

ment complète, et chaque soir est marqué par une exacerbation. Ces exacerbations peuvent être précédées d'un frisson.

Le malade jaunit et maigrit; il prend l'aspect des blessés qui suppurent depuis longtemps et dont les foyers se vident imparfaitement. Cet état hectique se prolonge tant que des évacuations régulières ne viennent pas tarir la source du poison morbide. Vous serez étonnés de constater les modifications rapides et profondes que subissent les malades sous l'influence du cathétérisme évacuateur régulier et méthodique.

Le traitement des rétentions chroniques d'urine sans distension relève avant tout, en effet, du cathétérisme. L'indication de l'évacuation totale de la vessie est formelle. Elle ne souffre de contre-indications que dans ces cas de sensibilité excessive de ses parois dont nous parlions à l'instant. Cette sensibilité commande, ainsi que nous l'avons dit, une grande réserve dans l'application du cathétérisme, et l'obligation d'observer des règles particulières. Je vous les ai exposées et n'y reviendrai pas; mais j'insiste sur la nécessité de s'y conformer avec scrupule. Faute de les suivre, le cathétérisme devient préjudiciable; l'on peut être réduit à l'abandonner et à s'en remettre à des palliatifs impuissants. Les calmants introduits dans le rectum ont encore ici leur grande utilité. Mais plusieurs observations me permettent d'affirmer l'action efficace et rapide des instillations au nitrate d'argent. Quarante à cinquante gouttes de solution de 2 à 5 0/0 modifient rapidement la situation dans les formes douloureuses.

Le cathétérisme renouvelé est le mode d'évacuation le plus utilisable; mais, de même que dans les rétentions complètes, il est certains cas où la sonde à demeure deviendra nécessaire. Nous ne répéterons pas les réflexions que nous avons déjà faites à ce sujet, mais nous dirons encore que, si la sonde à demeure ne peut être acceptée comme moyen principal de traitement, elle pourra cependant permettre de parer à des difficultés et à des dangers dont il faudrait, sans son secours, subir toutes les conséquences.

Les lavages et les injections médicamenteuses seront les auxiliaires du traitement local dans toutes les formes non douloureuses. Ce traitement trouvera dans le judicieux emploi des laxatifs, des amers, des toniques, du quinquina et du sul-

fate de quinine, du régime et de l'hygiène, de très importants et de très indispensables adjuvants.

### III. RÉTENTION D'URINE CHRONIQUE INCOMPLÈTE AVEC DISTENSION.

Cette forme de la rétention d'urine est, de toutes celles que nous avons étudiées, la plus grave, la plus méconnue, la plus difficile à traiter, la plus insidieuse et la moins décrite.

Elle a cependant été observée; Civiale par exemple, dans le paragraphe intitulé: *Stagnation de l'urine avec affaissement et délabrement de la santé générale*<sup>1</sup>, en cite des cas, et donne une description qui reproduit une partie des traits du complexe morbide que nous allons rapidement étudier. Mais cet auteur est dominé par la pensée toute théorique que la stagnation a l'inertie pour cause, et que l'inertie dépend dans ces cas: de l'affaissement préalable de la santé générale. Il n'a, d'ailleurs, insisté sur aucun des traits caractéristiques de ce genre si particulier de la rétention incomplète.

Le plus saillant, le plus facile à constater est la plénitude de la vessie. C'est aussi le plus important. L'accumulation progressive et lente des urines arrive à l'extrême; la distension qu'elle détermine dans la vessie est par cela même de date ancienne; elle a plus ou moins duré et ne saurait, en ces conditions, se limiter à cet organe.

