

symptôme et d'étudier ses causes, c'est-à-dire les variétés cliniques qu'elle présente.

Nous rappellerons tout d'abord les deux divisions générales déjà indiquées à propos de l'étude du symptôme rétention. Nous avons distingué la *rétention complète* et la *rétention incomplète*, que Civiale¹ a étudiée avec le plus grand soin sous le titre de *Stagnation de l'urine dans la vessie*. Nous ajouterons que la rétention complète peut s'observer à l'état aigu et à l'état chronique; que la rétention incomplète s'observe toujours à l'état chronique, bien qu'elle puisse se compliquer parfois de phénomènes aigus.

Ces deux grands types diffèrent absolument par les symptômes, par la marche, comme aussi par le pronostic à porter et par le traitement à établir. Il existe toutefois entre eux plus d'un lien et plus d'une connexion. La rétention aiguë et complète est souvent préparée par la rétention incomplète, et celle-ci succède plus d'une fois à la première; de même que la rétention complète aiguë se perpétue souvent à l'état chronique chez ces nombreux malades qui ne peuvent rendre leurs urines sans le secours de la sonde.

La rétention complète et la rétention incomplète peuvent d'ailleurs être provoquées par les différentes lésions qui déterminent l'impossibilité de vider la vessie. Et, bien que la rétention incomplète s'observe plus particulièrement chez les individus atteints de lésions de la prostate, elle se rencontre fort souvent aussi chez les rétrécis et peut même s'observer dans d'autres conditions. Nous aurons donc à tenir compte de ces deux grands types de la rétention d'urine en étudiant les diverses espèces dont voici l'énumération :

- Rétentions d'urine de cause inflammatoire, congestive spasmodique et nerveuse;
- Rétentions d'urine chez les rétrécis ;
- Rétentions d'urine chez les prostatiques ;
- Rétentions d'urine d'origine traumatique ;
- Rétentions d'urine de cause mécanique.

¹ CIVIALE, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 3^e édition, Paris, 1860, t. III, p. 222.

CINQUIÈME LEÇON

RÉTENTION D'URINE DE CAUSE INFLAMMATOIRE, CONGESTIVE SPASMODIQUE ET NERVEUSE

Conditions qui provoquent la congestion : urétrite actuelle ou récemment éteinte ; injections irritantes ; injections mal faites. — Conditions qui provoquent le spasme ; causes déterminantes ; contact d'un corps étranger, d'une solution cathéterique, froissements de l'urètre, excitation du col par tuberculose, par cystite, par besoin d'uriner. — Causes prédisposantes : nervosisme, affections médullaires. — Diagnostic du spasme. — Diagnostic de la rétention suite de prostatite aiguë.

Traitement : le cathétérisme est utile, mais n'est qu'un adjuvant. — Importance des moyens médicaux. — Ouverture des abcès prostatiques. — Rétention par simple distension vésicale.

L'élément inflammatoire et plus encore l'élément congestif jouent un rôle pathogénique important dans toutes les variétés de rétention d'urine. Mais, tandis que l'un de ces éléments se surajoute à une lésion antérieure permanente et plus ou moins ancienne dans les formes que nous étudierons ultérieurement, ils constituent toute la lésion dans celle dont nous nous occupons actuellement.

L'élément spasmodique lui-même peut avoir sa part dans les cas où une lésion permanente est la cause principale de la rétention. Il peut aussi jouer un rôle dans ceux où le canal et le col n'ont pas été modifiés, au préalable, dans leur structure ou dans leur forme. L'élément spasmodique peut agir alors par lui-même, ou en s'associant avec l'inflammation et la congestion.

C'est en tenant compte de l'action isolée ou combinée de ces trois éléments, que vous pourrez avoir une idée nette de la pathogénie des rétentions qui surviennent sans la participation de l'une des lésions qui d'habitude les déterminent. Mais vous n'auriez point encore tous les éléments nécessaires à une bonne interprétation, si vous n'ajoutiez à la recherche de ces causes dont les effets mécaniques se localisent à l'urètre,

l'exacte appréciation de la force de la vessie. Cela est nécessaire au moins dans certains cas.

