

croissante, elle deviendra presque totale en peu de jours; il y a avantage à ce qu'elle reste longtemps lente. Une détente trop rapide et trop grande est sûrement dangereuse. Elle détermine la congestion *ex vacuo*, produit parfois du saignement et même une hémorrhagie. Vous savez la perturbation qui peut en résulter pour la fonction rénale.

Le décubitus dorsal sur un plan à peu près horizontal, avec une faible élévation de la partie supérieure de la tête, l'emploi d'une sonde de calibre moyen, 14, 15 ou 16, assureront la lenteur de l'évacuation, qui, dans ces cas, ne doit pas être favorisée par la pression de l'hypogastre. Un jet franchement projeté succède cependant à l'introduction de la sonde. On a l'illusion d'une véritable activité vésicale. La colonne liquide, qui semble en témoigner ne tarde pas à s'affaiblir et bientôt l'urine s'écoule sans aucune projection. Il faut que le malade fasse effort, ou que vous pressiez sur le ventre, pour que le phénomène du début se reproduise. La vessie ne s'est pas mise en frais de contraction, elle est simplement détendue; ses parois n'agissent plus, et seule la pesanteur détermine la sortie de l'urine à travers la sonde. Il est donc facile d'avoir la mesure de la quantité d'urine à évacuer; cette mesure, toute physiologique, ne peut se chiffrer par un nombre de grammes déterminé à l'avance avec plus ou moins d'arbitraire; elle est par cela même exacte. Le but dans les premiers cathétérismes est de diminuer la tension, et vous avez le témoignage expérimental de la détente de la vessie.

Une seule évacuation, aussi partielle, peut en commençant être suffisante pour vingt-quatre heures; c'est un cathétérisme d'essai. S'il est bien supporté, vous arrivez promptement à deux évacuations par jour. Depuis longtemps habituée à faire réservoir, la vessie est, en général, singulièrement apaisée par ces soustractions partielles, toujours bien plus grandes que celles que lui accordait la miction. Les envies d'uriner s'éloignent, il n'en est plus question de plusieurs heures et, lorsque le double cathétérisme est institué, tout besoin disparaît dans les intervalles ou ne reparait qu'à leurs dernières limites. Ce sont là des indices favorables. L'évacuation n'a pas été perturbatrice, il y a tout lieu d'admettre qu'elle sera tolérée sans accidents si vous la continuez avec les précautions et la mé-

thode indispensables. Les malades, satisfaits, s'en tiendraient à ce résultat. Vous avez cependant plus à faire.

Il ne suffit pas d'avoir mis ordre à une incontinence, d'avoir éloigné ou supprimé les besoins d'uriner, il faut empêcher que la vessie revienne, temporairement, à un trop haut degré de tension. Il est pour cela nécessaire d'arriver à trois ou quatre cathétérismes dans les vingt-quatre heures.

Ici encore la direction que vous devez donner ne peut être arbitrairement tracée. C'est en observant ce qui se passe du côté de la vessie et en constatant ce que vous obtenez pour l'état général, que vous réglez ces intervalles et le nombre des évacuations.

Un plein repos est nécessaire pour ces organes depuis longtemps troublés dans leur fonctionnement. Vous viderez assez souvent la vessie pour que les besoins d'uriner ne se reproduisent pas entre les cathétérismes ou n'apparaissent que sous forme d'envies fugaces et peu répétées. Il faut que, sous l'influence de cette régularisation artificielle des mictions, les phénomènes de l'intoxication urineuse, dont témoignent les troubles digestifs, s'amointrissent et disparaissent. Vous pouvez trouver là des indications pour un renouvellement de l'évacuation qu'une vessie trop atone ne vous a pas fournies¹.

Ne croyez pas cependant que la mise à sec de la vessie soit la terre promise où le malade retrouvera la santé, et qu'il en jouira d'autant plus vite et d'autant mieux que vous y serez arrivés plus tôt. Si l'on peut courir des dangers en procédant trop rapidement dans la succession des vidages partiels, on va au-devant d'accidents en voulant prématurément l'évacuation totale. Vous serez avertis si vous prêtez l'oreille aux plaintes de la vessie. Alors que l'évacuation s'avance et va toucher à sa fin, quelques contractions se produisent. Elles sont parfois douloureuses, et vous y prenez forcément garde; d'autrefois ce ne sont que de petites sensations un peu pénibles.

¹ Il peut y avoir des exceptions comme à toute règle. J'observe depuis sept années un vieillard qui a maintenant quatre-vingt-quinze ans et qui n'est sondé que deux fois par vingt-quatre heures. Mais sa vessie ne se fait jamais sentir et l'état général, fort médiocre au moment où le cathétérisme fut pratiqué pour la première fois, est redevenu bon et reste très bon. Les indications sont donc entièrement satisfaites.

