

c'est le plus souvent au niveau de l'obstacle que s'est faite la fausse route, on peut fort bien arriver, au moyen des procédés qui viennent d'être indiqués, à franchir l'obstacle sans s'engager dans la fausse route. Si le malade est très sensible, on pourra faire le cathétérisme sous le chloroforme.

Quand le cathétérisme est impossible, on fait la ponction de la vessie, et on ne saurait trop se rappeler que cette opération est loin d'être aussi dangereuse que le cathétérisme forcé.

Si le cathétérisme a réussi après avoir offert de grandes difficultés, il ne faudra pas oublier de laisser la sonde quelques jours à demeure.

La *cure radicale* a été jusqu'à ce jour tentée par différents procédés. D'une façon purement mécanique, on a cherché à obtenir des résultats par la compression, la dilatation, l'élongation de la prostate. La compression au moyen d'un ballon en caoutchouc introduit dans le rectum a été tentée pour amener une atrophie par compression. Par l'introduction de grosses sondes en étain ou de lithotriteurs dont les branches étaient entr'ouvertes, on se proposait d'élargir la portion prostatique. Par l'élongation de la portion prostatique au moyen de sondes spéciales à élongation, on espérait produire la compression et la résorption de la glande. Tous ces moyens n'eurent que des résultats passagers ou nuls. La dilatation et l'élongation forcées peuvent nuire en provoquant des déchirures, la gangrène, ou une forte réaction nerveuse.

Heine a fait à Innsbruck des expériences dans le but d'amener la rétraction de la prostate au moyen d'injections d'iode dans son parenchyme. Dans quelques cas, il observa une amélioration toute passagère; dans deux cas une guérison paraissant durable, et cependant j'ai vu l'un de ces malades être atteint de récurrence; dans un cas, il survint un abcès prostatique; enfin dans un autre cas il s'en forma un entre la prostate et le rectum. Socin dit qu'il n'approuve pas Heine quand ce dernier prétend que son procédé est inoffensif; je ne suis pas non plus persuadé de cette innocuité. Dittel a constaté en outre que ce procédé ne répond pas aux espérances de son auteur. Il n'a obtenu d'amélioration dans aucun cas, mais il a vu survenir des infiltrations et des suppurations de la prostate. Jurié a observé une diminution des troubles urinaires.

Somme toute, on se tient sur la réserve au sujet du procédé de Heine. Lorsque Socin exprime l'espoir que les injections iodées sont une richesse ajoutée à notre thérapeutique, et dit qu'il lui paraît probable que l'injection d'iode agit parce que la solution sort par les canaux excréteurs de la prostate et vient diminuer l'œdème de la muqueuse uréthrale, nous nous demandons pourquoi on ne fait pas directement l'injection dans la muqueuse. Heine lui-même considérait comme possible « qu'il se produisit une sorte de contraction des éléments musculaires de la tumeur » qui produirait sa diminution rapide.

Guthrie et Stafford, Brodie, Dupuytren, Cruveilhier avaient déjà conseillé d'attaquer l'obstacle de front, mais ce fut surtout

Mercier qui se lança dans la voie opératoire. Les opérations directes consistèrent en une ponction du lobe moyen par l'urèthre, dans l'incision et l'excision de la barrière du col de la vessie, dans l'incision de la prostate par le périnée (Blizard).

Pour l'excision et l'incision de la valvule, on inventa toute une série d'instruments (inciseur et exciseur de Mercier, sécateur de Maisonneuve, kiotome de Civiale, etc.); et un grand nombre d'opérations furent exécutées. Une critique impartiale de ces opérations, comme celle de Socin par exemple, prouve que les résultats sont loin de répondre aux dangers que l'opération fait courir au malade. On a vu survenir des hémorragies graves, des infiltrations d'urine, de la septicémie, c'est pourquoi ces entreprises ne se sont pas vulgarisées. Récemment, Bottini de Milan a proposé d'inciser l'obstacle au galvanocautère ou de le détruire au moyen du même instrument. Trois cas communiqués par lui ont eu d'excellents résultats; toutefois il faut attendre de nouvelles observations avant de se prononcer sur ce procédé.

Vu les mauvais résultats obtenus jusqu'alors, Thompson proposa en 1875 d'introduire un cathéter dans la vessie, de mettre cet organe à nu, de l'inciser sur le cathéter, et de mettre une canule à demeure dans la plaie faite au-dessus de la symphyse. Les expériences qui furent faites dans ce sens ne donnèrent pas des résultats particulièrement favorables.

Il est encore un procédé plus énergique, qui consiste à faire la taille hypogastrique et à tenir la plaie propre. Il existe en effet des cas qui mettent le chirurgien dans un grand embarras. Le malade a des envies d'uriner, ressent de vives douleurs, sans pouvoir évacuer son urine; le cathétérisme ne fait qu'irriter davantage le malade, la sonde à demeure n'est pas supportée. Ne doit-on pas dans ces cas ouvrir largement la vessie pour empêcher l'urine de s'accumuler? Quelques opérations de ce genre ont été suivies de succès.

Atrophie de la prostate. — Nous avons déjà dit que l'atrophie de la prostate était fréquente chez les vieillards. En général, elle n'est accompagnée d'aucun trouble; toutefois l'opinion de Dittel, d'après laquelle l'incontinence d'urine chez les vieillards marastiques serait due souvent à l'atrophie de la prostate et de son appareil musculaire, mérite à coup sûr d'être prise en considération. Socin cite deux cas d'incontinence observés chez deux jeunes gens, qui présentaient une prostate très petite, de sorte qu'il lui parut impossible de ne pas relier ces deux faits l'un à l'autre.

Dans les rétrécissements de l'urèthre, la prostate peut s'atrophier