Les malades dont nous allons vous parler n'ont pas de passé urinaire. Leur interrogation ne vous fera pas découvrir la trace de troubles anciens de la miction pouvant faire présumer l'existence d'une lésion permanente telle qu'un rétrécissement ou une hypertrophie prostatique. Ils ne sont cependant pas indemnes de blennorrhagie, car presque tous sont sous le coup d'un écoulement encore à l'état aigu, le plus souvent à son déclin. L'écoulement peut même être guéri, mais il est encore de date récente; souvent c'est parce qu'ils ont trop tôt fêté leur rétablissement que ces malades sont atteints de rétention d'urine.

C'est aussi parce qu'ils ont intempestivement ou maladroitement usé de certains moyens de traitement que la rétention d'urine est venue compliquer la blennorrhagie. Les injections et les pratiques dites abortives ont souvent eu pour effet, vraiment incontestable, l'impossibilité de la miction. Il en est de même dans certains cas des injections préservatrices.

Il faut, il est vrai, dans ce dernier cas, s'en prendre à la manière dont est poussée l'injection plutôt qu'à la nature du liquide. Après un coït suspect, et surtout après un coït extra-conjugal, la crainte de la blennorrhagie est l'une de celles qui hantent l'esprit du coupable. Il demande à l'injection de prévenir les conséquences de sa faute; convaincu qu'elle sera d'autant plus efficace qu'elle pénétrera plus profondément, il la pousse avec autant de force que de conscience. Il l'oblige à franchir l'entrée de l'urètre profond, et à pénétrer de vive force dans la région prostatique de l'urètre, et jusque dans la vessie.

De cette pratique irrationnelle et détestable résultent des accidents déplorables. Nous avons vu, sous l'influence de cette cause, un homme de cinquante et quelques années, jusqu'alors bien portant et indemne de trouble de la miction, pris d'une prostatite phlegmoneuse diffuse qui, non seulement déterminait une rétention d'urine, mais entraîna la mort. A la suite de semblables manœuvres, les prostatites et les cystites ne sont pas rares, et plus d'une fois nous avons pu vous en signaler des exemples dans nos salles.

L'injection ainsi faite est un excellent moyen d'inoculation de l'urètre postérieur.

Dans ces conditions, les lésions qui déterminent la rétention siègent, en effet, dans cette région du canal. Les injections abortives ou trop irritantes provoquent, elles aussi, des rétentions par le gonflement congestif et inflammatoire qu'elles provoquent dans l'urètre antérieur.

C'est encore par un usage prématuré des injections ou même des substances médicamenteuses antiblennorrhagiques, c'est, en un mot, parce que l'on a voulu trop hâtivement couper une chaudepisse que l'on voit survenir la rétention d'urine.

Le coït peut être aussi la cause de la rétention d'urine. Il importe de remarquer que dans les cas publiés, notamment par Civiale¹, les malades avaient eu *plusieurs blennorrhagies*. On ne saurait donc invoquer la seule influence du coït provoquant un état spasmodique. Les uréthrites répétées laissent le canal sous l'influence, en quelque sorte virtuelle, d'une prédisposition aux phlogoses et aux congestions que réveillent les excès de toute sorte, et en particulier les excès du coït.

L'état spasmodique dont le rôle est souvent incontestable dans l'empêchement ou la difficulté de la miction, de même que dans l'empêchement ou la difficulté du cathétérisme, se surajoute à une lésion temporaire ou permanente, mais se montre bien rarement à l'état d'indépendance. Le spasme de l'urètre est en effet : symptomatique.

Il peut dépendre d'une cause agissant directement sur les parois du canal, telle qu'une excitation ou une inflammation de l'urètre; le plus habituellement il tient à quelque affection de parties plus ou moins éloignées.

Civiale² accuse des lésions profondes du rein, du corps de la vessie, de son col ou de la prostate, la gravelle, la pierre. Ces diverses affections peuvent, d'après lui, occasionner dans l'urètre, spécialement au-dessous de l'arcade pubienne, un agacement tel qu'un resserrement spasmodique en soit la conséquence. Rien n'est plus vrai, et nous avons pu bien souvent

¹ CIVIALE, *Traité pratique*, t. I, p. 54.

² CIVIALE, *Traité pratique*, t. I, p. 55.

constater l'influence de ces lésions éloignées sur la contractilité de l'urètre.

Ce que Civiale désigne en parlant de « la partie de l'urètre située sous l'arcade du pubis » est évidemment la portion membraneuse, ce que nous appelons le sphincter antérieur de la vessie. C'est, en effet, dans ce point, c'est-à-dire dans la partie *musculaire* de l'urètre, que s'établit et se rencontre ce que l'on a pleinement le droit de qualifier de spasme.

