

début de la rétention, du moment où elle est complète, on observe les symptômes suivants :

Le malade éprouve des envies d'uriner fréquentes, presque continuelles, mais il ne peut les satisfaire au prix des efforts les plus énergiques (1); il éprouve une sensation de plénitude et d'embarras au périnée, des douleurs sourdes, profondes dans l'hypogastre, douleurs s'irradiant vers les reins, vers la verge, etc. — Ces douleurs augmentent dans toutes les conditions capables de comprimer la vessie, telles que la marche, la station debout; au contraire elles diminuent légèrement lorsque par la flexion des cuisses, l'inclinaison du tronc en avant, on relâche les muscles de la paroi abdominale antérieure.

En palpant l'abdomen on constate l'existence au-dessus du pubis d'une tumeur ovoïde, s'élevant plus ou moins haut, remontant parfois jusqu'à l'ombilic : cette tumeur formée par la vessie distendue est plus large en bas qu'en haut, elle est mate, plus ou moins tendue, peu sensible au toucher.

Si on pratique le toucher vaginal ou rectal, on trouve sur la paroi antérieure de ces organes une tumeur rénitente, arrondie, et, à l'aide de l'autre main appliquée sur la paroi antérieure de l'abdomen, on peut constater sa fluctuation.

Suites. — Si le malade est abandonné à lui-même, deux choses peuvent se produire : tantôt la rétention reste complète et le malade meurt, sa face devient rouge, injectée, elle se couvre d'une sueur visqueuse ; il est pris d'une fièvre violente, de nausées, de vomissements, il délire, tombe dans le coma et succombe (2); tantôt l'urine force l'obstacle, elle s'écoule goutte à goutte spontanément et d'une façon presque continue, c'est l'*incontinence d'urine par regorgement* (3). La situation est sauvée, du moins pour le moment, mais nous verrons quelles sont les graves conséquences de cet état si l'on ne s'empresse d'y porter remède et si, comme cela a encore lieu trop souvent, on ne reconnaît pas que cette incontinence n'est qu'un symptôme de la rétention.

(1) Il n'est pas rare de voir ces efforts entraîner la production de hernies, l'évacuation des matières, etc.

(2) La mort peut être produite soit par une rupture de la vessie, soit par des accidents urémiques.

(3) L'urine enfermée dans la vessie a forcé l'obstacle qui s'opposait à la sortie, le trop-plein déborde et la rupture de la vessie se trouve prévenue.

Rétention incomplète. — La rétention incomplète se présente avec un appareil symptomatique si différent du précédent, que son existence peut pendant de longues années passer inaperçue du malade lui-même, et que le chirurgien ne peut la diagnostiquer qu'à l'aide de la sonde.

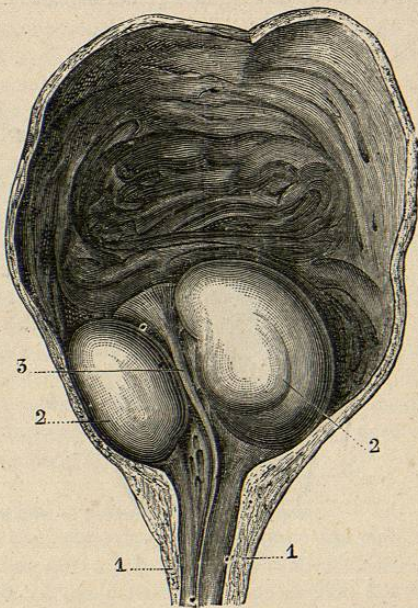


FIG. 53. — Exemple d'hypertrophie de la prostate déterminant plutôt une stagnation d'urine qu'une rétention complète

1, 1. Section pratiquée sur la portion membraneuse de l'urètre. — 2, 2. Lobes hypertrophiés de la prostate; l'hypertrophie du lobe gauche, beaucoup plus marquée que celle du lobe droit, a déterminé une déviation du canal.

La rétention incomplète ou stagnation d'urine s'observe surtout chez les vieillards atteints d'hypertrophie de la prostate : ainsi rien n'est plus ordinaire que de rencontrer des vieillards qui, depuis un certain nombre d'années, éprouvent quelques désordres du côté des voies urinaires, désordres

d'ailleurs si légers qu'ils appellent à peine leur attention, ce sont des envies d'uriner un peu plus fréquentes, surtout pendant la nuit, une difficulté peut-être un peu plus grande; cependant comme ils rendent chaque jour une quantité d'urine très satisfaisante et cela sans efforts particuliers, qu'ils ne souffrent pas de la vessie, ils sont bien éloignés de se croire atteints d'une maladie des organes génito-urinaires.

