

pour mieux dire, nous ne pûmes le reconnaître. Quelques jours après, le malade succombait aux progrès de sa cachexie. L'autopsie nous révéla une disposition tout à fait spéciale des parties. Au lieu de décrire sa courbe normale au-dessous et en arrière de la symphyse, l'urèthre, une fois engagé sous la symphyse, se relevait brusquement, venait s'accoler à la face postérieure du pubis par un tissu cicatriciel dense, puis, décrivant un coude brusque à sinus ouvert en bas, redescendait presque verticalement, pour atteindre l'orifice vésical placé en contre-bas. Il s'agissait d'un cas exceptionnel; mais il est bien fait pour rendre compte des obstacles insurmontables que peuvent présenter les rétrécissements traumatiques anciens, compliqués de fracture du bassin.

Plus heureux dans d'autres cas, j'ai pu mener à bien l'uréthrotomie externe par le périnée. L'opération est pénible et assez aléatoire pour que j'aie dès longtemps reconnu que le cathétérisme rétrograde était indiqué lorsque le rétrécissement siège dans l'étage supérieur du périnée. Ouvrir la vessie par l'hypogastre pour trouver le bout postérieur, alors que l'on a affaire à un rétrécissement dans l'étage inférieur, me paraît ne devoir être accepté que très exceptionnellement. Recourir à cet artifice en présence des cas dont nous parlons me semble, au contraire, très conforme aux véritables indications du cathétérisme rétrograde.

DIXIÈME LEÇON

RÉTENTION D'URINE DE CAUSE MÉCANIQUE

Définition et division. — Compression de l'urèthre. — Obstruction du canal par un corps étranger. — Indications thérapeutiques tirées du siège : au col, dans l'urèthre profond, dans l'urèthre antérieur. — Calcul derrière un rétrécissement; gravité possible de ces cas; leur traitement. — Engagement de débris calculeux.

La rétention d'urine de cause mécanique est l'impossibilité apportée à l'émission des urines par une tumeur qui comprime l'urèthre ou par un corps étranger qui bouche sa lumière.

Deux ordres de causes peuvent donc, l'urèthre étant sain d'ailleurs, produire ce genre de rétention : les unes extra-uréthrales (compression), les autres intra-uréthrales (corps étranger arrivé de l'extérieur ou venu du réservoir vésical). Nous étudierons successivement ces deux espèces de rétention mécanique :

I. — LES CAUSES EXTRA-URÉTHRALES comprennent toutes les tumeurs péri-uréthrales, quelle qu'en soit la nature. Nous devons, en effet, au point de vue qui nous occupe, mettre sur le même rang les infiltrations sanguines périnéales, les déplacements osseux par luxation ou fracture, les tamponnements rectaux et vaginaux, le passage de la tête fœtale, les néoplasmes divers de l'excavation pelvienne. Dans tous ces cas, le mécanisme est le même : l'urèthre est plus ou moins dévié, ses parois sont plus ou moins fortement appliquées l'une contre l'autre.

Nous rapprocherons de ces faits la rétention qu'on voit si souvent apparaître à la suite des opérations pratiquées sur la marge de l'anus, bien qu'à vrai dire l'élément congestif et inflammatoire s'ajoute, d'une manière évidente, à l'action mécanique très relative, exercée par le pansement.

Le pronostic dépend tout entier, de la nature même de l'agent compresseur; le libre cours des urines ne peut se rétablir que par la suppression de la cause.

Le traitement palliatif consiste dans le cathétérisme évacuateur pratiqué avec un instrument souple, capable d'obéir aux courbures anormales du canal et d'écarter doucement ses parois. Il sera toujours prudent de le faire précéder d'une exploration méthodique, elle vous renseignera sur le siège et la résistance de l'obstacle.

II. — LA RÉTENTION MÉCANIQUE DE CAUSE INTRA-URÉTHRALE donne lieu à des indications thérapeutiques plus complexes et plus intéressantes. Pour en triompher, il faut presque toujours recourir à des manœuvres délicates et, souvent même, user de ruse, si vous voulez nous permettre cette expression.