L'appareil urinaire y est soumis dans ses parties les plus essentielles. Les uretères, les bassinets, les calices, le tissu rénal subissent les effets de la pression qui ne cesse de s'exercer sur toute leur surface interne. Ils se dilatent, leur texture se modifie; leurs fonctions ne s'accomplissent plus que très imparfaitement. L'on constate même la dilatation des canalicules de Bowman et, tandis que les épithéliums sont aplatis, le tissu conjonctif légèrement œdémateux subit, dans les périodes avancées, un certain degré de prolifération sans infiltration embryonnaire. Les lésions sont bilatérales et le plus souvent plus prononcées d'un côté que de l'autre. Lorsque l'on sait le trouble apporté aux fonctions éliminatrices du rein par la tension exercée pendant quelques heures sur sa surface interne, il est facile de comprendre à quel point cet organe peut être compromis par le fait d'une mise en tension prolongée.

<sup>1</sup> CIVIALE, *Traité des maladies des org. gén. ur.*, 1860, t. III, p. 261.

A des désordres fonctionnels qui peuvent n'être que passagers succèdent des lésions irrémédiables et souvent étendues.

La distension de la vessie en est bien la cause; elles en dépendent complètement, car elles évoluent aseptiquement. Aussi, devons-nous, en désignant ce genre de rétention, le caractériser en indiquant : la distension, comme l'un de ses traits les plus distinctifs. Mais nous n'oublions pas que ses effets sont tels que nous venons de l'indiquer en raison de son évolution. La distension est *ancienne* quand le malade vient à nous; elle a de longue date troublé le fonctionnement de l'appareil urinaire, elle a eu le temps de déterminer des modifications anatomiques. C'est pourquoi l'on ne saurait la confondre, comme je le vois quelquefois faire, avec les distensions de l'état aigu qui surprennent si fréquemment les prostatiques; alors même qu'elles sont excessives, leur durée est relativement courte. Ces deux genres de rétention ne doivent être confondus ni dans leurs effets, ni dans leur pronostic, ni dans leur traitement. La *rétention chronique incomplète avec distension* doit être soigneusement distinguée de toute autre.

Nous avons eu déjà l'occasion de dire, en étudiant la physiologie pathologique de la rétention (p. 97 et suiv.), que, lorsqu'il n'y avait pas eu d'infection préalable, les rétentions chroniques abandonnées à elles-mêmes évoluaient aseptiquement, quelle qu'en puisse être la durée; que les urines restaient limpides et stériles. Ce que nous venons de voir, en étudiant les rétentions incomplètes aiguës ou subaiguës, fait comprendre pourquoi l'absence d'infection, en éloignant la possibilité des cystites, permet presque exclusivement aux malades aseptiques, de subir la distension.

Grâce à l'absence de sensibilité pathologique, à la lente et progressive accumulation, il n'y a pas, ou peu, de réaction vésicale. La fréquence de la miction est le seul symptôme local; il n'est pas question de douleur, et nous venons de rappeler qu'il n'y a pas de fièvre. Les malades habitués à un « petit incon vénient » qu'on leur a dit être inhérent à l'âge, supportent, sans en parler au médecin, encore moins au chirurgien, une situation qui leur permet de vivre sans souffrance. L'idée que le cathétérisme pourrait les dispenser d'obéir aussi souvent à leur vessie leur est-elle suggérée, ils l'éloignent parce qu'ils ne souffrent pas.

L'incontinence d'urine est souvent la raison qui les détermine à réclamer enfin des conseils. Cette incontinence, d'abord nocturne, devient après plus ou moins de temps diurne. L'ennui des recours très nombreux au vase avait été accepté, la souillure du lit et des vêtements est insupportable aux plus indifférents. Elle ne fait cependant pas entrer en scène la cystite. Chose digne d'être notée et sur laquelle plusieurs observations nous permettent d'être très affirmatif, cette condition, qui semble si favorable à une contamination uréthro-vésicale, reste sans effets. Il en a été du moins ainsi dans les cas que nous avons étudiés à ce point de vue particulier.