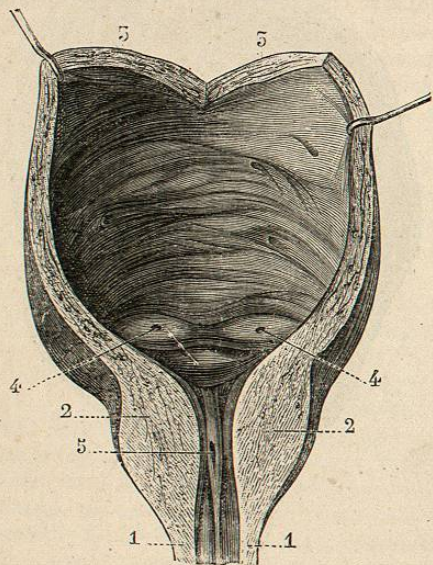


FIG. 54. — Exemple d'hypertrophie de la prostate et d'hypertrophie consécutive des parois de la vessie.

1, 1. Section de la portion membraneuse de l'urèthre. — 2, 2. Lobes de la prostate régulièrement hypertrophiée. — 3, 3. Parois vésicales hypertrophiées. — 4, 4. Orifices des uretères. — 5. Vermumontanum.

Ils peuvent vivre de longues années dans cette ignorance. Chez plusieurs d'entre eux la lésion ne fait pas de progrès et ils sont emportés par une maladie quelconque, étrangère aux voies urinaires, sans que personne ait soupçonné l'existence de l'hypertrophie de la prostate, mais dans d'autres cas, souvent à l'occasion d'un excès, d'une fatigue, d'une excitation

vénérienne, d'un refroidissement, etc., ils sont pris brusquement d'une impossibilité complète d'uriner, ou bien ils s'affaissent graduellement, souffrent des voies digestives, d'un malaise général, d'une fièvre subcontinue; cependant ils urinent comme par le passé et le véritable point de départ de ces désordres peut très facilement passer inaperçu.

Lorsque la rétention devient complète, le diagnostic de l'hypertrophie prostatique s'impose; mais lorsque le malade souffre d'un malaise général mal défini ou qu'il est atteint d'une incontinence d'urine, le diagnostic réclame des connaissances spéciales; si alors l'attention du chirurgien se trouve appelée sur la possibilité d'une rétention d'urine, qu'il dise au malade d'uriner et qu'il le sonde aussitôt après, quel sera l'étonnement du patient qui ne se doutait pas de cette affection ou qui même se plaignait d'uriner trop souvent ou involontairement, lorsqu'il verra la sonde donner issue à une quantité d'urine souvent énorme!

On conçoit toute l'importance de ce diagnostic, car convenablement traitée cette stagnation d'urine pourra s'amender, peut-être même céder. En tous cas il sera possible d'en pallier le danger et d'en réduire les conséquences à une simple infirmité, tandis que méconnue elle eût entraîné l'hypertrophie et l'atonie de la vessie, le catarrhe vésical, etc., désordres plus ou moins rapidement mortels.

B. Rétention d'urine chez la femme. — La rétention d'urine est bien plus rare chez la femme que chez l'homme, cela tient d'une part à la *brièveté* et à la *dilatabilité du canal de l'urèthre* qui ne permet pas la production des rétrécissements blennorrhagiques, et d'une autre part à l'*absence de la prostate*.

Les rétentions d'urine que l'on observe chez la femme sont presque toujours le résultat d'une *compression* exercée sur le canal de l'urèthre par des *tumeurs* nées dans l'utérus (cancer, myomes, grossesses, déviation de l'utérus, tamponnement du vagin); beaucoup plus rarement par des *polypes* ou *végétations* formées dans le canal de l'urèthre, ou par des *cicatrices* résultant de chancres développés au niveau du méat, etc.

