur la saillie et le relief qu'elle peut avoir dans cette cavité. Mais, au point de vue du cathétérisme évacuateur, vous n'avez que faire de ces renseignements. Vous avez, au contraire, absolument besoin de prévoir dans quelles conditions peut s'effectuer le passage de vos instruments d'évacuation.

Nous n'entrerons pas en ce moment dans la partie technique. L'étude du cathétérisme nous donnera l'occasion de vous l'exposer dans tous ses détails. Mais nous sommes dès à présent

en mesure de vous fournir les indications qui vous permettront de vous armer en toute connaissance de cause et d'employer en toute confiance un instrument bien approprié. Avant d'aborder le traitement, nous avons cependant à vous entretenir de la marche et des terminaisons des rétentions de cause prostatique.

A cet égard encore, la rétention complète et la rétention incomplète, malgré leurs affinités, diffèrent essentiellement, et nous vous exposerons successivement ce qui se rapporte à l'une et à l'autre, aussi bien pour la marche et les terminaisons que pour le traitement.

**RÉTENTION COMPLÈTE.** — Abandonnée à elle-même, la rétention complète de cause prostatique aurait toute chance de se terminer par la mort. Il y a, sans doute, des cas où le malade a fini par uriner par regorgement ; mais cette terminaison ne fait que diminuer l'embarras du chirurgien ; elle n'écarte pas le danger, car la vessie reste plus ou moins en tension.

Lorsqu'elle est traitée, la rétention complète se termine : par le passage à l'état chronique ; par un changement de forme, en devenant incomplète ; par la guérison ; par la mort.

L'anatomie pathologique et la clinique vous ont déjà rendu compte des raisons qui empêchent d'espérer la terminaison spontanée des rétentions de cause prostatique. L'étendue de l'obstacle, la résistance du col si épaissi, l'affaiblissement préalable de la vessie sous l'influence de la lutte que depuis longtemps déjà elle soutient pour ouvrir à l'urine un passage à travers l'orifice vésical ; l'habitude déjà ancienne de la congestion simple qui s'est renouvelée peu à peu chaque nuit et qui prépare les voies à la congestion inflammatoire, à la congestion durable, telles sont les raisons qui ne permettent pas de compter sur une guérison spontanée.

L'intervention chirurgicale, l'intervention immédiate, est donc de règle dans les rétentions d'urine de cause prostatique. L'indication est précise, elle se pose d'elle-même : c'est au cathétérisme évacuateur qu'il faut avoir recours. Il ne saurait y avoir d'incertitude et de difficulté que dans le choix des moyens et dans l'exécution des manœuvres qui permettent d'y satisfaire.

L'exploration méthodique, pratiquée avec l'explorateur olivaire, permettra de déterminer d'une façon très précise à quel instrument il convient de recourir et fera certainement apprécier à l'avance les difficultés qui pourront surgir.

L'exploration préalable du canal est donc la règle générale et absolue que nous vous recommandons. Nous poserions volontiers encore une seconde règle générale, qui exclurait les instruments métalliques au profit des instruments souples.

Cette seconderègle ne peut être aussi absolue que la première. Il est des cas où la rigidité de l'instrument peut seule permettre à l'opérateur de sûrement le conduire. Cependant l'instrument métallique n'est pas un bon instrument évacuateur ; lorsque la sonde évacuatrice devra être rendue rigide, il est préférable de se servir d'un mandrin, afin de pouvoir vider la vessie à travers un instrument souple.

Si la nature de l'instrument évacuateur est importante, sa forme ne l'est pas moins. En principe, les instruments droits ne sauraient être acceptés. L'étude du cathétérisme nous apprendra que c'est le long de la paroi inférieure de l'urèthre que cheminent les instruments de cette forme. Or nous savons que c'est sur les parois inférieure et latérale que siègent les obstacles dus à l'hypertrophie de la prostate. Rien de plus logique et de plus pratique que de chercher à éviter leur rencontre.

