

traitement de la rétention des prostatiques. S'il n'est pas prouvé qu'elle puisse à bon droit prétendre à la cure radicale, il est certain qu'elle nous met à même d'étendre aux cas les plus difficiles et les plus graves le bénéfice si grand du traitement palliatif. Soyez donc prêts à opérer quand il le faudra.

C'est à l'heure actuelle le droit des chirurgiens que de chercher dans l'intervention sanglante le salut de leurs malades lorsque les médications et le traitement non opératoire demeurent impuissants ou insuffisants. Mais c'est leur devoir de n'ignorer aucune des ressources dont ils peuvent user en dehors de l'opération.

Si vous voulez vous y conformer au vis-à-vis des prostatiques, si vous prenez la peine de bien connaître toutes les ressources du cathétérisme, si vous avez la patience et la conscience de vous en servir, vous n'userez que fort rarement d'autres moyens, parce que vous aurez appris à suffire ainsi à la plupart, sinon à toutes les difficultés de la pratique. Vous resterez les serviteurs désintéressés et dévoués des indications et mériterez, mieux que le titre : d'opérateurs. Vous serez de véritables et bons chirurgiens.

## HUITIÈME LEÇON

### RÉTENTION D'URINE CHEZ LES PROSTATIQUES (*Suite*)

#### RÉTENTIONS INCOMPLÈTES

Les rétentions incomplètes offrent trois types qui peuvent être observés à l'état aseptique ou septique :

- I. *Rétention aiguë incomplète avec ou sans distension.* Les symptômes sont locaux : miction difficile, douloureuse, répétée, insuffisante. — Le traitement médical peut suffire dans certains cas. — Indications du cathétérisme.
- II. *Rétention chronique incomplète sans distension.* Symptômes locaux, tantôt nets, tantôt insidieux. — Cathétérisme évacuateur et explorateur. — La vessie est contractile, souvent très irritable. Les symptômes généraux digestifs et fébriles peuvent quelquefois être très prononcés. — Traitement : cathétérisme répété et injections ; hygiène ; moyens généraux.
- III. *Rétention chronique incomplète avec distension.* Sa définition anatomique. — État général grave ; il y a toujours des troubles digestifs, souvent de la cachexie, pas de fièvre. — Les symptômes locaux peuvent passer inaperçus : polyurie et fréquence de la miction. — Distension vésicale facile à constater. — Pronostic grave. — Le traitement curatif est le cathétérisme évacuateur progressif et aseptique ; ses indications et ses contre-indications. — Ses règles.

RÉTENTIONS INCOMPLÈTES. — La rétention incomplète peut être observée à l'état aigu et à l'état chronique.

Il n'est pas rare de rencontrer des rétentions aiguës incomplètes, mais il est beaucoup plus ordinaire de les observer à l'état chronique.

Elles diffèrent essentiellement dans leur diagnostic, leur pronostic et leur traitement.

Les rétentions incomplètes sont, avant tout, caractérisées par ces deux faits en apparence contradictoires : possibilité d'uriner et impossibilité de vider la vessie. Elles peuvent, par cela même, être tolérées ; la tolérance sera, suivant leur forme, de plus ou moins de durée.

Nous traduisons fidèlement ce que nous a appris l'observation des faits en admettant, pour les rétentions incomplètes, la même étiologie que pour les rétentions complètes. Les unes et les autres reconnaissent pour cause première un obstacle mécanique à l'expulsion de l'urine, et le plus souvent un obstacle

siégeant au col de la vessie ou dans la portion la plus profonde de l'urèthre, c'est-à-dire un obstacle prostatique.

Nous croyons donc que l'opinion des auteurs qui font jouer un rôle prédominant aux déformations, aux changements de consistance et d'épaisseur du col et du canal prostatique dans les rétentions complètes ou incomplètes, est l'expression de la vérité clinique.

Ce que l'on a appelé l'atonie ou l'inertie de la vessie est, aussi bien dans les rétentions incomplètes que dans les rétentions complètes, la conséquence et non la cause de la rétention. Là encore, l'inertie n'est pas primitive, mais secondaire. C'est l'obstacle au cours de l'urine qui la détermine, mais la vessie disposée à la subir y est plus ou moins prochainement exposée. La diminution de sa puissance contractile fait ou fera partie intégrante du complexe pathologique dont nous avons à établir le diagnostic, à poser le pronostic et à diriger le traitement.