Pour décider de la conduite à tenir, il ne suffit pas d'avoir établi que l'on a affaire à une cause intra-uréthrale, d'avoir reconnu que le corps étranger vient de l'extérieur ou qu'il est

une production de l'organisme, ni même d'avoir déterminé sa nature.

Sans doute, il est bon de savoir que les corps obstruants d'origine vésicale sont des caillots sanguins, de petits calculs, des fragments de pierre en voie de segmentation naturelle ou soumise à la lithotritie. Sans doute, il est bon de se rappeler que le méat peut livrer passage à une infinité de choses. On a tout trouvé dans l'urèthre, vous le savez aussi bien que moi. Nous ne nous attarderons pas à une énumération aussi longue que stérile; remarquons seulement que, lorsqu'ils sont de petites dimensions avec des diamètres à peu près égaux (caillou, petit pois, haricot), les corps étrangers, venus de l'extérieur, s'arrêtent volontiers au voisinage du méat, tandis qu'ils ont, au contraire, une tendance manifeste à gagner les parties profondes, voire même à atteindre la cavité vésicale, lorsqu'ils sont suffisamment allongés (fragment de sonde, porte-plume, crayon). Toutes ces notions sont, jusqu'à un certain point, bonnes à connaître.

Mais ce qu'il faut avant tout, c'est tenir compte du siège exact de l'agent obturateur.

Occupe-t-il l'urèthre antérieur?

Est-il engagé entre le sphincter urétral et le col vésical?

N'agit-il enfin qu'à la façon d'un opercule reposant sur l'orifice profond de l'urèthre, mais mobile ou mobilisable dans la cavité vésicale?

Telle est la question essentielle qu'il faut avoir résolue avant de prendre un parti; sa solution est d'ailleurs facile. Le palper pour la portion antérieure de l'urèthre, le toucher rectal pour sa partie reculée, et, dans tous les cas, une exploration méthodique, faite avec la bougie à tête, vous renseigneront en peu d'instants d'une façon aussi précise que possible. Supposons donc le diagnostic du siège de l'obstacle établi, et abordons de suite la question thérapeutique.

A. — Le *col vésical* ne peut être obstrué que par des caillots sanguins ou par un petit calcul; encore faut-il, dans ce dernier cas, des conditions spéciales que nous étudierons dans un instant.

La formation de *caillots* au sein de la vessie est de règle constante ou à peu près dans tous les cas d'hémorrhagie rénale

ou vésicale un peu abondante. Il est rare cependant de voir un caillot venir s'adapter à la façon d'un bouchon sur le col vésical et l'oblitérer hermétiquement. Bien plus souvent, il s'engage dans l'urèthre, s'effile ou se segmente et finit par être expulsé après quelques efforts. C'est ainsi que sur une quarantaine d'hématuriques, que vous avez pu observer cette année dans nos salles, vous n'avez vu qu'une seule fois apparaître une véritable rétention d'urine. Il s'agissait d'un malade atteint de dégénérescence organique des reins, qui avait quitté l'hôpital quelques jours auparavant et qui vint nous retrouver un matin n'ayant pas pu uriner depuis la veille au soir.

Il est assez rare que la rétention, suite de caillot sanguin, persiste aussi longtemps; elle n'est généralement que passagère et cesse au bout de peu de temps sans intervention chirurgicale. Interrogez, en effet, de vieux hématuriques, et tous, ou à peu près, vous diront qu'à telle ou telle époque de leur maladie ils ont eu une difficulté plus ou moins grande, peut-être même une impossibilité momentanée d'uriner. Mais ils ajouteront aussitôt qu'ils savent bien à quoi cela tient. Ils ont remarqué que cet accident ne leur arrive guère que lorsqu'ils veulent uriner debout. Pour peu que leur miction soit difficile, vous les voyez prendre, pour uriner, la position couchée et même, tout en restant sur le dos, chercher à élever le bassin en faisant reposer les membres inférieurs sur un meuble un peu haut. Le résultat obtenu est facile à saisir. La direction de l'axe vésical est modifiée; le col, bien loin d'être le point le plus déclive, se trouve fortement relevé; les caillots, obéissant aux lois de la pesanteur, ne tardent pas à le quitter pour tomber dans le bas-fond vésical. Le courant de l'urine les ramène, il est vrai, au col, mais ils ne s'y présentent plus qu'individuellement, ils n'y sont plus poussés avec violence. Ils passent aisément, pour peu que leur volume le permette, ou retombent dans le bas-fond.