L'étude du cathétérisme nous apprendra encore que les instruments courbes ou coudés peuvent être maintenus par leur extrémité le long de la paroi supérieure. Ce n'est pas, vous le savez, la seule voie d'entrée dans la vessie des prostatiques ; mais c'est la voie qui sûrement reste libre, c'est la voie qui conduit à l'orifice vésical déplacé et surélevé.

L'obstacle prostatique ne saurait être abordé de front ; l'instrument doit être choisi et conduit de telle sorte qu'il arrive à le franchir ou à le contourner. Il le franchit en passant par-dessus la prostate, en suivant le chemin de la paroi supérieure ; il le contourne en s'engageant dans l'une des voies latérales que ménagent les hypertrophies à trois lobes. Un instrument souple pourra contourner sans les froisser les saillies de la prostate ; un instrument métallique, méthodiquement dirigé, ou bien un instrument rendu rigide par un mandrin, sera surtout appro-

prié pour les franchir en suivant invariablement la paroi supérieure.

Vous seriez cependant dans l'erreur si vous comptiez toujours avoir à contourner ou à franchir le relief d'une saillie intra-urétrale de la prostate. Pour se produire, la rétention d'urine n'exige pas une telle déformation. Il suffit que l'équilibre soit rompu, et que la force de la vessie ne suffise plus à vaincre la résistance du col. Ce que la vessie ne pourra plus faire, votre sonde pourra très aisément l'effectuer. Dans nombre de cas, la pénétration de l'instrument dans la vessie s'opère sans la moindre résistance.

C'est alors que la forme de l'instrument peut devenir indifférente ; c'est alors que vous réussirez, et que vous verrez les malades réussir, avec des instruments droits. Si vous n'étiez prévenus par l'étude d'ensemble du sujet, vous pourriez même être tentés de conclure que les instruments droits sont parfaitement appropriés au traitement des rétentions d'urine de cause prostatique. Un nouveau cas ne tarderait pas à troubler vos illusions.

Au surplus, l'exploration méthodique vous aura avertis et renseignés. Si l'olive a pénétré sans rencontrer d'obstacle, sans subir de déviation appréciable, vous réussirez avec toute espèce d'instrument, mais toujours mieux et plus sûrement avec les instruments non rigides. Si l'olive, au contraire, n'a pénétré qu'après avoir rencontré et constaté un obstacle, après l'avoir contourné ou franchi, si surtout elle a été complètement arrêtée, votre choix n'est plus libre.

C'est aux instruments courbes, c'est aux instruments coudés et bicoudés, c'est quelquefois à des instruments armés de mandrins que vous devrez avoir recours. C'est à ce prix seulement que vous agirez avec sécurité.

Parmi les instruments droits et souples, il en est un, dont nous voulons vous parler dès maintenant. Ce qui nous y engage, c'est à la fois sa valeur très réelle, son incontestable utilité, ses grands services, mais aussi la confiance non justifiée que souvent on lui accorde à tout propos.

Vous connaissez tous la sonde en caoutchouc vulcanisé que nous devons à Nelaton. Son admirable flexibilité, la douceur extrême de son contact sont bien faites pour rassurer les plus

circonspects. De plus, il est parfaitement prouvé que, dans bon nombre de cas, son introduction est absolument simple et facile. Nous n'hésitons jamais à l'employer et à la prescrire, à lui accorder une préférence absolue, toutes les fois que nous avons constaté que la voie est libre, que l'explorateur s'est engagé sans le moindre effort ou après avoir facilement contourné un obstacle et que l'urèthre antérieur est souple. Les résultats sont alors excellents. Mais dans ces cas privilégiés, il peut arriver qu'au bout d'un certain nombre de jours, l'introduction devienne pénible, difficile, impossible.

Le canal, comme il arrive souvent, s'est enflammé, irrité; sous l'influence des contacts multipliés qu'exige le cathétérisme, il est devenu moins souple. Cela suffit, pour que la sonde en caoutchouc soit gênée ou arrêtée dans sa progression. Aussi, verrez-vous souvent des malades, auxquels vous aviez confié une sonde en caoutchouc, vous revenir avec une sonde en gomme; ils ont été obligés de substituer à un instrument complètement flexible un instrument demi-résistant, avec lequel ils se sondent avec plus de facilité et de douceur.