Cette conséquence, vous le voyez, est loin d'être indifférente. Quelle que soit la nature de l'obstacle, nous sommes convaincu qu'il importe de tenir un aussi grand compte, dans l'étude clinique des rétentions incomplètes, que dans celle des rétentions complètes, du *degré de puissance de la vessie*.

La rétention incomplète aiguë et la rétention incomplète chronique se présentent à l'observation sous deux formes principales, absolument distinctes, et que le clinicien ne peut, à notre avis, se dispenser d'étudier séparément. Ces deux genres de la rétention incomplète se caractérisent par le degré de réplétion de la vessie et par la durée de cette réplétion.

Nous avons l'habitude de les désigner sous les dénominations de :

Rétention d'urine incomplète sans distension ;

Rétention d'urine incomplète avec distension.

#### I. RÉTENTION D'URINE INCOMPLÈTE AIGUE.

*A. La rétention d'urine incomplète aiguë avec distension* ne diffère ni dans son diagnostic, ni dans son pronostic, ni dans son traitement de la rétention complète aiguë, dont elle n'est qu'une variété. Dans celle-ci comme dans celle-là, la distension ne peut beaucoup se prolonger parce qu'elle est douloureuse.

Le malade éprouve à peu près les mêmes angoisses ; il peut cependant évacuer une petite quantité d'urine. Mais cela ne lui procure qu'un faible soulagement ; l'urine n'est expulsée qu'au prix d'efforts réitérés, et la satisfaction que procure son issue n'est ni complète, ni durable.

Le malade peut cependant mieux attendre les secours de la chirurgie que ceux qui sont atteints de rétention aiguë complète. Mais ces secours lui sont tout aussi indispensables, et le cathétérisme évacuateur est tout aussi formellement indiqué pour les rétentions incomplètes aiguës avec distension que pour les rétentions complètes. Cette opération doit être pratiquée et renouvelée avec les mêmes soins et selon les mêmes règles que dans la rétention complète ; nous les avons indiquées. La rétention incomplète aiguë est primitive ou secondaire.

*B. La rétention d'urine incomplète aiguë sans distension*, diffère très nettement de la rétention complète à laquelle elle peut cependant conduire.

La rétention incomplète aiguë peut, en effet, s'établir d'emblée chez un prostatique resté jusque-là à la première période, n'ayant guère à se plaindre que des troubles de miction déterminés par le décubitus et le sommeil. Mais on la voit souvent éclater chez des malades atteints, depuis plus ou moins longtemps, de rétention incomplète chronique. Grâce à l'absence de distension, ils n'avaient vu s'ajouter à leurs troubles habituels qu'une fréquence plus grande de la miction, toujours accentuée la nuit, mais ne s'atténuant que très imparfaitement le jour. Chez les uns et les autres, à la fréquence des mictions s'ajoutait souvent le retard dans l'apparition de l'urine au méat, parfois la nécessité d'efforts pour en assurer l'expulsion, et, chez un bon nombre, les urines étaient habituellement troubles. Nulle angoisse, aucune souffrance. La situation restait tolérable ; lorsque la douleur entre en scène, elle lui donne une caractéristique nouvelle et va la dominer.

C'est souvent du jour au lendemain qu'elle apparaît. Ce sont les préparatifs de la miction qui sont d'abord et surtout pénibles. Le besoin est impérieux, douloureux ; les efforts qu'il nécessite augmentent la souffrance ; l'urine s'écoule enfin. La douleur s'atténue dès lors, mais ne disparaît pas complètement,

elle va bientôt revenir. La quantité d'urine expulsée est trop faible pour beaucoup éloigner le besoin.

Jusqu'à l'urine avait paru claire chez certains sujets, elle semblait ne pas déposer; elle ne tarde pas à se colorer et à abandonner un dépôt. Il suffit d'y regarder, de la décanter avec quelque soin pour reconnaître que ce dépôt est purulent. Chez les malades qui déjà avaient les urines troubles, la quantité de pus augmente. Chez les uns et les autres, il peut se modifier, devenir glaireux, être strié de sang ou même plus ou moins complètement teinté en rouge.

Pareils symptômes ne permettent pas le doute; la cystite a fait son apparition, et c'est sous une forme aiguë qu'elle se montre. Elle n'est pas la maladie principale, mais une complication; l'examen local a bientôt fait reconnaître que la vessie ne se vide pas. La combinaison du toucher rectal et du palper hypogastrique permet de saisir et de mesurer le globe vésical, d'apprécier sa tension, de juger sa sensibilité. Il est, en général, de petites dimensions, douloureux à la pression, modérément tendu, à moins que la douleur ne soit très vive. En ce cas, quelles que soient ses dimensions, il est toujours résistant.

