

réol et Potain un malade qui prouve bien quelle haute dose d'urée est nécessaire dans le sang pour produire des phénomènes graves. Ce malade, complètement anurique depuis huit jours (par lithiase rénale), rendit le neuvième jour, en vingt-quatre heures, 10 litres d'urine contenant ensemble 147 grammes d'urée; cette énorme polyurie fut le seul symptôme déterminé par l'accumulation de l'urée.

Signalons encore que, d'après M. Quinquaud, en même temps que l'urée s'accroît, la proportion d'oxygène dans le sang diminue dans la rétention d'urine. L'exhalation pulmonaire d'acide carbonique diminue à partir du troisième jour.

Après avoir étudié dans leurs détails les phénomènes que l'expérimentation nous a permis de constater, il n'est pas sans utilité de les étudier dans leur ensemble.

Le rôle capital de la distension fixe tout d'abord l'attention. Nous la voyons s'exercer sur la vessie, sur les uretères et les reins; nous constatons qu'à chacune de ses étapes et qu'à ses divers degrés correspondent et s'adaptent, pour ainsi dire, la série des troubles fonctionnels et des lésions diverses que nous venons d'étudier. Ses effets sont mécaniques et dynamiques.

La pression excentrique à laquelle est soumise l'appareil urinaire se fait sentir jusque dans les canalicules du rein qu'elle dilate. Sur la vessie elle dissocie la couche musculaire, prépare la formation des saillies irrégulières connues sous le nom de colonnes, elle aplatit l'épithélium, en détermine la chute et permet à l'absorption de s'exercer. Elle aboutit à l'amplication des uretères, mais ne détermine pas la forçure de leurs orifices vésicaux. C'est qu'en effet elle ne peut et ne doit agir que de haut au bas. D'abord accumulée dans la vessie, l'urine ne se fait place dans les uretères, les bassinets, les calices, que lorsque l'excès de tension l'empêche de continuer à trouver accès dans la vessie. Aussi, ses premiers et ses principaux effets portent-ils sur ce réservoir, elle les y épuise tout d'abord.

Le premier acte de la rétention est vésical, purement vésical. Il reste ainsi localisé, tout au moins pendant les premières vingt-quatre heures. La vessie est alors dilatée, mais non encore très tendue. L'influence qu'exerce la tension s'étend au delà en se prolongeant; une première étape est franchie. Un

deuxième acte s'accomplit. Il a pour théâtre l'uretère, les réservoirs du rein et même, comme nous l'avons vu, les canalicules de cet organe. Ce simple énoncé montre l'importance de cette phase nouvelle, qui ne s'accomplit, en général, que le second ou troisième jour.

Une de ses premières conséquences est de modifier les conditions physiques qui régissent la circulation de l'urine. Le courant descendant est amoindri, puis annihilé. La stase s'établit de l'orifice urétéro-vésical jusque dans les calices et les bassinets. L'irrigation continue, protectrice des uretères, a cessé. Cette suspension de tout courant normal aboutit à la constitution d'un milieu mort où des particules inertes, comme les molécules de charbon porphyrisé, pourront sous la moindre impulsion remonter en surnageant, et dans lequel des organismes doués de vitalité pourront évoluer à leur gré et prendre la voie urétérale sans que le courant physiologique contrarie leurs pérégrinations. Tout courant est si complètement aboli par l'excès de la tension que nous avons vu l'urine contenue dans les uretères différer absolument, alors, de celle que renferme la vessie.

Non moins intéressants sont les phénomènes dynamiques qui se produisent sous l'influence de la tension de la vessie. Le premier en date et l'un des plus importants est la congestion. La circulation interstitielle est, en effet, mécaniquement gênée. La stase qui se fait dans le contenu de l'appareil urinaire va s'établir dans les réseaux capillaires, elle s'étendra bientôt aux plexus veineux, créant de la sorte des intumescences qui ajoutent leurs effets à ceux que détermine le gonflement hypertrophique de la prostate. Bientôt la congestion capillaire a pris de telles proportions que des suffusions sanguines interstitielles intramusculaires et sous-muqueuses s'effectuent, que des raptus se produisent. Aux hémorrhagies interstitielles s'ajoutent des hémorrhagies cavitaires.

Ici encore, une succession régulière s'observe; il y a des actes séparés, ils sont vésicaux, urétéraux et rénaux. Une intervention se produit, il est vrai, et l'acte rénal est, en réalité, le second et non le troisième. On voit, en effet, avant que la distension ait gagné les portions supérieures de l'appareil urinaire, débiter un phénomène qui prendra, par la suite, une impor-

tance de premier ordre. Nous voulons parler de la congestion rénale.

Déjà appréciable chez le chien, de la 15^e à la 20^e heure, la congestion du rein ne peut alors être attribuée à des influences purement mécaniques. Elles sont encore trop peu agissantes. Il faut faire intervenir la dilatation neuro-paralytique des vaisseaux du rein et reconnaître qu'il y a congestion réflexe.

L'observation clinique est, à cet égard, très démonstrative, et l'on ne peut méconnaître l'influence qu'exercent sur le rein les excitations venues de la vessie. Dans l'espèce, nous en aurons de nouveau la preuve en parlant tout à l'heure de la polyurie.

Nous avons vu jusqu'à quel degré pouvait être portée la congestion du rein et de l'uretère. Le rein conserve vis-à-vis de son conduit de décharge une primauté qui se traduit par un degré de lésions plus élevé. Mais la vessie garde le premier rang. C'est dans sa cavité, c'est dans l'épaisseur de ses parois que s'accusent les conséquences les plus accentuées de l'état congestif. Néanmoins, le rein, dans lequel à la congestion réflexe du début s'ajoute la congestion mécanique de la tension, offre aussi des lésions de grande importance que la prolongation de la rétention rend réellement graves.

Il est facile de se rendre compte de cette influence mécanique par la gêne que doit produire la distension des canalicules urinifères sur le double réseau capillaire du rein disposé, on le sait, en système porte. Il suffit de se rappeler que les vaisseaux sont à peine soutenus par un tissu conjonctif si délié qu'on a pu le mettre en doute, et qu'ils sont presque directement juxtaposés à la paroi des canalicules. Les capillaires veineux du rein, comme ceux de bien d'autres organes (Ranvier), présentent à leur origine une ampoule dont le calibre est beaucoup plus considérable que celui des trois ou quatre capillaires artériels qui viennent s'y déverser. Cette particularité anatomique est bien faite pour expliquer comment le sang, arrivant encore avec une certaine facilité par les artéριοles, trouve du côté des veines un écoulement difficile.

Cette stase, qui s'établit dans les capillaires, modifie la pression sanguine habituelle de la circulation rénale; si l'on en rapproche la pression anormale exercée dans l'intérieur des

canalicules, on doit conclure que les phénomènes d'osmose, dont l'importance est considérable pour la sécrétion de l'urine, ne se font plus que dans de mauvaises conditions.

La pression trouble la fonction rénale sans l'annihiler. Elle peut être plus directement influencée par les hémorragies intracaniculaires et la desquamation épithéliale. Un certain nombre de tubes sont ainsi supprimés ou rendus impropres à leur fonctionnement. Ces lésions importantes sont, elles aussi, en raison directe de la durée de la rétention. Nous avons vu les lésions épithéliales aller de l'état trouble des cellules à la desquamation de l'épithélium sécrétant du rein.

