

traitement de la rétention des prostatiques. S'il n'est pas prouvé qu'elle puisse à bon droit prétendre à la cure radicale, il est certain qu'elle nous met à même d'étendre aux cas les plus difficiles et les plus graves le bénéfice si grand du traitement palliatif. Soyez donc prêts à opérer quand il le faudra.

C'est à l'heure actuelle le droit des chirurgiens que de chercher dans l'intervention sanglante le salut de leurs malades lorsque les médications et le traitement non opératoire demeurent impuissants ou insuffisants. Mais c'est leur devoir de n'ignorer aucune des ressources dont ils peuvent user en dehors de l'opération.

Si vous voulez vous y conformer au vis-à-vis des prostatiques, si vous prenez la peine de bien connaître toutes les ressources du cathétérisme, si vous avez la patience et la conscience de vous en servir, vous n'userez qu'à fort rarement d'autres moyens, parce que vous aurez appris à suffire ainsi à la plupart, sinon à toutes les difficultés de la pratique. Vous resterez les serviteurs désintéressés et dévoués des indications et mériterez, mieux que le titre : d'opérateurs. Vous serez de véritables et bons chirurgiens.

HUITIÈME LEÇON

RÉTENTION D'URINE CHEZ LES PROSTATIQUES (*Suite*)

RÉTENTIONS INCOMPLÈTES

Les rétentions incomplètes offrent trois types qui peuvent être observés à l'état aseptique ou septique :

- I. *Rétention aiguë incomplète avec ou sans distension.* Les symptômes sont locaux : miction difficile, douloureuse, répétée, insuffisante. — Le traitement médical peut suffire dans certains cas. — Indications du cathétérisme.
- II. *Rétention chronique incomplète sans distension.* Symptômes locaux, tantôt nets, tantôt insidieux. — Cathétérisme évacuateur et explorateur. — La vessie est contractile, souvent très irritable. Les symptômes généraux digestifs et fébriles peuvent quelquefois être très prononcés. — Traitement : cathétérisme répété et injections ; hygiène ; moyens généraux.
- III. *Rétention chronique incomplète avec distension.* Sa définition anatomique. — État général grave ; il y a toujours des troubles digestifs, souvent de la cachexie, pas de fièvre. — Les symptômes locaux peuvent passer inaperçus : polyurie et fréquence de la miction. — Distension vésicale facile à constater. — Pronostic grave. — Le traitement curatif est le cathétérisme évacuateur progressif et aseptique ; ses indications et ses contre-indications. — Ses règles.

RÉTENTIONS INCOMPLÈTES. — La rétention incomplète peut être observée à l'état aigu et à l'état chronique.

Il n'est pas rare de rencontrer des rétentions aiguës incomplètes, mais il est beaucoup plus ordinaire de les observer à l'état chronique.

Elles diffèrent essentiellement dans leur diagnostic, leur pronostic et leur traitement.

Les rétentions incomplètes sont, avant tout, caractérisées par ces deux faits en apparence contradictoires : possibilité d'uriner et impossibilité de vider la vessie. Elles peuvent, par cela même, être tolérées ; la tolérance sera, suivant leur forme, de plus ou moins de durée.

Nous traduisons fidèlement ce que nous a appris l'observation des faits en admettant, pour les rétentions incomplètes, la même étiologie que pour les rétentions complètes. Les unes et les autres reconnaissent pour cause première un obstacle mécanique à l'expulsion de l'urine, et le plus souvent un obstacle

siégeant au col de la vessie ou dans la portion la plus profonde de l'urèthre, c'est-à-dire un obstacle prostatique.

Nous croyons donc que l'opinion des auteurs qui font jouer un rôle prédominant aux déformations, aux changements de consistance et d'épaisseur du col et du canal prostatique dans les rétentions complètes ou incomplètes, est l'expression de la vérité clinique.

Ce que l'on a appelé l'atonie ou l'inertie de la vessie est, aussi bien dans les rétentions incomplètes que dans les rétentions complètes, la conséquence et non la cause de la rétention. Là encore, l'inertie n'est pas primitive, mais secondaire. C'est l'obstacle au cours de l'urine qui la détermine, mais la vessie disposée à la subir y est plus ou moins prochainement exposée. La diminution de sa puissance contractile fait ou fera partie intégrante du complexe pathologique dont nous avons à établir le diagnostic, à poser le pronostic et à diriger le traitement.