Cette position spéciale, que le malade prend d'instinct, sera toujours bonne à conseiller avant toute autre chose, lorsqu'on sera en présence d'un sujet atteint de rétention, suite d'hématurie. Presque toujours elle réussira, surtout si vous y joignez le repos absolu au lit et l'usage de boissons délayantes. Il ne faut pas craindre, en effet, de faire boire vos malades; faites-

les boire et même beaucoup; plus les urines seront abondantes, et plus vite les caillots se dissocieront.

Ces moyens suffisent en général, et vous n'aurez qu'assez rarement besoin de recourir au cathétérisme, vous le pratiquerez dans la position horizontale. Il est loin d'ailleurs, dans le cas qui nous occupe, de tenir tout ce qu'il semble promettre. Parfois même, son emploi est réellement illusoire. Plus facilement encore que le col vésical, les yeux de votre sonde se laisseront obstruer par les caillots sanguins, et vous serez exposés, d'une façon presque certaine, à voir l'évacuation du liquide s'arrêter. Pour rétablir la perméabilité de l'instrument, vous devrez recourir à une injection. Il convient de la pousser vivement, par petits coups: on obtient ainsi le résultat cherché; souvent aussi le caillot, soulevé par l'eau qu'il laisse passer, retombe ensuite comme une soupape; au lieu d'avoir soulagé le malade, vous n'avez fait qu'augmenter son angoisse. Il ne vous reste plus d'autre ressource que de faire une forte aspiration avec la seringue adaptée au bout de la sonde.

L'aspiration des caillots est, en effet, une ressource fort précieuse. Elle ne favorise pas l'hématurie, bien que la théorie puisse le faire craindre. Les appréhensions instinctives que j'ai eues à cet égard ont été complètement dissipées par la pratique. J'ai pu constater, dans des cas fort graves, que, loin de donner à la vessie une occasion nouvelle de saigner, l'évacuation complète déterminait l'arrêt de l'hémorrhagie. L'aspiration des caillots pourrait cependant avoir de fort graves inconvénients si elle n'était pas faite très aseptiquement.

Impossible avec la sonde en caoutchouc, elle peut être faite avec la sonde en gomme; cet instrument ne suffit cependant que lorsque les caillots ne sont ni trop volumineux ni trop nombreux. Il convient alors de recourir aux sondes métalliques de gros calibre dont nous nous servons dans la lithotritie pour aspirer les fragments calculeux. Nous étudierons la technique de cette petite opération lorsque nous nous occuperons du cathétérisme évacuateur. Mais je dois dès maintenant dire que ce n'est pas seulement dans les rétentions accidentelles survenant chez des sujets vidant bien leur vessie, que l'aspiration des caillots peut être indiquée. Elle l'est aussi, et surtout, chez les sujets qui n'urinent qu'à l'aide de la sonde. La

situation du rétentionniste dont la vessie contient des caillots devient fort pénible, elle est prochainement dangereuse si leur présence s'oppose à l'évacuation par la sonde. Vous ne pouvez, chez eux, compter sur l'influence des moyens qui permettent l'évacuation spontanée, et vous vous trouvez obligés, si les petites injections répétées ne réussissent pas, de recourir sans délai à l'aspiration des caillots.

