

plus souvent inefficace, n'a plus qu'un intérêt historique. De même

les instruments de Civiale et de Maisonneuve ne sont plus employés.

La prostatotomie est faite actuellement par la voie urétrale au moyen de l'instrument de Bottini, par la voie périnéale et par la voie hypogastrique.

A. PROSTATOTOMIE GALVANIQUE PAR VOIE URÉTRALE. PROCÉDÉ DE BOTTINI.

— L'opération de Bottini a pour but de détruire partiellement le lobe médian ou les lobes latéraux de la prostate au moyen d'un galvanocautère spécial introduit par le méat. Dès 1872, Bottini employa son procédé et en publia les bons résultats; avec une constance admirable, contre l'avis à peu près unanime des spécialistes, le chirurgien de Pavie a continué pendant plus de vingt ans à employer seul son procédé (1). Les défauts de la technique et la crainte des dangers arrêtaient les chirurgiens, malgré la modification de l'appareil par Neumann (de New-York) (2). Ce n'est que depuis les modifications techniques et la publication des résultats de Freudenberg (3), que le procédé de Bottini est entré dans la pratique. En Amérique, la première opération est due à Willy Meyer (4), en France à Rochet (de Lyon) (5).

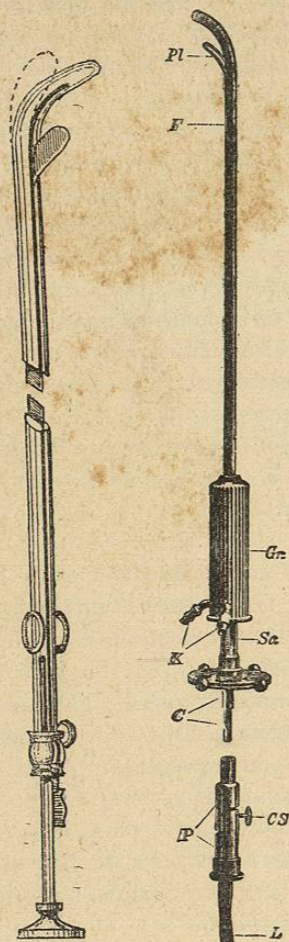


Fig. 181. — Sécateur à lame courante de Mercier.

Fig. 182. — Instrument de Bottini.

Technique. — Bottini se servait autrefois de deux instruments différents, le cautérisateur et l'inciseur; aujourd'hui il a presque complètement renoncé au premier et tous les auteurs avec lui n'emploient guère

(1) E. BOTTINI, Fenditura ed ustione termogalvaniche della prostata (*Giornale d. r. Accad. di med. di Torino*, 1876, XXXIX). — Id., Ipertrfia della prostata; ipertrofia del lobo medio; iscuria; cauterizzazione colla galvanocaustica (*Osservatore*, Torino, 1880, XVI; *Medic. contemp.*, 1884).

(2) NEUMANN, *Journ. of Amer. med. Assoc.*, 28 août 1886, et *Electro-therapeutics*, 1899, p. 317.

(3) FREUDENBERG, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1897, p. 318, et *New York med. Journ.*, 12 février 1898.

(4) WILLY MEYER, *Medical Record*, 5 mars 1898, et *Ibid.*, 1899, p. 37.

(5) ROCHET, *Traité de la dysurie sénile*, 1899, p. 352.

que l'inciseur. L'inciseur modifié représenté figure 182 est formé, à la manière d'un lithotriteur, par deux branches, l'une mâle, l'autre femelle. La branche mâle, dont l'extrémité *Pl* forme le couteau, peut être séparée de la branche femelle d'une distance que mesure l'échelle placée dans le manche. La branche femelle est creuse et peut être refroidie par l'irrigation d'un courant d'eau qui entre et sort par les tuyaux *K*.

