

plus tard à l'évacuation totale. L'on peut obtenir ce résultat en abandonnant dans la vessie une partie de l'urine retenue. Mais il est possible d'y substituer un liquide médicamenteux et d'évacuer l'urine sans vider la vessie. Cette modification totale du milieu vésical toujours utile est nécessaire si l'urine est sanglante ; elle devient indispensable lorsqu'elle est purulente.

Pour évacuer la vessie sans la vider, il faut, dès que l'on a retiré environ la moitié de son contenu injecter, par la sonde, 100 à 150 grammes de solution tiède d'acide borique à 4 0/0, qu'on laisse immédiatement ressortir. Dès que la quantité injectée a été évacuée, on la renouvelle jusqu'à ce que l'aspect du liquide soit exactement celui de la solution injectée. On termine en laissant dans la vessie une plus ou moins grande quantité de la solution, suivant le degré de réplétion que l'on croit devoir maintenir.

Est-il besoin de dire que l'évacuation de la vessie doit être faite aseptiquement. En chirurgie, semblable question n'a plus à être discutée. Ce que nous devons savoir, c'est que les précautions doivent être d'autant plus complètes, d'autant plus minutieuses, que la distension a plus duré si elle est aiguë, qu'elle est plus grande si elle est chronique. L'étude de la physiologie pathologique de la rétention est, à cet égard, absolument démonstrative. Ce n'est que dans les cas de rétention aiguë récente et dans les rétentions incomplètes sans tension, que les fautes contre l'antisepsie peuvent ne pas trop gravement compromettre la santé du malade. Et même, dans ces conditions, faut-il les redouter.

Les règles de l'antisepsie applicables à la chirurgie des organes urinaires seront soigneusement exposées lorsque nous nous occuperons des généralités du traitement. Je n'insiste, pour le moment, que sur un seul point. Malgré leur extrême importance, les précautions antiseptiques ne suffiraient pas pour parer à tout accident, si les règles de l'évacuation progressive et successive n'étaient pas observées, lorsque la distension est complète et a quelque durée. Vous associerez donc, dans ces cas, l'évacuation lente et successive à l'évacuation aseptique.

La première évacuation n'est pas encore accomplie, que déjà se présente une nouvelle et très importante question thérapeutique. Dans la rétention des prostatiques, la première évacua-

tion n'est que le prélude de beaucoup d'autres. Ces évacuations artificielles, qui vont être la seule ressource pour assurer les mictions, devront, par conséquent, satisfaire à tous les besoins d'uriner. Là, encore, la physiologie pathologique est pleine d'enseignements de la plus haute valeur pratique ; elle nous a démontré la nécessité d'évacuations assez répétées, pour que la mise en tension ne se reproduise pas et pour que la désinfection, dans les cas septiques, puisse être obtenue.

Deux moyens peuvent assurer le régulier fonctionnement des mictions artificielles : le cathétérisme est répété à plusieurs reprises dans les 24 heures ; la sonde évacuatrice est laissée à demeure.

Ces deux moyens thérapeutiques ne sauraient être comparés d'une manière abstraite. Il est impossible d'établir entre eux un parallèle absolu et de donner des raisons, qui permettraient dans la pratique de se déclarer le partisan exclusif de l'un ou de l'autre. Il est tout aussi facile de plaider contre le cathétérisme répété que contre la sonde à demeure. En réalité, ils ont, l'un et l'autre, des avantages et des inconvénients. C'est en se plaçant en face des faits, en obéissant à leurs exigences et même en subissant les nécessités qu'impose souvent la pratique, que l'on peut arriver à choisir judicieusement le mode d'évacuation le mieux approprié.

Nous avons trop souvent obtenu de la sonde à demeure des résultats excellents, pour ne pas nous déclarer partisan très résolu de ce mode d'évacuation ; mais nous sommes si peu disposé à méconnaître les avantages du cathétérisme répété, que nous considérons comme une règle sévère de pratique de le préférer toutes les fois qu'il peut être pratiqué dans de bonnes et régulières conditions.