En dehors de ces cas et des conditions particulières qui indiquent l'aspiration en cas de rétention accidentelle, il reste acquis par la pratique que l'obstruction du col vésical due à des caillots réclame plus habituellement un traitement médical que des manœuvres instrumentales. Le remède le plus simple et souvent le meilleur consiste dans la position à donner au patient au moment de la miction; les boissons délayantes, les opiacés dans certains cas font le reste.

C'est à cette position encore qu'il faut recourir lorsque l'obstruction du col est due à un *calcul*. Aussi bien, cette cause de rétention est-elle beaucoup plus rare qu'on ne serait tenté de le croire tout d'abord. Deux conditions essentielles sont nécessaires, en effet, pour que le calcul puisse jouer le rôle de bouchon. Il faut qu'il soit petit (dès qu'il est un peu gros, il cesse d'être mobile et ne se laisse plus entraîner par le flot urinaire), il faut aussi qu'il n'existe que peu ou pas de relief prostatique, sans quoi la pierre restera logée dans le bas-fond vésical et ne viendra pas au contact du col. Alors même que ces deux conditions sont remplies, il reste encore à tenir compte de la position que prennent les malades pour uriner. Presque toujours, instruits par la douleur et par quelque trouble mécanique de la miction, ils évitent de pisser debout et ont soin de se coucher quand le besoin se fait sentir. Ce sont là, d'ailleurs, des faits sur lesquels nous avons eu déjà l'occasion de nous expliquer¹; nous croyons d'autant moins utile d'y revenir longuement que les rétentions de cette nature sont habituellement bénignes et passagères, soit qu'on se contente, comme nous vous l'avons indiqué¹, de conseiller une position appropriée, soit que, la sonde en main (sonde à extrémité arrondie, bien entendu), on refoule le calcul dans la vessie.

¹ Voyez troisième leçon, page 37.

L'instrument le meilleur est l'explorateur olivaire, souple d'un numéro moyen, 18 à 20.

La même manœuvre instrumentale devrait être mise en usage si l'on était en droit de soupçonner l'engagement d'un *fragment calculeux* dans le col vésical. Il ne s'agit pas alors, il est vrai, de rétention d'urine, mais seulement de dysurie, d'épreintes, quelquefois d'hématurie, car un débris de pierre offre une forme trop irrégulière pour pouvoir jouer facilement le rôle d'opercule véritable.

B. — La *portion profonde* de l'urèthre peut être occupée par un corps étranger arrivé de l'extérieur ou mieux encore venu de la vessie. Dans l'un et l'autre cas on se gardera bien de chercher à l'attirer en avant : ce serait exposer l'urèthre à de nombreux traumatismes et souvent à de graves déchirures. Que tous vos efforts tendent, au contraire, à le rejeter dans le réservoir vésical. Une fois ce but atteint, il vous suffira d'une séance de lithotritie pour guérir complètement votre malade sans lui avoir fait courir aucun danger. Refouler le corps étranger est encore chose assez facile ; vous nous avez vu plus d'une fois réussir en employant la boule olivaire. Elle rencontre à coup sûr le calcul, ne passe ni au dessus ni au dessous, comme peuvent le faire d'autres instruments, alors même que leur extrémité est arrondie. Le contact bien établi, une pression soutenue, de petites percussions amènent le dégagement et déterminent la chute dans la vessie. Il est possible d'aboutir au même résultat avec une sonde béquille, une bougie de cire ; on y arrive avec moins de facilité et de précision. Il est des cas cependant où les tentatives les mieux dirigées ne réussissent pas ; on sent que le calcul résiste, et qu'on ne le déplacerait qu'au prix de violences plus ou moins grandes. Que cette résistance ne vous effraye ni ne vous irrite ; peu d'efforts suffiront pour en triompher, si vous savez lui opposer de la patience et un traitement approprié.

Remarquons tout d'abord qu'il ne s'agit presque jamais de rétention d'urine complète et absolue. La miction est pénible, laborieuse, incomplète, nous le reconnaissons, mais enfin elle se fait et, quelque imparfaite qu'elle puisse être, elle suffit pour guider le chirurgien dans la voie qu'il convient de suivre.

