

trop brusque provoquerait une fausse route avec toutes ses conséquences : hémorragie et fièvre urinaire.

C'est alors qu'il faut se souvenir que la rétention est d'origine vasculaire. C'est à la congestion qu'il faut s'adresser. Desault avait exagéré le fait quand il dit ; "Les bougies décongestionnent la prostate, il faut les appuyer fortement pour chasser le sang des veines."

C'est à des moyens très simples qu'il faut avoir recours. Débarrasser d'abord le rectum par un grand lavement, et ainsi laisser libre carrière aux anastomoses des plexus prostatiques et des veines hémorroidales.

Un grand bain prolongé, une application de sangsues dans la région périnéale constituent la meilleure médication contre le raptus congestif.

A la suite de ce traitement, dont la durée ne dépasse pas deux ou trois heures, le malade urine le plus souvent spontanément. En tout cas, l'obstacle, d'abord infranchissable, est facilement dépassé.

Un fait vraiment remarquable à ce moment, c'est la perméabilité extrême du canal. Si le malade urine spontanément, c'est à gros jet qu'il vide sa vessie ; si on vient à passer la sonde, un n° 20 est à l'aise dans le canal, il n'est besoin d'aucune force pour la faire pénétrer.

Il s'est donc passé, sous l'influence du traitement et en quelques heures, une modification considérable dans le diamètre du canal, un changement aussi rapide a été provoqué par une thérapeutique qui, en somme, ne s'est adressée qu'à l'appareil vasculaire, c'est donc bien dans cet appareil que siégeait l'obstacle prostatique.

Mais si tous ces moyens (médication anti-congestionnante, cathétérisme) sont restés inefficaces, il faut, sans hésiter, recourir à une ponction hypogastrique. Une piqûre de la vessie, faite antiseptiquement, n'a aucune gravité.

Le plus souvent, cette ponction est suivie des mêmes effets que l'évacuation par le canal ; le lendemain, le malade urine librement et à gros jets, le cathétérisme uréthral ne présente plus aucune difficulté.—*(A suivre.)—Paris médical.*

Ruptures de l'urètre.—*Société de chirurgie.*—M. TERRIER fait un rapport sur une observation adressée à la Société par M. Cabadé (Valence d'Agen) : rupture traumatique du canal de l'urètre, infiltration urinaire, fistule récidivée. Cette observation montre les difficultés de maintenir béant l'urètre rupturé, surtout lorsque cette rupture a donné lieu, comme dans ce cas, à une véritable perte de substance de l'urètre, par suite de la gangrène due à l'infiltration de l'urine. M. Cabadé, qui fut obligé de rouvrir deux fois la plaie périnéale, pense que l'on peut être parfois obligé d'abandonner la partie et de laisser le sujet uriner par la fistule, surtout lorsqu'il est incapable de se sonder ou d'être sondé. M. Terrier fait observer que la fistule tend aussi à s'obstruer, que le bout postérieur du canal peut souvent se rétrécir, et qu'on doit alors recourir à l'uréthrotomie interne.

M. TILLAUX, dans un cas analogue, débrida le périnée le même jour de l'accident, passa des sondes tous les jours pour vider la vessie, et rétablit par la suite le calibre à l'aide de bougies.

M. LE FORT réussit à passer une sonde aussitôt après l'accident et la laissa deux mois en place ; mais le canal ne tarda pas à se rétrécir ; on dut faire l'uréthrotomie externe qui ne donna pas un succès définitif, car quelques temps après, M. Gillette dut recommencer la même opération.