Semblables modifications ne peuvent se produire sans avoir pour corollaire des modifications dans la composition des urines. Nous les avons constatées et les avons vues surtout accusées dans l'urine contenue dans les uretères, c'est-à-dire dans l'urine sécrétée le plus tardivement.

Ce n'est pas seulement dans sa qualité que l'urine est modifiée par la prolongation de la rétention. Nous avons vu qu'elle diminue de quantité. A la suractivité fonctionnelle du début, succède un amoindrissement dans la sécrétion, et le rein est si bien préparé aux défaillances fonctionnelles que certains de nos animaux ont été pris d'oligurie après une déplétion brusque de la vessie obtenue par la ponction.

Tout est donc digne de remarque dans l'enchaînement des lésions et des troubles fonctionnels que détermine la rétention. Mais, au point de vue des altérations rénales, nous ne saurions trop insister sur la rapidité de leur apparition et de leur évolution. Sans doute, nous ne pouvons mettre sur le même plan les conséquences de la congestion réflexe du début qui aboutit à la polyurie, et celles de la congestion mécanique de la distension qui amoindrit et perturbe la fonction rénale. Mais il est impossible de perdre un instant de vue que, dès que la vessie cesse de pouvoir se vider, le rein est prochainement menacé et qu'il peut être gravement atteint. Aussi, sans le secours de l'infection, la rétention détermine-t-elle la mort, et la détermine-t-elle par le rein, dont les fonctions préservatrices profondément troublées livrent l'organisme aux conséquences des intoxications que déterminent les produits excrémentitiels dont l'élimination n'est plus assurée.

Il y a donc intérêt de premier ordre à combattre de bonne heure la rétention, à intervenir lorsqu'elle n'est encore que vésicale. L'expérimentation, plus peut-être que la clinique, démontre à quel point s'impose la nécessité de promptement agir. Rien de plus instructif à cet égard que ce qui se passe du côté du rein après les premières vingt-quatre heures. Et c'est parce qu'il nous a semblé que l'on ne pouvait trop appuyer sur semblables démonstrations que nous nous y sommes autant arrêtés.

Ce ne sont pas seulement les intérêts immédiats des malades qui peuvent être efficacement servis par la connaissance des faits que nous venons d'exposer. C'est aussi leur avenir. Il est difficile de ne pas admettre que l'excitation morbide que subit le rein, que les lésions, qui s'y constituent en si peu de temps, soient sans lendemain. Et, de fait, c'est à l'occasion des rétentions que s'affirment ou s'aggravent souvent les lésions rénales. Ici intervient, il est vrai, l'infection; elle intervient si bien qu'elle a été jusqu'à présent, en quelque sorte, la règle en clinique.

Nous savons, en effet, à quel point la rétention rend l'appareil urinaire accessible, dans toutes ses parties, à l'invasion microbienne. Aussi nous est-il difficile de nous aider de l'observation clinique pour faire la part qui revient à la rétention aiguë dans l'évolution des lésions rénales qu'elle détermine. Mais ce que l'observation nous permet d'affirmer, c'est que plus on prend soin de méthodiquement évacuer la vessie, de la soustraire à la tension, et mieux on préserve les malades. Même chez les sujets infectés, le moyen le plus efficace pour venir au secours du rein est d'assurer le fonctionnement régulier de la vessie.

Nos expériences démontrent encore quelle peut être l'influence de la suppression de la tension sur le fonctionnement ultérieur de la vessie. Nous avons exposé dans leurs détails les modifications anatomiques que prépare la distension. La dissociation des éléments musculaires empêchera l'unité de contraction si nécessaire au fonctionnement régulier de la vessie et que ne peuvent remplacer les contractions partielles, quelque énergiques qu'on les suppose.

Mais, nous l'avons vu, la contractilité elle-même est prochai-

nement menacée. Sans revenir sur les intéressantes constatations faites sur le réservoir de l'urine et sur les uretères, nous ne rappellerons que les effets si décisifs de la prolongation de la rétention sur leur puissance musculaire.

Là, encore, comme dans tout ce qui se rapporte à l'anatomie et à la physiologie pathologiques de la rétention aiguë et complète d'urine, s'affirme l'action prépondérante de la distension de la façon la plus certaine.

II. ÉTUDE CLINIQUE. — L'observation fournit pour l'étude de la physiologie pathologique de la rétention des enseignements de premier ordre. Nous y avons fait allusion et indiqué que ces résultats, depuis longtemps acquis, avaient été le point de départ de nos recherches expérimentales. Nous les exposerons tout d'abord et nous ne reviendrons pas sur l'anatomie pathologique. Il suffit, pour le moment, d'avoir mis en lumière le rôle prépondérant de la tension et d'avoir indiqué celui de l'infection. Aller plus loin nous exposerait à entrer dans des détails qui ne peuvent trouver place que dans des descriptions particulières. Nous resterons, au contraire, dans l'étude des généralités en portant dès à présent notre attention sur les phénomènes observés au cours de la rétention. Cela est d'autant plus nécessaire que la clinique nous met à même d'étudier la rétention chronique. Son évolution lente, ses deux variétés principales, que caractérisent la réplétion sans forte tension et la tension portée à son minimum, fournissent des données particulièrement importantes, que l'expérimentation ne peut reproduire. La durée, souvent fort longue, de l'observation la rend particulièrement démonstrative.

Rétentions chroniques. — Qu'elle soit complète ou incomplète, la rétention chronique ne modifie sensiblement ni l'aspect ni la composition des urines. La stagnation, pour employer un mot souvent usité, est par elle-même sans effet. On a pensé et dit le contraire. La physiologie pathologique et les notions, aujourd'hui connues, du mécanisme et du rôle de l'infection urinaire ne permettent plus semblables manières de voir. La tension, en compromettant les fonctions du rein, peut modifier la composition des urines. La pénétration de microorganismes

détermine diverses altérations que nous aurons à étudier. Chez certains sujets, cette pénétration peut s'effectuer en l'absence de tout cathétérisme et de toute contamination génitale; mais c'est en général sous l'influence de ces causes que se fait l'infection et que surviennent les changements d'aspect et de qualité des urines retenues dans la vessie et non sous l'influence de la stagnation.

Abandonnées à elles-mêmes, ces rétentions restent donc généralement apyrétiques et aseptiques, quelle que soit leur durée; les urines sont et demeurent limpides. Toujours elles déterminent de la polyurie et des troubles digestifs complexes; enfin l'état congestif est des plus accusés.

La fièvre n'apparaît pas constamment chez ces malades, même lorsqu'ils ont été infectés. Il en est qui ne sont plus aptes à réagir et c'est parmi eux que l'on rencontre ces cas sur lesquels nous avons depuis longtemps attiré l'attention, où les accidents urinaires évoluent sans température et se terminent en hypothermie. Mais lorsque la fièvre se montre, c'est toujours après une intervention faite sans précautions antiseptiques.