Ce que vous observez alors secondairement vous arriverait probablement dès la première tentative, si vous vouliez pénétrer quand même avec la sonde en caoutchouc, alors que l'explorateur vous a révélé quelque difficulté de passage, alors qu'un obstacle prostatique a nettement arrêté l'explorateur, ou que le canal a résisté à son passage dans un point quelconque. Vos tentatives ne seraient pas seulement inutiles, elles pourraient être nuisibles. Souvent, l'extrémité de la sonde en caoutchouc fléchit au niveau de l'œil; elle se double et n'est retirée qu'avec effort, en provoquant de la douleur et du saignement.

Par contre, il est des malades qui se servent habituellement et indéfiniment de la sonde en caoutchouc; ce ne sont pas les plus nombreux, mais il suffit que cet instrument puisse être ainsi employé dans des cas bien déterminés pour le préférer en pareille occurrence à tout autre, comme agent d'évacuation. Il convient aussi de savoir qu'il n'est pas toujours utilisable dans les cas où s'offrent de moyennes ou même de petites difficultés. Nous devons cependant ajouter que les progrès de la fabrication, en donnant un peu plus de consistance à la sonde de caoutchouc, sans lui faire rien perdre de sa souplesse, ont

étendu sa sphère d'application, et que cette extension est toute au bénéfice des malades. Nous avons même su franchir aisément, avec des sondes en caoutchouc ordinaires ou coudées en béquille, des prostates qui nous avaient offert les plus grandes difficultés avec les instruments en gomme bicoudés ou armés de mandrins à grande courbure.

Les sondes en soie, de fabrication anglaise, ont à la fois une grande souplesse et une résistance plus prononcée que le caoutchouc. Ce sont des instruments d'autant plus recommandables que la minceur de leurs parois permet de conserver un calibre intérieur fort large et d'avoir une grande ouverture oculaire. Ces sondes sont souvent utilisables chez les malades qui n'arrivent plus à faire pénétrer les instruments en caoutchouc.

C'est avec les instruments en gomme, courbés, coudés ou bicoudés, avec ou sans mandrins, que vous arriverez à triompher des grandes difficultés du cathétérisme chez les prostatiques. Nous ne faisons ici que poser l'indication de leur usage thérapeutique; nous définirons leur emploi chirurgical, en étudiant le cathétérisme. Nous ne saurions, cependant, passer sous silence les admirables résultats obtenus à l'aide des instruments coudés et bicoudés. La pratique les doit à Mercier, qui, en les créant, a rendu à l'exploration et à la thérapeutique les plus grands services.

Nous ne vous avons pas signalé, parmi les agents du cathétérisme évacuateur pour les cas difficiles, le cathétérisme sur conducteur. Son indication est, en effet, assez rare, et ce mode de cathétérisme trouvera place auprès des méthodes exceptionnelles proposées pour les cas particulièrement difficiles qui, malheureusement, pourront quelquefois vous échoir.

La combinaison de difficultés qui résultent d'un canal, autrefois rétréci, resté dur, élastique et d'une hypertrophie prostatique, mérite surtout d'être signalée. C'est plus spécialement dans ce cas que le cathétérisme sur conducteur pourra trouver ses indications. La seule introduction de la bougie conductrice et son séjour à demeure, comme dans les cas de rétrécissement, a même pu nous permettre d'obtenir, dans ces cas complexes, l'évacuation de l'urine, puis la possibilité ultérieure de l'introduction des instruments ordinaires.

Les indications relatives au choix des sondes évacuatrices n'ont pas seulement pour objet la détermination de leurs formes ; le chirurgien doit encore se préoccuper de leur calibre.

