

tiquer une rétention d'urine par hypertrophie de la prostate.

Vous pouvez confirmer et compléter votre diagnostic par l'examen de la prostate pratiqué par le toucher rectal et par le cathétérisme avec la sonde coudée, mais cette précision est sans utilité pratique.

**Traitement.** — La rétention d'urine présente deux indications, il faut : — A. Evacuer l'urine qui se trouve dans la vessie ; — B. Combattre la cause de la rétention.

A. ÉVACUER L'URINE QUI SE TROUVE DANS LA VESSIE. — Cette première indication est pressante, surtout si la rétention est complète, absolue, et si le malade n'urine pas par regorgement, car des accidents mortels ne tarderont pas à se produire, si l'on n'évacue pas l'urine.

Or, les moyens propres à amener cette évacuation varient suivant la cause de la rétention.

*Premier cas.* — La rétention est-elle produite par une *hypertrophie de la prostate*, vous pouvez presque toujours pénétrer dans la vessie avec une sonde d'un bon calibre, soit en caoutchouc, soit en gomme<sup>1</sup>.

*Deuxième cas.* — La rétention est-elle produite par un ré-

veau de la région prostatique, une certaine résistance ; vous remarquerez aussi que le canal présente une longueur anormale.

1. Les sondes métalliques doivent être complètement abandonnées, car : — d'une part, leur introduction est, dans le cas d'hypertrophie de la prostate, bien plus difficile que celle des sondes en caoutchouc ou en gomme qui, au lieu d'attaquer l'obstacle, l'évitent, se glissent à côté de lui et ne sauraient occasionner ces fausses routes qui, encore de nos jours, sont fréquentes ; — d'une autre part, un individu dont la prostate hypertrophiée amène une rétention d'urine devra tôt ou tard faire un usage plus ou moins fréquent de la sonde ; il y a donc tout intérêt à se servir d'une sonde dont il pourra se servir lui-même. — Telle est la règle, mais il faut savoir que dans certains cas difficiles, et surtout si le malade a une fausse route, les sondes à courbure spéciale (de Gely, de Mercier) peuvent pénétrer dans la vessie si l'on a soin de faire suivre constamment à leur bec la paroi supérieure du canal.

*trécissement de l'urètre*, il est parfois plus malaisé d'évacuer l'urine. Dans ce cas il faut s'armer de patience et chercher à faire pénétrer une bougie filiforme, souvent le succès récompense votre persévérance ; dès que vous avez introduit la bougie, laissez-la en place, le malade urinera à côté d'elle ou bien l'urine sortira lorsque vous retirerez la bougie.

Si l'introduction de la bougie était impossible et que le cas ne fût pas pressant, vous pourriez plonger le malade dans un bain tiède, lui administrer un lavement laudanisé, lui faire prendre quelques grammes de bromure de potassium, appliquer même des ventouses ou des sangsues sur le périnée ; ces moyens peuvent diminuer le gonflement de la muqueuse, calmer l'élément spasmodique et permettre l'évacuation de l'urine<sup>1</sup>. C'est exclusivement à cet ordre de moyens sédatifs qu'il convient de recourir lorsque la rétention d'urine s'est produite dans le cours d'une blennorrhagie aiguë ; c'est dans ce cas surtout qu'ils sont suivis de bons résultats, car l'obstruction du canal est surtout produite par le gonflement de la muqueuse et le spasme.

Les rétentions qui ne dépendent, ni des rétrécissements de l'urètre, ni des hypertrophies de la prostate sont plus rares, mais leurs indications sont très nettes.

S'agit-il, par exemple, d'une *compression du canal par une tumeur* quelconque : — si cette tumeur est opérable ou réductible, c'est à elle qu'il faut s'adresser ; — est-elle inopérable, de deux choses l'une : ou bien la compression du canal ne s'oppose pas à la pénétration de la sonde, et alors vous devez, par le cathétérisme répété aussi souvent qu'il est besoin, prévenir les dangers de la stagnation d'urine dans la vessie ; mais si la sonde ne peut traverser le canal, il faut recourir à la ponction de la vessie (voyez plus loin).

1. Rappelons que lorsque la rétention d'urine se produit à l'occasion d'un rétrécissement de l'urètre, elle ne dépend pas seulement du rétrécissement, mais aussi du spasme du canal et de l'atonie vésicale qui doivent être combattus par des moyens spéciaux.