Avant de se servir de l'instrument, il faut s'assurer que l'irrigation marche bien et vérifier quelle intensité de courant est nécessaire pour porter le couteau au rouge sombre. La vessie est vidée avec une sonde de Nélaton et on injecte une solution de cocaïne au 1 ou 2 p. 100 qu'on laisse cinq minutes. L'instrument est alors introduit, son bec est tourné en bas et ramené au contact de la prostate. Le courant d'eau froide est ouvert, et quand on voit bien couler l'eau et qu'on sent froide la poignée de l'instrument, on établit le contact pour porter le brûleur au rouge-cerise; toutes les dix secondes, on élève la température de 1/10° et on sectionne alors la prostate. On fait habituellement une section en bas, sur le lobe moyen, de 2^m,5 à 3 centimètres de longueur et sur chaque lobe latéral une autre incision de 2 centimètres à 2^m,5; quelques auteurs font en outre une section sur le bord supérieur du col. Chaque incision doit durer de une à deux minutes. Lorsqu'une des sections est finie, on ramène l'inciseur au fond de la branche femelle, sans faire d'effort, se contentant, si quelque difficulté se présente, d'élever la température pour manœuvrer le couteau. De même, l'opération finie, l'appareil doit être retiré sans effort pour ne pas enlever les escarres. Le malade est ensuite sondé quatre fois dans les vingt-quatre heures avec la sonde de Nélaton jusqu'à ce qu'il urine spontanément.

Quelques modifications techniques sont employées par différents auteurs. C'est ainsi que Freudenberg (1) conseille de bien placer l'inciseur contre la prostate en se guidant d'un doigt introduit dans le rectum. Le même auteur, au lieu d'opérer à vessie vide, remplissait le réservoir avec l'eau borbiquée et chauffait la lame au rouge blanc. Dans ses dernières opérations, il a adopté avec succès la modification de Bransford Lewis (2), qui remplit la vessie d'air.

D'autres auteurs, à l'exemple de Guiteras (3) et Bruce Clarke (4), qui considèrent l'opération comme très douloureuse, emploient l'anesthésie générale.

Résultats de l'opération. — D'après Bottini, son procédé est un « moyen simple, raisonnable, inoffensif, très puissant et toujours effi-

(1) FREUDENBERG, *New York med. Journ.*, 12 février 1898, et *Medical Record*, 1899, vol. II, p. 34.

(2) BRANSFORD LEWIS, *The Philadelphia med. Times*, 9 décembre 1898.

(3) GUITERAS, *New York med. Journ.*, 1899, vol. I, p. 590.

(4) BRUCE CLARKE, *British med. Journ.*, 17 sept. 1892.

cace ». Il l'emploie dans tous les cas, à toutes les périodes; toujours il a eu des succès et jamais de récives. Le procédé est bon, mais l'enthousiasme de l'auteur va un peu trop loin.

La cautérisation galvanique de la prostate détermine la formation d'un sillon ouvert en forme de V dont les parois sont carbonisées et détruites dans l'étendue de 1 centimètre de chaque côté. L'escarre met douze ou quinze jours à s'éliminer et l'amélioration, qui est parfois immédiate, se fait souvent attendre jusqu'après son élimination; parfois même, dans les premiers jours qui suivent l'intervention, les malades souffrent plus qu'auparavant. En tout cas, avec Guiteras, on peut considérer que l'opération a échoué si on n'obtient aucun résultat après un mois. On peut alors recommencer sans inconvénient et même avec grand avantage, puisque certains malades n'ont obtenu la guérison qu'après deux ou trois interventions.