Nous l'observons particulièrement dans tous les états douloureux de la vessie et de son col, mais surtout lorsque le col est habituellement soumis à une excitation douloureuse. C'est ainsi que le spasme de la partie membraneuse se rencontre chez les calculeux, lorsque la pierre est maintenue au contact du col. Que ce soit un fragment ou l'extrémité d'une pierre volumineuse, peu importe; ce frottement, cette excitation prolongée déterminent synergiquement une contraction souvent continue et difficile à vaincre du sphincter de la région membraneuse. Tel calculeux que vous aurez facilement sondé en dehors de ses crises douloureuses, ne pourra l'être que péniblement si le col, sans cesse provoqué, sollicite fréquemment les contractions vésicales. Il vous arrivera même d'échouer, ou tout au moins de prudemment renoncer à vos tentatives de cathétérisme.

De même vous rencontrerez chez les tuberculeux vésicaux cette contracture de la portion membraneuse qui, plus d'une fois, a fait admettre et conduit à traiter un rétrécissement qui n'existait pas. Chez ces malades, que vous observez journellement dans nos salles, vous savez combien est sollicitée la contraction du col vésical. Elle devient extrême pendant les crises que souvent ils subissent; le spasme est alors permanent et s'oppose à toute introduction d'instruments.

Nous exprimerons une vérité clinique en disant que les malades qui urinent très fréquemment ont par cela même du spasme de la région membraneuse. Physiologiquement l'envie d'uriner détermine une contraction du sphincter antérieur; c'est la sauvegarde de nos vêtements et des convenances. Nous aurons l'occasion de vous dire que le cathétérisme est difficile et quelquefois même impossible, lorsque le besoin de la miction se fait trop vivement sentir chez les sujets les plus habitués à se sonder.

L'état spasmodique peut, d'ailleurs, être provoqué par un attouchement ou, pour parler avec exactitude, par un froissement direct de l'urètre. Il n'est même pas nécessaire que ce froissement ait eu pour siège la région membraneuse. Mais il convient de remarquer que c'est bien sous le pubis que s'exercent le plus facilement et le plus complètement les froissements directs, dans un urètre non modifié dans son calibre ou dans sa forme. Une excitation portée à ce niveau peut aussi le provoquer.

C'est pendant le mouvement d'abaissement de la sonde que l'opérateur est surtout exposé à froisser ou à contondre la portion sous-pubienne de l'urètre. Elle reçoit directement la pression transmise à l'extrémité du long et puissant levier que représente la sonde ou le lithotriteur. Si le cheminement de l'instrument ne s'effectue pas facilement et méthodiquement, la fin de la portion spongieuse et la partie membraneuse elle-même peuvent subir, à divers degrés, un véritable traumatisme.

La rétention d'urine peut, en effet, être la conséquence de l'exploration. Elle est habituellement, lorsqu'on l'observe en pareille circonstance, le résultat du cathétérisme métallique, plutôt que du contact d'un instrument souple. Mais elle pourra succéder aussi bien à l'emploi de ces instruments plus inoffensifs, s'ils n'ont pas été doucement manœuvrés, ou si leur calibre n'était pas en rapport avec celui des parties qu'ils ont traversées.

Il est facile de mettre en jeu le sphincter urétral; j'ai bien des fois provoqué sa contractilité en versant à son niveau quelques gouttes d'une solution cathédrique. Sous cette influence, le passage de la boule exploratrice devient momentanément difficile ou impossible; l'on conçoit que le spasme pourrait se prolonger et gêner l'émission de l'urine, si l'on faisait, en ce point, une cautérisation trop vive. Le gonflement s'unirait alors au spasme; mais, dans la petite expérience dont je parle, l'effet étant instantané et peu durable, c'est bien au spasme seul que l'on a affaire.

La surdistension de l'urètre peut, elle aussi, déterminer le resserrement de la région membraneuse; mais elle peut, quel que soit le point où elle s'exerce, être suivie *in situ* d'une

coarctation temporaire qui s'oppose à la libre émission de l'urine. L'observation de ce phénomène, de la réalité duquel la clinique ne permet pas de douter, suffit pour démontrer que le spasme n'est pas l'unique agent qui, dans ces cas, s'oppose à la miction.