Cette conséquence, vous le voyez, est loin d'être indifférente. Quelle que soit la nature de l'obstacle, nous sommes convaincu qu'il importe de tenir un aussi grand compte, dans l'étude clinique des rétentions incomplètes, que dans celle des rétentions complètes, du *degré de puissance de la vessie*.

La rétention incomplète aiguë et la rétention incomplète chronique se présentent à l'observation sous deux formes principales, absolument distinctes, et que le clinicien ne peut, à notre avis, se dispenser d'étudier séparément. Ces deux genres de la rétention incomplète se caractérisent par le degré de réplétion de la vessie et par la durée de cette réplétion.

Nous avons l'habitude de les désigner sous les dénominations de :

Rétention d'urine incomplète sans distension ;

Rétention d'urine incomplète avec distension.

I. RÉTENTION D'URINE INCOMPLÈTE AIGUE.

A. *La rétention d'urine incomplète aiguë avec distension* ne diffère ni dans son diagnostic, ni dans son pronostic, ni dans son traitement de la rétention complète aiguë, dont elle n'est qu'une variété. Dans celle-ci comme dans celle-là, la distension ne peut beaucoup se prolonger parce qu'elle est douloureuse.

Le malade éprouve à peu près les mêmes angoisses ; il peut cependant évacuer une petite quantité d'urine. Mais cela ne lui procure qu'un faible soulagement ; l'urine n'est expulsée qu'au prix d'efforts réitérés, et la satisfaction que procure son issue n'est ni complète, ni durable.

Le malade peut cependant mieux attendre les secours de la chirurgie que ceux qui sont atteints de rétention aiguë complète. Mais ces secours lui sont tout aussi indispensables, et le cathétérisme évacuateur est tout aussi formellement indiqué pour les rétentions incomplètes aiguës avec distension que pour les rétentions complètes. Cette opération doit être pratiquée et renouvelée avec les mêmes soins et selon les mêmes règles que dans la rétention complète ; nous les avons indiquées. La rétention incomplète aiguë est primitive ou secondaire.

B. *La rétention d'urine incomplète aiguë sans distension*, diffère très nettement de la rétention complète à laquelle elle peut cependant conduire.

La rétention incomplète aiguë peut, en effet, s'établir d'emblée chez un prostatique resté jusque-là à la première période, n'ayant guère à se plaindre que des troubles de miction déterminés par le décubitus et le sommeil. Mais on la voit souvent éclater chez des malades atteints, depuis plus ou moins longtemps, de rétention incomplète chronique. Grâce à l'absence de distension, ils n'avaient vu s'ajouter à leurs troubles habituels qu'une fréquence plus grande de la miction, toujours accentuée la nuit, mais ne s'atténuant que très imparfaitement le jour. Chez les uns et les autres, à la fréquence des mictions s'ajoutait souvent le retard dans l'apparition de l'urine au méat, parfois la nécessité d'efforts pour en assurer l'expulsion, et, chez un bon nombre, les urines étaient habituellement troubles. Nulle angoisse, aucune souffrance. La situation restait tolérable ; lorsque la douleur entre en scène, elle lui donne une caractéristique nouvelle et va la dominer.

C'est souvent du jour au lendemain qu'elle apparaît. Ce sont les préparatifs de la miction qui sont d'abord et surtout pénibles. Le besoin est impérieux, douloureux ; les efforts qu'il nécessite augmentent la souffrance ; l'urine s'écoule enfin. La douleur s'atténue dès lors, mais ne disparaît pas complètement,

elle va bientôt revenir. La quantité d'urine expulsée est trop faible pour beaucoup éloigner le besoin.

Jusqu'à là l'urine avait paru claire chez certains sujets, elle semblait ne pas déposer; elle ne tarde pas à se colorer et à abandonner un dépôt. Il suffit d'y regarder, de la décanter avec quelque soin pour reconnaître que ce dépôt est purulent. Chez les malades qui déjà avaient les urines troubles, la quantité de pus augmente. Chez les uns et les autres, il peut se modifier, devenir glaireux, être strié de sang ou même plus ou moins complètement teinté en rouge.