Gravité de l'opération de Bottini. — Il s'en faut que l'opération soit aussi bénigne qu'on l'a dit. Bottini lui-même, sur ses 80 opérés, a eu 2 morts et de nombreux autres cas de mort ont été publiés par les auteurs. Les accidents à craindre sont: l'hémorragie immédiate ou au moment où l'escarre tombe; l'infection générale septicémique qui enleva un malade de Rydigier (1); l'embolie septique, que Freudenberg observa. Frisch (2), sur une statistique de 127 cas, trouve 9 morts, soit 7 p. 100. Stockmann (3) trouve 8 p. 100 de mortalité. Dans une statistique comprenant 203 cas, je trouve 12 morts attribuées par l'opérateur au procédé et 6 autres considérées comme indépendantes de l'opération.

Résultats thérapeutiques. — Presque tous les auteurs qui ont employé le procédé de Bottini ont obtenu de nombreux succès; ces succès sont signalés dans toutes les périodes du prostatisme, mais dans toutes aussi il y a des échecs et dans quelques cas des récives. D'après Freudenberg et Lohnstein, les résultats sont moins bons dans les cas de rétention chronique incomplète que dans ceux de rétention chronique complète et Frisch confirme ce résultat paradoxal.

La statistique globale de Stockmann donne 51 p. 100 de guérisons, 26 p. 100 d'améliorations, 14 p. 100 d'insuccès et une mortalité de 8 p. 100.

Willy Meyer donne 48 p. 100 de guérisons, 26 p. 100 améliorés, 16 p. 100 nuls et 5 p. 100 morts. Frisch arrive à une proportion semblable de guérisons, 50 p. 100, et Wossidlo à 59 p. 100.

Dans les cas que j'ai réunis, je trouve :

86 guéris.....	41 p. 100.
74 améliorés.....	36 —
31 résultats nuls.....	15 —
12 morts.....	6 —

(1) RYDIGIER, *Monats. von Casper*, 1899, p. 229.

(2) FRISCH, *loc. cit.*

(3) STOCKMANN, *Deutsche med. Wochenschr.*, 1^{er} et 8 juin 1899.

Ce nombre considérable de succès mérite d'appeler l'attention, mais il faut reconnaître que la plupart des observations publiées contiennent trop peu de détails ou sont trop récentes pour qu'il soit possible d'établir une appréciation sur des bases solides.

Un de mes élèves, Cuellar Duran (1), a réuni 58 observations assez complètes pour pouvoir être classifiées; voici les résultats :

Rétention aiguë. — 4 cas; guérisons, 4.

Rétention chronique incomplète. — 34 cas dont 7 guéris, 6 très améliorés, 9 légèrement améliorés et 14 résultats nuls.

Rétention chronique complète. — 20 cas dont 10 guérisons, 5 grandes améliorations et 3 morts.

De cette statistique ressort encore cette donnée paradoxale que dans la rétention chronique complète les résultats, gravité à part, sont meilleurs que dans la rétention incomplète. Cela ne peut s'expliquer que par une rencontre fortuite de cas heureux. Ce qui est certain, c'est qu'un bon nombre de malades atteints de rétention chronique, dont la vessie paraissait à jamais impuissante, ont pu, grâce à l'opération de Bottini, arriver à vider complètement leur vessie. Au point de vue théorique, ces faits démontrent que la cause unique du défaut de contractilité de la vessie n'est pas, comme on le dit, la sclérose, lésion définitive. Au point de vue pratique, la connaissance de semblables résultats plaide en faveur de toutes les tentatives thérapeutiques dirigées contre l'obstacle prostatique, alors même que la contractilité vésicale est depuis longtemps perdue.

B. PROSTATOTOMIE PÉRINÉALE. — Proposée en 1834 par Guthrie, elle fut accidentellement pratiquée, à l'occasion de tailles périnéales pour calculs, par Paget, Thompson, Langenbeck, etc. Quelques bons résultats firent préconiser la prostatotomie simple ou l'excision partielle des obstacles médians du col par Gouley et Landerer. Actuellement, on n'emploie guère la section de la prostate à travers le périnée que dans le but d'établir un drainage plus ou moins prolongé. Les procédés opératoires employés sont ceux de Harrison, Wishard, Watson et Belfield.