Ces malades, malgré que tout soit disposé pour cela, n'urinent cependant pas toujours par regorgement. La plupart restent maîtres de leur miction. Malgré cette situation, qui paraît malheureusement sortable à beaucoup, il en est qui viennent vous consulter parce qu'ils urinent trop souvent. Ils vous disent que l'urine vient sans effort, sans la moindre souffrance, que leurs nuits seraient des plus troublées s'ils n'étaient arrivés à garder l'urinal entre leurs jambes et à uriner en dormant; mais la journée ne leur apporte pas grande atténuation des besoins. C'est, vous le savez, habituel lorsque la vessie ne se vide pas. Tout cela dure depuis plusieurs mois, lorsqu'ils se sont enfin décidés.

D'autres vous arrivent parce qu'ils se sentent affaiblis et se demandent si la répétition des besoins qui les dérangent, ainsi que la quantité d'urine rendue, n'est point la cause de la diminution de leurs forces. Ils sont sûrs que leur santé est parfaite, et se porteraient à merveille si vous leur donniez quelque chose qui calme leurs envies.

Il en est enfin chez lesquels le trouble de la santé est manifeste; ni eux ni ceux qui les conseillent ne peuvent continuer à se faire illusion. Mais le sérieux état où ils se trouvent a généralement fait plus ou moins oublier les discrets avertissements de la vessie. Il y a des troubles graves et pressants de la nutrition; quoi d'étonnant que de petits symptômes urinaires soient alors négligés. On en est arrivé à craindre une lésion organique de l'une des parties de l'appareil digestif après avoir trop longtemps cru à une dyspepsie. Les fonctions digestives souffrent, en effet, et c'est par elles que la santé paraît directement

et gravement menacée. Ces malades offrent à un haut degré les types des grandes dyspepsies urinaires, dont nous aurons longuement à nous entretenir. On les a vu perdre l'appétit, s'amaigrir, s'affaiblir, jaunir, ils ont dépassé la cinquantaine. On sait que pareils symptômes, à cette période de la vie, peuvent, à bon droit, être considérés comme très suspects. Le ventre a été palpé, et l'on a rencontré une grosse tumeur. Les craintes que l'on avait conçues semblent donc justifiées par une constatation positive.

Quel que soit le motif qui vous amène ces malades, et quel que soit alors leur état général, n'oubliez jamais de leur demander comment ils urinent. Ils vous répondront qu'ils urinent fréquemment et rendent une grande quantité d'urine. La fréquence est, nous l'avons dit, diurne et nocturne, mais surtout nocturne; la quantité d'urine rendue est de 3 à 4 litres dans les vingt-quatre heures: il en est excrété une plus grande quantité la nuit que le jour. Elles sont claires et même particulièrement limpides, peu colorées. La soif est prononcée, l'appétit médiocre ou nul, les digestions plus ou moins difficiles, il n'y a pas de vomissements, la constipation est prononcée. Les aliments qui ont besoin d'être mastiqués et insalivés, le pain et la viande en particulier, sont peu recherchés ou abandonnés. Ces trois symptômes: fréquence des mictions avec ou sans incontinence, polyurie, troubles digestifs, ainsi associés, sont pathognomoniques. Le diagnostic est fait, il ne reste qu'à le vérifier.

Placez le malade dans le décubitus dorsal, palpez avec le plat de la main la région hypogastrique, et, sans plus ample exploration, vous trouvez la vessie. Elle est tendue, remonte à l'ombilic ou même un peu au delà, s'étend plus ou moins en largeur. C'est une tumeur volumineuse, lisse, rénitente, médiane, parfois un peu inclinée à droite ou à gauche, quelque peu mobilisable, non sensible. Pratiquez le toucher combiné, et, s'il vous restait un doute, vous verriez disparaître toute hésitation.

Il s'agit bien d'une rétention d'urine. Mais cette forme diffère, vous le voyez, de celles que nous avons étudiées jusqu'à présent. Elle en diffère parce que les phénomènes déterminés, en général, par les rétentions complètes ou incomplètes, ceux qui les dévoilent immédiatement ou après peu de temps, ceux qui

appellent l'attention du malade et fixent celle du chirurgien, ne se sont pas suffisamment accentués pour prendre la place qu'ils tiennent d'habitude. Ce ne sont pas eux qui dominent la situation. Des symptômes tout autres, toujours sérieux, souvent graves, ont dû s'y joindre pour qu'on accorde quelque intérêt à ces phénomènes atténués de l'état local. Loin d'aider au diagnostic, ils l'égareront si souvent, qu'il est permis de se demander si beaucoup de malades n'ont pas succombé à des états morbides mal définis, dont l'examen de la vessie eût dévoilé la nature et permis le traitement.

