

y avons eu recours dans ces conditions, sans avoir jamais le moindre accident à enregistrer.

La section du rétrécissement s'opère aussi simplement que d'ordinaire; la seule difficulté qui puisse se rencontrer a trait à l'introduction de la sonde à demeure. On l'évite sûrement si l'on a soin de procéder comme je le recommande dans toutes les uréthrotomies. La sonde est conduite jusqu'au-delà de l'armature de la bougie et poussée ainsi que la tige métallique jusqu'au contact du rétrécissement. Ce n'est qu'à ce moment qu'on la fait glisser le long de son conducteur; le calcul est sûrement refoulé. Tout dernièrement encore nous avons procédé ainsi pour ce malade que vous avez vu au n° 28. Malgré un état général mauvais au moment de l'opération, il est aujourd'hui complètement guéri et de son rétrécissement et de son calcul, dont l'expulsion suivit de près le retrait de la sonde à demeure. Ces calculs, toujours de petites dimensions, sont, en effet, expulsés spontanément. Nous avons souvent exploré la vessie de ces malades après leur guérison, et nous avons toujours constaté qu'elle ne contenait pas de corps étranger. Cette exploration est cependant nécessaire, car le calcul s'échappe souvent à l'insu du malade, et il importe de ne pas s'exposer à le laisser séjourner dans la vessie.

IV. — Nous ne saurions terminer cette leçon sans revenir en quelques mots sur les indications thérapeutiques créées par la présence des débris calculeux dans le réservoir urinaire et par leur engagement dans le canal. Ces indications sont préventives et curatives¹.

L'engagement doit être prévenu et évité, car, outre les troubles apportés à la miction, il n'est que trop souvent la cause déterminante d'accès fébriles plus ou moins intenses. Recommandez soigneusement au malade soumis à la lithotritie de n'uriner que couché; défendez-lui expressément toute miction debout ou à genoux, et cela, aussi longtemps que vous aurez lieu de soupçonner l'existence de fragments trop gros pour traverser facilement le canal uréthral.

¹ Les progrès de la lithotritie ont fait disparaître les accidents dont nous parlons en en supprimant la cause. La pulvérisation absolue des calculs et l'évacuation totale de leurs débris sont, en effet, devenues la règle. Nous avons pensé cependant qu'il n'était pas sans utilité d'en laisser subsister l'histoire.

Une fois engagés dans l'urèthre les fragments peuvent, grâce à leurs pointes, s'arrêter un peu partout, aussi bien dans les parties profondes que dans les portions antérieures du canal. Rarement assez gros pour oblitérer tout le calibre de l'urèthre, ils se révèlent plutôt par des phénomènes douloureux que par des signes de rétention. Nous tenions toutefois à vous les signaler ici, car leur traitement est le même que celui que nous avons conseillé pour les petits calculs; s'ils occupent les parties reculées de l'urèthre, refouler de suite si on le peut, et, dans le cas contraire, glisser une petite bougie ou une sonde à demeure entre les parois du canal et le calcul; ne tenter l'extraction directe que pour l'urèthre antérieur, en associant, comme nous l'avons indiqué, la bougie de cire à la curette articulée ou en employant de préférence la pince uréthrale de Collin; on s'impose bien entendu pour règle de manœuvrer le long de la paroi supérieure.

Nous devons ajouter que chez certains calculeux, à pierres friables et volumineuses, on trouve souvent, après quelques séances de lithotritie, un véritable placage calcaire accolé aux parois uréthrales. Lavez doucement l'urèthre, injectez-y de l'huile phéniquée au quinzième, placez une fine bougie à demeure, tous ces débris qui encombrent le canal, et gênent singulièrement le passage des urines, se détachent facilement d'eux-mêmes après quelques jours. Nous tenions d'autant plus à vous faire connaître ces moyens dont l'expérience nous a démontré toute l'utilité, que, faute d'y recourir, on pourrait parfois se trouver fort embarrassé ou se laisser entraîner à de dangereuses manœuvres.

Un mot encore, Messieurs, pour résumer la dernière partie de cette leçon, et vous bien préciser la pensée qui nous l'a inspirée. Une cause purement mécanique intra-uréthrale n'amène que rarement une rétention complète et durable tant que le canal est sain¹, tandis qu'elle la détermine assez facilement s'il existe un rétrécissement.