La polyurie, qui peut s'élever à 4 et 5 litres, n'est pas seulement attribuable à la rétention, il y a, en effet, des lésions rénales qui la peuvent expliquer¹. Néanmoins, lorsque les malades ont été soumis au cathétérisme et soustraits aux effets de la tension intravésicale, la quantité d'urine est toujours singulièrement réduite et ramenée dans la majeure partie des cas à la normale. Chez un malade actuellement en observation vous la voyez réduite en dix jours de 5 litres à 2 litres. Ces malades sont, il est vrai, débarrassés de la soif, dont plusieurs souffrent beaucoup, et ils diminuent la quantité des boissons. Mais tous ne sont pas polydypsiques, et tous sont polyuriques. Nous avons vu, dans nos expériences, que si la tension détermine tout d'abord l'accroissement du chiffre des urines, elle ne tarde pas à le faire baisser. Chez les animaux ligaturés, la pression n'est jamais amoindrie; chez les malades les plus distendus, elle a pour correctif le regor-

¹ Ces lésions rénales aseptiques consistent dans la dilatation des canalicules et de la capsule de Bowman, tandis que les épithéliums sont aplatis; dans le tissu conjonctif on peut voir seulement un léger œdème et, dans les périodes avancées, une légère prolifération sans infiltration embryonnaire.

gement qui exonère la vessie d'une façon presque continue, tant ses effets se renouvellent fréquemment. La stase n'est pas absolue, et c'est sans nul doute à cette décompression très relative, mais sans cesse renouvelée, que le rein doit la conservation de ses fonctions.

Chez ces malades, le rein paraît même être en état de suractivité. Au point de vue de la filtration plus abondante, cela n'est, en effet, pas douteux, puisque la quantité d'urine est dans presque tous les cas augmentée. Au point de vue de l'élimination des matériaux auxquels le rein donne passage, il n'en est plus de même. Il n'y a cependant pas une diminution notable dans la proportion des substances excrétées. Sans doute, pour ne parler que de l'urée, son chiffre est abaissé; mais, si l'on rapporte les quantités observées par 1,000 grammes à la totalité des urines des vingt-quatre heures, la diminution est assez peu sensible, car il faut tenir compte du ralentissement de la nutrition. C'est sur l'acide urique que paraît se faire la diminution la plus marquée. De recherches faites autrefois dans nos salles par Méhu et par M. Guignard, il résulte qu'il est toujours laborieux d'en constater la présence, et que, lorsqu'il est rencontré, son chiffre maximum est représenté par 15 à 30 centigrammes dans les vingt-quatre heures¹.

¹ De nouvelles recherches faites avec le concours de M. Chabré confirment ces résultats. Elles ont porté sur des cas aigus et sur des cas chroniques; pour ces derniers, il est important de distinguer ceux où il y a polyurie des observations rares où ce phénomène a fait défaut. Sur huit cas de rétention aiguë, nous n'avons vu le chiffre de l'urée diminuer que lorsque la retenue s'est prolongée pendant quarante-huit heures; encore est-il que le chiffre ne tombe alors qu'à 13 gr. 8. Ce même taux, 13 gr. 39, fut retrouvé après vingt-deux heures, et dans un cas nous constatâmes 5 gr. 12 seulement, après 12 heures. Il s'agissait d'un sujet foncièrement alcoolique. Ces deux cas où l'état rénal était suspect mis à part, c'est la durée plus encore que la quantité d'urine retenue, qui paraît avoir eu de l'influence sur les éliminations; dans un cas où depuis dix jours le malade n'avait reçu que des secours irréguliers, le chiffre s'était abaissé à 12,61. Mais en somme la rétention aiguë nous a paru n'avoir que peu d'influence sur l'ensemble des éliminations. Nous avons d'ailleurs vu dans nos expériences que la congestion qui s'établit dès le début n'aboutit à l'hémorragie qu'après trente-six heures en moyenne et que les lésions graves ne s'observent guère dans les rétentions absolues qu'après soixante heures (page 78). Dans nos expériences sur les effets de la pression intra-rénale nous insistons sur la nécessité de sa longue durée pour aboutir aux très grandes diminutions dans les éliminations (Acad. des Sciences, 29 février 1892). Dans les rétentions chroniques avec distension accompagnée de polyurie, nous voyons, en négligeant les fractions, le taux de l'urée descendre à des chiffres très faibles: 6, 2, 2, 3, 8, 5, 8; mais il y a 3,000, 5,000, 6,000, 3,500, 5,000, 2,000, 2,000 grammes d'urine rendus. La surabondance de l'excrétion aqueuse supplée donc à la faible élimination; on peut dire

Malgré la conservation d'un courant urétéro-vésical et vésico-urétral, un milieu stable est constitué, et l'irrigation descendante dont l'expérimentation nous a montré l'influence si nettement préservatrice ne se produit que dans des limites fort restreintes. Aussi, les conditions de réceptivité à l'invasion microbienne sont-elles établies à l'extrême. Les exemples ne manquent pas d'infections très rapidement mortelles survenues à la suite d'un cathétérisme pratiqué en apparence dans les conditions les plus rassurantes.

L'état congestif ne témoigne, lui aussi, de son importance qu'à propos de l'intervention. Contrairement aux rétentionnistes aigus et complets, les distendus à rétention incomplète ne saignent pas spontanément; mais dans aucun autre cas il n'est aussi facile de provoquer des hématuries et de leur voir revêtir une allure plus grave. On peut presque les provoquer à coup sûr. Il suffit de vider rapidement et complètement la vessie. Et, comme on a du même coup évacué les bassinets et les uretères, on observe à l'autopsie, qui ne se fait guère attendre, des hémorragies dans les cavités du rein et même dans son parenchyme; l'on a, de plus, sous les yeux, tous les témoignages anatomiques de la congestion la plus intense de la vessie.

Dans les rétentions incomplètes à tension faible ou modérée, les mêmes phénomènes sont observés, mais à des degrés moindres. C'est un point vraiment intéressant et probant de l'influence prépondérante de la tension, que de voir cette subordination des accidents que détermine la rétention, proportionnée au degré de la pression intra-vésicale. Ce sont des faits que l'observation de chaque jour permet de vérifier. Et, pour ne prendre que deux exemples, nous rappellerons que l'on peut et que l'on doit, en pareil cas, vider totalement la vessie dès le premier cathétérisme. Loin de trouver un inconvénient dans

qu'elle la corrige. Aussi, lorsqu'elle fait défaut, le pronostic est-il particulièrement grave. C'est ce que nous avons constaté chez deux malades dont l'un rendait de 1,000 à 1,800 gr. au maximum et n'avait que 2,52 d'urée par litre, tandis que le second, ne dépassant guère un litre, n'excrétait que 2,56 et tomba à 1,95 avant de mourir. Chez tous ces malades le chiffre de l'acide urique était fortement abaissé. Chez l'un de ceux qui rendaient deux litres avec 8,23 d'urée pour 1,000 grammes il n'y avait que 0,01 d'acide urique. Les urines n'étaient que très peu purulentes; lorsqu'elles le sont franchement, on peut même ne retrouver aucune trace d'acide urique.

semblable pratique, on ne recueillera qu'avantages. Dans ces conditions encore, les fautes contre l'antisepsie ne sont pas aussi certainement et surtout aussi prochainement punies, que lorsque la tension est poussée à son maximum.