Procédé de Harrison (2). — Ce procédé consiste à pratiquer une incision périnéale médiane et une boutonnière au niveau de l'urètre membraneux: on introduit alors l'index dans l'urètre vers le col de la vessie et on sectionne avec un bistouri l'obstacle prostatique que contribue à vaincre la pression du doigt par véritable divulsion. Lorsque le doigt pénètre librement dans la vessie, on met en place un très gros drain en caoutchouc durci que le malade conserve pendant six ou douze semaines, jusqu'à ce que l'urine passe spontanément par le méat, ou jusqu'à ce que le cathétérisme ordinaire devienne

(1) CUELLAR DURAN, thèse de Paris, 1899.

(2) HARRISON, *Diseases on the gen.-urin. Organs*, 4^e édit., 1893, p. 284.

facile. La forte grosseur du tube à drainage, qui remplit l'urètre, préviendrait le danger d'hémorragie.

Wishard (1) emploie un procédé analogue, mais il se sert du galvanocautère pour pratiquer la section de la prostate, la muqueuse urétrale se trouvant protégée par un petit spéculum cylindrique introduit par la boutonnière.

Belfield (2) se sert de la boutonnière pour introduire un thermocautère qui doit se frayer un passage à travers la prostate jusque dans la vessie.

Watson (3) a fait construire un galvanocautère prostatique en forme de lithotriteur qu'on introduit par la boutonnière périnéale après avoir reconnu avec le doigt l'obstacle prostatique. Il se sert aussi d'un tube à drainage spécial.

Les chirurgiens anglais se servent volontiers du procédé de Harrison, qui paraît entre leurs mains donner de bons résultats et dont l'efficacité immédiate tient surtout à l'emploi du drainage prolongé. En ce qui regarde le résultat définitif, la simple section au bistouri du tissu prostatique expose aux prompts récidives. A cet égard, la cautérisation galvanique, à l'aide des instruments de Wishard, de Watson, ou de celui même de Bottini, donnera très probablement de meilleurs résultats par la large brèche prostatique que détermine l'élimination de l'escarre. L'opération ainsi faite présente sur le procédé usuel de Bottini l'avantage d'une exploration digitale des obstacles prostatiques, ce qui permet, les connaissant bien, de mieux les attaquer : il faut noter en outre que le danger d'hémorragie grave disparaît et que le malade a les bénéfices du drainage. A côté de ces avantages, l'opération a l'inconvénient d'être plus sérieuse, plus longue et de nécessiter l'emploi de l'anesthésie générale, toujours à craindre chez les vieux urinaires.

C. PROSTATOTOMIE SUS-PUBIENNE. — La simple incision de l'obstacle prostatique après ouverture de la vessie par la voie hypogastrique est rarement employée. Lorsqu'on a pratiqué la taille et qu'on agit sur la prostate, on excise presque toujours une portion plus ou moins grande de la prostate, faisant ainsi une vraie prostatectomie. Dans ces derniers temps, on a proposé de se servir de l'instrument de Bottini, en contrôlant *de visu* son action, par la taille sus-pubienne. D'une manière générale, cette manière de faire a le grave inconvénient d'enlever sa simplicité à l'opération de Bottini. Si pourtant, lorsqu'on pratique la cystostomie sus-pubienne dans le but de faire le drainage vésical, on constate une saillie du lobe médian et que son excision donne des craintes, on pourrait se servir du galvanocautère, de l'instrument de Bottini ou du thermocautère pour la détruire.

(1) WISHARD, *Journ. of Cut. and gen.-urin. Diseases*, mars 1892.

(2) BELFIELD, cité par MANSSELL MOULIN.

(3) WATSON, *Operative treatment of the hyp. Prostate*. Londres, 1889.

4° PROSTATECTOMIE. — On entend par prostatectomie l'extirpation d'une partie ou de la totalité de la prostate. L'opération peut se faire par la voie sus-pubienne ou par la voie périnéale.