C. Rétentions d'urine par causes exceptionnelles. —

Sous ce titre nous réunissons les rétentions d'urine qui ne se rencontrent que rarement et dont les causes sont tantôt immédiatement appréciables soit parce qu'elles sont accessibles à la vue, soit par exclusion, tantôt ne peuvent qu'être soupçonnées ou même passent complètement inaperçues. Dans ce groupe se rangent les rétentions d'urine par *imperforation du méat, phimosis, paraphimosis, valvules vésicales, calculs, entozoaires, hydatites, valvules du col vésical*, etc.

Pronostic. — La rétention d'urine est toujours un accident grave, mais dont le pronostic présente cependant de grandes différences : 1° suivant la difficulté plus ou moins grande de la faire cesser immédiatement; 2° suivant le plus ou moins d'incurabilité de la lésion qui l'engendre. Citons quelques exemples :

Une rétention d'urine liée à un *rétrécissement de l'urèthre* est souvent grave d'une façon immédiate, car le canal très étroit peut être longtemps inaccessible aux bougies et surtout aux sondes les plus fines, or le danger est pressant et l'évacuation de l'urine accumulée dans la vessie pourra nécessiter une ou plusieurs ponctions, ou bien le canal se rompra en arrière du point coarcté et il se fera une *infiltration d'urine* et des *fistules urinaires*. Mais, d'une autre part, si vous parvenez à introduire une bougie, vous pourrez pratiquer l'uréthrotomie interne et guérir le malade.

Une rétention d'urine liée à une *hypertrophie de la prostate*, même dans les cas où cette rétention est complète, n'est pas bien grave pour le malade qui a sous la main les secours de la chirurgie, car il est d'ordinaire très facile de vider la vessie avec une sonde d'un gros calibre en caoutchouc ou en gomme, mais, d'une autre part, son pronostic devient sérieux par cette considération que le malade devra peut-être, pour le reste de sa vie, avoir recours aux sondes, etc.

La rétention d'urine par le fait du tamponnement du vagin, de la présence d'un calcul, d'une grossesse, n'est pas aussi grave que celle qui dépend d'une tumeur utérine, etc.

DIAGNOSTIC. — Il doit répondre à deux questions, il faut :
A. Reconnaître l'existence de la rétention d'urine;
B. En déterminer la cause.

A. Reconnaître la rétention d'urine. — La rétention d'urine peut se présenter sous trois formes très distinctes.

Premier cas. — Le malade ne peut expulser une seule goutte d'urine.

Deuxième cas. — Le malade urine involontairement, c'est-à-dire est atteint d'incontinence par regorgement.

Troisième cas. — Le malade urine à volonté une quantité d'urine tantôt très faible, tantôt aussi grande que dans l'état de santé.

Premier cas. — Lorsque le malade ne peut expulser une seule goutte d'urine, le diagnostic s'impose, on voit se dérouler tous les accidents qui résultent de l'accumulation de l'urine dans la vessie : envies d'uriner, formation d'une tumeur ovoïde, etc. Tout au plus faut-il faire le diagnostic entre la rétention d'urine et l'anurie, c'est-à-dire le défaut de sécrétion de l'urine ou sa rétention dans les uretères; dans ce cas sondez le malade et pour plus de certitude encore, si votre cathétérisme ne donne pas d'urine, poussez une injection dans la vessie, si l'injection ressort pure, vous pouvez être certain que la vessie est vide et que le malade est atteint d'anurie.

Deuxième cas. — Lorsque le malade est atteint d'incontinence d'urine, le diagnostic doit être fait à l'aide de la sonde, or le chirurgien n'aura l'idée d'en faire usage et par conséquent n'arrivera à faire ce diagnostic que s'il est bien pénétré de cette vérité, à savoir : un *écoulement involontaire d'urine indique habituellement la rétention et non l'incontinence.*

Lors donc que vous voyez un malade (surtout un homme âgé de plus de cinquante ans) se plaindre d'uriner involontairement, faites-le uriner devant vous et lorsqu'il aura fait ses efforts dans ce but (que ces efforts soient ou non suivis d'expulsion d'urine) sondez-le : à sa stupéfaction, vous donnerez issue à une certaine quantité d'urine, vous aurez fait ainsi non seulement le diagnostic de la rétention, mais encore celui du degré de cette rétention.

