

dans l'urètre : il faut la fermer. La sonde à demeure suffit pour cela : elle protège l'urètre contre l'urine venant de la vessie, en même temps qu'elle permet, avec des lavages, la désinfection du milieu vésical. Chez les rétrécis qui ont de la fièvre, à la suite des cathétérismes ou des dilatations, elle fait tomber la fièvre. Un jour, deux jours suffisent : la température revient à la normale.

Spontanée, la fièvre se voit surtout chez les prostatiques en rétention, ou encore chez les rétrécis distendus. La vessie est aseptique et ne peut se vider ; il faut suppléer à son insuffisance par l'évacuation régulière. Si dans quelques cas des cathétérismes réguliers amènent la cessation de la fièvre, il en est d'autres où, malgré des sondages opérés deux fois par jour et suivis de lavages, la fièvre persiste ou s'exagère. C'est alors que la sonde à demeure est utile.

Quels en sont les résultats ? 49 prostatiques sont soignés par Guyon et Michon par la sonde à demeure pour des accidents infectieux aigus caractérisés par des accès de fièvre variant de 38° à 40°,3 avec état général plus ou moins grave. La guérison fut obtenue 38 fois, soit dans 77 p. 100 des cas : chez 33 d'entre eux, nous n'avons observé aucun accident intercurrent. Dans les 11 autres, soit 23 p. 100, les accidents ont persisté.

Dans les cas où la guérison fut obtenue, la chute de la fièvre s'observe dans l'espace de deux à dix jours après la mise à demeure de la sonde (fig. 201). Et quand on l'enlève, la température reste à la normale ; il ne s'agit donc pas seulement d'une amélioration temporaire.

Chez les rétrécis, le résultat n'est pas moins heureux : en pleine fièvre on fait l'urétrotomie interne, et on met une sonde à demeure. La température tombe à 37°, deux jours se passent et souvent la fièvre ne reparait pas. Si elle reparait, ce n'est que le troisième jour, le jour où la sonde est enlevée. Rien ne peut mieux démontrer l'efficacité de la sonde à demeure. Que se passe-t-il en effet ? Tant que la sonde est en place, la vessie est drainée et l'urètre protégé : dès qu'on l'enlève, la protection n'existe plus et la fièvre reparait. Il suffit de remettre la sonde en place, de la laisser quelque temps encore, jusqu'à ce que la désinfection soit complète et la plaie fermée.

Le bénéfice de la sonde à demeure ne se fait pas seulement sentir sur la fièvre, mais aussi sur l'état général. Avec la fièvre qui disparaît, disparaissent encore ou s'atténuent les troubles digestifs qui sont l'apanage obligé des urinaires infectés. La langue redevient humide, l'appétit renaît ; l'estomac et l'intestin fonctionnent, les malades reprennent une alimentation appropriée et reviennent à la santé.

La sonde à demeure n'agit en somme que comme un drainage de foyer septique : l'ouverture d'un abcès fait tomber la fièvre, il en est de même pour la vessie.

Pour qu'elle soit efficace, la sonde à demeure doit remplir deux conditions : un fonctionnement parfait et une antiseptie continuée

pendant toute la durée de son application. L'importance du fonctionnement nous est montrée par le tracé des malades : chaque fois que la sonde se déplace, ou est obturée, l'accident se traduit sur sa courbe thermique par une ascension. Pour qu'elle fonctionne bien, il faut d'abord une certaine résistance de son tissu : souvent j'ai vu les sondes de Pezzer, à tous points de vue excellentes, s'affaisser chez les prostatiques à long canal : dans ces cas, la sonde dure, la sonde à béquille est infiniment préférable. De plus, la sonde doit être exactement « mise au point » ; par des lavages répétés, on s'assurera qu'elle n'est pas oblitérée par des agglomérations du pus concrété.

L'application de la sonde doit être antiseptique : le méat, le gland lavé et savonné avant l'introduction, et enveloppé après dans une compresse de gaze stérilisée (fig. 202, p. 740).

Le bout de la sonde plonge au fond d'un urinal dans une solution antiseptique. Enfin la sonde sera changée souvent, tous les quatre à cinq jours au maximum.