Pareils symptômes ne permettent pas le doute; la cystite a fait son apparition, et c'est sous une forme aiguë qu'elle se montre. Elle n'est pas la maladie principale, mais une complication; l'examen local a bientôt fait reconnaître que la vessie ne se vide pas. La combinaison du toucher rectal et du palper hypogastrique permet de saisir et de mesurer le globe vésical, d'apprécier sa tension, de juger sa sensibilité. Il est, en général, de petites dimensions, douloureux à la pression, modérément tendu, à moins que la douleur ne soit très vive. En ce cas, quelles que soient ses dimensions, il est toujours résistant.

La cystite, quand elle survient à ce degré, joue donc dans le cas de rétention aiguë incomplète un rôle prépondérant. C'est à son association à la rétention qu'est dû l'état douloureux qui la caractérise.

Lorsque semblables accidents éclatent, il n'est pas douteux que la vessie, jusque-là indemne de contagion, vient d'être infectée ou qu'elle l'était d'ancienne date. Une exploration, des sondages évacuateurs mal conduits et non aseptiques, sont des causes prochaines souvent constatées et bien évidentes. Lorsqu'il y a infection préalable, des écarts de régime, des fatigues, un refroidissement suffisent. Ils fournissent les conditions voulues pour la mise en activité de germes, vivant silencieusement, dans la retraite qu'ils s'étaient choisie au fond de l'urèthre ou dans la vessie.

La rétention incomplète aiguë ne peut-elle être observée chez les sujets restés aseptiques? L'histoire des rétentions chroniques avec distension nous montrera tout à l'heure que c'est précisément dans cette catégorie en apparence privilé-

giée, que cette forme insidieuse et grave prélève presque toujours son tribut. Lorsqu'elle n'est soumise qu'à une distension lente, la vessie non infectée tolère, et souvent tolère trop bien, l'accumulation de l'urine.

Ce n'est pas à dire qu'une réaction ne se puisse établir, soit par le fait d'une distension plus rapide qui augmente en peu de temps la tension, soit sous l'incitation des causes qui favorisent la congestion. C'est ainsi que, même chez les aseptiques, les phénomènes de la rétention incomplète aiguë peuvent apparaître. La différence très nette est dans l'état des urines qui ne se troublent pas, ne deviennent pas purulentes, restent stériles; dans la moindre intensité des symptômes, dans l'atténuation plus prochaine des phénomènes douloureux.

Dans la forme aseptique de même que dans la forme septique, la guérison spontanée de la rétention incomplète aiguë peut s'observer. L'une et l'autre se transforment toutefois en rétention complète ou passent à l'état chronique. On comprend donc que, dans le traitement de la rétention incomplète aiguë, il y ait à la fois place pour une médication et pour le cathétérisme. On conçoit aussi que son pronostic puisse être différent, que la direction et les résultats du traitement doivent varier suivant qu'elle est primitive ou secondaire.

Primitive, elle ne nous met en face que de lésions vésicales ou vésico-rénales encore peu avancées, sans grande complexité. Secondaire, elle évolue ainsi que la cystite aiguë qui la complique et l'accompagne dans une vessie modifiée par des lésions multiples, en face de reins qui déjà ont subi le contre-coup de ces altérations anatomiques et des troubles de fonctions qu'elles déterminent.

Le cathétérisme explorateur n'est pas de mise dans ces cas. Dès que la cystite et la rétention ont été reconnues, le diagnostic est fait dans ses parties essentielles; les indications du traitement peuvent être posées. Ce n'est qu'après l'atténuation de la cystite que l'on sera amené à y recourir si l'étude des symptômes en indique l'utilité. Au point de vue du diagnostic, le cathétérisme évacuateur lui-même doit être écarté. On ne vide pas sans inconvénient une vessie enflammée. On risque des douleurs violentes, voire une exacerbation de l'inflammation; s'il y a soulagement, il est imparfait et ne

de pas. Le cathétérisme évacuateur n'a donc plus le rôle que l'observation lui assigne dans la rétention complète aiguë. Ce n'est plus l'arbitre du traitement; la cystite réclame surtout votre attention. En la traitant, en agissant activement contre les douleurs qu'elle provoque, vous simplifierez la situation, et sortirez de l'embarras créé par l'insuffisance ou les mauvais résultats de l'évacuation.