La cystite, quand elle survient à ce degré, joue donc dans le cas de rétention aiguë incomplète un rôle prépondérant. C'est à son association à la rétention qu'est dû l'état douloureux qui la caractérise.

Lorsque semblables accidents éclatent, il n'est pas douteux que la vessie, jusque-là indemne de contagion, vient d'être infectée ou qu'elle l'était d'ancienne date. Une exploration, des sondages évacuateurs mal conduits et non aseptiques, sont des causes prochaines souvent constatées et bien évidentes. Lorsqu'il y a infection préalable, des écarts de régime, des fatigues, un refroidissement suffisent. Ils fournissent les conditions voulues pour la mise en activité de germes, vivant silencieusement, dans la retraite qu'ils s'étaient choisie au fond de l'urèthre ou dans la vessie.

La rétention incomplète aiguë ne peut-elle être observée chez les sujets restés aseptiques? L'histoire des rétentions chroniques avec distension nous montrera tout à l'heure que c'est précisément dans cette catégorie en apparence privilé-

giée, que cette forme insidieuse et grave prélève presque toujours son tribut. Lorsqu'elle n'est soumise qu'à une distension lente, la vessie non infectée tolère, et souvent tolère trop bien, l'accumulation de l'urine.

Ce n'est pas à dire qu'une réaction ne se puisse établir, soit par le fait d'une distension plus rapide qui augmente en peu de temps la tension, soit sous l'incitation des causes qui favorisent la congestion. C'est ainsi que, même chez les aseptiques, les phénomènes de la rétention incomplète aiguë peuvent apparaître. La différence très nette est dans l'état des urines qui ne se troublent pas, ne deviennent pas purulentes, restent stériles; dans la moindre intensité des symptômes, dans l'atténuation plus prochaine des phénomènes douloureux.

Dans la forme aseptique de même que dans la forme septique, la guérison spontanée de la rétention incomplète aiguë peut s'observer. L'une et l'autre se transforment toutefois en rétention complète ou passent à l'état chronique. On comprend donc que, dans le traitement de la rétention incomplète aiguë, il y ait à la fois place pour une médication et pour le cathétérisme. On conçoit aussi que son pronostic puisse être différent, que la direction et les résultats du traitement doivent varier suivant qu'elle est primitive ou secondaire.

Primitive, elle ne nous met en face que de lésions vésicales ou vésico-rénales encore peu avancées, sans grande complexité. Secondaire, elle évolue ainsi que la cystite aiguë qui la complique et l'accompagne dans une vessie modifiée par des lésions multiples, en face de reins qui déjà ont subi le contre-coup de ces altérations anatomiques et des troubles de fonctions qu'elles déterminent.

Le cathétérisme explorateur n'est pas de mise dans ces cas. Dès que la cystite et la rétention ont été reconnues, le diagnostic est fait dans ses parties essentielles; les indications du traitement peuvent être posées. Ce n'est qu'après l'atténuation de la cystite que l'on sera amené à y recourir si l'étude des symptômes en indique l'utilité. Au point de vue du diagnostic, le cathétérisme évacuateur lui-même doit être écarté. On ne vide pas sans inconvénient une vessie enflammée. On risque des douleurs violentes, voire une exacerbation de l'inflammation; s'il y a soulagement, il est imparfait et ne

de pas. Le cathétérisme évacuateur n'a donc plus le rôle que l'observation lui assigne dans la rétention complète aiguë. Ce n'est plus l'arbitre du traitement; la cystite réclame surtout votre attention. En la traitant, en agissant activement contre les douleurs qu'elle provoque, vous simplifierez la situation, et sortirez de l'embarras créé par l'insuffisance ou les mauvais résultats de l'évacuation.

Le traitement antiphlogistique et calmant donne le plus souvent de bons et prompts résultats. Les bains, les cataplasmes, les boissons délayantes, un régime doux, le séjour au lit et avant tout les opiacés diminuent la douleur et la fréquence des mictions. C'est, en particulier, aux lavements laudanisés qu'il convient de largement recourir pour l'administration de l'opium. Il est même des cas, exceptionnels il est vrai, où l'indication des sangsues au périnée peut être acceptée.