Dans le premier cas, arrêtez l'évacuation en bouchant la sonde, ou remplissez doucement la vessie avec une solution tiède d'acide borique, le calme reviendra. Ces vessies si longtemps en état de plénitude ne s'habituent que lentement à l'évacuation totale. En bonne règle, ne videz complètement qu'après une quinzaine de jours, et, quel que soit le délai, ne vous y risquez pas, ou ne l'autorisez, tant que la fin de l'évacuation sera marquée par quelque sensibilité.

Chez les malades que nous étudions, l'évacuation doit être faite la seringue à la main. Déjà (p. 180) je vous ai indiqué comment il était possible d'extraire entièrement l'urine sans vider la vessie : il suffit de remplacer au fur et à mesure le liquide que l'on extrait, par une solution tiède d'acide borique. Cela n'est, en réalité, pas nécessaire lorsque vous avez affaire à une vessie aseptique et que vous maintenez aseptique. Il est moins fatigant pour l'organe de soustraire graduellement l'urine et d'y abandonner la quantité nécessaire, pour ne pas arriver à une trop prompt modification des conditions statiques où elle a vécu depuis plusieurs mois. Mais, alors même, vous pouvez être surpris par une des crises douloureuses dont je vous ai parlé, ou par l'apparition d'une teinte rosée qui vous montre que la vessie saigne. Le remède est dans la remise à un certain degré de tension, grâce auquel cesse la douleur et disparaît la teinte des urines. Il ne faudrait pas s'exposer à perdre du temps pour demander du liquide et charger une seringue. Avoir la seringue à la main restera une précaution nécessaire, alors même que l'évacuation successivement croissante vous aura conduits au retrait presque total de l'urine retenue. Laver le canal à l'acide borique en retirant la sonde est, d'ailleurs, la règle en pareil cas, et pour cela encore la seringue est nécessaire.

Pareille manière de procéder est bien plus imposée encore si, malgré tous vos soins, l'urine était devenue louche ou trouble. Il est alors indispensable de complètement évacuer sans cependant vider, et vous agissez en conséquence. L'acide borique devient alors insuffisant, et c'est avec le nitrate d'argent au 1000^e que les lavages abondants doivent être faits. Le peu d'élévation de la dose permet de les répéter. Si le trouble des urines persistait, à plus forte raison s'il augmentait, il deviendrait nécessaire

d'abandonner dans la vessie quelques grammes de solution au 500^e ou au dessus.

C'est en pareil cas qu'il est indiqué de recourir à la sonde à demeure. Autant elle doit être évitée, en principe, dans les cas de distension aseptique, autant il convient de s'y résigner si une infection de la vessie se produit avec quelque intensité. La sonde à demeure permettra de renouveler les lavages, mais la nécessité de l'épuration de la vessie ne doit point faire perdre de vue l'obligation de ne pas la laisser à sec. La sonde ne sera donc pas ouverte, mais fermée avec un fosset. Vous prescrirez de la déboucher toutes les deux heures, et vous apprendrez, à la personne chargée de prendre ce soin nuit et jour, à évacuer sans vider. J'ai pu dans des circonstances graves arriver ainsi à conjurer rapidement le danger. En pareilles circonstances, un secours étranger est évidemment nécessaire. C'est la seule exception qui autorise à l'admettre.

Le chirurgien doit lui-même mettre en œuvre le traitement, ou le confier à un aide dont il a éprouvé l'expérience, et dont il connaît la scrupuleuse croyance aux précautions qu'exige semblable traitement. Et, je le répète encore, il est nécessaire d'être convaincu, aussi bien de la nécessité des règles à observer pour conduire l'évacuation physiologiquement, que de l'emploi sévère de l'antisepsie. Nous aurons plus tard à vous dire comment elle doit être faite ; l'importance d'un tel sujet est trop grande pour en parler incidemment.