Ce sont ces bonnes et régulières conditions, qu'il convient d'examiner, pour établir à la fois ses indications et ses contre-indications. Cela nous permettra de poser les indications de la sonde à demeure. Pour que le cathétérisme répété soit utile et sans inconvénients, il faut qu'il puisse être pratiqué *facilement et régulièrement*.

Les difficultés du cathétérisme peuvent être primitives ou secondaires. Lorsque les premières manœuvres ont été mal conduites ou malheureuses, le cathétérisme répété ne saurait

être choisi. Alors même qu'une manœuvre régulière, pratiquée à l'aide d'instruments appropriés, aura été facilement exécutée après des tentatives infructueuses, faites dans des conditions irrégulières, il sera prudent de laisser la sonde à demeure. Il y a, en effet, des lésions. Leur cicatrisation ne s'obtiendra sûrement et rapidement qu'au prix du repos et de l'immobilisation du canal fournis par la sonde à demeure. Dans ces cas, la sonde à demeure peut n'être gardée que pendant un court espace de temps. Moins les lésions ont été prononcées, plus le cathétérisme méthodique a été facile, et plus tôt on pourra adopter l'évacuation répétée. Le chirurgien agit dans ces cas de la même manière et d'après les mêmes règles que celles qui le guident pour l'opération de l'uréthrotomie par exemple. La sonde à demeure laissée pendant 24, 48 heures, ou même pendant trois ou quatre jours suivant les cas, permettra aux lésions de se réparer suffisamment, pour supporter les contacts renouvelés du cathétérisme répété.

Si les difficultés de la manœuvre première ont été dues à la disposition même des parties, et non aux mauvaises conditions dans lesquelles elle s'est effectuée, tout indique que les difficultés primitivement rencontrées se représenteront à chaque cathétérisme. La sonde à demeure est donc encore indiquée, et dans ces cas elle devra être conservée aussi longtemps que les circonstances l'exigeront.

Il est une troisième indication de l'emploi de la sonde à demeure, qui peut résulter des premières manœuvres du cathétérisme explorateur et évacuateur. Un certain nombre de malades ont la prostate tellement vascularisée, tellement friable, que le passage le plus régulier et le plus doux de l'instrument détermine un saignement abondant. Chez ces malades, on est d'ailleurs exposé, par la friabilité même des tissus, à faire fausse route. Cet état se modifie sous l'influence prolongée du séjour de la sonde à demeure.

Des difficultés secondaires peuvent venir entraver la pratique du cathétérisme répété. La première introduction avait été facile, celles qui l'avaient suivie s'étaient effectuées dans de très bonnes conditions. Mais le canal devient peu à peu réfractaire; il est à la fois douloureux et résistant, et le cathétérisme, après avoir été pénible, devient impossible. Ou bien,

c'est tout à coup, sans raison appréciable, qu'un cathétérisme jusqu'alors bien fait n'a pu être de nouveau réussi.

Nous vous avons déjà dit que de semblables difficultés pouvaient être jugées par un simple changement de sonde, par exemple : par la substitution d'une sonde en soie de fabrication anglaise ou d'une sonde en gomme, à une sonde en caoutchouc. Dans d'autres circonstances, c'est en prenant une sonde d'un moindre volume, ou en appropriant mieux la forme de la sonde à la demande du canal que l'on résout la difficulté. Il ne faut donc pas en venir immédiatement à la sonde à demeure dans ces difficultés secondaires; mais il vaudrait mieux y recourir que d'exposer le canal à subir la répétition de manœuvres pénibles et difficiles.

La régularité du cathétérisme est la seconde et nécessaire condition de son utile emploi. Le véritable criterium serait de se conformer aux besoins d'uriner. Mais il est des besoins fugaces auxquels il n'est pas nécessaire d'obéir, et il serait impossible en pratique, à moins que le malade ne se sondât lui-même ou ne fût sondé par quelque personne de son entourage, de se conformer aux demandes de la vessie. Il devient donc nécessaire de fixer les heures et le nombre des cathétérismes; cela ne peut être établi arbitrairement. Il faut avoir pour but : 1° de ne pas laisser la vessie se distendre; 2° de ne pas résister à ses besoins réels.

