

TROUBLES URINAIRES DU TABES

rendu à l'hôpital, l'intérêt si intense qu'il apportait au succès de l'hôpital font qu'il est regretté de tous.

Le Bureau des Gouverneurs et le Bureau Médical ont, à l'unanimité, voté à sa mort des résolutions exprimant leur sympathie et leur regret.

Les remerciements des Gouverneurs a été transmis à ceux qui sont venus en aide à l'hôpital.

Ci-joint le détail des travaux accomplis à l'hôpital par les différents services.

H. E. WEBSTER,

Secrétaire et Superintendant.

15 janvier 1907.

Clinique et Thérapeutique Urinaires

Par le Dr Rochet, chirurgien en chef de l'Antiquaille, chargé du cours des maladies
Voies Urinaires à la Faculté de
Médecine de Lyon

Les troubles mictionnels sont presque constants dans le tabès, à un degré plus ou moins accentué, bien entendu. Ils peuvent apparaître à toutes les périodes de l'affection, et font même partie de symptômes révélateurs des pré-tabès.

Ils sont assez différents quand on y regarde d'un peu près.

Le plus fréquemment c'est "de la rétention" qu'on observe ; incomplète généralement, complète dans des cas très rares seulement ; avec distension ou sans distension notable ; avec ou sans incontinence. La classification de la rétention par hypertrophie prostatique peut s'appliquer tout à fait aux cas qui nous occupent.

L'incontinence qu'on observe alors est, comme chez les prostatiques, une incontinence par regorgement. Nous verrons plus loin comment on peut expliquer la rétention chez les ataxiques.

Indépendamment de ces grands troubles communément observés par ailleurs, on en observe d'autres assez spéciaux au tabès. Parfois, c'est seulement une difficulté plus ou moins considérable à émettre le premier jet d'urine. Au début de la miction, le malade est obligé de pousser avec force et plus ou moins longtemps avant que l'urine ne jaillisse au dehors ; puis, la miction commencée s'effectue à peu près normalement. D'autres fois, et malgré un besoin pressant, le malade a beau insister, rien ne vient ; il prend alors des attitudes bizarres pour faciliter la miction, il s'accroupit, il

se presse le ventre, etc. ; en fin de compte, il renonce et renvoie l'acte à plus tard. Mais souvent alors, dès qu'il s'est éloigné de l'urinoir, des gouttes arrivent, ou même une notable quantité d'urine qui souille ses vêtements. Ou bien encore la miction se fait, mais lentement, péniblement, sans force, et incomplètement, car la pression sur l'hypogastre est nécessaire pour achever l'évacuation.

Dans d'autres cas, enfin, c'est à-coups, par saccades séparées par des temps d'arrêt plus ou moins longs, que l'urination s'opère.

A côté de ces troubles de la miction proprement dite, il existe des cas où ce sont les douleurs vésicales et vésico-urétrales, qui dominent la scène. Le malade se plaint de ténésme, d'envies fréquentes et impérieuses d'uriner que la miction ne soulage guère. Il accuse des élancements douloureux dans le périnée le long de l'urètre, à l'hypogastre, dans les aines, parfois même de véritables coliques vésicales. Ces douleurs surviennent souvent sous forme d'accès, de crises subites, qui durent plus ou moins longtemps et se répètent à intervalles plus ou moins rapprochés et ont une assez grande analogie avec les douleurs fulgurantes qu'on connaît aux membres inférieurs.

C'est surtout dans le pré-tabès qu'on a signalé ces "crises vésico-urétrales", et Fournier, dans ses leçons, y a longuement insisté. On peut encore avoir des symptômes d'incontinence ; mais alors ce n'est plus l'incontinence par regorgement, c'est une fausse incontinence due aux besoins imprévus, irrésistibles d'uriner ; le malade pisse dans ses vêtements ou dans son lit, parce qu'il n'a pas le temps de prendre l'urinal. Dans les cas que Fournier a décrits comme incontinence nocturne ou le matin, au réveil, avec échappement intermittent d'un peu d'urine, et qui ne seraient pas du véritable regorgement, on doit voir encore de l'incontinence par rétention, mais alors sans distension, comme dans les grandes rétentions que nous signalons au début de cette étude.

Les troubles mictionnels ont été expliqués de différentes façons, et différentes causes peuvent être mises en avant, suivant les troubles observés. On a invoqué une sorte de paresse vésicale produisant d'abord la lenteur ou la peine à l'évacuation totale de la vessie, puis plus tard, la rétention. Celle-ci pourrait encore être produite par l'anesthésie vésicale qui empêche de sentir le besoin d'uriner et laisse distendre la vessie. Mais ces interprétations, surtout la dernière, paraissent plutôt théoriques que bien démontrées pratiquement. Quand on