La voie urétrale a été autrefois employée par Mercier, dont l'*exciseur de la barre prostatique* n'a jamais eu grande vogue, et est tombé dans l'oubli.

A. PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE. — L'extirpation partielle de la prostate par la voie sus-pubienne fut pratiquée pour la première fois en 1827 par Amussat, qui excisa une petite saillie prostatique au cours d'une taille pour calcul. Pratiquée en 1888 par Dittel (1), puis par Trendelenburg (2), Beno-Schmidt (3) et Belfield (4), la prostatectomie sus-pubienne se généralisa en Angleterre après la publication des trois cas de Mac Gill (5). En France, la première opération est due à Guyon (6), mais la prostatectomie fut ensuite peu pratiquée : la thèse de Vignard (7) a été peu favorable au développement de l'opération. Dans ces derniers temps, Desnos (8) et son élève Predal (9) ont fortement plaidé la cause de la prostatectomie sus-pubienne.

Technique. — La vessie ayant été bien lavée, on remplit le réservoir de liquide et on place le malade dans la position inclinée de Trendelenburg. On fait ensuite une taille longitudinale ou transversale, suivant la préférence des opérateurs, et, les écarteurs vésicaux étant bien placés pour découvrir au mieux le col de la vessie, on procède à la prostatectomie proprement dite. Les manœuvres varient suivant les cas et d'après les différents auteurs.

Après avoir bien exploré de l'œil et du doigt les saillies intravésicales de la prostate, on introduit le doigt dans l'urètre pour se rendre compte des causes réelles de l'obstacle. Cette exploration est de la plus grande importance et, pour l'avoir négligée, certains opérateurs se sont bornés à enlever une saillie intravésicale, laissant le vrai obstacle au niveau de la portion initiale de l'urètre ; Belfield (10) a donné l'observation d'un malade chez qui pareille mésaventure arriva et chez qui on dut pratiquer ensuite la taille périnéale.

Lorsqu'on trouve une saillie pédiculée auprès du col, on peut l'enlever d'un coup de ciseaux, ou mieux encore en taillant le pédicule en forme de V. Si la saillie médiane est sessile, Mac Gill recommande de la sectionner avec une forte paire de ciseaux, dont une branche

(1) DITTEL, *Wiener klin. Wochenschr.*, juillet 1885.

(2) TRENDLENBURG, *Beitr. zur klin. Chir.*, 1891, p. 227.

(3) BENO-SCHMIDT, *Münchener med. Wochenschr.*, février 1889.

(4) BELFIELD, *New York med. Record*, août 1886.

(5) MAC GILL, *British med. Assoc.*, 1887, et *British med. Journ.*, 19 nov. 1887.

(6) GUYON, in thèse de VIGNARD.

(7) VIGNARD, thèse de Paris, 1890.

(8) DESNOS, *Congrès franç. de chirurgie*, 1895, p. 571.

(9) PREDAL, thèse de Paris, 1898.

(10) BELFIELD, MEINHARDT-SCHMIDT, *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, Bd XXVIII, p. 326.

est introduite dans l'urètre et l'autre dans la vessie : la section médiane ainsi faite sert d'amorce pour énucléer avec le doigt, avec des curettes ou des pinces coupantes, le tissu prostatique. Un grand nombre d'auteurs recommandent de n'inciser que la muqueuse recouvrant la saillie, de la disséquer de chaque côté en la réclinant et d'enlever ensuite le tissu prostatique qu'elle recouvre. J'ai eu grande peine à faire cette dissection parce que la muqueuse adhère au tissu prostatique et se déchire facilement ; aussi, je préfère sectionner franchement de chaque côté, formant un V ou une double section en parenthèse (), et enlever avec le lobe prostatique une partie de la muqueuse qui le recouvre. D'autres, comme Fobin (1) et Otis (2), ont introduit par l'urètre un serre-nœud dont ils ont placé l'anse autour de la portion saillante dans la vessie en s'aidant de la taille sus-pubienne. Chismore s'est même servi d'une chaîne d'écraseur.