Il viendra cependant un moment où vous devrez confier à un tiers, ou au malade lui-même, le soin de l'évacuation. En pareil cas, le cathétérisme est définitivement indispensable ; faire espérer au malade qu'il pourra s'en passer serait l'exposer à de nouveaux dangers. Vous devrez donc dûment le prévenir de ce que lui réserve l'avenir, et vous aurez le droit de lui affirmer que la santé reconquise sera longtemps conservée, s'il continue à soigner convenablement sa vessie. A l'heure où vous cesserez de lui donner vos soins, tous les dangers de l'évacuation auront été écartés ; il ne restera plus que ceux qui pourraient advenir sous l'influence d'un manque aux précautions commandées pour l'antisepsie. Vous lui en aurez fait connaître l'importance et vous lui aurez appris à s'en bien servir. Le danger qu'une faute pourrait, à ce moment, faire

courir ne serait, d'ailleurs, à aucun degré, comparable à ceux qui sont la conséquence de toute infraction à l'antisepsie dans les premières phases du traitement. La réceptivité de l'appareil urinaire est alors portée au plus haut degré; elle devient beaucoup moindre, plus tard.

NEUVIÈME LEÇON

RÉTENTION D'URINE DE CAUSE TRAUMATIQUE

Définition. — Traumatismes internes. — Traumatismes externes; nécessité de distinguer la région atteinte.

I. Traumatismes de la région pénienne.

II. Traumatismes portant sur le périnée. — Étiologie. — Considérations anatomiques. — Cas légers: cas de moyenne intensité; cas graves. — Indications thérapeutiques.

III. Traumatismes de la région membraneuse.

Le traumatisme peut provoquer la rétention d'urine par deux mécanismes bien distincts: par un trouble de l'innervation et par lésion directe des voies urinaires.

Le premier groupe n'appartient pas à la rétention traumatique. Qu'à la suite d'une chute d'un lieu élevé un malade reste quelques heures, voire même quelques jours, sans pouvoir vider spontanément sa vessie; qu'une fracture du crâne, qu'une fracture ou une luxation du rachis s'accompagnent de rétention d'urine et d'incontinence par regorgement, ces cas rentrent dans la classe des rétentions d'origine nerveuse; ils ne comportent aucune indication thérapeutique ou pronostique spéciale.

La miction peut être supprimée à la suite de traumatismes atteignant les voies urinaires, sans qu'il y ait cependant rétention; c'est ainsi que M. Houël¹ et le docteur Petit² ont signalé

¹ HOUEL, *Ruptures de la vessie*, thèse d'agrégation, Paris, 1857.

² PETIT, *Anurie par contusion des reins*, thèse inaugurale.

comme symptômes propres de ces traumatismes, l'absence de tout écoulement d'urine par le méat. S'il n'y a pas miction, il n'y a pas davantage rétention d'urine; la vessie est vide, ici parce qu'elle ne reçoit rien, là parce qu'une plaie plus ou moins étendue laisse tout le contenu s'échapper dans le tissu cellulaire environnant ou dans la cavité péritonéale.

Les rétentions traumatiques sont celles qui surviennent à la suite de lésions intéressant le canal de l'urèthre. Le traumatisme du canal peut se faire du dedans au dehors, c'est le traumatisme interne; ou se produire du dehors au dedans, il est alors qualifié externe.

Le groupe des traumatismes internes est représenté par les contusions et déchirures de l'urèthre produites par le cathétérisme. Une poussée congestive ou une réaction inflammatoire est ainsi provoquée, et, pour peu que le canal soit déjà rétréci ou déformé, une véritable rétention d'urine peut s'établir. Nous avons eu occasion à plusieurs reprises de vous signaler ces rétentions d'origine congestive ou inflammatoire, et d'exposer les indications thérapeutiques qu'elles présentent. Nous n'y reviendrons pas.

Le traumatisme venu de l'extérieur peut atteindre l'urèthre en des points différents: à la région pénienne, à la région péri-néo-bulbaire, à la région membraneuse. A ces sièges divers répondent des causes et un mécanisme différents; les indications pronostiques et thérapeutiques diffèrent aussi¹.

I. TRAUMATISMES DE LA RÉGION PÉNIENNE. — Les traumatismes de la région pénienne sont fréquents, mais ils ne déterminent que fort rarement la rétention. En général, il s'agit d'une rupture de la corde; l'urèthre est incomplètement déchiré; une poussée congestive et inflammatoire se produit. Le malade est dans l'impossibilité passagère d'uriner; bientôt cette rétention

¹ Chez la femme qui accouche, lorsque la période d'expulsion se prolonge, l'urèthre subit la pression de la tête fœtale. La rétention est alors observée. Rien ne permet d'admettre que le canal subisse de déchirure et l'on doit penser qu'il est simplement contusionné. Il n'y a pas d'uréthrorrhagie et chacun sait quelle est la rareté des rétrécissements chez la femme. Il en serait sans doute autrement si la pression exagérée ou prolongée de la tête déterminait une déchirure. C'est donc à une poussée congestive consécutive à la pression et proportionnelle à sa durée, qu'il convient d'attribuer la rétention.