Il est un certain nombre de malades, dont la vessie fort indifférente se contenterait d'une évacuation dans les vingt-quatre heures. Profiter d'une semblable tolérance serait une véritable faute. Il en est d'autres chez lesquels les besoins se renouvellent à des intervalles rapprochés. Les évacuations doivent donc être réglées d'après les cas particuliers. Quatre évacuations dans les vingt-quatre heures pourront suffire dans les cas de tolérance vésicale. Mais, au lieu d'un cathétérisme pratiqué à six heures d'intervalle, vous pourrez vous trouver dans l'obligation de le renouveler toutes les quatre heures, toutes les trois heures et même toutes les deux heures.

Dans ces cas, malgré sa fréquente répétition, le cathétérisme renouvelé reste indiqué et doit être préféré. Mais il faut avant tout qu'il puisse être facilement et régulièrement

exécuté. Dans plus d'une circonstance où ces conditions indispensables ne pouvaient être remplies, la sonde à demeure a pu dénouer la situation dans un sens favorable. Elle est tout d'abord difficilement supportée; l'emploi des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine favorise la tolérance. Bientôt, grâce à l'évacuation facile et régulière qu'elle permet, la sonde à demeure met fin à la révolte de la vessie; l'on revient dès lors au cathétérisme répété.

Pour arriver à continuer l'usage du cathétérisme répété, le chirurgien ne doit ménager ni son temps ni sa peine. Mais il pourrait, en poursuivant le mieux, perdre la possibilité du bien, s'il se laissait entraîner à exclure systématiquement l'emploi de la sonde à demeure.

L'emploi de la sonde à demeure n'est, d'ailleurs, que transitoire. Ce n'est, si vous le voulez, qu'un expédient, mais c'est un expédient des plus utiles, à l'aide duquel vous pourrez attendre, à l'abri des difficultés et des accidents, le moment où le cathétérisme répété pourra être repris. Il peut aussi n'être que partiel. C'est ainsi que des difficultés de pratique peuvent être résolues en ne faisant porter la sonde à demeure que la nuit et en pratiquant pendant le jour les cathétérismes nécessaires.

Ce n'est pas seulement aux difficultés du cathétérisme que vous pouvez opposer l'emploi de la sonde à demeure. Elle peut encore rendre des services pour parer à des complications de la maladie en cours d'évolution. La sonde à demeure permet, en effet, de faire dans de très bonnes conditions l'antisepsie de la vessie. Si elle est bien choisie et bien placée, elle en assure le drainage permanent, rend facile la répétition des lavages modificateurs dans la mesure nécessaire. Les faits m'ont à la fois démontré le peu d'influence des médications sur les accidents infectieux, et la très réelle puissance de l'évacuation parfaite de la vessie, ainsi que l'action efficace des topiques introduits directement dans sa cavité. Qu'ils soient recueillis par l'observation clinique, qu'ils viennent du laboratoire, ces faits sont en parfaite concordance. C'est dans la vessie que s'élaborent les produits toxiques et que s'exalte leur virulence. Les entraîner sans retard au dehors en même temps que les microbes qui les sécrètent, les atteindre avant qu'ils aient pu agir, en dimi-

nuer l'activité, les supprimer s'il est possible: telle est la condition qui domine la médication antiseptique de l'appareil urinaire. Telles sont les raisons qui rendent si indispensable: l'action directe dans la vessie.

Sans entrer actuellement dans l'étude de cette importante et capitale question que nous aurons l'occasion de discuter, je ne vous rappellerai qu'un seul exemple.