Grâce à ces précautions, la sonde à demeure est à l'abri des objections

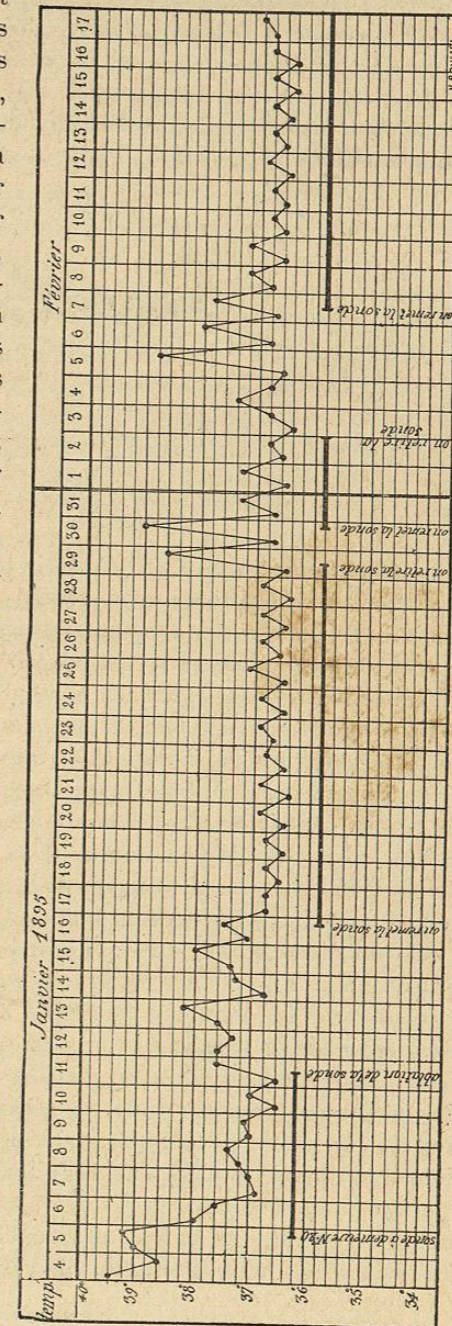


Fig. 201. — Prostatique infecté, sonde à demeure et cathétérisme indurillé. Sonde à demeure.

qu'on lui a faites, et elle est un des moyens, je le répète, les plus efficaces dont nous disposons dans la thérapeutique de l'infection urinaire.

Si, malgré la sonde à demeure, l'état général reste défectueux, la langue sèche, l'intelligence obtuse, si la fièvre persiste ou ne se modifie pas, si, à chaque changement de sonde, la température s'élève à nouveau sans retomber ensuite à la normale, alors, l'épreuve est faite, la sonde est insuffisante, il faut ouvrir la vessie.

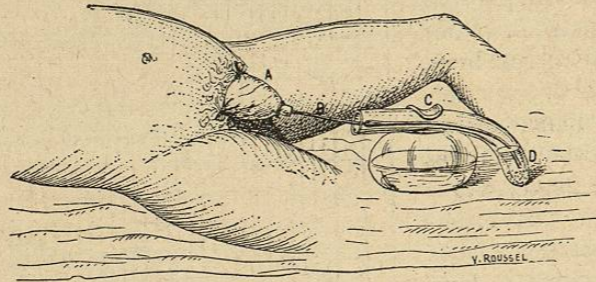


Fig. 202. — Verge habillée et sonde à demeure plongeant dans l'urinal antiseptique.

2° DE LA CYSTOSTOMIE. — Si l'idée d'ouvrir la vessie pour remédier à des accidents de prostatisme n'appartient pas à Poncet, on doit reconnaître qu'à ce chirurgien éminent revient tout entier le mérite d'avoir préconisé, vulgarisé et systématisé la pratique de cette opération. Sa première opération date du mois d'avril 1888 : sa première communication fut faite à la Société de médecine de Lyon le 4 avril 1889 : et depuis, par ses publications et les travaux de ses élèves (1), il a fait connaître les avantages d'une opération qui, d'abord très discutée, a fini par passer dans les mœurs. A peu près à la même époque, Mac Guire (de Richemond) avait eu la même idée d'ouvrir la vessie chez les prostatiques infectés et la mettait en pratique (2). Albarran a donné l'historique de la question (art. *Prostate*, p. 646) : il s'agit ici seulement de la cystostomie dans l'infection urinaire.