Troisième cas. — Le malade urine à volonté une quantité d'urine qui paraît normale; même dans ce cas votre attention peut être appelée sur l'existence d'une rétention; si votre patient, âgé de plus de cinquante ans, éprouve quelques symptômes d'hypertrophie prostatique, tels que envies fréquentes d'uriner, surtout pendant la nuit, soulagement moins complet

après la miction, sensation de poids, de plénitude vers le périnée et le rectum, ou encore s'il est pris d'accès fébriles, si ses urines sont troubles, dans ces différents cas (toujours après avoir fait uriner le malade), sondez-le, vous constaterez qu'il reste dans sa vessie une certaine quantité d'urine dont elle ne peut se débarrasser (1).

B. La rétention d'urine reconnue, il s'agit d'en **déterminer la cause**. Cette partie du diagnostic est peut-être plus facile que la première, tant il est encore fréquent de voir la rétention d'urine méconnue.

Nous allons passer en revue les causes les plus ordinaires des rétentions d'urine.

Chez les gens atteints de paraplégie, d'hémiplégie, la rétention d'urine se rapporte, aussi naturellement que la paralysie des membres, à la *lésion médullaire* ou *cérébrale*.

Si une femme nerveuse est atteinte de rétention d'urine, vous diagnostiquez une *paralysie hystérique de la vessie*, cette paralysie est du même ordre que ces paralysies partielles si fréquentes chez les hystériques, ses allures capricieuses démontrent son indépendance absolue de toute altération organique soit des voies urinaires, soit des centres nerveux.

Chez une femme atteinte d'une *tumeur utérine* (myome, cancer, grossesse) ou chez laquelle on a pratiqué le *tamponnement du vagin*, la rétention d'urine se rattache si naturellement à la compression exercée par la tumeur sur le canal de l'urèthre, qu'on ne saurait lui donner d'autre interprétation.

Si une femme atteinte de *cystocèle vaginale* (2) est prise de rétention d'urine, vous en trouverez la cause dans la déviation de l'urèthre entraîné par la vessie; en effet, pressez la tumeur, l'urine jaillit par le méat, réduisez la cystocèle, la miction se fait librement (3). Il suffit d'un examen direct ou

(1) Trousseau a signalé ces cas rares mais si intéressants d'*anasarques* se rattachant à des rétentions d'urine méconnues par ce fait que le malade urinait librement; grâce au cathétérisme, l'hydropisie disparaissait en peu de jours.

(2) Tumeur molle, élastique, faisant saillie entre les lèvres de la vulve et formée par la vessie qui déprime la paroi antérieure du vagin. Pour les détails, voy. *Pathologie chirurgicale*, t. II, p. 300.

(3) Chez l'homme la cystocèle inguinale est fort rare, et c'est toujours par

aidé de la sonde pour constater le rétrécissement du méat par une cicatrice, l'oblitération du canal par un polype ou par un corps étranger; d'ailleurs ces causes de rétention d'urine sont si rares que nous ne les citons que pour mémoire.

De même, chez l'homme, le plus simple examen permet de reconnaître une *ligature du canal* ou sa *compression* par une tumeur, par un épanchement, par un os fracturé; s'il s'agit d'un *abcès de la prostate*, cet abcès, presque toujours consécutif à la blennorrhagie, s'accompagne de douleurs très caractéristiques.

Un individu qui, pour un motif quelconque, est *resté longtemps sans uriner*, peut être pris d'une rétention d'urine parce que la tunique musculaire de la vessie a perdu momentanément sa contractilité.

La rétention d'urine par *calcul de la vessie* ou de la *prostate* peut être rapportée à sa véritable cause lorsqu'il s'agit d'un individu que l'on sait être atteint de la pierre, mais le diagnostic ne se fera qu'avec la sonde métallique qui, arrivée au niveau du calcul, donnera la sensation spéciale et qui tantôt le refoulera dans la vessie, et aussitôt l'urine jaillira par la sonde, ou bien si le calcul est fortement enclavé dans le canal, la sonde se trouvera arrêtée et il faudra procéder à l'extraction du calcul.

Toutes les causes de rétention d'urine que nous venons de passer en revue sont rares et cependant d'un diagnostic facile, nous arrivons aux rétentions d'urine les plus ordinaires, à celles qui se rattachent au rétrécissement de l'urèthre et à l'hypertrophie de la prostate.