Le traitement antiphlogistique et calmant donne le plus souvent de bons et prompts résultats. Les bains, les cataplasmes, les boissons délayantes, un régime doux, le séjour au lit et avant tout les opiacés diminuent la douleur et la fréquence des mictions. C'est, en particulier, aux lavements laudanisés qu'il convient de largement recourir pour l'administration de l'opium. Il est même des cas, exceptionnels il est vrai, où l'indication des sangsues au périnée peut être acceptée.

Sous l'influence de ces moyens, la vessie se vide mieux, chaque miction fournit une plus grande quantité d'urine, le globe vésical diminue de volume, et sa sensibilité disparaît. Si l'on n'a pas affaire à une rétention aiguë entée sur une rétention chronique, ce que démontre bientôt l'atténuation progressive des symptômes, on peut voir la vessie revenir graduellement sur elle-même, et la guérison survenir sans l'intervention du cathétérisme.

Semblables résultats s'observent, en effet, particulièrement dans les rétentions incomplètes aiguës primitives, surtout lorsqu'elles sont aseptiques. Ils prouvent l'utilité du traitement médical, et témoignent de sa très réelle puissance. Le bénéfice principal qu'il en faut attendre n'est cependant pas celui-là. Vous lui demandez avant tout de vous permettre de faire dans de bonnes conditions le cathétérisme évacuateur. La majorité des cas le réclame.

Pour être prêts à le pratiquer à propos, tenez compte avant tout du degré de tension de la vessie et de sa sensibilité. Rien de plus facile à observer quand on se donne la peine de recourir, aussi souvent qu'il convient, au toucher rectal combiné avec la palpation de l'hypogastre. La persistance de la tension indique le cathétérisme; la diminution de la sensibilité le permet. En vous renseignant de la sorte, vous ne laisserez pas vos malades se fatiguer par des efforts réitérés et pénibles, vous

empêcherez l'apparition, ou vous arrêterez l'évolution d'accidents généraux, et vous apaiserez les accidents locaux. Vous remédieriez à la purulence des urines, à leur alcalinité, à leur état ammoniacal, et vous aurez chance de prévenir le passage à l'état de rétention incomplète chronique qui, vous le savez, est l'une des terminaisons de l'espèce de rétention que nous venons d'étudier.

II. RÉTENTION INCOMPLÈTE CHRONIQUE SANS DISTENSION. — Les symptômes que détermine cette espèce de rétention sont beaucoup moins accusés que ceux de la rétention incomplète aiguë sans distension. Exempts de poussées congestives ou d'attaques aiguës de cystite, ces malades vivent en assez bonne intelligence avec leur vessie pour ne pas juger utile de beaucoup s'en occuper. Un état de tolérance s'est établi d'emblée ou succède à des attaques de rétention aiguë complète ou incomplète. L'indifférence des malades et celle de la vessie durent d'autant plus que les urines sont restées aseptiques. Alors même qu'elles ont été contaminées, de longues périodes s'écoulent dans la majorité des cas, sans que l'état morbide soit dénoncé. Souvent, ce n'est pas de la vessie, mais de complications survenues dans l'état général, que viennent les avertissements. Si bien que la poursuite de troubles qui semblent fort étrangers à la vessie retarde encore le moment où l'on pensera enfin à examiner cet organe. Tels sont, par exemple, les troubles digestifs. Et cependant, en chirurgie comme en médecine, les embarras gastriques devraient toujours faire penser à l'infection ou à une intoxication et conduire à en rechercher la source.

Les troubles digestifs peuvent, néanmoins, s'établir sans infection. Nous en aurons la preuve en étudiant les rétentions chroniques et aseptiques avec et sans distension. Mais, s'il n'y a pas alors d'infection, il existe, à n'en pas douter, une intoxication lente. La tension de la vessie et celle du rein mettent obstacle à la complète élimination des matériaux toxiques de l'urine. Pour ne parler que des cas que nous avons en ce moment sous les yeux, les rétentions aseptiques sans distension, répétons que les manifestations morbides se font beaucoup plus attendre que lorsqu'il y a distension. Elles se montrent pourtant, mais sous une forme atténuée parce que grâce à l'ab-

sence de tension elles apportent moins de trouble à la fonction rénale.