Observés alors qu'ils sont depuis longtemps sous l'influence de l'empoisonnement urinaire dans sa forme lente et apyrétique, minés par l'intoxication continue que déterminera la mise en tension du rein et les lésions qui infailliblement succèdent à son action prolongée, ces malades se présentent à nous dans des conditions particulièrement graves. Ils sont en état d'insuffisance rénale; état que l'on peut diagnostiquer, mais non mesurer; ils vivent dans un équilibre très instable. La moindre perturbation peut le rompre. Aussi l'intervention chirurgicale, qui seule cependant permet, après une longue durée d'accidents, d'agir avec chance de succès, est-elle particulièrement difficile et délicate. Elle peut être dangereuse et déterminer cette rupture de l'équilibre dont nous venons de parler.

Semblables catastrophes engagent d'autant plus la responsabilité du chirurgien qu'il ne semblait pas, au moins dans certaines périodes, y avoir place pour la préoccupation. Le malade travaillait encore, ne souffrait pas et gardait une quiétude partagée par ses proches et par le médecin de la famille. Ce consultant, qui se sent plutôt amoindri dans ses forces que troublé dans sa santé, va, sous l'influence de l'intervention, devenir manifestement malade; il va vivement et cruellement souffrir; il perdra si complètement ce qui lui reste de forces qu'il ne pourra plus quitter le lit. Il paraissait menacé dans l'avenir, il va être sous l'influence d'un danger imminent; à brève échéance, la mort surviendra après un cathétérisme.

Il ne suffit pas d'avoir montré de la sagacité, de ne pas s'être laissé prendre aux apparences, d'avoir diagnostiqué une rétention là où l'on avait cru à une maladie de l'estomac, où l'on vous avait annoncé une tumeur maligne. Vous devez compter

avec le pronostic. Il est, dans ces cas, toujours grave et doit être absolument réservé. Vous serez dans la vérité en signalant au médecin ou à l'entourage du malade tous les périls de la situation.

La pathogénie de l'état morbide complexe et si intéressant que nous étudions sous le titre de : rétention d'urine incomplète avec distension, n'est pas douteuse. Elle vous paraîtra plus positive encore lorsque nous connaîtrons, dans toutes ses formes, l'empoisonnement urinaire. Mais, dès à présent, il est permis de considérer comme démontré que nous avons affaire à des *intoxiqués*.

Aussi nous paraît-il inutile, pour expliquer l'état général de ces sujets, de rechercher dans leurs antécédents des causes d'affaiblissement préalable ayant secondairement retenti sur l'appareil urinaire. Les cachexies les plus avancées n'ont pas coutume de réagir sur les fonctions de la vessie, elles ne les modifient nullement. D'autre part, vous avez pu voir plus d'une fois, dans nos salles, des hommes jeunes et forts, surpris en pleine santé par un traumatisme de l'urèthre et réduits au bout de peu de temps à cet état général, qui accompagne la distension chronique de l'appareil urinaire. Chez eux, la contestation n'est pas possible. La dégradation de l'organisme et l'affaiblissement progressifs ont bien été la conséquence de l'obstacle apporté au cours des urines, de la distension successive de la vessie, des uretères et des reins. Deux des pièces de notre collection vous donnent à cet égard des démonstrations qui ont un caractère d'évidence si complet qu'il s'imposera à tout esprit non prévenu. Chez l'un de ces malades, une chute à califourchon fut le point de départ d'un rétrécissement traumatique, qui, au bout d'une année, avait déterminé tous les accidents de la rétention d'urine incomplète avec distension. Chez le second, la maladie évolua en dix-huit mois, le traumatisme de l'urèthre avait été dû à un coup de feu. Chez l'un, l'uréthrotomie interne faite au bout d'une année n'empêcha pas l'issue fatale ; chez l'autre, l'uréthrotomie externe fut inutilement tentée.