Sous l'influence de ces moyens, la vessie se vide mieux, chaque miction fournit une plus grande quantité d'urine, le globe vésical diminue de volume, et sa sensibilité disparaît. Si l'on n'a pas affaire à une rétention aiguë entée sur une rétention chronique, ce que démontre bientôt l'atténuation progressive des symptômes, on peut voir la vessie revenir graduellement sur elle-même, et la guérison survenir sans l'intervention du cathétérisme.

Semblables résultats s'observent, en effet, particulièrement dans les rétentions incomplètes aiguës primitives, surtout lorsqu'elles sont aseptiques. Ils prouvent l'utilité du traitement médical, et témoignent de sa très réelle puissance. Le bénéfice principal qu'il en faut attendre n'est cependant pas celui-là. Vous lui demandez avant tout de vous permettre de faire dans de bonnes conditions le cathétérisme évacuateur. La majorité des cas le réclame.

Pour être prêts à le pratiquer à propos, tenez compte avant tout du degré de tension de la vessie et de sa sensibilité. Rien de plus facile à observer quand on se donne la peine de recourir, aussi souvent qu'il convient, au toucher rectal combiné avec la palpation de l'hypogastre. La persistance de la tension indique le cathétérisme; la diminution de la sensibilité le permet. En vous renseignant de la sorte, vous ne laisserez pas vos malades se fatiguer par des efforts réitérés et pénibles, vous

empêcherez l'apparition, ou vous arrêterez l'évolution d'accidents généraux, et vous apaiserez les accidents locaux. Vous remédiez à la purulence des urines, à leur alcalinité, à leur état ammoniacal, et vous aurez chance de prévenir le passage à l'état de rétention incomplète chronique qui, vous le savez, est l'une des terminaisons de l'espèce de rétention que nous venons d'étudier.

II. RÉTENTION INCOMPLÈTE CHRONIQUE SANS DISTENSION. — Les symptômes que détermine cette espèce de rétention sont beaucoup moins accusés que ceux de la rétention incomplète aiguë sans distension. Exempts de poussées congestives ou d'attaques aiguës de cystite, ces malades vivent en assez bonne intelligence avec leur vessie pour ne pas juger utile de beaucoup s'en occuper. Un état de tolérance s'est établi d'emblée ou succède à des attaques de rétention aiguë complète ou incomplète. L'indifférence des malades et celle de la vessie durent d'autant plus que les urines sont restées aseptiques. Alors même qu'elles ont été contaminées, de longues périodes s'écoulent dans la majorité des cas, sans que l'état morbide soit dénoncé. Souvent, ce n'est pas de la vessie, mais de complications survenues dans l'état général, que viennent les avertissements. Si bien que la poursuite de troubles qui semblent fort étrangers à la vessie retarde encore le moment où l'on pensera enfin à examiner cet organe. Tels sont, par exemple, les troubles digestifs. Et cependant, en chirurgie comme en médecine, les embarras gastriques devraient toujours faire penser à l'infection ou à une intoxication et conduire à en rechercher la source.

Les troubles digestifs peuvent, néanmoins, s'établir sans infection. Nous en aurons la preuve en étudiant les rétentions chroniques et aseptiques avec et sans distension. Mais, s'il n'y a pas alors d'infection, il existe, à n'en pas douter, une intoxication lente. La tension de la vessie et celle du rein mettent obstacle à la complète élimination des matériaux toxiques de l'urine. Pour ne parler que des cas que nous avons en ce moment sous les yeux, les rétentions aseptiques sans distension, répétons que les manifestations morbides se font beaucoup plus attendre que lorsqu'il y a distension. Elles se montrent pourtant, mais sous une forme atténuée parce que grâce à l'ab-

sence de tension elles apportent moins de trouble à la fonction rénale.

Toujours est-il qu'un malade qui n'a que de la fréquence de la miction et pas de douleur, dont les urines restent limpides; qui ne constate que de la diminution dans l'appétit, quelques malaises pendant les digestions, ne saura vous mettre sur la voie, vous inviter à examiner l'appareil urinaire. Il n'en sera plus de même chez celui qui a vu, ou auquel on a signalé, le trouble de ses urines, le dépôt qu'elles abandonnent, l'odeur qu'elles dégagent. Aussi bien chez l'un que chez l'autre, vous avez cependant à vous assurer que la vessie se vide. Il arrive qu'eux aussi, comme ceux de la catégorie précédente, viennent à vous après quelque accentuation d'un état vésical jusque-là jugé insignifiant. Les causes que vous connaissez déterminent de la congestion, amènent un certain degré de cystite. Le tout est peu accentué, mais suffit pour fixer leur attention. C'est alors que ces malades se plaignent, et placent désormais au premier rang un état vésical dont pendant longtemps ils n'ont eu cure. Les besoins d'uriner deviennent plus fréquents, ils sont moins faciles à satisfaire, douloureux ou tout au moins cuisants; les urines sont troubles, déposent, et prennent facilement une mauvaise odeur. Chez d'autres malades, moins nombreux, il y a incontinence nocturne, et pendant le jour des besoins d'uriner impérieux et pressants.