Toujours est-il qu'un malade qui n'a que de la fréquence de la miction et pas de douleur, dont les urines restent limpides ; qui ne constate que de la diminution dans l'appétit, quelques malaises pendant les digestions, ne saura vous mettre sur la voie, vous inviter à examiner l'appareil urinaire. Il n'en sera plus de même chez celui qui a vu, ou auquel on a signalé, le trouble de ses urines, le dépôt qu'elles abandonnent, l'odeur qu'elles dégagent. Aussi bien chez l'un que chez l'autre, vous avez cependant à vous assurer que la vessie se vide. Il arrive qu'eux aussi, comme ceux de la catégorie précédente, viennent à vous après quelque accentuation d'un état vésical jusque-là jugé insignifiant. Les causes que vous connaissez déterminent de la congestion, amènent un certain degré de cystite. Le tout est peu accentué, mais suffit pour fixer leur attention. C'est alors que ces malades se plaignent, et placent désormais au premier rang un état vésical dont pendant longtemps ils n'ont eu cure. Les besoins d'uriner deviennent plus fréquents, ils sont moins faciles à satisfaire, douloureux ou tout au moins cuisants ; les urines sont troubles, déposent, et prennent facilement une mauvaise odeur. Chez d'autres malades, moins nombreux, il y a incontinence nocturne, et pendant le jour des besoins d'uriner impérieux et pressants.

Il est difficile, dans de semblables conditions, de ne pas porter toute son attention sur la vessie. Mais ces symptômes n'ont en eux-mêmes rien de pathognomonique. L'examen direct seul peut permettre de savoir si le réservoir vésical se vide complètement.

Dans ces cas, plus encore que dans la rétention incomplète aiguë sans distension, il serait tout à fait illusoire de se fier à la percussion.

Lorsque la dilatation du réservoir urinaire se fait lentement et qu'elle n'est pas portée jusqu'à la distension, la vessie tend à plonger dans l'excavation pelvienne, plutôt qu'à remonter vers le détroit supérieur. C'est le bas-fond qui se creuse et s'élargit, et c'est la concavité du sacrum qui fournit à la vessie dilatée l'espace nécessaire.

La palpation serait tout aussi insuffisante que la percussion.

Le toucher rectal lui-même ne fournirait que de très inexacts renseignements.

La combinaison du toucher rectal et de la palpation hypogastrique feront encore ici juger de l'état de réplétion du réservoir urinaire. Cette exploration n'échoue que chez les sujets chargés d'embonpoint et qui ont à la fois un périnée très épais et une paroi abdominale très grasseuse. En toute autre circonstance, elle renseigne d'une façon certaine.

Aucun renseignement ne peut cependant égaler ceux que fournit le cathétérisme, et, dans les cas dont nous nous occupons actuellement, ce mode d'exploration est presque toujours nettement indiqué.

Le diagnostic sera donc complété à l'aide du cathétérisme évacuateur et, pour peu qu'il soit utile, du cathétérisme explorateur de la vessie.

Le cathétérisme évacuateur permettra de savoir au juste quelle est la quantité d'urine contenue dans la vessie, et quelle est sa qualité ; il renseignera également sur le degré de contractilité du réservoir.

Pour obtenir l'évacuation complète de la vessie dans ces cas, il est nécessaire de ne pas trop enfoncer la sonde. Il faut maintenir sa partie oculaire près du col, ou l'y ramener, si l'on s'en était trop éloigné en la faisant pénétrer dans la vessie. Il ne faut pas oublier, en effet, que c'est dans le bas-fond que stagne l'urine, et que s'accumule la sécrétion vésicale dont il importe de la débarrasser. C'est en moyenne 100 à 300 grammes d'urine que l'on trouve retenus dans la vessie, chez les malades de cette catégorie.

Le premier jet d'urine est ordinairement chargé de pus ; le liquide devient ensuite plus clair ; puis, au moment où l'écoulement va cesser, le pus reparait et s'écoule en plus ou moins grande abondance selon les cas. La réaction de l'urine et de la sécrétion vésicale doit immédiatement être étudiée. Ces urines, une fois exposées à l'air, deviennent rapidement alcalines ; aussi ne peut-on bien juger de leur réaction qu'au moment même où on les retire. Elles peuvent être franchement acides, mais le plus souvent elles sont d'une acidité faible, souvent neutres et, dans un certain nombre de cas, alcalines ou franchement ammoniacales. La sécrétion vésicale est toujours moins acide

que l'urine; souvent même, elle est franchement alcaline alors que l'urine est encore acide.