Les sondes volumineuses ont été préconisées. Elles paraissent évidemment satisfaire à l'indication de l'évacuation. On leur a, de plus, attribué l'avantage d'une introduction plus facile. Vous le savez déjà, c'est le choix raisonné de la forme appropriée au cas particulier, c'est le passage méthodique de l'instrument, qui seuls peuvent fournir les garanties d'une bonne introduction. Le volume de la sonde a-t-il du moins des avantages pour l'évacuation ?

Le seul avantage appréciable est l'évacuation rapide, et rien n'est plus contestable que ce prétendu avantage. L'expérience a, en effet, démontré aux chirurgiens qui se sont occupés de la question qu'une vessie distendue voulait être lentement vidée.

Les règles de l'évacuation ont une grande importance, et nous venons d'en indiquer le principe, en disant qu'il fallait lentement vider un réservoir distendu. L'évacuation première de la vessie doit, en effet, être graduelle. Il est même souvent bon qu'elle ne soit pas complétée sur l'heure, afin de ne pas déterminer de véritables perturbations par un changement trop rapide, et par conséquent brusque, des conditions dans lesquelles se trouvait le réservoir urinaire.

Vous observerez souvent chez les prostatiques un phénomène qui vous donne la mesure de ces perturbations. L'introduction de la sonde a été heureuse et facile, l'urine s'est écoulée régulièrement, sans douleur, elle est claire et limpide. Vous arrivez à la fin de l'évacuation, et vous voyez le liquide se colorer : il devient rose, il passe au rouge, il peut devenir tout à fait sanglant. Le malade, tout à l'heure soulagé, accuse du malaise et même des douleurs ; de pénibles contractions survivent à l'enlèvement de la sonde.

Cet écoulement sanguin *ex vacuo* témoigne bien de la congestion intense créée par la rétention ; l'évacuation rapide et complète la favorise encore. Le petit accident hémorragique n'a par lui-même que peu d'importance ; mais il prépare à la cystite un terrain des plus favorables. Il va au-devant de la

complication qui, si souvent, se montre au cours du traitement de la rétention d'urine et qui peut, lorsqu'elle est intense et rapide, acquérir un haut degré de gravité.

Il est donc rationnel de se servir de sondes évacuatrices d'un faible volume. Le calibre représenté par les n<sup>os</sup> 14 à 16 ou 17, de la filière Charrière, répond aux indications. La sonde n'aura, autant que possible, qu'un seul œil. L'urine s'échappera sous la seule influence de l'impulsion vésicale, sans pression exercée par le chirurgien, sans effort de la part du malade.

Au point de vue de l'évacuation graduelle et lente ou tout au moins non accélérée, la position horizontale est encore une excellente garantie. Vous ne devez jamais consentir à pratiquer une première évacuation pour un cas de rétention d'urine, avec distension de la vessie, dans la position debout. Le malade doit être couché et, autant que possible, dans son lit.

On a de tout temps indiqué la possibilité d'accidents graves, dus à une évacuation rapide et abondante, pratiquée dans la position debout. La syncope peut en être la conséquence ; il est de ces syncopes qui ont été mortelles. On ne saurait donc trop se mettre en garde contre de pareils accidents, mais il faut plus encore songer à ne pas congestionner violemment la vessie, en y faisant trop rapidement le vide. Cet accident, moins bruyant dans ses premières manifestations, peut être la source de dangers beaucoup plus communs et plus sérieux que l'état syncopal. La congestion met la vessie et les reins en état de réceptivité.

Il faut donc savoir graduer l'évacuation et ne pas trop facilement se laisser aller à satisfaire l'amour-propre en présentant au malade et aux assistants un vase rapidement et largement rempli. Toutes les fois que la distension est portée très loin, toutes les fois surtout qu'elle a duré, toutes les fois enfin qu'elle s'observe chez un vieillard, l'évacuation doit être lente et *successive*.

Nous désignons sous cette dénomination l'évacuation partielle et graduelle rendue successivement plus complète. On ne la pousse jusqu'à la mise à sec de la vessie qu'au bout d'un temps plus ou moins long et, dans certains cas dont nous aurons bientôt à faire l'histoire, qu'au bout de plusieurs jours.

On fait tout d'abord cesser la tension, et l'on n'arrive que