Rétention d'urine par rétrécissement de l'urèthre. — Voici un homme, en général âgé de trente à quarante-cinq ans, qui a eu une ou plusieurs blennorrhagies de longue durée, ou encore (circonstance bien plus rare) qui par suite d'un traumatisme a eu l'urèthre déchiré.

Cet homme a remarqué depuis longtemps qu'il urinait avec une difficulté croissante, le jet de l'urine devenait de plus en plus fin, étroit, tortillé, disposé en arrosoir, puis sans cause appréciable ou plutôt à l'occasion d'une fatigue, d'une excita-

la déviation du canal de l'urèthre que s'explique la rétention d'urine qui peut survenir dans ce cas.

tion vénérienne, d'un excès de boisson, etc., il est pris d'une rétention d'urine.

Averti par le récit de ces antécédents, vous songez à un rétrécissement du canal et, en effet, vous constatez directement son existence, car non seulement une sonde d'un calibre ordinaire se trouve arrêtée dans un point du canal plus ou moins éloigné du méat (souvent au niveau de la région membraneuse), mais encore les bougies les plus fines ne passent pas ou du moins s'engagent difficilement à travers un étroit défilé qui les pince et s'oppose à leur progression. — Voilà une *rétention d'urine par rétrécissement de l'urèthre*.

La rétention peut survenir dans le cours même d'une blennorrhagie aiguë et alors que les altérations organiques n'ont pas eu le temps de se produire, la rétention se rattache à l'obstruction du canal par le gonflement de la muqueuse enflammée. Le seul fait que la rétention d'urine est survenue dans le cours d'une blennorrhagie aiguë vous indique sa nature, ne cherchez pas à pratiquer le cathétérisme, vous ne réussiriez probablement pas à pénétrer dans la vessie et vous causeriez d'horribles souffrances au patient, mettez-le dans un bain, appliquez des sangsues, donnez du bromure de potassium, etc.

La rétention par spasme est bien plus rare, mais souvent l'élément spasmodique s'associe au gonflement inflammatoire et contribue à produire la rétention.

Rétention par hypertrophie de la prostate. — Voici un homme âgé de plus de cinquante ans qui, jusqu'alors, n'a pas souffert des voies urinaires, et cependant il remarque qu'il urine avec une certaine difficulté, que le jet tombe sans force, bien qu'il conserve son calibre, que les envies se répètent à de courts intervalles surtout pendant la nuit, que la miction ne le soulage pas; ou bien il est brusquement atteint de rétention d'urine à l'occasion d'un refroidissement, d'un excès, d'une fièvre ou sans cause appréciable, cette rétention est complète.

Où encore le malade est atteint d'une incontinence d'urine.

Cet ensemble de circonstances, surtout l'absence de blennorrhagies antérieures, de la diminution graduelle et de la déformation du jet de l'urine, doit vous faire soupçonner l'existence d'une hypertrophie de la prostate; pour la constater

prenez un grosse sonde en gomme ou en caoutchouc (calibre de 18 ou 20 de la filière Charrière), vous l'enfoncez sans difficulté jusque dans la vessie (1), cela vous suffit pour diagnostiquer une rétention d'urine par hypertrophie de la prostate.

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

TRAITEMENT. — Le traitement de la rétention d'urine présente deux indications, il faut:

- A. Évacuer 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 que le malade n'urine pas par regorgement, car des accidents mortels ne tardent 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 (2),

Deuxième cas. — La rétention est-elle produite par un *rétrécissement de l'urèthre*, il est parfois plus malaisé d'évacuer

(1) Peut-être éprouverez-vous profondément, c'est-à-dire au niveau de la région prostatique, une certaine résistance, vous remarquerez aussi que le canal présente une longueur anormale.

(2) 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 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.

l'urine, dans ces 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 pourrez 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 (1). 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'urèthre 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).

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 parfois, 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

(1) Rappelons que lorsque la rétention d'urine se produit à l'occasion d'un rétrécissement de l'urèthre, 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.

moins abondantes, parfois mortelles (1); tantôt des *phénomènes fébriles* 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 tombe graduellement dans le marasme et succombe dans un état d'adynamie et de stupeur que l'on a parfois désigné sous le nom d'*état typhoïde*.

Les accès intermittents peuvent être attribués au cathétérisme; quant à la fièvre hectique et au marasme, on ne peut guère les rattacher qu'à la décomposition de l'urine dans la vessie et à la résorption de ses principes toxiques et à l'altération du parenchyme rénal.