Procédez ici comme vous le feriez en face d'un rétrécissement très étroit ; prenez une bougie fine et faites-la cheminer jusqu'au-delà du corps étranger. Peut-être aurez-vous de la peine à passer, peut-être devrez-vous y revenir à plusieurs fois, et sera-t-il nécessaire d'essayer successivement les diverses formes de bougies collodionnées (en baïonnette, en spire, à grande courbure, etc.) ; mais, soyez-en sûrs, vous finirez par triompher, et dès lors, on peut le dire, le succès est assuré. Sous l'influence de cette bougie mise à demeure, un travail de ramollissement et d'élargissement s'opère ; l'écoulement de l'urine se fait mieux, en même temps que le corps étranger se dégage peu à peu et cesse d'être aussi fixe. Quelquefois même, si vous avez soin de recommander au malade de rester dans le décubitus dorsal, de n'uriner que couché et sans efforts, le calcul retombera de lui-même dans la cavité vésicale. Plus souvent, il est vrai, vous le trouverez encore dans le canal quand, au bout de trois ou quatre jours, vous retirez la bougie, mais il est alors parfaitement mobile et se laisse facilement repousser.

Telle a été, par exemple, l'histoire clinique de cet Italien que vous avez pu voir, il y a quelques jours, au n° 7 de la salle des hommes. Il souffrait depuis quelque temps déjà de la vessie, lorsqu'il y a trois semaines environ il ressentit tout à coup, pendant une miction, une douleur vive dans le canal, et vit son jet d'urine cesser subitement pour faire place à un écoulement goutte à goutte. A son entrée dans notre service, il fut facile de reconnaître l'existence d'un calcul engagé dans la portion profonde de l'urèthre. N'ayant pu tout d'abord réussir à le refouler vers la cavité vésicale, nous mîmes une petite bougie à demeure ; quand nous la retirâmes vers le quatrième jour, il suffit, pour dégager la petite pierre, d'une très légère pression avec la bougie en cire. Pour éviter qu'un nouvel engagement se produisît, nous recommandâmes au malade de n'uriner que couché ; puis après avoir laissé le canal se reposer, nous pratiquâmes, sans aucun incident spécial, la lithotritie. Une séance suffit, et la guérison fut complète.

Souvent il est possible de faire passer une sonde de moyen volume, qui s'insinue entre le calcul et les parois de l'urèthre. En laissant cette sonde à demeure quelques heures, du jour au lendemain au plus, vous arrivez à obtenir sans violence le

déplacement et le refoulement du calcul. Lorsque le calcul ne peut être refoulé, il doit être broyé sur place. Le lithotriteur urétral rend alors de grands services. Facile à manier dans la partie profonde de l'urètre, qui est assez large pour permettre à cet instrument à mors très courts d'être manœuvré comme un lithotriteur dans la vessie, il est au contraire d'un usage difficile et dangereux dans l'urètre antérieur.

C. — Lorsqu'un calcul est suffisamment petit et lisse, il traverse, en général, sans s'arrêter, la première portion de l'urètre et ne rencontre plus d'obstacle à sa marche, qu'au niveau de la *région péniennne*. Il arrive même, en général, sans encombre, jusque dans la fosse naviculaire; seul le méat reste à franchir. C'est le point le plus résistant et le moins large du canal, aussi vous arrivera-t-il, nombre de fois, d'être appelés près de malades atteints de ce petit accident. Un léger débridement suffit pour ouvrir la voie, et faire cesser les troubles de la miction. Plus souvent encore une manœuvre des plus simples déterminera l'expulsion du corps étranger. Vous introduirez une sonde cannelée entre le calcul et la paroi inférieure de l'urètre. Un léger mouvement de bascule fait alors cheminer le fragment le long de la paroi supérieure et l'amène au dehors. Cette manœuvre est beaucoup plus inoffensive et plus simple que celle qui consiste à aller saisir le calcul avec des pinces.