Dans ces cas, la vessie est habituellement infectée par les essais de cathétérisme évacuateurs, par des tentatives d'élargissement. Et, cependant, les effets de la dilatation de l'appareil urinaire

dominent ceux de son infection ; l'intoxication prend le dessus, et c'est à peine si l'infection témoigne de son action. Chez ces malades infectés, de même que chez les aseptiques, il n'y a pas de fièvre ; quand elle se montre, ce n'est qu'avec de faibles oscillations, très exceptionnellement et avec de grands accès. C'est d'ailleurs ce qui s'observe également chez les aseptiques secondairement infectés. On pourrait accuser l'incapacité de réagir, conséquence de la déchéance organique et des troubles profonds de la nutrition. N'est-il pas plus rationnel de penser que les poisons urinaires, dont l'expérimentation démontre l'action antithermique, neutralisent les effets pyrétiques de l'infection ? Toujours est-il que les rétrécis traumatiques, de même que les quelques prostatiques infectés que nous avons observés, ont présenté un minimum d'accidents fébriles ; mais chez les uns et les autres le cortège des troubles digestifs ne fait pas défaut.

Il faut cependant compter avec l'infection. La gravité du pronostic ne dépend pas seulement de l'intoxication ancienne et souvent intense que ces malades ont subie. Elle dépend aussi de la réceptivité qu'ils offrent, à un si haut degré, à l'invasion microbienne. C'est pourquoi l'infection, lorsqu'elle entre en scène, prend de si grandes proportions ; le rôle prépondérant qui lui revient alors domine la situation de telle sorte, que tout ce qui en a préparé, favorisé et assuré le succès, peut ne plus être apprécié à sa valeur.

Les conditions qui permettent l'ascension des microbes dans l'appareil urinaire supérieur assurent leur développement et leur multiplication rapides, exaltent leur virulence, sont, en effet, réunies dans la rétention chronique incomplète avec distension. Je les ai indiquées dans une note communiquée à l'Académie des sciences, le 29 avril 1889. La stase de l'urine dans la vessie, les uretères, et les reins — ou tout au moins le ralentissement très grand du courant urétéral, — l'état congestif, les troubles de la nutrition locale et de la nutrition générale, sont réalisés par la tension qui s'exerce de la vessie jusque dans les canalicules excréteurs du rein. L'infection n'est cependant pas spontanée, mais tout est prêt pour la réussite d'une infection provoquée. Le cathétérisme en est l'agent ordinaire.

Une sonde qui n'est pas parfaitement stérile est alors un

instrument des plus dangereux. L'on ne saurait douter de sa néfaste et terrible influence, car, avant son introduction, les urines étaient parfaitement stériles. Elles ne contiennent, en effet, aucun microorganisme et ne cultivent pas. Ce fait, que l'observation m'avait permis de prévoir, a été plusieurs fois constaté dans notre laboratoire par M. Albarran. Le chirurgien ne saurait couvrir sa responsabilité en expliquant la contamination de la vessie par la propulsion des organismes contenus dans l'urèthre, lors du passage de la sonde. Le canal renferme, on le sait, des microbes pathogènes. Mais, d'une part, je n'ai pas vu d'infection se produire lorsque, la sonde étant vraiment aseptique, toutes les précautions voulues, sauf le lavage prolongé de l'urèthre, avaient été bien prises. D'autre part, j'ai pu m'assurer, avec M. Reblaub, que chez un malade de cette catégorie, soumis pendant plusieurs jours à des cathétérismes aseptiques répétés, sans lavage du canal, l'aiguille de platine stérilisée plongée dans l'urèthre permettait d'obtenir des cultures, tandis que l'urine retirée de la vessie restait stérile. Il est donc permis d'avoir confiance dans le cathétérisme fait avec des instruments stériles, malgré que l'on ne puisse débarrasser l'urèthre, même par les lavages prolongés, des germes qui l'habitent.