L'urètre n'est musculé et contractile que dans la région membraneuse. Il faut donc admettre que, sous l'influence de la contusion périphérique due à la surdistension, s'opère un travail congestif et survient un gonflement qui, compliqué ou non d'inflammation, diminue le calibre du conduit urétral et empêche l'urine d'opérer l'écartement de ses parois.

Il ne faut pas l'oublier, l'urètre peut passivement résister à la colonne urinaire. Point n'est besoin de contraction si les parois épaissies et raidies sont devenues pour ainsi dire trop lourdes, pour être déplacées par la pression de l'urine. La manche à eau que représente l'urètre doit être, avant tout, régulièrement écartée pour que la miction s'exécute dans de bonnes et normales conditions. A-t-elle perdu de sa souplesse, a-t-elle acquis de l'épaisseur, de la rigidité, elle opposera à la miction une résistance passive, que la moindre turgescence nouvelle pourra rendre momentanément invincible.

A plus forte raison, fera-t-elle obstacle absolu, si à l'épaississement congestif se joint la puissance contractile mise en jeu par la contusion instrumentale. Aussi ne faut-il pas vous étonner que la rétention par exploration soit observée dans des urètres normaux, lorsque la portion sous-pubienne aura été le siège d'une contusion partielle ou d'une surdistension.

Ce qui témoigne encore contre le rôle exclusif que l'on est tenté d'attribuer au spasme, c'est que ces rétentions par exploration sont souvent la conséquence d'une congestion de la prostate. On l'observe, en effet, après l'exploration ou après la lithotritie, chez les malades porteurs de prostatites volumineuses, difficiles à traverser ou faciles à impressionner. Quand on pratique pour remédier à la rétention, le cathétérisme évacuateur, il est facile de constater que la résistance a pour siège, dans ces cas, la région prostatique et non pas la région membraneuse.

En résumé, nous ne sommes en aucune façon disposés à nier la réelle et importante influence du spasme dans le mécanisme

pathogénique des rétentions d'urine qui s'observent chez des malades qui ne sont porteurs d'aucune lésion ancienne et permanente de l'urètre ou du col vésical. Mais ce que nous apprennent l'étude de ces faits et les analogies cherchées dans les cas où existe une lésion antérieure et permanente, est de telle nature, qu'il n'est, à notre avis, possible d'attribuer au spasme qu'une action de *combinaison*, et non une action isolée. Nous voulons affirmer, en nous exprimant ainsi, ce que déjà nous avons indiqué en commençant cette discussion : l'état spasmodique est bien rarement seul en cause. Il vient en aide à l'élément inflammatoire ou à l'élément congestif, mais ceux-ci peuvent, sans aucun secours, déterminer l'impossibilité de la miction.

Il y a cependant toute une catégorie de malades prédisposés à l'état spasmodique, c'est la classe nombreuse des impressionnables parmi lesquels peuvent figurer non seulement les névropathes, mais aussi un certain nombre de myéliques. Chez eux le spasme peut se montrer isolément. J'ai fait voir que, chez les neurasthéniques, existe une sensibilité exaltée de la région membraneuse, sensibilité analogue à celle que l'on observe quand le col vésical est soumis à des excitations pathologiques. Chez ces malades, il est aisé de comprendre combien facilement peut s'éveiller le spasme à la suite de l'exploration la mieux faite ou de la cause la plus légère. L'on constate même, et cela se conçoit, que sans cause provocatrice le spasme existe chez un grand nombre ; il est plus ou moins prononcé, mais nous l'avons vu, rarement il est vrai, absolu. La portion membraneuse résistait alors à tous les instruments souples et ne pouvait être franchie que par les bougies métalliques courbes. Ces malades vidaient néanmoins leur vessie. L'étude de cette catégorie de nerveux m'a permis de constater que la rétention, lorsqu'on l'observe, doit surtout être attribuée à la faible contractilité de la vessie. Là encore c'est donc à une action combinée et non aux seuls effets du spasme qu'est due l'évacuation imparfaite de l'urine ou l'impossibilité de l'émettre¹.

¹ F. Guyon, *Rétention de cause nerveuse et neurasthénie vésicale. Annales des maladies des organes génito-urinaires* (p. 129, 1891).