Nous vous avons rendu plus d'une fois témoins des avantages que la sonde à demeure peut offrir chez les sujets atteints de fièvre, alors qu'ils sont soumis au cathétérisme renouvelé. Nous ne pouvons vous dire que ce moyen soit infaillible, mais les faits vous invitent à y recourir. Sous l'influence de l'écoulement plus facile, plus régulier, plus répété, permis par la sonde à demeure, la fièvre diminue et bientôt disparaît.

Ce même bénéfice est, il est vrai, acquis par le cathétérisme renouvelé, alors même que les premières évacuations avaient fait naître des accès fébriles, ou que la sonde à demeure en avait été l'occasion. Nous ne voulons donc pas opposer la vertu antifebrile de la sonde à demeure à l'action fébrigène du cathétérisme répété. L'évacuation facile et régulière, l'évacuation suffisamment renouvelée de la vessie, est le moyen principal pour arriver à triompher des accidents fébriles qui compliquent la rétention. Mais les conditions dans lesquelles s'établit l'évacuation ne sont pas indifférentes. Les heureux effets de la sonde à demeure ne peuvent être opposés aux excellentes ressources du cathétérisme; ils prouvent une fois de plus que les deux modes d'évacuation veulent être conservés et employés selon les indications, sans préjugé et sans parti pris.

Nous disions, il y a un instant, que la sonde à demeure est un moyen provisoire. Le praticien doit désirer le moment où il cessera d'y recourir. Pour qu'il le puisse en toute sécurité, il enlèvera la sonde à demeure au bout de quelques jours, en cherchant à y substituer le cathétérisme. Il aura cependant pour règle d'y revenir, pour peu que ce cathétérisme ne soit pas exécuté avec facilité et avec régularité. Et c'est après quelques tâtonnements qu'il établira enfin le régulier usage de l'évacuation par l'introduction réitérée de la sonde.

S'il doit hâter, dans la limite du possible, le moment où il enlèvera la sonde à demeure, le praticien devra au contraire

retarder celui où il permettra au malade de se soustraire à l'obligation du cathétérisme répété. Ce mode d'évacuation est, en effet, le véritable et le meilleur agent du traitement. Il convient aussi bien à la forme aiguë qu'à la forme chronique et ne saurait être négligé pendant la convalescence de la rétention aiguë.

Dans la période aiguë, de même qu'à l'état chronique, il est un certain nombre de malades qui conservent la faculté d'uriner, ou du moins d'expulser une certaine quantité du liquide contenu dans la vessie. Ils ont tendance à profiter de cette possibilité qui leur semble être une promesse ; les efforts et même la douleur leur paraissent ne pas devoir entrer en ligne de compte pour une semblable satisfaction. Il faut bien savoir que ces malades sont dans l'erreur et que, surtout dans l'état aigu, ils risquent d'aggraver leur situation et de retarder le moment où la vessie, si elle doit le faire, reprendra ses fonctions normales. Dans l'état aigu, le malade doit se résigner à vider sa vessie artificiellement et à éviter le plus possible l'expulsion spontanée d'une petite quantité d'urine. Cette expulsion n'est obtenue qu'au prix d'un travail prématuré et forcé de la vessie, sous l'influence duquel elle se congestionne, et réagit sur les reins. Dans l'état chronique, les inconvénients de l'expulsion volontaire de l'urine sont moins sérieux ; mais ils sont assez grands pour qu'elle ne puisse être permise que lorsqu'elle pourra être obtenue sans efforts prolongés ou pénibles.

Dans l'état aigu et dans l'état chronique, les prostatiques doivent éviter les efforts d'expulsion qui congestionnent tout l'appareil urinaire y compris les reins. Ils apprennent bientôt, d'ailleurs, qu'après ces efforts, ou après avoir résisté à la nécessité du cathétérisme, l'introduction de la sonde devient plus pénible et souvent plus difficile.