Cette variété de rétentions incomplètes nous fournit encore l'occasion d'observations fort curieuses au point de vue de la fièvre. C'est, en effet, chez les malades de cette catégorie qu'elle est fréquemment observée. Nous n'insisterons pas sur les cas où la fièvre est le résultat direct de l'intervention. Il y a là un fait qui s'impose à l'observateur, et dont la pathogénie ne peut rester douteuse; mais il est des sujets chez lesquels l'intervention ne s'est jamais exercée et qui cependant sont dans un état fébrile souvent fort accusé et parfois grave. Il en est d'autres qui n'ont pas été actuellement l'objet d'une intervention, mais qui ont autrefois été soumis à plus ou moins de cathétérismes. Chez ces malades fébricitants, qui n'ont jamais été sondés, on se trouvera souvent en présence de blennorrhagiques, quelquefois de diathésiques tels que les tuberculeux, mais surtout de blennorrhagiques. Il faut d'autant plus être averti, que l'infection peut être récente ou ancienne. Quoi qu'il en soit, le rôle de la rétention est alors des plus évidents. Nous avons publié en juin 1889¹ le cas d'un blennorrhagique de 49 ans admis le 6 avril précédent pour une rétention d'urine incomplète accompagnée de phénomènes fébriles graves et d'hématurie fort prononcée. Un rétrécissement rapidement constitué avait été la cause de la rétention; la vessie s'était infectée depuis qu'elle ne pouvait plus se vider complètement. La tension très forte déterminait, en outre, la congestion hématurique. L'uréthrotomie pratiquée d'urgence fit cesser immédiatement la perte de sang et permit de triompher peu à peu de la fièvre. Plusieurs faits de notre service ont fourni la même démonstration au point de vue de l'influence de la déplétion de la vessie sur la cessation des phénomènes fébriles. Il en est d'anciennement publiés. Mais nous n'avons pas fait alors la part de l'infection. Son rôle nous fut démontré plus tard par l'observation, et l'expérimentation nous a fourni à cet

¹ F. GUYON, *Physiologie pathologique de la rétention d'urine*. (*Annales des maladies des org. gén.-urin.*, juin 1889).

égard les renseignements les plus explicites. Aussi faut-il, dans tous les cas où la fièvre se montre chez un sujet qui ne vide pas sa vessie, assurer son évacuation absolue.

Le cathétérisme répété et souvent même l'évacuation continue par la sonde à demeure sont avant tout indiqués. La preuve de l'heureuse influence de cette pratique est si bien démontrée que c'est une règle établie dans notre service de ne jamais hésiter à recourir à la sonde en pareille occurrence. Dans un cas récent où des accidents fébriles répétés depuis près d'un mois devenaient menaçants chez un malade soigné d'ailleurs avec de minutieuses précautions antiseptiques, mais antérieurement contaminé, il nous a suffi de conseiller de multiplier les sondages pour obtenir la cessation de la fièvre¹.

Rien ne saurait, en effet, remplacer l'évacuation suffisante d'un réservoir contaminé. Sans doute, les lavages antiseptiques ont une importance que la pratique affirme. Mais ils demeurent insuffisants, ils peuvent être complètement impuissants si l'évacuation répétée ou continue ne vient pas fournir la condition première et essentielle de la préservation.

Ne pas souffrir de stagnation dans une vessie infectée, se mettre à l'abri de la tension même passagère qui s'établit forcément lorsque les sondages sont trop espacés, tels sont les principes essentiels qui ressortent de l'étude clinique et expérimentale de la rétention envisagée dans ses rapports avec l'état fébrile.

C'est encore chez les sujets atteints de rétention chronique incomplète que peuvent être bien étudiés les troubles digestifs qui compliquent les maladies des voies urinaires.

Rétention aiguë. — Dans la rétention aiguë, l'observation clinique permet également de relever : l'apyrexie et l'évolution aseptique chez les sujets non contaminés à l'avance, la fièvre survenant après l'intervention septique, la polyurie, certains troubles digestifs et la congestion. L'observation est plus com-

¹ Chez ce malade qui a dû continuer à se servir de la sonde, la bactérie pyogène (bactérie septique de Clado) se rencontre encore en grande quantité dans les urines, alors qu'il n'est plus fébricitant depuis longtemps. Nous observons journellement des faits semblables. Ils démontrent que l'infection peut persister sans déterminer d'accidents, si le cathétérisme la localise à la vessie.

plexe au point de vue des phénomènes fébriles dans la rétention aiguë. On pourrait être tenté de mettre sur le compte de la douleur très vive, de l'agitation extrême qui souvent l'accompagne, les ascensions de température. Nous ne voudrions pas nier qu'elles puissent l'influencer dans une certaine mesure. Mais ce que nous avons maintes fois observé, de même que les résultats si nets de l'expérimentation, rapprochés de ceux non moins concluants obtenus pendant les longues périodes de la rétention chronique aseptique, nous autorisent à rattacher à l'infection l'apparition des accidents fébriles de la rétention aiguë.

L'état douloureux et l'agitation excessive n'ont fait défaut chez aucun de nos animaux. Nous en avons à dessein fait le tableau. Nous sommes cependant en droit d'affirmer que l'élévation de température n'a reconnu d'autre cause que l'infection. Il suffit de se reporter à l'exposé des résultats fournis par nos expériences pour s'en convaincre.

Chez l'homme, nous en avons la preuve dans une double série d'observations cliniques. En premier lieu, nous nous sommes à diverses reprises assurés que les urines des rétentionnistes chroniques apyrétiques à grande distension ne cultivent pas, qu'elles ne contiennent aucun micro-organisme ; constatation importante, car de tous les urinaires ce sont ces malades qui subissent au plus haut degré les effets de la contamination. En second lieu, et par opposition à cette première série de faits, nous n'avons jamais observé un urinaire fébricitant dont les urines ne contiennent pas de micro-organismes.

Dans les cas de rétention aiguë, les accidents infectieux peuvent être moins à redouter ; il ne sera douteux pour personne qu'un bien grand nombre de malades ont échappé à ces conséquences ! La pratique du cathétérisme aseptique est encore l'exception, et peu nombreux sont, en définitive, les sujets qui meurent infectés à la suite d'une évacuation plus ou moins septique, faite dans un cas de rétention aiguë. Les résultats de l'inoculation de la vessie seront, d'ailleurs, d'autant moins à craindre que le cathétérisme aura été plus régulièrement répété, que l'on aura agi de façon à ne plus permettre à la tension de se reproduire. Et cette raison s'ajoute à beaucoup

d'autres pour recommander de ne pas tomber dans l'erreur commune qui consiste à éloigner autant que possible la répétition du sondage. Mais alors même que l'on fait l'évacuation de la façon la plus complète, cette condition préservatrice peut être impuissante à mettre à l'abri le malade infecté par le cathétérisme initial. L'expérimentation nous a, en effet, démontré les conséquences anatomiques et physiologiques de la prolongation de la rétention complète aiguë. Il est facile de comprendre quelle serait la gravité d'un cathétérisme septique pratiqué dans un cas où la retenue de l'urine dépasserait vingt-quatre heures. Or, il n'est pas rare que les malades ne soient secourus qu'après ce délai. Les enseignements de l'expérimentation sont trop formels pour que l'on puisse arguer de faits où la guérison a été obtenue malgré des négligences d'antisepsie. Il faut poser en règle qu'elle doit être aussi complète dans les cas aigus que dans les cas chroniques avec distension.