La *neurasthénie vésicale*, les faits nous le démontrent chaque jour, mérite de prendre place dans le cadre des neurasthénies viscérales. Sur la vessie, comme sur d'autres organes, peuvent se faire sentir les effets de l'épuisement nerveux. Ils se localisent sur cet organe, ou se montrent simultanément, ce qui est fréquent, sur l'appareil génital.

Les neurasthéniques vésicaux viennent consulter pour des difficultés de la miction. Elle ne peut se faire qu'au prix d'efforts quelquefois prolongés; le jet est faible et sans portée, amoindri. Mais, si le malade pisse mal, s'il pisse péniblement, il arrive presque toujours à vider complètement sa vessie. La rétention incomplète ou complète est donc rarement observée. Vous aurez cependant, comme moi, occasion de constater qu'elle peut s'établir sous la seule influence de troubles neurasthéniques. Si vous observez avec soin, vous reconnaîtrez que la vessie est empêchée de se vider, beaucoup plutôt par l'insuffisance de sa contractilité que par la résistance spasmodique de l'urèthre. Le spasme joue cependant un rôle. La sensibilité exagérée de la portion membraneuse, que je vous rappelais tout à l'heure et que l'on observe si souvent dans ces cas, suffit pour qu'on l'admette. L'exploration du canal le démontre parfois. Mais l'influence qu'exercent les maladies nerveuses, petites ou grandes, sur la miction ne se limitent point à l'urèthre; la sensibilité et la contractilité de la vessie se modifient. La rétention des hystériques me paraît due à l'insuffisance vésicale et je pense que les rétentions quelquefois observées à la suite de traumatismes accidentels ou chirurgicaux, portant tout à fait en dehors de la sphère génitale ou de son voisinage, chez des sujets n'ayant aucun passé urinaire, doivent être attribuées à l'hystéro-traumatisme.

Il ne nous a pas paru inutile de vous entretenir assez longuement de l'état spasmodique de l'urèthre à propos des rétentions d'urine que nous étudions actuellement. Nous avons cru d'autant plus nécessaire de déterminer le rôle que joue cet état spasmodique et de chercher à montrer sa subordination à l'élément inflammatoire ou congestif, ou même à d'autres lésions, que les conditions dans lesquelles vous ferez le cathétérisme seront différentes selon que vous aurez affaire à une simple rigidité uréthrale ou à une rigidité compliquée de spasme.

Dans le premier cas, les parois uréthrales, qui cependant résistaient à l'urine, s'écartent facilement devant la pression de la sonde; dans le second cas, l'urèthre résiste plus ou moins à l'instrument, et l'opérateur peut, par le seul fait de l'état spasmodique, être dans l'obligation de modifier sa manœuvre.

Bien que nous ne soyons pas encore arrivés au chapitre *Traitement*, nous vous dirons donc immédiatement que le spasme résiste souvent aux instruments souples tels que les explorateurs, les sondes cylindriques et à béquilles et même aux bougies et aux sondes-bougies. Il est, au contraire, facilement et doucement vaincu par un instrument métallique. Ces résultats différents du cathétérisme, eu égard aux instruments employés, peuvent d'ailleurs vous servir à établir le diagnostic du spasme lui-même, et le différencier des obstacles organiques permanents.

Selon l'habitude à laquelle nous tenons à vous voir vous conformer en toute circonstance, l'étude du commémoratif et de l'état général aura dû vous fournir des présomptions. L'absence d'uréthrites anciennes, de traumatisme périnéal ou intra-urétral, vous aura déjà fait éloigner l'hypothèse d'un rétrécissement de l'urèthre; l'absence de troubles antérieurs et habituels de la miction, la non-constatation d'un état athéromateux et l'âge du sujet, vous auront permis de ne pas songer à une hypertrophie de la prostate. C'est grâce à ces renseignements que vous oserez, si le cathétérisme vous a semblé indiqué et que vous ayez échoué avec les instruments souples, vous armer en toute sécurité d'un instrument métallique.

Nous venons de rechercher et d'étudier la nature des processus pathologiques qui déterminent la rétention d'urine dans les cas où ni l'urèthre ni le col vésical n'ont de passé morbide capable de faire soupçonner une lésion acquise et permanente. Il faut encore nous rendre compte : du siège de ces obstacles temporaires. C'est le moyen de nous mettre à même d'établir un diagnostic, qui nous permette de juger en toute connaissance de cause la situation de nos malades et de formuler les indications du traitement.