Chez le plus grand nombre de ces malades, l'urine est encore projetée avec une certaine force par la sonde, alors même que les muscles de l'abdomen restent au repos. Cependant, l'évacuation complète du contenu de la vessie ne s'obtient souvent qu'en comprimant l'hypogastre ou en faisant pousser le malade. Il faut, néanmoins, remarquer que, même dans ces cas, la contraction vésicale est facile à réveiller. Si l'on injecte de l'eau tiède et que l'on répète l'injection, on voit bientôt augmenter la projection du liquide. Si l'on emploie des injections froides ou légèrement excitantes, la contraction suit presque immédiatement la provocation fonctionnelle.

Le cathétérisme évacuateur fournit donc au diagnostic des données de la plus grande importance. Mais il ne renseigne pas sur l'état des parois du réservoir dont il nous a montré la capacité et déterminé le contenu.

C'est au cathétérisme explorateur qu'il faut demander ces renseignements complémentaires. A l'aide de la sonde d'argent, à petite courbure, il sera facile d'apprécier exactement l'épaisseur, le plus ou moins de rigidité et d'irrégularité des parois. On en reconnaît, en effet, la consistance, les saillies et les plis. Le corps et le col de la vessie peuvent également bien être appréciés par l'instrument qui permet de pratiquer le toucher intravésical, il n'est pas besoin pour cela d'introduire le doigt dans le rectum. La sonde transmet à la main droite qui l'embrasse des sensations parfaitement nettes, auxquelles l'intervention de la main gauche ne saurait rien ajouter dans la très grande majorité des cas. Les parois de la vessie sont en effet, dans ces cas, profondément modifiées.

La sensibilité varie suivant que l'on observe à l'état torpide ou sous le coup d'une poussée congestive ou inflammatoire. Nous dirons plus tard comment il convient de l'étudier. Il suffira pour le moment d'indiquer qu'elle ne saurait apporter de contre-indication au cathétérisme. Dans ces cas, l'évacuation reste toujours nécessaire. Elle oblige seulement à de grandes précautions.

On se servira de sondes souples; ce n'est qu'au cas où les nécessités de l'introduction obligerait à se servir d'instru-

ments métalliques que l'on y aura recours. L'instrument sera introduit avec tous les ménagements nécessaires, l'évacuation sera lentement conduite. On ne laissera écouler l'urine que par portions, et on ne fera sur l'hypogastre aucune pression. Il vaut mieux, en effet, ne pas vider la vessie complètement que de la violenter. Et, d'ailleurs, ces malades sont très soulagés lorsqu'on leur a retiré un verre d'urine, et souffrent cruellement lorsqu'on a complètement évacué la vessie; lorsque l'urine est purulente, on y substituera une solution tiède d'acide borique, on évacuera la vessie sans la vider, en se conformant aux règles que déjà nous avons indiquées (p. 178 et suiv.).

Le retrait de la vessie est, en effet, fort douloureux dans certains cas et, s'il était poussé aux dernières limites, il pourrait être suivi de ces cystites intenses et totales, véritables cystites parenchymateuses si redoutables chez les malades dont nous nous occupons.

Il faut donc s'imposer la plus grande réserve dans la recherche de la sensibilité de la vessie, s'éclairer à cet égard par la palpation et le cathétérisme évacuateur, et exclure pour cette recherche, toujours importante au point de vue du diagnostic et du pronostic, la sonde métallique et la mise en tension.

Les symptômes généraux, qui accompagnent souvent les rétentions chroniques incomplètes sans distension, sont caractérisés par des troubles digestifs et des accès fébriles.

Ces symptômes peuvent, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, masquer les symptômes vésicaux ou donner le change sur leur véritable valeur. En fait, le point de départ de toutes les manifestations morbides est dû à la stagnation de l'urine. Il faut donc être bien prévenu de cette alliance si ordinaire des troubles digestifs et des accès fébriles chez les malades qui ne voient pas leur vessie, et, pour peu qu'il y ait des symptômes vésicaux, fût-ce seulement de la fréquence nocturne, explorer l'appareil urinaire.

Nous aurons à étudier complètement les troubles digestifs chez les urinaires et la fièvre urineuse. Il nous suffit donc d'indiquer ici leurs connexions si étroites avec les rétentions chroniques incomplètes. Nous ferons seulement remarquer que, chez les malades que nous étudions, les symptômes fébriles affectent plus souvent la forme lente. La défervescence est rare-