La polyurie dans la rétention aiguë succède habituellement aux premières évacuations. Elle est peu prononcée. Nous ne voulons pas entrer dans la discussion pathogénique de ce phénomène, que nous aborderons plus tard. Nous ne retiendrons qu'un fait : c'est que la suractivité fonctionnelle du rein mise en jeu par le réflexe vésical, paraît seule permettre l'explication physiologique de ce phénomène. Sans insister, nous nous bornerons à rapporter une observation récemment recueillie dans des conditions qui la rendent nettement démonstrative. Il s'agit d'un jeune blennorrhagique de vingt-cinq ans, absolument indemne de tout passé urinaire, qui fut atteint de rétention aiguë sous l'influence d'un abcès de la prostate. La rétention datait de quarante-huit heures. Dans les vingt-quatre heures qui suivirent le premier cathétérisme, la quantité d'urine fut de 3 lit. 250 : le lendemain il y en avait près de 3 litres, et 5 jours après on mesurait encore 2 litres en vingt-quatre heures. Ce malade ne pouvait cependant être accusé à aucun degré d'avoir les reins malades. Il faut, en effet, pour faire le départ de l'influence de la rétention, observer des cas semblables à celui-ci ; ils ne peuvent prêter à la discussion. Aussi ne citons-nous pas les cas nombreux où nous avons constaté cette même augmentation temporaire chez des prostatiques atteints de rétention aiguë. Nous devons cependant remarquer que la diminution

progressive nettement constatée, plaide manifestement en faveur de l'action de la rétention sur le rein. Cette influence du réflexe vésico-rénal est rendue trop évidente par nombre de faits d'observation journalière et trop bien confirmée par nos expériences, pour que nous ne croyions pas devoir l'accepter également pour les cas que nous signalons.

Nous serions incomplets si nous ne disions que des modifications qualitatives de l'urine peuvent être observées dans les rétentions aiguës. Celles qui se produisent sous l'influence de la congestion sont particulièrement intéressantes.

La congestion s'étend à tout l'appareil, et il est facile de le démontrer cliniquement. L'augmentation temporaire, si souvent constatée, du volume de la prostate ; les douleurs lombaires et quelquefois même l'accroissement tangible des diamètres du rein en témoignent, nous y insisterons. Du côté de la vessie, c'est le mélange du sang à l'urine qui fait la preuve. Contrairement à ce qui est observé dans les grandes distensions chroniques, ce n'est pas sous l'influence de la déplétion que le sang apparaît. Le cathétérisme n'y est pour rien ; l'urine était colorée avant l'intervention. La teinte anormale se constate dès le premier jet et persiste jusqu'au bout avec la même nuance qui est plus brune que rouge. Dans quelques cas, lorsque la distension a été rapidement menée à l'extrême, comme il arrive aux ivrognes pris de rétention après boire et lorsque la rétention a duré plus de vingt-quatre ou trente-six heures, il peut y avoir plus de rutilance alors que la vessie achève d'être vidée. Telle est la règle. Il est cependant possible qu'une évacuation rapide et brusque détermine, comme dans la rétention chronique avec distension, un saignement terminal abondant ; le cathétérisme pratiqué de la sorte peut même devenir l'occasion d'une importante hématurie. Dans l'*Atlas des maladies des voies urinaires*¹ ont été dessinées deux pièces très démonstratives au point de vue de l'intensité de la congestion de la vessie et de l'hématurie qui succède à l'évacuation totale et rapide. Elle peut aussi, mais exceptionnellement, se produire d'une façon sérieuse, sous l'influence de la distension et disparaître, grâce à des évacuations méthodiques. J'en citais un cas tout à l'heure (p. 101),

¹ *Atlas*, pl. XI et XLIII.

et l'étude expérimentale de la rétention fait comprendre la possibilité des hématuries spontanées ou provoquées.

Nous avons observé, il y a quatre ans, un homme âgé qui fut pris d'hématurie dans une rétention aiguë incomplète et qui, depuis l'évacuation, est resté entièrement indemne, à la condition de continuer à n'uriner que par l'intermédiaire de la sonde. Il est cependant fort rare que l'hématurie ait une grande abondance, mais il est fréquent de la rencontrer à un faible degré, dans les cas aigus, lorsque les malades sont tardivement sondés.

La congestion rénale peut être appréciée par l'augmentation de volume du rein et par l'examen des urines.

Nous avons déterminé expérimentalement que l'augmentation du volume du rein produite par la congestion peut aller à plus d'un sixième de son volume. Le ballottement rénal permet de constater cliniquement qu'il en est de même chez les malades. Nous observions récemment, à la salle Velpeau, un homme entré avec une rétention aiguë survenue sous l'influence d'une carcinose prostatopelvienne diffuse. La vessie, très distendue, dépassait l'ombilic¹. Les deux reins pouvaient être sentis par le ballottement et, depuis que le malade est soumis à des évacuations régulières, ils ne peuvent être reconnus par les recherches les plus attentives. Nous avons maintes fois fait les mêmes observations et, en particulier, chez un malade de la ville qui eut à deux reprises, après une seconde distension, la même augmentation de volume. Elle cessa d'être appréciable lorsque ses deux rétentions eurent été convenablement traitées. La congestion rénale s'affirme encore par des douleurs spontanées que la pression, exercée directement sur le rein, augmente sensiblement. On pourrait, en pareille occurrence, croire à une néphrite, si l'on n'était prévenu de la possibilité du fait sous la seule influence congestive.

L'examen des urines permet, dans quelques cas, de reconnaître la présence de cylindres hématiques qui représentent exacte-

¹ Chez ce malade les deux membres inférieurs étaient fortement œdémateux et cessèrent de l'être à la suite de l'évacuation. Nous avons observé le même fait, un œdème double chez un malade de la ville, et, chez un troisième, un œdème unilatéral énorme, à gauche. L'évacuation fit disparaître rapidement le gonflement. Bien que la phlébite soit possible dans certains cas, il n'est pas douteux que la compression suffise pour déterminer un œdème considérable.

ment le moulage des canalicules rénaux. Nous les avons observés dans trois cas de rétention aiguë chez des prostatiques, sur sept examens pratiqués dans ce but. Nous les avons également rencontrés dans le cas de rétention par prostatite aiguë dont nous avons parlé à propos de la polyurie. La congestion rénale intense est donc relativement fréquente; il est permis de penser que le rein participe à la production des hématuries provoquées par la rétention d'urine aiguë complète lorsqu'elle est prolongée. L'analyse anatomique des urines nous a permis d'y rencontrer aussi des globules rouges, des leucocytes, des cellules du bassinet, de la vessie, de l'uretère, et quelques cylindres épithéliaux.

La congestion de la prostate est tout aussi évidente; deux faits fréquemment, presque habituellement observés, la démontrent.

On sait avec quelle facilité on fait saigner la prostate. Un écoulement sanguin abondant peut suivre parfois le cathétérisme le mieux conduit. Pour peu qu'il soit contondant et, à plus forte raison, s'il est l'occasion d'une blessure, l'hémorragie est abondante et durable.

La congestion de la prostate s'observe en particulier dans les attaques de rétention aiguë; elle peut aussi se rencontrer chez des malades depuis longtemps habitués à vider leur vessie. Nous avons donné des soins récemment à un prostatique que nous avons autrefois opéré de la pierre et qui, depuis trois ans, recourait à la sonde. L'hématurie, provoquée par un passage difficile, se renouvela avec une intensité telle, lorsque nous pratiquâmes le cathétérisme, que nous fûmes obligé de laisser la sonde à demeure. L'accident se renouvela à diverses reprises, malgré la facilité et la douceur de l'introduction, si bien qu'il fallut se résigner à faire porter l'instrument à demeure pendant trois semaines.

Tous les chirurgiens savent que, dans la rétention aiguë, c'est lors du premier cathétérisme que se rencontrent les principales difficultés. On avait failli ne pas réussir tout d'abord; on passa ensuite avec la plus grande facilité. L'influence de l'augmentation congestive de la prostate devient surtout évidente dans les cas où l'on est conduit à pratiquer la ponction de la vessie. Sous l'influence de la détente ainsi obtenue, les

essais, tout à l'heure infructueux, sont couronnés de succès. Des examens faits à longue distance, de même que le retour de la miction spontanée témoignent encore de l'énorme congestion subie par la prostate dans les rétentions aiguës. Nous n'insisterons pas sur ces faits bien connus, et nous terminerons en signalant les effets de la tension de la vessie sur la musculature de cet organe.