Le cas est un peu plus embarrassant quand il s'agit d'un corps étranger arrêté dans la région péniennne proprement dite. Il faut se garder d'abuser de la boutonnière urétrale. Rien n'est plus simple et plus rapide, nous en convenons, que cette petite incision libératrice; mais on devra se rappeler, avant de prendre le bistouri, qu'elle n'en est pas moins parfois le point de départ de fistules péniennes difficiles à guérir. Mieux vaut, toutes les fois qu'il n'y a pas contre-indication formelle, faire l'extraction par les voies naturelles. Vous connaissez tous la petite curette articulée dont on a coutume de se servir dans ces cas. Son maniement est facile et ne demande pas grand apprentissage. Nous devons ajouter cependant que savoir contourner, puis accrocher l'obstacle ne constitue que le premier temps de l'opération; reste à amener le corps étranger jusqu'au méat. La chose est simple parfois, mais elle peut aussi être rendue fort

pénible, soit que la curette glisse et dérape sur un corps très dur et très lisse, soit, au contraire, que des aspérités multiples accrochent et déchirent la muqueuse uréthrale à chaque mouvement imprimé. Pour éviter ces deux inconvénients, j'ai souvent eu recours à un petit artifice dont je n'ai jamais eu qu'à me louer. En saisissant le corps étranger entre la cuiller de la curette, passée derrière lui, et une bougie en cire fortement appliquée sur sa face antérieure, on constitue ainsi une sorte de lithotriteur dont la branche femelle est représentée par la curette, et la branche mâle par la bougie de cire. Le calcul ne peut plus dès lors lui échapper ni déchirer, et son extraction est assurée. J'ajouterai qu'il faut la faire en suivant la paroi supérieure, beaucoup mieux tendue et plus régulière que la paroi inférieure. Les pinces urétrales sont cependant préférables et je suis arrivé à ne plus employer d'autres instruments. Il y en a de bien des modèles. Celle dont je fais le plus volontiers usage est celle de Collin dont le bec s'ouvre sans que les branches s'écartent. On ne réussit que lorsque l'on a bien mis la pince et le calcul au contact, avant d'ouvrir l'instrument. Dans le premier temps on place donc l'instrument sur le calcul, on l'y maintient et on l'ouvre sur place. Une légère pression, combinée avec la tension de la verge qu'opère la main gauche, insinue alors les mors de chaque côté du calcul. On le saisit; s'il est bien pris, on l'attire lentement et on l'amène à l'extérieur sans froisser le canal, que protègent les surfaces mousses des mors de la pince. Il est quelquefois nécessaire de faire mettre le doigt d'un aide en arrière du calcul pour le fixer pendant qu'on le prend avec la pince.

Vous avez pu remarquer que, jusqu'à ce moment, nous n'avons eu à vous parler ni d'intervention absolument urgente, ni de pronostic à réserver, ni d'accidents graves à redouter.

La raison en est simple, la retenue de l'urine n'est pas complète et la miction est peu difficile; l'extensibilité de la paroi inférieure de l'urètre empêche qu'il soit vraiment obturé.

Avec un peu d'adresse, beaucoup de douceur, pas mal de patience, tant de la part du chirurgien que de celle du malade, quelques manœuvres instrumentales très simples, on arrive toujours, avons-nous dit, à une terminaison heureuse. Tout

cela est vrai, mais à la condition expresse que *l'urèthre soit sain* et n'offre aucune modification anormale dans son calibre et sa souplesse.

III. CALCUL DERRIÈRE UN RÉTRÉCISSEMENT. — Le tableau morbide est tout autre, en effet, lorsqu'à sa sortie de la vessie un calcul, quel que soit d'ailleurs son volume, se trouve en présence d'un canal irrégulier, déformé et résistant. Qu'au lieu d'une voie libre et normale, un gravier rencontre sur sa route un rétrécissement plus ou moins étroit et dur, les complications les plus graves sont possibles et la mort elle-même est à redouter si le traitement se fait trop attendre ou s'il s'égaré.