Dès que vous observez l'un ou l'autre de ces accidents, il faut vous hâter de les combattre à l'aide de moyens qui peuvent se grouper sous trois chefs:

1° *Ne pas vider complètement la vessie à chaque cathétérisme*;

2° *Pratiquer des injections vésicales* destinées soit à modérer l'écoulement de sang, 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.);

3° *Tonifier l'organisme* pour le rendre moins accessible à l'action des principes toxiques (ce but est atteint par l'administration du sulfate de quinine et par un régime fortifiant).

Ponction de la vessie.— Lorsque l'urèthre est imperméable aux sondes du plus petit calibre, ou lorsqu'il existe une hypertrophie de la prostate infranchissable aux sondes de toute forme 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

(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 supprimés.

fois (1), 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 (2), 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 volume que par le fait d'un état congestif passager; dans ce cas il suffit parfois de pratiquer le cathétérisme et de diminuer, par des moyens appropriés, la turgescence de la prostate pour que le malade soit pendant de longues années à l'abri de nouveaux accidents (3).

Deuxième cas. — La rétention est complète et elle survient chez un homme dont la prostate est hypertrophiée d'une façon définitive (c'est-à-dire n'est pas susceptible de se réduire par la disparition de l'état congestif); il y a lieu de craindre que cet homme ne soit pour toujours condamné à l'usage de la sonde.

Vous devez donc faire son éducation à cet égard, elle ne

(1) Je l'ai, avec le plus grand avantage, répété 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.

(3) Bien que souvent chez lui l'exonération de la vessie ne soit pas complète.

sera ni longue, ni difficile, grâce à la merveilleuse souplesse des sondes en caoutchouc qui s'approprient si facilement aux flexuosités du canal; dans le cas où la sonde en caoutchouc ne pourrait pénétrer, il faudrait recourir aux sondes de gomme (calibre 18 à 20 de la filière Charrière); essayez successivement les sondes à bouts arrondis, à bouts olivaires, à béquilles, et arrêtez-vous à celle dont l'introduction est le plus aisée (1). Vous apprendrez au malade à noter la longueur de la sonde qui fait saillie au dehors de l'urèthre, car il est inutile qu'il l'enfonce davantage; en général, il doit, pour se sonder, se tenir debout, le dos appuyé contre le mur, avec un vase placé sur une chaise au-devant de lui.

Vous devez également déterminer le nombre des cathétérismes à pratiquer dans les vingt-quatre heures; en principe, il y a avantage à les éloigner le plus possible les uns des autres, malheureusement les envies d'uriner sont parfois si impérieuses et l'obstacle si rebelle, que le malade recourt trop souvent à la sonde.

Les rétentions incomplètes et les rétentions complètes avec regorgement donnent lieu aux mêmes indications, mais dans ces cas le chirurgien est plus libre pour indiquer le moment où le cathétérisme doit être pratiqué, etc.

Le traitement de l'hypertrophie de la prostate en elle-même ne saurait nous occuper ici (voy. ma *Path. chirurgicale*, 3^e édit., t. II, p. 421).

INCONTINENCE D'URINE.

On donne le nom d'*incontinence d'urine* à l'écoulement involontaire de l'urine par le canal de l'urèthre (2).

(1) Je blâme absolument l'emploi de la sonde métallique. Non seulement entre les mains des médecins elle a fait bien des fausses routes, mais le malade atteint d'hypertrophie de la prostate, et c'est le seul qui ait besoin de faire un usage habituel de la sonde, arrivera toujours à se sonder avec une sonde en caoutchouc ou en gomme, et l'on ne saurait sans danger lui confier une sonde métallique.

(2) Cette définition exclut de notre sujet les écoulements d'urine qui accompagnent les fistules vésicales. Lorsque la vessie est perforée, l'urine qui lui arrive incessamment par les urètères s'écoule aussi d'une façon constante et involontaire, comme si le sphincter n'existait pas.

DIVISION. — L'incontinence d'urine se présente dans trois ordres de circonstances très distinctes les unes des autres.

Première variété. — **Incontinence vraie.** — L'urine s'écoule involontairement au dehors, goutte à goutte et au fur et à mesure qu'elle arrive dans la vessie, le sphincter relâché ne lui oppose aucune résistance. Si vous sondez le malade vous ne trouvez pas une goutte d'urine dans sa vessie.