L'urèthre et le col de la vessie peuvent être le siège des obstacles temporaires qui rendent la miction impossible. C'est

la partie la plus profonde de l'urèthre antérieur, c'est l'entrée de l'urèthre postérieur ou profond, c'est, en d'autres termes, la fin de la région périnéale, c'est la région membraneuse, qui seront le plus habituellement le siège de l'obstacle urétral. C'est la prostate elle-même qui sera en cause lorsque l'obstacle aura pour siège le col de la vessie. Dans le premier cas, vous aurez affaire à une inflammation congestive de l'urèthre compliquée ou non de spasme; dans le second cas, c'est une prostatite aiguë que vous reconnaîtrez. Le siège et la nature de l'obstacle qui siège dans l'urèthre antérieur pourront offrir quelques variantes; le siège et la nature de l'obstacle du col seront toujours les mêmes.

Nous devons immédiatement ajouter que la lésion prostatique est beaucoup plus sérieuse que la lésion urétrale et qu'elle est plus communément rencontrée.

Lorsque vous êtes en présence d'un malade sans passé urétral ou vésical atteint de rétention d'urine dans les conditions et sous les influences que nous avons déterminées — influences parmi lesquelles nous maintenons en première ligne les écarts de régime et la mauvaise hygiène, bien que leur banale fréquence nous ait conduit à ne pas y insister, — soupçonnez avant tout la prostatite.

Après avoir interrogé le malade, après avoir constaté que la vessie est distendue, votre premier devoir est de faire l'examen de la prostate; c'est la première, c'est l'indispensable manœuvre diagnostique. Dans l'espèce, cet examen ne peut être bien fait que par le toucher rectal. C'est cette exploration qui vous apprendra s'il y a tuméfaction et douleur de la glande, si la tuméfaction est à l'état phlegmoneux, ou offre déjà les caractères de l'abcès; c'est cette exploration qui pourra vous permettre d'établir les limites de la tuméfaction, de savoir si elle est renfermée dans la prostate ou si, franchissant l'épaisseur du tissu glandulaire et brisant ses entraves aponévrotiques, elle a déjà gagné le tissu cellulaire pelvien. La prostatite diffusé, dont la rétention d'urine, pour laquelle on vous consulte n'est que l'effet, est si sérieuse, peut devenir si grave, si funeste, qu'elle doit être diagnostiquée dès la première heure, traitée sans retard et chaque jour surveillée dans sa marche.

L'exploration rectale doit donc être faite d'emblée; dans tous les cas elle devra précéder le cathétérisme. Celui-ci sera explorateur avant de prétendre à un rôle thérapeutique. C'est avec l'explorateur souple à boule olivaire que vous le pratiquerez en suivant la méthode que nous vous indiquerons en étudiant cette opération. N'ayant pas à prévoir d'obstacle réel, vous pouvez choisir un explorateur d'un moyen volume, du n° 16 au n° 18 par exemple.

Il ne faudrait cependant pas conclure de l'absence de lésions prostatiques à la nécessité de l'exploration urétrale, encore moins à l'indication du cathétérisme évacuateur.

Il n'est pas indifférent de sonder un sujet atteint de blennorrhagie aiguë; on s'exposerait, ainsi que nous vous l'avons souvent fait remarquer en parlant des accidents de l'urétrite aiguë, à déterminer une cystite blennorrhagique par une inoculation dont la sonde est quelquefois l'agent. On s'exposerait de plus à faire une manœuvre inutile.

La rétention d'urine de cause congestive ou inflammatoire, d'origine purement urétrale est souvent passagère; elle cesse d'elle-même après quelques heures. Plus souvent encore elle cède à un traitement approprié. Vous en connaissez la pathogénie, vous ne devez donc pas être surpris que le traitement de cette rétention ne doive pas, quand même, être un traitement mécanique.

Les boissons délayantes, les lavements émollients, les cataplasmes, les grands bains et surtout l'opium prennent toujours place dans le traitement de cette rétention.

S'il est indiqué de faire le cathétérisme, ce ne sont plus que des moyens adjuvants; mais ce sont des adjuvants sans l'intervention desquels le traitement serait absolument incomplet. Il pourra vous suffire de faire un seul cathétérisme, mais il ne vous suffira jamais de vous contenter de prescrire un seul jour de traitement médical et diététique. Ce traitement sera nettement formulé et rendu formellement obligatoire pendant plusieurs jours.