Voyez, par exemple, cette pièce qui provient d'un malade mort dans nos salles au mois de novembre dernier. Les accidents qui l'amènèrent dans notre service remontaient à près de dix-huit mois. A la suite de douleurs rénales, il avait vu, un jour donné, son jet d'urine, déjà petit antérieurement, disparaître tout à fait. La miction ne se faisait plus qu'en bavant et au prix d'efforts très pénibles. Peu à peu la santé s'altéra, d'abord lentement, puis rapidement, et, lorsqu'il entra à l'hôpital, l'état général était tellement mauvais, les urines tellement sales et infectes (odeur gangréneuse) que toute guérison nous parut impossible. En procédant à l'examen attentif, nous pûmes constater un rétrécissement peu étroit de la portion spongieuse, et derrière lui l'existence d'une pierre, reconnaissable au frottement rude de la bougie à son contact. Le temps pressait, nous fîmes une boutonnière uréthrale et retirâmes le calcul que vous voyez ici : je ne saurais mieux le comparer qu'à un noyau de datte, à bouts mousses. La mort n'en survint pas moins rapidement, et voici les lésions que nous constatâmes : immédiatement derrière le rétrécissement, une petite fossette creusée sur la paroi inférieure de l'urèthre logeait le corps étranger ; à partir de ce point, toutes les voies urinaires sont distendues. L'urèthre en arrière du rétrécissement, la vessie, les uretères, les bassinets sont considérablement augmentés de capacité. Bien plus, il existe une uréthrite et une cystite suraiguë à forme pseudo-membraneuse, comme vous pouvez vous en convaincre par les lambeaux qui flottent encore à la surface de cette pièce. C'est un de ces cas de réten-

tion incomplète avec distension et cysto-néphrite qui défient toute intervention et toute thérapeutique.

Plus intéressante encore, s'il est possible, cette seconde pièce, que nous devons à M. le professeur Verneuil. Un petit calcul, gros à peine comme un grain de chènevis, s'était engagé dans la lumière d'un rétrécissement ; il y eut rétention absolue, puis infiltration d'urine considérable, bientôt suivie de mort. Le très petit volume du calcul rendit dans ce cas les accidents particulièrement graves. Il pénétra, en effet, dans la lumière du rétrécissement et l'obtura comme un bouchon. D'ordinaire cependant, le calcul ou les calculs (ils sont quelquefois multiples) placés derrière un rétrécissement ne s'appliquent que médiatement contre eux ; ils gênent le passage de l'urine, mais ne s'y opposent pas. Aussi rencontrerez-vous nombre de malades qui portent un calcul ou plusieurs calculs derrière un rétrécissement sans en avoir été particulièrement incommodés. Vous êtes surpris de sentir, après avoir franchi le rétrécissement avec la bougie, le frottement râpeux caractéristique de la présence d'un gravier.

On ne saurait donc rester simple spectateur de ces faits, et attendre de l'avenir une amélioration quelconque. Dès que les troubles fonctionnels ou l'examen direct ont révélé l'existence d'un calcul derrière un rétrécissement, il faut intervenir. La conduite à tenir est simple. Puisque le rétrécissement est la cause principale du mal, c'est lui qu'il faut attaquer. La bougie à demeure peut vous rendre les plus grands services. Vous avez pu souvent observer, dans nos salles, des rétrécis chez lesquels un calcul engagé derrière le rétrécissement trouble profondément la miction. Une bougie fine, insinuée à travers le rétrécissement, passe entre le calcul et les parois du canal ; elle permet bientôt à l'urine de s'échapper. Elle peut même favoriser assez la dilatation de l'urèthre pour que le calcul puisse spontanément sortir ou être entraîné lorsque vous retirez la bougie.

Si la miction ne se rétablit pas promptement et franchement, ne vous attardez pas à essayer une dilatation infructueuse et souvent dangereuse s'il y a infection ; procédez de suite à l'uréthrotomie interne. Vous pouvez la faire sans crainte, nous vous en parlons par expérience personnelle. Nombre de fois nous

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

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

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

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

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

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

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

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

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