¹ Il convient de faire une exception pour certains corps introduits par le méat. C'est ainsi qu'un pois, qu'un haricot, etc., peuvent en se gonflant déterminer une obstruction absolue. L'extraction avec la curette ou la pince, et au besoin à travers une boutonnière, est, on le conçoit, le seul traitement à leur opposer.

Que votre diagnostic soit précis ; qu'il porte sur les quatre points suivants :

Forme et nature du corps étranger ;

Siège de l'obstruction ;

État du canal.

État du malade qui présente, ou non, des signes d'infection.

A ce prix seulement vous serez en droit de faire une bonne et sage thérapeutique ; ici, en recourant à de petits moyens, là, au contraire, en saisissant de suite le bistouri ou l'uréthrotome. Car nous ne saurions trop vous le répéter, autant l'intervention *quand même* doit être blâmée, autant la temporisation systématique serait coupable en face de ces accidents graves, qui sont quelquefois la conséquence de la rétention incomplète d'origine mécanique. En chirurgie, la prudence ne comporte pas l'hésitation, elle exige seulement que l'on n'intervienne qu'à propos.

ONZIÈME LEÇON

INCONTINENCE D'URINE

Définition. — Division du sujet. — Incontinence par lésions et par affections nerveuses. — Incontinence infantile ; évolution ; étiologie ; pathogénie ; traitement. — Opinions de Desault, de Trousseau, de Civiale ; opinion de l'auteur. — Électrisation directe du sphincter urétral. — Chez les urinaires, l'incontinence avec vacuité de la vessie ne se rencontre que dans quelques cas rares. — Incontinence mécanique. — Incontinence traumatique urétrale et vésicale. — Incontinence par insuffisance urétrale. — Incontinence des rétrécis et des prostatiques. — Leur type ; leur pathogénie. — Diagnostic. — Traitement : curateur chez les rétrécis ; palliatif chez les prostatiques.

Si vous preniez le mot incontinence d'urine dans son sens étymologique précis de *in*, négatif, et *continere*, contenir, vous vous feriez une idée fausse du sujet que nous abordons.

L'incontinence avec vacuité absolue du réservoir urinaire ne se rencontre que dans quelques cas rares et bien définis,

que nous apprendrons à connaître. Bien plus souvent elle n'est, selon la remarque de Desault, qu'un symptôme de la rétention et qu'une miction par regorgement. Bien loin de *ne pas contenir* d'urine, la vessie d'un incontinent *en retient* presque toujours ; bien loin d'être *vide*, elle est *souvent distendue*. Le symptôme incontinence ne permet donc pas, par lui-même, de préjuger de l'état de plénitude ou de vacuité du réservoir urinaire.

L'incontinence d'urine est l'écoulement involontaire des urines, et nous ajouterons même, l'écoulement inconscient.

Pour qu'il y ait incontinence proprement dite ou, si vous aimez mieux, *incontinence vraie*, il faut, en effet, que le malade n'ait d'autre sensation que celle de l'arrivée de l'urine, qu'il se sente mouillé, mais rien de plus. Le besoin ne doit pas être perçu. Nombre de malades vous parleront sans hésiter d'incontinence, tandis qu'ils n'ont que des mictions impérieuses et répétées. Le besoin est subit, pressant, la volonté impuissante ; à peine l'envie d'uriner s'est-elle fait sentir que déjà le liquide s'échappe du méat et souille les vêtements. Ces malades pissent malgré eux ; mais ils ont été avertis qu'ils allaient pisser. C'est la *fausse incontinence*, telle que vous la trouvez, par exemple, dans la cystite. Il suffit d'être prévenu de cette cause d'erreur pour savoir l'éviter. Une ou deux questions auront bien vite éclairé le diagnostic.

Une fois l'incontinence vraie reconnue, il faut s'enquérir minutieusement de son type, savoir si elle est seulement diurne, seulement nocturne, ou si elle est continue, et, dans ce dernier cas, quel a été son mode primitif. Ces données sont de la plus haute importance et vous suffiront, dans nombre de cas, pour établir un diagnostic étiologique, sinon absolu, du moins probable.

L'incontinence d'urine n'est qu'un symptôme, symptôme lié à des affections très diverses. On ne saurait donc présenter une étude abstraite de l'incontinence. Pour saisir la valeur clinique de ce symptôme, pour établir sa thérapeutique, il faut subdiviser le sujet en un certain nombre de groupes, qu'il vous est d'autant plus facile de comprendre qu'ils sont l'analogie et, pour ainsi dire, le pendant de ceux que nous avons trouvés à propos du symptôme « rétention ».