Il serait vraiment peu chirurgical et presque ridicule de ne pas évacuer par la sonde une vessie trop pleine. Cette plénitude n'est pas sans inconvénient au point de vue de la durée de la rétention, nous le savons. Mais il serait antichirurgical et

antimédical de vouloir s'en remettre seulement au cathétérisme et de ne pas connaître les ressources du traitement médical.

Au mois de juin dernier (1876), entré dans notre service un jeune homme de vingt-cinq ans, atteint depuis quinze heures d'une rétention d'urine absolue, et qu'on avait vainement essayé de sonder avant son admission. Les diverses tentatives de cathétérisme n'avaient abouti qu'à des déchirures uréthrales, ainsi qu'en témoignait le sang qui souillait encore la verge, le scrotum et les cuisses.

Fallait-il tenter de nouvelles manœuvres et nous engager à nouveau dans cette voie uréthrale plus ou moins dilacérée? Fallait-il, subissant l'influence d'un conseil donné au malade, recourir à la ponction vésicale?

Le patient n'avait pas de passé uréthral capable de faire admettre un rétrécissement; la prostate n'était pas en cause, ainsi que le montrait le toucher rectal immédiatement pratiqué. Nous prescrivîmes de l'opium, un bain prolongé, des cataplasmes en permanence; et, sans autre manœuvre, la miction ne tarda pas à se rétablir.

Nous vous avions annoncé cet heureux résultat au moment même ou nous établissions le traitement, parce que nous savions par l'interrogatoire qu'il s'agissait d'un simple travail congestif, et probablement spasmodique du côté de l'urèthre, et que ces accidents reconnaissaient pour cause un excès commis au cours ou, pour mieux dire, à la fin d'une blennorrhagie.

Au contraire, lorsque vous serez en face d'une rétention d'urine due à une prostatite franche, ne vous attardez pas aux moyens médicaux. Ils sont encore excellents, mais ce ne sont plus que des auxiliaires. Le cathétérisme évacuateur est indispensable. Vous le faites, bien entendu, précéder du cathétérisme explorateur, et vous choisissez une petite sonde béquille bien souple, à un seul œil. Les n^{os} 14, 15 ou 16 sont très utilisables dans ces cas; ils passeront sans froissement, et la plupart du temps dans de meilleures conditions que la sonde en caoutchouc, qui cependant peut être employée.

Le cathétérisme n'est d'ailleurs que palliatif, et votre malade n'urinera seul que lorsque l'inflammation de la prostate sera éteinte, ou lorsque l'abcès sera vidé. C'est, en effet, par suppuration que se termine habituellement cette espèce de prosta-

tite. Essayez d'obtenir la résolution par les moyens déjà indiqués et par l'introduction dans le rectum de suppositoires mercuriels belladonnés que nous formulons ainsi:

℥ Beurre de cacao.....	3 ^{gr}
Onguent napolitain.....	0 ,30 à 0 ^{gr} ,50
Extrait de belladone.....	0 ,02

Mais surtout cherchez chaque jour par le toucher rectal s'il n'y a pas de fluctuation. Si vous la reconnaissez, mettez-vous sans hésitation en devoir d'intervenir.

L'ouverture par le rectum est facile, mais n'est cependant pas exempte de dangers. Les artères hémorroïdales présentent, sous l'influence de l'inflammation de la prostate, une activité circulatoire qui se traduit par des battements comparables à ceux de la radiale. Il nous est arrivé deux fois de voir la vie de l'un de nos malades compromise par une terrible hémorrhagie qu'entretenaient et renouvelaient les efforts incessants de défécation causés par les caillots. Le tamponnement rectal put seul mettre fin à cette scène inquiétante. Il faut donc placer l'index gauche, qui sert de conducteur, sur un point exempt de toute pulsation. Un bistouri caché paraît le meilleur instrument à employer pour cette opération. On peut s'en dispenser en préparant un bistouri ordinaire de la manière suivante: la lame est entourée de fil jusqu'à deux centimètres de l'extrémité, et la pointe est plantée dans une boulette de cire un peu dure, du volume d'un gros pois vert, le tout est aseptisé. Le bistouri, ainsi caché, est conduit le long de l'index gauche, et la boule de cire appuyée au niveau du point choisi pour la ponction. Une petite pression fait traverser par la pointe la boule de cire et la paroi de l'abcès. L'évacuation du pus est immédiate, et le malade urine seul le jour même.