Il en est de même pendant la convalescence, alors que le malade paraît avoir repris la faculté d'uriner. Désireux de s'affranchir du cathétérisme, il se fait volontiers illusion et prétend uriner avec facilité. Il faut que le chirurgien s'assure de la réalité des assertions du malade. Si la miction se fait avec effort, il fera continuer l'évacuation artificielle pour toutes les mictions en prenant pour guide les envies d'uriner. S'il est bien

constaté que l'urine est facilement chassée à travers l'urèthre, mais que l'évacuation de la vessie est incomplète, on prescrira seulement de répéter une ou deux fois dans les vingt-quatre heures l'usage de la sonde. On le continuera jusqu'à ce que la vessie se vide complètement.

Ce n'est pas seulement le plus ou moins de facilité dans l'expulsion de l'urine qui vous servira de criterium. C'est aussi, et surtout, sa qualité. Lorsque la vessie est infectée, ne souffrez pas que l'évacuation puisse demeurer incomplète. Ce n'est que lorsque l'urine n'est pas microbienne, que l'on peut accepter que l'évacuation ne soit pas parfaite.

Pour que la santé de la vessie soit conservée ou préservée, il faut à la fois ne pas la laisser mettre en tension prolongée, et ne pas y laisser stagner, même en faible quantité, un liquide septique. C'est en obéissant étroitement à ces règles, que l'on préserve les uretères et les reins des contaminations qu'ils ne manquent pas de subir lorsque l'on agit autrement.

Là encore, les résultats de la pratique sont en complet accord avec les enseignements de la physiologie normale et pathologique. On les perd de vue, et l'on se fait une singulière idée du traitement de la rétention chez les prostatiques, lorsqu'on s'imagine les avoir guéris en les mettant à même d'uriner. Que l'on ait fait une opération sanglante ou que l'on ait eu recours à la sonde, on n'a le droit de parler de guérison que lorsque la vessie se vide complètement.

L'évacuation facile, régulière et complète de la vessie est, en effet, l'indication dominante du traitement pendant tout le cours de la rétention d'urine ; c'est la garantie due à vos malades. Les complications qui surviennent au cours de ce traitement peuvent poser des indications secondaires, mais ne sauraient dispenser d'obéir à l'indication principale. Ce n'est, d'ailleurs, qu'en traitant comme il convient la rétention d'urine, qu'il deviendra possible de parer aux complications qu'elle détermine. Nous indiquons tout à l'heure les ressources précieuses que l'on trouve dans l'évacuation, pour combattre les accidents infectieux.

Nous aurons l'occasion d'étudier assez complètement l'empoisonnement urinaire, pour qu'il soit inutile de nous occuper dès à présent des accidents généraux qui accompagnent la

rétenion. Il nous suffira de dire qu'ils exigent l'évacuation; nous ajouterons que les complications locales, telles que l'orchite, la prostatite ou la cystite, ne sauraient être considérées comme des contre-indications à l'usage de la sonde évacuatrice. L'état des urines peut fournir aussi des indications.

La rétention peut, par elle-même, apporter à leur composition des modifications fort intéressantes, que nous avons étudiées; elle peut aussi déterminer une exhalation sanguine qui les colore plus ou moins. Le cathétérisme, s'il est toujours fait aseptiquement, ne les influence pas. Mais, en fait, il est bien rare que le traitement d'une rétention chez un prostatique ne détermine pas la suppuration du canal ou même celle de la vessie. Les urines sont alors plus ou moins purulentes.

Aussi bien lorsqu'il y a mélange de sang que lorsqu'il y a du pus, les lavages sont indiqués. C'est un moyen précieux, d'un maniement délicat; il est de ceux qui exigent une étude très complète. Nous ne vous dirons qu'alors le *modus faciendi*, la nature des substances à employer, ce qu'il faut demander aux lavages et ce qu'ils peuvent donner. Mais, dès à présent, nous vous devons des indications.