C'est ici que doit se placer une REMARQUE IMPORTANTE. Les vieillards atteints d'hypertrophie de la prostate, dont la vessie a depuis longtemps perdu l'habitude de se vider complètement, éprouvent souvent, après les sondages qui évacuent tout le liquide contenu dans la vessie, des troubles divers, parfois extrêmement graves : ce sont — tantôt des *hématuries* plus ou moins abondantes, parfois mortelles<sup>1</sup> ; — tantôt des *phénomènes fébriles*, de nature infectieuse, qui peuvent se présenter sous deux formes, soit sous la forme d'*accès intermittents*, soit sous celle d'une *fièvre hectique* avec affaiblissement général, le malade tombant graduellement dans le marasme et succombant dans un état d'adynamie et de stupeur que l'on a parfois désigné sous le nom d'*état typhoïde*.

Pour se garer des hémorrhagies, il faut avoir soin de ne pas vider complètement la vessie à chaque cathétérisme.

Si, malgré cette précaution, l'hémorrhagie se produit, il faut pratiquer des injections vésicales destinées : soit à modérer ou à arrêter l'écoulement ; soit à prévenir la décomposition de l'urine (injections de solutions au nitrate d'argent, au goudron, au salicylate de soude, à l'acide phénique, etc.).

Pour se garer de la fièvre urineuse, il faut entourer le moindre cathétérisme, des plus minutieuses précautions aseptiques et antiseptiques, et tâcher de ne produire aucune excoriation des muqueuses uréthrale et vésicale.

Si, malgré les précautions antiseptiques, la fièvre urineuse éclate, il faudra viser surtout à assurer le libre écoulement de l'urine, et à désinfecter la vessie ou l'urèthre à l'aide d'injections antiseptiques, et aussi en faisant prendre aux malades les antiseptiques qui s'éliminent par les urines tels que le salol, le carbonate de créosote ou le benzo-naphtol qui est en même temps diurétique, l'urotropine, le bleu de méthylène, etc.

Inutile d'ajouter qu'il sera toujours avantageux de chercher à tonifier le malade.

**PONCTION DE LA VESSIE.** — Lorsque l'urèthre est imperméable aux sondes de plus petit calibre, ou lorsqu'il existe une hypertrophie de la prostate infranchissable aux sondes de

1. On peut les expliquer par la congestion de la muqueuse vésicale et la rupture de ses vaisseaux se produisant au moment où la pression à laquelle ils étaient depuis longtemps habitués vient à être brusquement supprimée.

toutes formes et que la rétention est complète, absolue, sans incontinence par regorgement, il faut évacuer l'urine en pratiquant la ponction de la vessie.

Les *appareils aspirateurs* rendent dans ce cas d'immenses services : grâce à eux, vous pouvez sans le moindre danger, pratiquer au-dessus du pubis une ponction capillaire, évacuer l'urine contenue dans la vessie et éloigner le péril ; souvent, pendant les heures de répit que vous donnera cette évacuation qui peut, sans grands inconvénients, être répétée plusieurs fois<sup>1</sup>, souvent, dis-je, vous pouvez arriver à la vessie par ses voies naturelles.

Ces ponctions avec l'appareil aspirateur sont tellement préférables à toutes les autres, que nous croyons inutile de décrire les anciens procédés de ponction avec le simple trocart, l'établissement de sondes à demeure par ces orifices artificiels. Nous ne parlerons pas davantage des divers motifs pour lesquels ces ponctions étaient pratiquées, soit par l'hypogastre (ce qui a toujours été la règle), soit par le périnée, le rectum, le vagin, la symphyse pubienne, etc.

**B. COMBATTRE LA CAUSE DE LA RÉTENTION.** — Cette deuxième indication sera remplie à l'aide de procédés naturellement aussi variés que le sont les causes de la rétention.

— Si cette rétention se rattache à un *rétrécissement de l'urèthre*, il faut procéder soit à la dilatation progressive de la partie du canal rétréci, soit, si cette dilatation ne réussit pas ou est contre-indiquée<sup>2</sup> inciser le rétrécissement par l'uréthrotomie interne.

— Si la rétention se rattache à une *hypertrophie de la prostate*, plusieurs cas peuvent se présenter :

*Premier cas.* — La rétention est complète, cependant l'hypertrophie est peu accentuée, la glande n'a augmenté de vo-

1. Je l'ai, avec le plus grand avantage, répétée jusqu'à quatre fois dans les vingt-quatre heures.

2. Difficulté d'introduction des bougies, accès fébriles après le cathétérisme, spasmes, défaut d'élasticité du canal qui résiste à la dilatation, etc.