Lorsqu'on veut enlever des portions des lobes latéraux, on fait d'abord une incision à la paroi vésicale, et on en dissèque les lèvres avant d'attaquer la prostate. Dans ce cas, la dissection est plus facile que pour le lobe médian.

Lorsqu'on s'attaque hardiment au tissu prostatique, l'hémorragie n'est généralement pas très abondante et il est inutile de se servir de l'anse galvanique, qui ne peut toujours être appliquée, ou du thermocautère. Le meilleur moyen d'arrêter l'hémorragie est de suturer les deux lèvres de la plaie en enfonçant assez loin l'aiguille ; cela m'a toujours suffi. Si la suture n'est pas possible, on pratiquera des irrigations très chaudes et, au besoin, on fera le tamponnement méthodique de la cavité vésicale après avoir placé les tubes de drainage. Ce tamponnement se fait bien avec des lanières de gaze sans qu'il soit nécessaire d'avoir préparé le tampon spécial que recommande Keyes.

Lorsque tout ce que l'on veut enlever de la prostate a été extirpé et l'hémostase bien assurée, on pourra fermer complètement la vessie en plaçant une sonde à demeure dans les cas aseptiques. Lorsqu'il y a infection, il est plus prudent, et plus utile pour le malade, de drainer la vessie par l'hypogastre avec les tubes de Guyon-Perier, dont le fonctionnement est parfait.

Gravité de l'opération. — La gravité opératoire dépend d'une foule de circonstances dont les principales sont l'état septique ou aseptique du malade, la durée de l'opération et les anfractuosités ou clapiers qu'on peut laisser ou non au niveau de la prostate. L'extirpation simple d'une masse pédiculée n'est pas comparable d'ailleurs à l'extirpation à la Mac Gill des lobes latéraux, alors qu'on creuse une vaste caverne dans l'intérieur de la prostate.

Les premières prostatectomies étaient pratiquées dans les plus

(1) FOBIN, *British med. Journ.*, mars 1891.

(2) OTIS, cité par MANSELL MOULIN, p. 158.

mauvais cas et les résultats statistiques sont quelque peu effrayants. Depuis, on a opéré mieux et dans de meilleurs cas ; la mortalité de 25 p. 100 s'est abaissée à 12 p. 100. Predal fait d'ailleurs remarquer que la mort, dans la plupart des cas, est due aux lésions rénales concomitantes ou à l'âge avancé : la mortalité réelle ne serait d'après lui que de 2 p. 100. J'ai fait moi-même sept prostatectomies sus-pubiennes avec une mort par infection, malgré le drainage hypogastrique. Je pense que dans les cas aseptiques, ou chez des malades encore forts, la prostatectomie sus-pubienne limitée au lobe médian n'est pas une opération grave : je crois au contraire qu'on s'expose à de graves complications lorsqu'on extirpe par la taille une grande partie des lobes latéraux et qu'on laisse à leur place une cavité anfractueuse qui sera toujours mal drainée.

Les vrais dangers opératoires sont l'infection et l'hémorragie. Chez les malades très infectés, il serait prudent d'opérer en deux temps en faisant d'abord la cystostomie simple et plus tard, s'il y a lieu, la prostatectomie. L'hémorragie est surtout à craindre avec les prostatites très molles et au moment des poussées congestives ; il vaut mieux ne pas pratiquer l'excision prostatique au moment d'un accès de rétention aiguë.