C'est quelquefois la sonde qui devient l'agent de l'ouverture de l'abcès: mais l'ouverture intra-uréthrale, à laquelle on ne peut d'ailleurs s'opposer, est moins favorable que l'ouverture rectale; l'abcès se vide mal, subit des alternatives de réplétion et d'évacuation, les symptômes locaux et généraux persistent. Vous serez obligés, dans certains cas, d'intervenir malgré l'ouverture spontanée. Vous trouverez néanmoins un très utile

auxiliaire dans les pressions exercées avec le doigt sur la prostate. Vous pratiquez aussi, une ou deux fois par jour, une sorte de massage qui complète l'évacuation. Les abcès ouverts par le rectum, spontanément ou artificiellement, guérissent, au contraire, avec grande simplicité malgré le milieu avec lequel ils sont mis en communication. Ce mode d'ouverture ne doit être accepté ou provoqué que si le foyer est peu étendu ou superficiel. Pour peu que l'abcès ait d'importance, mieux vaut inciser par le périnée en suivant, comme dans la taille prérectale, la face antérieure de l'intestin.

Nous vous aurions mal renseignés si nous vous laissions croire que toutes les prostatites déterminent la rétention d'urine.

On n'observe guère cette complication que dans la moitié des cas ; et, si nous ne tenons compte que des faits nombreux que nous avons observés, nous dirions qu'elle ne se montre que dans la proportion de 2 sur 5.

Mais ce qui accompagne toujours la prostatite, c'est la difficulté de la miction. L'émission des urines n'est pas plus fréquente, mais elle est pénible, mais elle est retardée, et les efforts sont douloureux. Vous connaissez la valeur sémiotique de ce trouble de la miction. Vous savez qu'il veut dire obstacle prostatique avec état congestif ou inflammatoire de la glande.

Dans de telles conditions, la rétention d'urine est imminente ; la moindre aggravation locale, la moindre imprudence de régime, la moindre infraction à l'hygiène la détermineront.

S'il ne faut pas toujours sonder dans le cas de prostatite, il faut du moins être toujours prêt à le faire.

Peut-être avez-vous été surpris de ne pas m'entendre vous signaler les rétentions d'urine dues à la distension exagérée de la vessie, sans lésion antérieure de l'urèthre ou du col vésical, et même sans état morbide actuel tel qu'une urétrite encore aiguë ou à son déclin.

Il a été publié des cas de cette espèce où toute l'étiologie reposait sur la non-satisfaction du besoin d'uriner en temps opportun. Sous l'influence de circonstances quelconques, le malade avait longtemps résisté au besoin d'uriner et n'avait

pu le satisfaire lorsque l'occasion favorable lui avait été enfin offerte.

Il est incontestable que le retard apporté à l'accomplissement des ordres de la vessie n'est pas sans inconvénient. Nous aurons à insister, en vous parlant de la rétention chez les prostatiques, sur le rôle très important que joue la résistance à la satisfaction du besoin d'uriner. C'est souvent le prélude et l'occasion déterminante des rétentions. Mais la distension n'a dans ces cas qu'un rôle secondaire ; la lésion prostatique préexistante, bientôt compliquée de congestion, est la raison effective de l'impossibilité de la miction.

Il faudrait, pour admettre que la distension puisse produire une rétention d'urine chez un sujet parfaitement indemne, dans le passé et dans le présent, de toute lésion uréthrale ou prostatique, établir tout d'abord et bien prouver que cette immunité absolue est réelle. Il faudrait aussi que ces malades aient été examinés de telle sorte qu'il fût démontré qu'ils ne sont : ni tabétiques, ni hystériques, ni neurasthéniques.

Il est cependant possible, même chez un sujet indemne, que la congestion provoquée par la distension douloureuse de la vessie détermine une augmentation momentanée du volume de la prostate. Il se peut encore que la vessie distendue à l'extrême perde momentanément sa contractilité. L'étude expérimentale de la rétention nous l'a très positivement démontré. Nous n'avons cependant jamais rencontré ces cas, et nous sommes obligé de n'aborder ce sujet qu'avec la réserve que comporte l'absence d'observations probantes. C'est pour cela que nous n'en parlons qu'incidemment.