Et d'abord, les lavages ont-ils des qualités préservatrices, faut-il s'en servir préventivement? Je suis disposé à répondre affirmativement; mais à la condition que le liquide destiné à l'effectuer soit aseptique ou antiseptique, et que l'instrument employé pour l'injecter ne puisse être contaminateur. Avoir des garanties du côté du liquide est chose facile; cela est beaucoup moins aisé pour l'injecteur. Aussi convient-il en pratique de ne les préconiser, à ce titre, que lorsqu'on aura la certitude que cette recherche du mieux, c'est-à-dire de la préservation, ne pourra pas conduire à la contamination. C'est pourquoi pour les cas graves, dont nous nous occuperons dans la prochaine leçon, cas dans lesquels la préservation doit être cherchée par tous les moyens, lavages compris, je vous conseillerai de ne les confier à d'autres qu'à vous-même, au moins dans les premières phases du traitement.

A côté des qualités préservatrices sur lesquelles vous pouvez compter, trouverez-vous dans les lavages une action calmante qui leur soit propre? Oui encore, mais par le fait du nettoyage qu'ils accomplissent. Ils n'ont, quoi qu'on dise, aucune action

émolliente ou calmante. Vous savez à quoi se réduit l'absorption vésicale, et vous apprendrez à quel point la mise en tension même faible d'une vessie douloureuse par un lavage peut exalter sa sensibilité. Chercher dans un lavage opiacé, belladonné, morphiné ou chloralisé, tiède, chaud ou froid, un soulagement, serait donc fort aléatoire. Les calmants portés dans le rectum agissent fort bien sur la vessie, la température des liquides ainsi employés a aussi son influence. Tenez-vous à ces moyens lorsque la vessie est sensible. Ce que vous avez de mieux à faire alors, c'est de ne pas y faire d'injection de lavage.

Vous cesseriez complètement de demeurer en accord avec les faits si, après avoir douté des vertus médicamenteuses des lavages émoullients et calmants, vous n'admettiez sans réserve: l'heureuse influence des lavages rendus modificateurs par l'adjonction de substances antiseptiques, telles que l'acide borique, le nitrate d'argent, le sublimé, par exemple. Rien de mieux démontré que leurs excellents effets.

A l'action mécanique, au nettoyage, à l'expulsion des caillots, d'agrégats de diverses natures qui déjà les rendent si bienfaisants, les lavages ajoutent l'efficacité souvent grande que leur confère un agent médicamenteux approprié. C'est dire combien ce moyen doit être utilisé dans le traitement des rétentions de longue durée, et à quel point il importe de savoir s'en servir, d'en connaître et le fort et le faible.

L'étude particulière que nous en ferons plus tard est donc facile à justifier. Vous pouvez déjà prévoir que les succès que vous obtiendrez dans la pratique, ou les échecs que vous y subirez, dépendront, pour une bonne part, de la connaissance parfaite ou imparfaite que vous aurez, du maniement de cette arme de la thérapeutique locale de la vessie.

Ce n'est pas, d'ailleurs, au traitement chirurgical que se limitent les effets thérapeutiques utilisables dans les conditions que nous venons de définir. Lorsque les urines sont purulentes, la réputation des balsamiques, des térébenthines, de certaines essences et d'autres médicaments tels que le borate de soude, les benzoates, voire des tisanes, est loin d'être usurpée. Le copahu, le cubèbe, eux-mêmes, trouvent dans le traitement des cystites consécutives aux rétentions une place légitime, et nous devons particulièrement vous signaler les bons effets de

l'essence de santal jaune. C'est encore dans les dernières phases de la rétention aiguë, mais surtout dans les rétentions chroniques accompagnées de cystite, que cette série de médicaments trouve des indications rationnelles; ils ne s'adressent, d'ailleurs, qu'à des complications. Nous arrêter plus longtemps sur ce point nous éloigne du sujet dont nous avons à nous occuper; nous y rentrerons en parlant du traitement consécutif et préventif de la rétention d'urine de cause prostatique.