Il est difficile, dans de semblables conditions, de ne pas porter toute son attention sur la vessie. Mais ces symptômes n'ont en eux-mêmes rien de pathognomonique. L'examen direct seul peut permettre de savoir si le réservoir vésical se vide complètement.

Dans ces cas, plus encore que dans la rétention incomplète aiguë sans distension, il serait tout à fait illusoire de se fier à la percussion.

Lorsque la dilatation du réservoir urinaire se fait lentement et qu'elle n'est pas portée jusqu'à la distension, la vessie tend à plonger dans l'excavation pelvienne, plutôt qu'à remonter vers le détroit supérieur. C'est le bas-fond qui se creuse et s'élargit, et c'est la concavité du sacrum qui fournit à la vessie dilatée l'espace nécessaire.

La palpation serait tout aussi insuffisante que la percussion.

Le toucher rectal lui-même ne fournirait que de très inexacts renseignements.

La combinaison du toucher rectal et de la palpation hypogastrique feront encore ici juger de l'état de réplétion du réservoir urinaire. Cette exploration n'échoue que chez les sujets chargés d'embonpoint et qui ont à la fois un périnée très épais et une paroi abdominale très grasseuse. En toute autre circonstance, elle renseigne d'une façon certaine.

Aucun renseignement ne peut cependant égaler ceux que fournit le cathétérisme, et, dans les cas dont nous nous occupons actuellement, ce mode d'exploration est presque toujours nettement indiqué.

Le diagnostic sera donc complété à l'aide du cathétérisme évacuateur et, pour peu qu'il soit utile, du cathétérisme explorateur de la vessie.

Le cathétérisme évacuateur permettra de savoir au juste quelle est la quantité d'urine contenue dans la vessie, et quelle est sa qualité; il renseignera également sur le degré de contractilité du réservoir.

Pour obtenir l'évacuation complète de la vessie dans ces cas, il est nécessaire de ne pas trop enfoncer la sonde. Il faut maintenir sa partie oculaire près du col, ou l'y ramener, si l'on s'en était trop éloigné en la faisant pénétrer dans la vessie. Il ne faut pas oublier, en effet, que c'est dans le bas-fond que stagne l'urine, et que s'accumule la sécrétion vésicale dont il importe de la débarrasser. C'est en moyenne 100 à 300 grammes d'urine que l'on trouve retenus dans la vessie, chez les malades de cette catégorie.

Le premier jet d'urine est ordinairement chargé de pus; le liquide devient ensuite plus clair; puis, au moment où l'écoulement va cesser, le pus reparait et s'écoule en plus ou moins grande abondance selon les cas. La réaction de l'urine et de la sécrétion vésicale doit immédiatement être étudiée. Ces urines, une fois exposées à l'air, deviennent rapidement alcalines; aussi ne peut-on bien juger de leur réaction qu'au moment même où on les retire. Elles peuvent être franchement acides, mais le plus souvent elles sont d'une acidité faible, souvent neutres et, dans un certain nombre de cas, alcalines ou franchement ammoniacales. La sécrétion vésicale est toujours moins acide

que l'urine; souvent même, elle est franchement alcaline alors que l'urine est encore acide.

Chez le plus grand nombre de ces malades, l'urine est encore projetée avec une certaine force par la sonde, alors même que les muscles de l'abdomen restent au repos. Cependant, l'évacuation complète du contenu de la vessie ne s'obtient souvent qu'en comprimant l'hypogastre ou en faisant pousser le malade. Il faut, néanmoins, remarquer que, même dans ces cas, la contraction vésicale est facile à réveiller. Si l'on injecte de l'eau tiède et que l'on répète l'injection, on voit bientôt augmenter la projection du liquide. Si l'on emploie des injections froides ou légèrement excitantes, la contraction suit presque immédiatement la provocation fonctionnelle.