Résultats thérapeutiques. — Predal, sur 53 opérés, trouve 40 guérisons ou améliorations, 6 morts et 7 résultats nuls ou inconnus. Ces chiffres ne signifient pas grand'chose, parce qu'ils s'appliquent à des cas très différents. Mais il est certain que chez la plupart des malades on observe une grande amélioration. Dans les *rétentions incomplètes*, le résidu diminue ou disparaît, les besoins deviennent moins fréquents, la cystite s'améliore ou guérit ; chez la plupart des malades, pourtant, l'usage de la sonde n'est pas supprimé. Dans les *rétentions chroniques complètes*, on voit aussi fréquemment de remarquables résultats et pour la plupart les malades vident complètement ou incomplètement la vessie. Dans certains cas, d'ailleurs, les résultats sont nuls, soit parce que l'opération n'a pas enlevé le vrai obstacle prostatique, soit encore parce que le pouvoir contractile de la vessie est complètement perdu, éventualité d'ailleurs fort rare. Dans certains cas, on peut encore voir des *récidives* : plusieurs auteurs en ont signalé et j'ai opéré moi-même un malade en rétention incomplète qui guérit par première intention et vida complètement et spontanément sa vessie pendant quatre mois, puis il retomba lentement dans son état antérieur. Chez mon malade, j'avais enlevé le lobe médian saillant, mais toute la prostate était grosse. On comprend d'ailleurs que les meilleurs résultats s'obtiennent dans les cas d'obstacles limités au col, lorsque la prostate elle-même est peu augmentée de volume, et lorsque la vessie a conservé son pouvoir contractile.

B. PROSTATECTOMIE PÉRINÉALE. — La prostatectomie périnéale peut

être *partielle* ou *totale*; la première peut se faire par l'intérieur de l'urètre ou en respectant le canal uréthro-prostatique.

Dans la prostatectomie par la *voie urétrale*, on pratique une boutonnière dans l'urètre membraneux et on se conduit comme je l'ai dit à propos de la prostatotomie (p. 655) avec cette différence qu'avec le bistouri ou des instruments divers on excise, au lieu d'inciser, les portions centrales de la glande qui s'opposent à ce que le doigt pénètre facilement jusqu'au delà du col de la vessie. L'opération ainsi pratiquée est à peu près abandonnée parce qu'elle est aveugle, difficile par l'étroit espace dont on dispose pour manœuvrer, et parce que, si la prostate est un peu grosse et le périnée épais, le doigt ne peut arriver jusque dans la vessie.

La *prostatectomie périnéale sans ouverture de la vessie ni de l'urètre*, pratiquée d'abord par Dittel et délaissée ensuite, a été modifiée dans ces derniers temps et reprend de l'actualité.

Procédé de Dittel (1). — C'est la prostatectomie latérale. La vessie étant remplie, le rectum tamponné et un cathéter placé dans l'urètre, faire une incision qui, partant du coccyx, contourne l'anus à gauche et revient sur le raphé médian du périnée. La fosse ischio-rectale ouverte, on refoule le rectum en arrière et à droite, ce qui permet de voir la face postérieure de la prostate. On fait alors, sans ouvrir l'urètre, l'excision d'un coin de tissu prostatique dans chaque lobe latéral. La plaie est ensuite tamponnée.

L'opération, que Dittel n'avait exécutée que sur le cadavre, fut faite chez trois malades par Küster (2), qui deux fois ouvrit l'urètre sans le vouloir en donnant lieu à des fistules urinaires. Woolsey (3) a pratiqué une autre fois cette opération avec bon résultat et Castellana (4) a récemment publié un nouveau succès.

Le procédé de Dittel est d'une exécution assez difficile parce que l'incision extérieure ne donne pas assez de jour; d'un autre côté, les résultats obtenus étant médiocres, on l'a pratiquée très peu de fois.