En traitant de la convalescence, nous avons déjà insisté sur la nécessité du cathétérisme aussi longtemps que la miction est accompagnée d'efforts laborieux. Nous voulions ainsi éloigner l'une des causes les plus puissantes de la congestion de l'appareil urinaire. C'est à éviter toutes les causes de congestion de cet appareil que doit tendre le traitement consécutif.

Nous ne saurions trop vous mettre en garde contre une grave erreur souvent commise de concert par le médecin et le malade. L'un et l'autre ont le désir bien naturel de voir se rétablir le plus promptement possible les fonctions de la vessie, de lui faire, si nous pouvons parler ainsi, jeter ses béquilles. On encourage les malades à uriner sans le concours de la sonde, on leur ordonne de le tenter, on croit les aider à y réussir. C'est alors que vous verrez prescrits les médicaments qui peuvent stimuler les contractions de la vessie, que l'on recourt à la noix vomique, à la strychnine, au seigle ergoté, à l'ergotine, à l'ingestion abondante d'eau de Contrexéville. C'est aussi dans le même but que l'électricité est employée, et les injections froides intra-vésicales mises en œuvre.

De trop nombreux faits nous ont appris le danger très réel de ces tentatives prématurées, pour que nous ne soyons pas obligé de les combattre. En agissant ainsi, le moindre inconvénient auquel vous exposez vos malades est de les éloigner du but qu'ils désirent atteindre. Rien, en effet, ne retarde davantage la convalescence d'une vessie qui vient d'être soumise aux épreuves d'une rétention, que la fatigue musculaire que lui imposent des excitations ou des efforts impuissants. Et le seul moyen de l'empêcher de compromettre ce qui lui reste de puissance contractile est de lui continuer aussi longtemps qu'il sera nécessaire, le repos que lui donne si pleinement le cathétérisme. Sachez donc attendre le réveil graduel de l'ac-

tion vésicale et la diminution progressive de la poussée congestive, qui a plus ou moins accru la gêne imposée par l'hypertrophie de la prostate.

Nous devons d'autant plus vous inviter à agir ainsi, que de graves accidents sont souvent les seuls résultats de la conduite opposée. C'est ainsi que nous avons, entre autres faits, vu éclater, à la suite d'une tentative prématurée d'électrisation intra-vésicale, une double orchite suppurée avec un état général des plus graves. Et ce même malade, que nous avons encouragé à se résigner quand même au cathétérisme répété, pouvait, quelques mois plus tard, uriner spontanément sans autre traitement que l'évacuation régulière de la vessie. C'est, en effet, le moyen le plus sûr. Sans vouloir médire des stimulants de la contractilité vésicale, nous devons à la vérité de déclarer que nous n'avons jamais rien observé, qui nous autorise à croire aux vertus thérapeutiques des médicaments, des eaux, de l'électricité ou des injections froides dans le traitement de la convalescence des rétentions. Une saison d'eaux peut même être l'occasion d'un rappel de la rétention ou l'aider à se manifester pour la première fois. Ce n'est qu'avec la plus grande circonspection que vous devez conseiller aux prostatiques le traitement hydrominéral. Il pourra utilement combattre quelques épiphénomènes de la rétention, tels que l'état catarrhal, mais il ne devra jamais être prescrit pendant les périodes congestives, et demande en toute circonstance à être très prudemment manié. Cette même réserve s'applique à l'emploi de l'électrisation et des injections froides; elle est moins stricte pour la noix vomique, mais ne doit pas être oubliée pour le seigle ou l'ergotine.

Videz bien la vessie de vos prostatiques atteints de rétention, videz-la aseptiquement, videz-la aussi souvent et aussi longtemps qu'elle en aura besoin et ne déterminez pas de cystite. L'inflammation, il ne faut pas l'oublier, est l'un des facteurs de l'inertie secondaire; si elle survient, combattez-la sur l'heure. Vous aurez ainsi la certitude de sauvegarder le présent et la possibilité de réserver à la vessie une reprise durable de ses fonctions. Si j'en crois ce que je constate depuis de longues années, cette formule est bien celle que je dois vous recommander.