Nous sommes maintenant en mesure de donner une formule au traitement. Elle serait incomplète et imparfaite si nous ne tenions compte que de la nécessité, cependant si impérieuse, d'une antiseptie absolue. S'il faut à tout prix ne pas ajouter l'infection à l'intoxication, il est indispensable de tenir compte, sinon de l'intoxication elle-même, qui n'est efficacement combattue que par l'intervention, du moins de ses résultats. La nutrition est profondément troublée; il importe d'aider l'organisme qui depuis longtemps soutient une lutte où il a faibli et qui maintenant va subir les épreuves de l'intervention. Il est essentiel de procéder de telle sorte qu'aucun empêchement nouveau ne soit apporté à la fonction rénale déjà si troublée, et que le risque d'une perturbation soit écarté.

Ces indications ressortent, tout aussi bien que celles de l'antiseptie, des enseignements fournis par la physiologie pathologique de l'affection que nous venons d'étudier et que nous avons à rationnellement traiter. Ils nous disent clairement

qu'il est nécessaire de relever la nutrition, de se mettre en garde contre tout ce qui peut accroître la congestion et favoriser l'inflammation, d'éviter scrupuleusement la moindre contamination.

L'état des malades vous guidera dans l'application du traitement indiqué par l'étude de la maladie. Des mesures préventives sont toujours utiles. Elles sont de mise toutes les fois que l'affaiblissement est marqué, que les troubles digestifs sont accentués; une impressionnabilité trop grande, la sensibilité vive peuvent encore les justifier. En dehors de ces conditions, l'évacuation peut être commencée sans médication préalable.

Il est possible d'obtenir, dans une certaine limite, la réparation des forces par une alimentation appropriée. Les malades peuvent, en effet, digérer et assimiler, à la condition d'être soumis à une alimentation déterminée. L'étude des troubles digestifs nous permettra de nous rendre compte des raisons qui autorisent l'alimentation et d'insister sur le choix des aliments. Vous savez déjà que seuls sont ingérés, sans trop de répugnance ou même avec goût, ceux qui n'ont pas besoin d'être insalivés et mastiqués. Le régime lacté, pourvu qu'il ne soit pas exclusif, est indiqué; les pulpes de viande, les jus de viande, les purées de fruits et de légumes, les œufs peu cuits, les potages, l'eau et le vin y seront adjoints. Les toniques amers, les laxatifs vous aideront à faire accepter les repas. Les frictions sèches ou aromatiques pratiquées sur toute la surface du corps, le massage des membres favoriseront la circulation périphérique et détermineront une stimulation salutaire. Des promenades au grand air, faites sans fatigue et sans refroidissement, peuvent être conseillées pendant ces préliminaires. La respiration de l'oxygène est encore un des moyens dont vos malades tireront un profit réel. Peut-être y aurait-il indication, en pareil cas, pour l'emploi des injections sous-cutanées de sucres animaux, selon la méthode de Brown-Séquard. Je n'ai pas encore eu l'occasion d'y recourir.

Il n'y a pas à s'attarder dans cette première phase du traitement. L'ensemble des moyens qu'il comporte doit continuer à être utilisé lorsque l'évacuation est commencée. Vous serez encouragés à arriver promptement à l'évacuation de la vessie

et à compter sur ses bons résultats, si vous avez facilement obtenu quelques effets de la médication préalable. Son échec doit, au contraire, faire grandement réserver le pronostic. J'ai longtemps pensé que cette constatation pouvait justifier l'abandon de toute intervention.