C. EXTIRPATION SOUS-CAPSULAIRE DE LA PROSTATE. — *Procédé de Nicoll* (5). — Il s'agit ici d'un procédé où les voies hypogastrique et périnéale sont combinées, mais, comme dans le procédé de Dittel, la plaie périnéale ne communique ni avec l'urètre ni avec la vessie. On commence par faire une cystostomie sus-pubienne. Le malade est placé ensuite dans la position de la taille et on pratique une incision médiane sur le raphé périnéal pendant que l'aide pousse directement la prostate en bas avec deux doigts introduits par la plaie vésicale. Par l'incision périnéale, on sépare le rectum de la prostate, en s'aidant au

(1) DITTEL, *Wiener med. Wochenschr.*, 1898.

(2) KÜSTER, *Langenbeck's Arch. für Chir.*, 1891.

(3) WOOLSEY, *Journ. of Cut. and gen.-urin. Diseases*, août 1895.

(4) CASTELLANA, *Ospedale Civico*, 1^a Sezione. Palermo, 1899.

(5) NICOLL, *The Lancet*, 4 avril 1894.

besoin d'une ou deux incisions supplémentaires qui, partant de l'extrémité postérieure de l'incision médiane, se dirigent en arrière et en dehors d'un seul ou des deux côtés. Lorsque la face postérieure de la prostate est bien exposée, on incise la capsule prostatique et on la sépare de chaque côté avec un instrument mousse ressemblant à une rugine. Le chirurgien introduit alors deux doigts de la main gauche dans la vessie, tandis qu'avec les doigts de la main droite il déchire et enlève par morceaux la prostate au dedans de sa capsule: si le tissu prostatique est dur, on se sert de curettes ou d'une rugine. La plaie périnéale est ensuite tamponnée; on place dans l'urètre une sonde à demeure et on laisse ouverte la vessie.

Macewen a pratiqué une fois l'opération de Nicoll.

Modifications opératoires. — Alexander (1) a pratiqué huit fois une opération analogue, avec cette seule différence qu'il fait en plus une boutonnière périnéale qui lui sert, l'opération finie, à pratiquer le drainage.

Hotchkiss (2) paraît avoir fait une opération analogue à celles d'Alexander; pourtant, d'après son texte confus, il paraît avoir enlevé la plus grande partie de la prostate à travers la muqueuse de l'urètre.

Mansell Moulin propose, au lieu de l'incision de Nicoll, d'avoir recours à l'incision de Zuckerkandl, c'est-à-dire à une incision transversale pré-anale, bi-ischiatique, des deux extrémités de laquelle partent deux incisions postérieures. On dissèque ensuite en arrière le lambeau rectangulaire avec l'anus et le scrotum.

J'ai modifié moi-même le procédé de Nicoll. Voici la technique que j'ai suivie avec succès. Incision hypogastrique et ouverture sus-pubienne de la vessie permettant de bien explorer la cavité vésicale. Le malade étant mis alors dans la position de la taille avec le bassin relevé par un coussin, introduction dans la vessie d'un cathéter Béniqué destiné à bien sentir l'urètre. Pratiquer ensuite une incision périnéale bi-ischiatique passant à 2 centimètres en avant de l'anus, et, à la manière de R. Proust, faire tomber sur l'extrémité gauche de cette incision une autre section dirigée d'avant en arrière qui suit la branche ischio-pubienne; passer entre le bulbo-caverneux et l'ischio-caverneux pour récliner à droite le bulbe et arriver ainsi au bec de la prostate. Décoller alors en arrière le rectum en dégageant bien toute la face postérieure de la prostate et placer en arrière un large écarteur qui protège l'intestin. S'il en est besoin, on sectionne d'un côté ou des deux côtés le bord des muscles releveurs. On incise ensuite longitudinalement la capsule prostatique et on la décolle sur les côtés, mettant à nu la glande.

Avec des pinces à traction et une forte pince coupante spéciale que j'ai fait construire par M. Collin et qui présente le grand avantage de

(1) ALEXANDER, *Medical Record*, New-York, 1896, vol. II, p. 841.

(2) HOTCHKISS, *New York med. Journ.*, 1897, p. 10.