Deuxième variété. — **Incontinence par regorgement.** — L'urine s'écoule involontairement au dehors goutte à goutte, mais la vessie est pleine, le sphincter a conservé toute sa force, seulement sa limite de résistance est vaincue par l'urine accumulée dans la vessie; si vous sondez le malade vous donnez issue à une énorme quantité d'urine.

Troisième variété. — **Incontinence nocturne d'urine.** — L'urine s'accumule en quantité plus ou moins grande dans la vessie, mais pendant le sommeil elle est évacuée involontairement; cette évacuation involontaire survient sans cause appréciable et sans que le malade éprouve le besoin d'uriner d'une façon assez vive pour que son sommeil soit interrompu (1).

L'étude de l'incontinence d'urine doit se diviser en trois parties : sa pathogénie, son diagnostic, ses indications thérapeutiques.

PATHOGÉNIE. — **A. Incontinence vraie.** — Dans ce cas le sphincter a perdu sa contractilité, ou bien il est des obstacles qui gênent mécaniquement ses contractions, de telle sorte que la vessie a perdu ses qualités de réservoir (2).

Ces incontinenances s'observent dans deux circonstances différentes : 1° lorsqu'il existe un trouble dans l'innervation du sphincter vésical, ainsi que cela a lieu dans les lésions de la moelle, de l'encéphale, chez les hystériques, etc.; 2° lorsque, par le fait d'un obstacle mécanique, le sphincter ne peut se

(1) Ainsi dans les deux premières variétés l'urine s'écoule presque constamment et goutte à goutte; dans la dernière, son émission, également involontaire, n'a lieu que d'une manière intermittente, sous forme de jet et pendant la nuit.

(2) On pourrait en quelque sorte la comparer à un vase dont le robinet de sortie ne peut se fermer et reste toujours ouvert.

fermer; ces cas sont certainement rares, cependant une lésion organique du col de la vessie, un calcul enclavé dans sa cavité, certaines formes d'hypertrophie de la prostate peuvent la

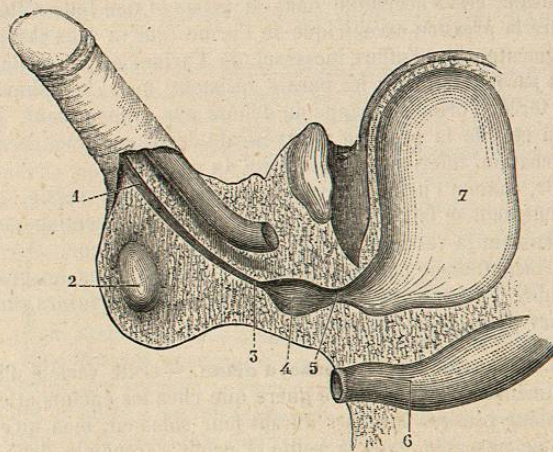


FIG. 55. — Incontinence d'urine par rétrécissement du canal et dilatation du col de la vessie.

1. Canal de l'urètre, rétréci au niveau de la portion membraneuse (3) et dilaté derrière ce point, c'est-à-dire au niveau de la région prostatique (4). — 2. Testicule. — 3. Portion rétrécie du canal. — 4. Dilatation du canal en arrière du point rétréci. — 5. Sphincter vésical dilaté et ne retenant plus l'urine. — 6. Rectum. — 7. Vessie.

produire (1); on l'a même observée dans quelques cas de rétrécissements de l'urètre; la portion du canal située derrière le point rétréci se dilate progressivement, cette dilatation peut arriver jusqu'au col et le forcer.

(1) A. Mercier dit avoir observé quatre individus atteints d'incontinence vraie, sans rétention, et chez lesquels il constata à l'autopsie une augmentation uniforme du volume de la prostate, disposée de telle sorte que le lobe moyen venait s'engager à la façon d'un coin, entre les lobes latéraux et maintenait ouvert le col de la vessie, qui ne pouvait ainsi retenir l'urine. Thompson n'a guère observé que deux ou trois faits pareils, il insiste au contraire sur cette loi en vertu de laquelle les incontinenances liées à l'hypertrophie de la prostate sont des incontinenances par regorgement.