La contractilité est, nous l'avons vu de la façon la plus frappante dans nos expériences, amoindrie par la pression intra-vésicale; elle peut être même complètement abolie aussi bien dans la vessie que dans les uretères. Il nous a été facile de démontrer que l'altération de la puissance du muscle vésical était en rapport direct avec le degré et la durée de la rétention, en d'autres termes avec le plus ou moins de tension. En clinique, ces faits intéressants sont aussi observés. Sans parler de la dissociation de la couche musculaire et en ne tenant compte que des effets prochains d'une rétention complète et quelque peu prolongée, il est facile de s'assurer des modifications physiologiques que lui fait subir la distension. Nous avons maintes fois observé à ce point de vue des sujets jeunes atteints de rétention à la suite de prostatite aiguë. Ce sont, en effet, les cas où le muscle vésical n'a subi aucune modification; chez les rétrécis, il a bénéficié de l'hypertrophie compensatrice; chez les prostatiques, l'artériosclérose a déjà fait son œuvre. Toujours, nous avons constaté que l'urine, qui s'échappait tout d'abord avec assez de force, ne s'écoulait bientôt qu'en retombant presque directement dans le vase. L'élévation de l'instrument au-dessus de l'horizontale suffisait pour interrompre presque complètement l'écoulement. Il fallait faire appel à la contraction des muscles de l'abdomen ou à la pression hypogastrique pour arriver à l'évacuation totale. Ces phénomènes ne sont que passagers chez les sujets jeunes et en particulier chez les rétrécis. Mais ils sont durables chez les prostatiques, et l'on sait que l'absence de contraction suffisante peut devenir définitive. Sans chercher ici la part qu'il convient de faire à l'hypertrophie de la prostate et à l'inertie vésicale pour expliquer la rétention d'urine chez les sujets âgés, nous devons insister sur les effets si nets de la distension et sur leurs conséquences. Il est de toute évidence que, pour venir efficace-

ment au secours du muscle vésical, il faut avant tout le soustraire à l'influence qui empêche la contractilité d'entrer en jeu. Il faut évacuer au plus tôt et réitérer aussi souvent que nécessaire l'emploi de la sonde.

Faire cesser la tension de la vessie et l'empêcher de se reproduire, telle est, en effet, la formule pratique qui se dégage des faits que nous venons d'exposer. En s'y confirmant on ne satisfait pas à toutes les indications du traitement de la rétention, mais on remplit la plus importante. On obéit à une idée directrice qui assure l'application méthodique et efficace de tous les préceptes qui découlent de l'étude de l'anatomie et de la physiologie pathologiques de la rétention d'urine. On favorise enfin d'une façon très efficace les bons effets de l'application de l'antisepsie dont nous savons l'indispensable nécessité.

Les signes fonctionnels de la rétention ne sont accusés que lorsqu'elle est complète. Lorsqu'elle est incomplète, c'est le symptôme fréquence, également réparti sur la nuit et sur le jour, ou plus prononcé pendant la nuit et en tout cas observé pendant la nuit, qui peut mettre le clinicien sur la voie. C'est encore la difficulté de la miction se traduisant par le retard dans l'apparition de l'urine au méat. Ces signes et souvent aussi des symptômes fort étrangers en apparence aux fonctions urinaires, tels que les troubles digestifs, conduiront à pratiquer l'examen direct du réservoir urinaire.

Lorsque la rétention est complète, à l'impossibilité d'uriner se joignent habituellement et prochainement les angoisses physiques et morales, que déterminent les efforts inutilement tentés pour accomplir la miction. Il est cependant des malades qui supportent avec une surprenante facilité la distension extrême du réservoir urinaire même dans la rétention complète aiguë, et cela pendant douze, vingt-quatre heures et plus. Mais cette tolérance est exceptionnelle. Le malade qui n'a pu satisfaire le besoin d'uriner est bientôt sollicité à nouveau, soit par préoccupation intellectuelle, soit par incitation réelle. Il recommence ses essais, et, s'ils sont infructueux, il se livre à des efforts qu'il prolonge, qu'il proportionne à son désir d'obtenir la sortie de l'urine. Il les prodigue et les augmente. Bientôt ils deviennent involontaires, et le malade, sollicité par la con-

traction vésicale devenue douloureuse, pousse d'une façon inconsciente. Les actes auxquels il s'abandonne pour arriver à obtenir la miction sont désormais involontaires; il n'est plus libre de ne pas pousser, de ne pas exagérer les efforts, de ne pas les porter à l'extrême.

Anxieux, agité, il ne cesse de gémir et de pousser des plaintes, tantôt sourdes, tantôt presque furieuses. Les douleurs sont vives; les besoins d'uriner répétés, pressants. C'est en vain que le malheureux cherche à les satisfaire. Il pousse, il fait effort, il se cramponne à tout ce qui l'entoure, prend tout espèce de position, et cependant rien ne s'échappe du méat. Bientôt, haletant et ruisselant de sueur, il retombe épuisé sur son lit. Mais à peine quelques instants se sont-ils écoulés que de nouveaux besoins éveillent une nouvelle crise, toute aussi infructueuse que la première. Plus de répit, plus de calme, mais une agitation perpétuelle. Se levant, se couchant, le malade essaye incessamment de toutes les positions. C'est l'angoisse douloureuse poussée jusqu'au paroxysme, et que ne reproduit peut-être d'une façon aussi complète aucune autre maladie. Bien faites pour frapper l'esprit, ces angoisses, bien décrites par Civiale¹, font comprendre que Montaigne, qui ne les connaissait que trop par expérience, s'écrie: « Oh! que ce bon empereur, qui faisait lier la verge à ses criminels pour les faire mourir, était grand maître en la science de la bourrellerie! » Cependant, bien que très exceptionnellement, sous leur influence le malade peut être frappé de délire. Mais s'il perd la notion de ce qui l'entoure, si ses paroles révèlent l'incohérence de ses pensées, l'angoisse vésicale n'en persiste pas moins, comme le prouvent les gestes automatiques; les mains ne cessent de parcourir la verge, le périnée, l'hypogastre, et les muscles abdominaux fortement contractés font relief sous les téguments.

Ne croyez pas, Messieurs, qu'il s'agisse ici d'un tableau de fantaisie et fait à plaisir. N'avez-vous pas entendu ce matin même les plaintes et les gémissements du n° 14, de ce malade qu'on nous a apporté hier soir. Peu lui importait notre présence dans la salle: il se levait, allait, venait, criait, se cou-

¹ CIVIALE, *Traité des maladies des organes génito-urinaires*, t. III, 1860, p. 292 à 297.

chait pour se relever encore. En arrivant à son lit, vous avez pu constater avec nous un état de subdélire des plus nets avec loquacité extrême, phénomènes qui, soit dit en passant, ont cessé comme par enchantement dès que la sonde évacuatrice a commencé à donner issue à l'urine. A peine 300 grammes du liquide s'étaient-ils écoulés que cet homme, tout à l'heure bavard et furieux, que cet homme qu'il vous fallait tenir pendant que nous le sondions, était devenu calme et paisible, en même temps que le facies exprimait un véritable soulagement. Les troubles cérébraux ne doivent donc pas être rattachés à des phénomènes d'ordre urémique, mais à l'excès même de la douleur, du moins dans les premières heures de leur apparition.