Si ces malades se présentent tardivement au chirurgien, il est rare qu'ils nous arrivent à une période extrême, que leur vie paraisse prochainement menacée. L'intoxication urineuse est l'un des empoisonnements dont l'organisme peut longtemps supporter les conséquences. Aussi ces sujets, qui y sont déjà soumis depuis plusieurs mois, peuvent-ils le tolérer assez longtemps encore. Sous l'influence de l'intervention, le dénouement peut, nous l'avons dit, être rapide, et c'est bien par le fait du traitement que la catastrophe terminale se sera produite. Pareilles considérations justifiaient l'hésitation, voire l'abstention.

A l'heure actuelle, la sécurité fournie par l'ensemble des précautions antiseptiques, dont l'expérience et l'étude m'ont permis d'affirmer la véritable valeur, ont modifié ma pratique. Alors même que je puis douter de l'efficacité de l'évacuation, la certitude de n'y point ajouter l'infection me conduit à l'intervention. Les guérisons sont, en effet, devenues habituelles, elles sont quelquefois obtenues dans les cas en apparence les plus défavorables. La survie est, en général, assurée pour quelques années, et la substance rénale, qui paraissait déficiente, reprend ses fonctions.

L'étude des éliminations nous servira peut-être, un jour, à nous rendre à peu près exactement compte du degré de l'insuffisance rénale. L'expérimentation nous a bien appris que, sous l'influence de la tension intrarénale, l'élimination de l'urée s'amointrissait rapidement et dans des proportions considérables. Mais on ne peut faire de rapprochement complet entre une obturation complète de l'uretère, qui détermine une tension continue et croissante, et la tension de la rétention incomplète, dans laquelle le rein doit nécessairement bénéficier des décharges partielles qui résultent de chacune des mictions.

Le chiffre de l'urée est néanmoins abaissé chez nos sujets; nous l'avons déjà dit en étudiant la physiologie pathologique de la rétention (voir pp. 87 et 99). Nous l'avons vu, par exemple,

descendre à 2 grammes 28 par litre chez un malade qui rendait 4 litres en vingt-quatre heures. L'urée totale était donc de 9 grammes 12, chiffre faible, mais que le trouble apporté par une nutrition des plus languissantes peut aussi bien expliquer que la diminution de la faculté d'élimination proportionnelle à la destruction étendue de la substance rénale. Les observations qu'il nous a été donné de faire jusqu'à présent nous permettent, en effet, de penser que les troubles de la nutrition ont, chez ces malades, une influence très marquée sur l'élimination de l'urée; elle ne saurait, par conséquent, être seulement attribuée aux effets de la tension intrarénale. Ce que les analyses chimiques permettent encore de constater, c'est la diminution de l'acide urique et l'absence de l'albumine, qui cependant peut être présente en très minime proportion. Il y aurait sans doute intérêt à suivre l'élimination de l'urée chez les malades soumis au traitement préalable; l'on y trouvera peut-être un criterium pour juger de leur état rénal. Mais je n'ai pas encore fait ces recherches.

Il est fort exceptionnel que le traitement préalable oblige à préparer le canal au passage de la sonde évacuatrice. Chez ces malades, l'urètre est presque toujours facile à parcourir. Les rétrécis blennorrhagiques ont la vessie le plus souvent infectée; sa musculature puissante ne la dispose pas à accepter, sans réagir et sans se plaindre, la lente, silencieuse et persévérante accumulation qui conduit aux distensions dont nous nous occupons; ce n'est pas, non plus, chez les prostatiques dont la glande est particulièrement irrégulière et développée qu'elle s'observe. On entre donc, en général, avec grande facilité et d'autant plus qu'ainsi que nous allons le recommander, l'emploi des grosses sondes est ici nettement contre-indiqué. Il n'y aurait, en somme, que certains sujets impressionnables et hypersensibles qu'il serait opportun d'habituer à des contacts suffisamment espacés, avant de les soumettre aux introductions toujours assez rapprochées qu'exige l'évacuation. Chez eux, passez tous les deux jours une bougie souple, parfaitement aseptique, sans la laisser séjourner. Les plus timorés se sont bientôt faits à la pensée de recevoir dans leur canal une sonde en caoutchouc vulcanisé.

L'évacuation sera d'abord lente et partielle. Successivement