Le cathétérisme évacuateur fournit donc au diagnostic des données de la plus grande importance. Mais il ne renseigne pas sur l'état des parois du réservoir dont il nous a montré la capacité et déterminé le contenu.

C'est au cathétérisme explorateur qu'il faut demander ces renseignements complémentaires. A l'aide de la sonde d'argent, à petite courbure, il sera facile d'apprécier exactement l'épaisseur, le plus ou moins de rigidité et d'irrégularité des parois. On en reconnaît, en effet, la consistance, les saillies et les plis. Le corps et le col de la vessie peuvent également bien être appréciés par l'instrument qui permet de pratiquer le toucher intravésical, il n'est pas besoin pour cela d'introduire le doigt dans le rectum. La sonde transmet à la main droite qui l'embrasse des sensations parfaitement nettes, auxquelles l'intervention de la main gauche ne saurait rien ajouter dans la très grande majorité des cas. Les parois de la vessie sont en effet, dans ces cas, profondément modifiées.

La sensibilité varie suivant que l'on observe à l'état torpide ou sous le coup d'une poussée congestive ou inflammatoire. Nous dirons plus tard comment il convient de l'étudier. Il suffira pour le moment d'indiquer qu'elle ne saurait apporter de contre-indication au cathétérisme. Dans ces cas, l'évacuation reste toujours nécessaire. Elle oblige seulement à de grandes précautions.

On se servira de sondes souples; ce n'est qu'au cas où les nécessités de l'introduction obligeront à se servir d'instru-

ments métalliques que l'on y aura recours. L'instrument sera introduit avec tous les ménagements nécessaires, l'évacuation sera lentement conduite. On ne laissera écouler l'urine que par portions, et on ne fera sur l'hypogastre aucune pression. Il vaut mieux, en effet, ne pas vider la vessie complètement que de la violenter. Et, d'ailleurs, ces malades sont très soulagés lorsqu'on leur a retiré un verre d'urine, et souffrent cruellement lorsqu'on a complètement évacué la vessie; lorsque l'urine est purulente, on y substituera une solution tiède d'acide borique, on évacuera la vessie sans la vider, en se conformant aux règles que déjà nous avons indiquées (p. 178 et suiv.).

Le retrait de la vessie est, en effet, fort douloureux dans certains cas et, s'il était poussé aux dernières limites, il pourrait être suivi de ces cystites intenses et totales, véritables cystites parenchymateuses si redoutables chez les malades dont nous nous occupons.

Il faut donc s'imposer la plus grande réserve dans la recherche de la sensibilité de la vessie, s'éclairer à cet égard par la palpation et le cathétérisme évacuateur, et exclure pour cette recherche, toujours importante au point de vue du diagnostic et du pronostic, la sonde métallique et la mise en tension.

Les symptômes généraux, qui accompagnent souvent les rétentions chroniques incomplètes sans distension, sont caractérisés par des troubles digestifs et des accès fébriles.

Ces symptômes peuvent, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, masquer les symptômes vésicaux ou donner le change sur leur véritable valeur. En fait, le point de départ de toutes les manifestations morbides est dû à la stagnation de l'urine. Il faut donc être bien prévenu de cette alliance si ordinaire des troubles digestifs et des accès fébriles chez les malades qui ne vident pas leur vessie, et, pour peu qu'il y ait des symptômes vésicaux, fût-ce seulement de la fréquence nocturne, explorer l'appareil urinaire.

Nous aurons à étudier complètement les troubles digestifs chez les urinaires et la fièvre urineuse. Il nous suffit donc d'indiquer ici leurs connexions si étroites avec les rétentions chroniques incomplètes. Nous ferons seulement remarquer que, chez les malades que nous étudions, les symptômes fébriles affectent plus souvent la forme lente. La défervescence est rare-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Un plein repos est nécessaire pour ces organes depuis longtemps troublés dans leur fonctionnement. Vous viderez assez souvent la vessie pour que les besoins d'uriner ne se reproduisent pas entre les cathétérismes ou n'apparaissent que sous forme d'envies fugaces et peu répétées. Il faut que, sous l'influence de cette régularisation artificielle des mictions, les phénomènes de l'intoxication urineuse, dont témoignent les troubles digestifs, s'amointrissent et disparaissent. Vous pouvez trouver là des indications pour un renouvellement de l'évacuation qu'une vessie trop atone ne vous a pas fournies<sup>1</sup>.

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

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

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

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

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

d'abandonner dans la vessie quelques grammes de solution au 500<sup>e</sup> ou au dessus.

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

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

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