La cystostomie, ou ouverture permanente de la vessie, n'est qu'un mode perfectionné du drainage. La sonde ne réussit pas toujours ; malgré elle la vessie se vide mal et la fièvre persiste. Ouvrons alors la vessie, et la vessie laissée ouverte au-dessus du pubis se videra d'elle-même et d'une façon continue. Ce sera un drainage permanent établi à côté et au-dessus de l'urètre insuffisant.

Ainsi, la cystostomie agit sur la vessie qu'elle draine, sur l'urètre qu'elle protège indirectement, sur les reins dont elle facilite l'évacuation quand ils sont atteints de lésions ascendantes, et qu'elle protège encore contre l'infection descendante. Ses résultats doivent être envi-

(1) BONAN, De la création d'un anus contre nature chez les prostatiques, thèse de Lyon, 1892. — PONCET et DELORE, Traité de la cystostomie sus-pubienne. Paris, 1899.
(2) MAC GUIRE, *Norfolk Virginia Journal*, octobre 1888.

sagés, comme le fait Michon (1) dans son excellente thèse inspirée par Guyon, suivant la forme de l'infection urinaire.

Dans les cas très graves, où les lésions sont complexes, où la suppuration se développe sur plusieurs points, la cystostomie est impuissante. L'infection est trop virulente, le poison trop vite disséminé pour que l'organisme puisse être protégé : ici, rien ne peut réussir.

Dans les cas aigus, les résultats ne sont pas toujours très favorables. En 1893 et 1894, j'ai opéré 8 prostatiques infectés et j'ai eu 7 morts : ces résultats concordent avec ceux relatés par Michon pour l'ensemble des opérations pratiquées à la clinique de Necker. Ils sont très différents des chiffres fournis par les autres auteurs : Lagoutte, par exemple, n'arrive qu'à une mortalité de 36 p. 100 (2). Cette différence vient de ceci : à Necker, on traite toutes les infections par la sonde à demeure, et on en guérit un grand nombre ; la cystostomie n'est pratiquée qu'après échec de la sonde à demeure, sur des malades gravement atteints, avec des lésions anciennes et accentuées des reins et des uretères, et des lésions descendantes surajoutées, et pour lesquelles ni la sonde, ni l'opération ne peuvent rien. Ailleurs, au contraire, on opère plus tôt : et si les résultats de la cystostomie sont meilleurs, il est incontestable que l'opération bénéficie d'un certain nombre de cas qui auraient guéri par la sonde à demeure.

Pour les formes d'infection chronique, dans lesquelles la cachexie urinaire s'installe sans grande élévation de la température, les statistiques sont meilleures : la guérison s'obtient dans 63 p. 100 des cas ; mais c'est une guérison « à condition » ; dès que la fistule fonctionne moins bien, les troubles urinaires reparassent et la fièvre reprend ses droits.

Malgré cela, un grand nombre de malades sont appelés à bénéficier de cette opération, qui reste, en l'espèce, la dernière ressource de la thérapeutique chirurgicale contre l'infection urinaire.

Traitement sérothérapique de l'infection. — Depuis plusieurs années, Albarran et Mosny (3) poursuivent l'application à l'infection urinaire de la sérothérapie colibacillaire. A l'aide de sérum provenant d'animaux vaccinés, ils ont pratiqué des inoculations sous-cutanées et des injections dans la vessie. Ils ont remarqué, en effet, qu'une très faible quantité de sérum mélangé avec la culture en détruit l'action expérimentale.

Ces recherches ont déjà donné de bons résultats.

Cette sérothérapie anticolibacillaire pourra être utilisée, non seulement pour combattre l'infection déjà développée, mais encore pour empêcher son éclosion presque certaine.

(1) MICHON, Valeur thérapeutique de l'incision hypogastrique de la vessie, thèse de Paris, 1895, p. 67.

(2) LAGOUTTE, Des résultats éloignés de la cystostomie sus-pubienne, thèse de Lyon, 1894.

(3) ALBARRAN et MOSNY, *Acad. des sciences*, 1896, et *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1896, p. 902.