Plus tard, en effet, l'intoxication urinaire existe, et c'est elle qui, presque toujours, entraîne les accidents mortels qui peuvent se produire en dehors de toute infection. Ces cas sont, en effet, de ceux qui justifient l'exclamation d'Heister: « Il faut ou pisser ou périr. »

Il n'est pas impossible, nous l'avons dit, dans notre étude expérimentale, que dans la rétention aiguë abandonnée à elle-même une rupture de la vessie se produise. Nous avons déclaré qu'elle était tout à fait exceptionnelle chez l'homme. Il faut, en effet, que des conditions particulières aient préparé la déchirure; c'est ainsi que dans certains cas la paroi vésicale déformée et amincie peut ne pas supporter une pression trop élevée.

Lorsque l'impossibilité d'uriner est complète, le *diagnostic du symptôme rétention* est facile. Le malade l'a fait avant même que vous n'ayez paru, et son entourage vous le répète. Mais encore faut-il que vous ayez palpé l'hypogastre pour que la réalité de la rétention soit désormais établie. Vous devrez, pour être bien renseignés, combiner le toucher rectal et le palper hypogastrique. Vous ferez ainsi d'une façon précise le diagnostic de la rétention et pourrez apprécier le degré de plénitude et de tension du réservoir vésical.

A ce diagnostic si facile de la rétention complète, nous devons opposer le diagnostic insidieux de la rétention incomplète. Dans ces cas, le chirurgien n'est conduit à l'examen de

la vessie que par l'étude du commémoratif et des symptômes concomitants. Là encore le toucher combiné donnera les renseignements les plus positifs.

Dans la rétention complète et aiguë ce n'est plus au diagnostic de la rétention, mais à celui, plus important encore, de la variété, que le commémoratif permet d'arriver.

Il faut, en effet, que le chirurgien s'informe du passé du malade et des derniers faits qui ont précédé l'apparition de la rétention, s'il veut avoir quelques données sur la nature et le siège probables de l'obstacle qui détermine la rétention. Vous pouvez facilement apprendre par vos questions s'il s'agit d'un rétréci, d'un prostatique ou d'un blennorrhagique ayant fait quelque imprudence. A plus forte raison, apprendrez-vous l'existence d'un traumatisme récent.

L'âge du sujet ne saurait suffire pour incriminer la prostate ou soupçonner l'urèthre. Il est vrai que l'on peut supposer que l'on a affaire : chez un sujet âgé, à une hypertrophie prostatique; chez un adulte, à un rétrécissement; chez un plus jeune sujet, à un état congestif et spasmodique de l'urèthre.

Mais il y a trop d'exceptions à ces faits généraux pour accepter qu'ils puissent vous servir de règle et de guide. Nous vous avons souvent montré chez de jeunes sujets des rétentions d'urine dues à des lésions aiguës de la prostate ou à des poussées aiguës compliquant des lésions chroniques. C'est ce qui s'observe dans les prostatites phlegmoneuses ou dans ces prostatites tuberculeuses, si communes, que vous ne cessez d'observer dans nos salles. Les rétrécissements chez les vieillards ne sont pas chose exceptionnelle, et, fait curieux, les difficultés prononcées de la miction attendent souvent, pour se manifester, qu'à la lésion du canal se soit jointe une déformation du col par suite de l'hypertrophie sénile de la prostate, ou un affaiblissement de la force contractile de la vessie.

L'âge du sujet ne saurait donc entrer en ligne de compte qu'à titre de renseignement et rien de plus, car, pour soigner une rétention, il faut une certitude étiologique et non pas une approximation plus ou moins juste.

Si, comme je vous le conseille, et comme nous avons coutume de le faire ici, vous vous adressez aux commémoratifs

pour décider du présent, vous serez naturellement, et d'emblée, amenés à classer vos malades atteints de rétention d'urine dans l'un des groupes suivants :

Où ils n'ont pas de passé morbide et n'ont jamais eu, si ce n'est peut-être tout à fait dans les derniers jours, de troubles de la miction ;

Où, au contraire, ils font remonter le début de leur mal à une époque plus ou moins éloignée, accusent un série de symptômes génito-urinaires, et peut être même vous parlent de traitements antérieurs.

Quand une rétention s'est montrée chez des sujets sans passé morbide urétral ou vésical, il faut conclure, à moins de traumatisme récent ou d'affection nerveuse, et quel que soit l'âge, à un état congestif, inflammatoire spasmodique, ou à une perte de la contractilité du muscle vésical. S'il existe des antécédents urétraux ou vésicaux, il est facile de savoir par l'étude des troubles antérieurs de la miction s'il s'agit de rétrécis ou de prostatiques.

Toutes les fois que l'urèthre a un passé morbide, il faut, quel que soit l'âge, ne pas le mettre hors de cause, et comme les troubles de la miction ont pu placer en insuffisant relief la lésion du canal, il faut s'imposer comme règle absolue de ne jamais chercher à pénétrer dans la vessie avant d'avoir examiné l'urèthre.

Nous reviendrons bien souvent sur cette règle, et nous pouvons dire que les faits de chaque jour en démontrent l'extrême importance. Qu'il nous suffise pour le moment de faire observer que l'examen méthodique de l'urèthre et du col de la vessie pourrait vous permettre de reconnaître la cause de la rétention d'urine, alors même que l'étude des commémoratifs n'aurait pu vous la faire soupçonner. C'est, dans tous les cas, à cet examen que vous devrez demander la confirmation des présomptions établies à l'aide de l'interrogatoire; c'est par lui que vous complèterez l'étude générale du symptôme rétention; c'est en réunissant les renseignements qu'il vous fournit à tous ceux que l'étude du passé morbide de l'urèthre et de la vessie vous aura fait découvrir, que vous pourrez établir le diagnostic différentiel des diverses rétentions d'urine.

III. DIVISION DU SUJET. — La rétention d'urine peut être observée chez des sujets complètement indemnes de toute lésion de l'urèthre et du col de la vessie. Il s'agit le plus souvent, dans ces cas, de malades atteints d'affections médicales que la rétention d'urine vient compliquer. Ces rétentions mériteraient presque qu'on les désignât sous la dénomination de *médicales*. Elles obligent, en tout cas, le médecin à pratiquer le cathétérisme. Nous allons, dès maintenant, rapidement en parler.

A. Ce n'est pas la perméabilité de l'urèthre, mais la contractilité vésicale qui est en cause chez ces malades.

Vous avez pu voir, dans l'une de nos salles, un vieillard, atteint d'hémiplégie, et que sa rétention d'urine a fait placer, au moment de son entrée, dans notre service. Vous avez pu suivre l'évolution de l'un et de l'autre symptômes morbides; tous deux sont allés s'amendant progressivement, et notre vieillard, guéri autant qu'on peut l'être d'une hémiplégie, arrive aujourd'hui à vider sa vessie.

Nous avons tenu à vous signaler cet exemple, non seulement parce qu'il vous montre l'influence des lésions cérébrales sur la suppression de la miction, mais aussi parce qu'il nous permet de vous signaler les difficultés du diagnostic qui se présentent parfois (surtout à l'hôpital), alors que tout commémoratif manque pour savoir si l'on a affaire à une rétention d'origine centrale ou de cause uréthro-prostatique. Chez notre homme, cette difficulté n'existait pas, grâce à l'hémiplégie.

Nous pouvons, par contre, vous citer un malade que vous n'avez vu que quelques heures dans nos salles. Apporté à l'hôpital sans connaissance, sans paralysie apparente et aussi sans aucun renseignement, il n'offrit à l'interne de garde qu'un seul fait frappant : vessie énorme remontant à l'ombilic. De là, son entrée dans nos salles. Toutefois, en examinant avec plus de loisir, il nous fut possible de reconnaître qu'il s'agissait, en réalité, d'une affection cérébrale.

Mais, nous vous le répétons, Messieurs, l'embarras peut parfois être grand. Voyez, par exemple, le concierge couché au n° 12. Il a de la rétention d'urine, le fait est incontestable, mais il a aussi du subdélire; mais sa loquacité est extrême, et son agitation devient presque furieuse pendant la nuit. Est-ce un

alcoolique avec délirium tremens et troubles de la miction? Est-ce un urémique, en prenant ce terme dans son sens le plus vaste? Les commémoratifs et l'examen local attentif permettent seuls d'arriver à la vérité. Nous avons appris que depuis longtemps la miction se faisait remarquer par sa fréquence nocturne, et, d'autre part, l'examen direct nous a fait reconnaître une prostate énorme, bien faite pour expliquer l'arrêt apporté à l'excrétion urinaire.

Plus grande encore est la difficulté lorsqu'il s'agit d'une lésion nerveuse d'origine médullaire. Nous ne parlons pas ici de ces rétentions que vous connaissez bien et qui font partie intégrante du cortège symptomatique propre aux fractures et aux luxations du rachis, ou bien encore à la paraplégie confirmée du mal de Pott. Nous avons en vue surtout ces ataxiques, qui n'ont souvent encore que de très faibles troubles du côté des membres inférieurs, tandis qu'ils sont déjà atteints de rétention urinaire. Plus souvent, il est vrai, ils se plaignent de fréquence anormale, de difficultés, d'irrégularités, de retards, ou de douleurs dans la miction. Il est de ces malades qui ont perdu la sensation du besoin d'uriner, qui n'urinent que par raison à des heures déterminées, comme l'a observé M. le professeur Fournier. Il en est qui n'urinent qu'au prix d'efforts violents, en prenant des positions particulières et spécialement la position assise. D'autres se présentent à l'urinoir et n'obtiennent pas l'émission, qui les surprend un instant après, ou bien ils n'urinent qu'en plusieurs actes. Tous ces phénomènes ataxiques n'impliquent pas que la rétention existe même à l'état de rétention incomplète, mais il suffit qu'elle se rencontre parfois chez eux pour que nous croyions devoir recommander ces faits à votre attention. Cela est d'autant plus nécessaire que des abus vénériens antérieurs confessés avec complaisance peuvent faire égarer le diagnostic.

Ne perdez jamais de vue la possibilité d'une paralysie vésicale d'origine nerveuse quand vous serez en face de malades chez lesquels rien ne justifie l'impossibilité de la miction, ni dans les phénomènes prodromiques, ni dans les signes physiques.

Quant à ces rétentions médicales, qu'on peut observer soit dans la fièvre typhoïde, soit dans la péritonite chronique, soit

enfin, bien que rarement, dans la métrô-péritonite aiguë grave, nous croyons inutile d'y insister. L'état général du malade et les symptômes concomitants éclairent suffisamment le diagnostic au point de vue de la nature essentiellement médicale de l'affection, comme aussi de son étiologie précise, et vous permettent de prévoir, ici, des adhérences fixant la vessie et empêchant sa contraction, là un défaut de sensibilité, et peut-être aussi de contractilité. N'oublions pas, en tout cas, que la rétention s'observe dans le cours des infections aiguës.

Quoi qu'il en soit de ces causes diverses de la rétention urinaire sans lésion uréthro-prostatique, ou, si vous aimez mieux, avec perméabilité conservée de tout le canal uréthral et du col vésical, les symptômes locaux ne diffèrent que bien peu de ceux que nous aurons à vous exposer à propos des autres rétentions. Nous ne ferons donc que vous les énumérer rapidement : augmentation de volume du ventre ; tumeur plus ou moins médiane, appréciable au palper et parfois à la percussion toujours facile à reconnaître et à délimiter par le toucher combiné ; suppression de toute miction ou écoulement d'urine goutte à goutte et par regorgement. Disons seulement que, entraînés par l'étude de l'affection première et négligeant l'examen de la vessie, vous ne serez avertis parfois d'une rétention avec regorgement que par l'odeur urineuse tout à fait caractéristique qui s'exhale du lit du malade et se laisse même souvent apprécier à distance.

Toutes ces rétentions médicales, où la voie uréthrale est libre, réclament un même traitement palliatif immédiat, le cathétérisme évacuateur. Ce cathétérisme est généralement facile, et même très facile. Nous disons « généralement », car, vous le comprenez, un rétréci ou un prostatique peut être atteint de rétention de cause médicale, et votre sonde viendra buter alors contre l'obstacle uréthral. Aussi est-il toujours sage de faire précéder le cathétérisme évacuateur soit des questions appropriées, soit mieux encore, de l'exploration méthodique du canal. Toutefois, il est juste de dire qu'en pratique ces coïncidences pathologiques ne sont pas très fréquentes.

De ces rétentions que nous venons de qualifier de médicales, il convient de rapprocher ces impossibilités d'uriner

quelquefois observées chez les blessés ou les opérés. Il s'agit encore de sujets absolument indemnes de toute lésion de l'urèthre et de la vessie. C'est, en définitive, ce qui les caractérise et les différencie des rétentions qui font l'objet principal de notre étude.

Dans ces rétentions nous ne saurions ranger celles qui compliquent, par exemple, les opérations pratiquées sur l'anus ou le rectum. Il y a là, en quelque sorte, une lésion, en ce sens que le calibre de l'urèthre se trouve momentanément modifié par l'état congestif que détermine le voisinage du traumatisme opératoire. Mais il n'en est plus de même pour ces cas, vraiment difficiles dans leur interprétation, où une rétention succède à une contusion de la hanche, fait assez souvent observé, ou à un grand traumatisme comme une amputation de l'avant-bras. Vous avez vu ce fait se produire récemment dans la salle des blessés. Aujourd'hui que nous savons que chez les neurasthéniques aussi bien que chez les hystériques la rétention peut être observée, notre tendance est de croire que chez les traumatisés, chez lesquels survient une rétention sans influence du voisinage de la région blessée, il s'agit d'hystéro-traumatisme. Nous aurons à reparler plus loin de cette question. Le cathétérisme est aussi le traitement à opposer à cette complication bizarre, et nous ne pouvons que vous rappeler les conseils que nous venons de vous donner, il y a un instant, à propos des cas d'origine médicale.

B. Dans la plupart des cas, la rétention d'urine reconnaît pour cause une lésion des voies urinaires. C'est dans ces conditions que si souvent se présentent, dans toute leur gravité, les problèmes thérapeutiques posés à la pratique chirurgicale. Faut-il intervenir ? S'il est indiqué d'intervenir, convient-il de le faire immédiatement ? Si l'on intervient, à quel instrument faudra-t-il recourir ? Questions des plus graves, car du parti auquel vous vous arrêterez pourront résulter les meilleurs effets ou les accidents les plus graves.

Pour que les indications de l'intervention, pour que les indications de l'opportunité d'intervention, pour que les indications du mode d'intervention puissent être posées, il est avant tout nécessaire de continuer à considérer la rétention comme un