

un canal trop étroit, des parois qui peuvent s'effacer par coudure soit dans la traversée prostatique, soit à l'angle prépubien; grâce à leur flaccidité, elles sont chassées par les contractions vésicales. Les seuls instruments de caoutchouc capables de fixité sont les sondes de Malécot ou de Pezzer n° 14 ou 15, dont la fixité de position est assurée par le disque terminal qui prend contact avec le col.

Tel prostatique est mal surveillé, inintelligent, a du tremblement sénile: si vous ne pouvez le sonder vous-même, placez une sonde à demeure. Recourez



FIG. 253. — Sonde de Pezzer.

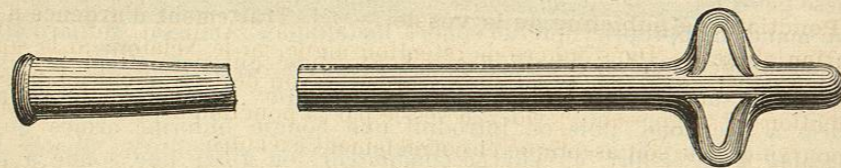


FIG. 254. — Sonde de Malécot.

encore à ce moyen si l'urèthre est d'une traversée laborieuse et douloureuse, si une fausse route a précédé le cathétérisme heureux: ne vous contentez pas alors de pénétrer dans la vessie, mais laissez une sonde à demeure; trois à quatre jours suffisent pour régulariser la voie prostatique. — Contre l'hématurie, la grosse sonde de gomme laissée à demeure trouve une de ses indications de choix: elle permet, comme nous l'avons dit, l'évacuation des caillots, les irrigations chaudes, et, mettant la vessie au repos, est le meilleur hémostatique.

II. DANS LES CAS DE RÉTENTION CHRONIQUE. — C'est surtout contre les complications des rétentions chroniques que la sonde à demeure affirme sa valeur. Il convient d'insister sur les bons effets du drainage prolongé de la vessie par les voies naturelles, et d'en épuiser les ressources avant de songer à un méat hypogastrique. Bazy a eu le mérite de le déclarer plus nettement que tout autre. Les difficultés du cathétérisme, la fréquence impérieuse des besoins, la douleur, les accidents infectieux quand ils ne prennent point une forme urgente: voilà les indications de la sonde à demeure chez les rétentionnistes chroniques.

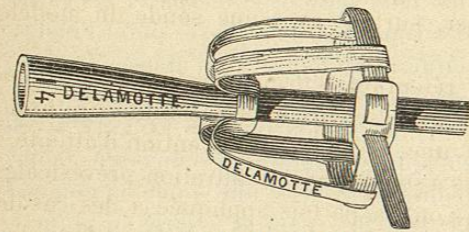


FIG. 255. — Appareil de fixation élastique pour sonde à demeure.

Et il ne s'agit plus alors de quelques jours ou de quelques semaines de séjour de la sonde; il est permis, nous dit Bazy, qui apporte à l'appui quelques faits remarquables, il est permis de compter sur des mois de ce drainage prolongé par les voies naturelles et pour ne point laisser couchés trop longtemps des vieillards affaiblis et intoxiqués, il est indiqué d'autoriser leur déambulation. Sans doute, chez

ces malades qui ne vident pas leur vessie, la suppuration uréthrale est fréquente: parfois, quelques jours suffisent à provoquer un afflux de pus au méat, après le retrait de la sonde; les épидидymites sont aussi un empêchement à ce maintien prolongé de l'instrument dans l'urèthre. L'antisepsie de la sonde, du canal et de la vessie ne réussit point toujours à atténuer cet inconvénient. La sonde molle, flexible, et d'un plus doux contact, est mieux tolérée et plus compatible avec la déambulation; mais sa mollesse même l'expose à être chassée de l'urèthre, ce qu'évite la sonde de Pezzer; l'étroitesse de son calibre et de ses yeux fait quelquefois obstacle à l'issue de paquets glaireux ou de caillots, et il faut alors recourir à la sonde en gomme de large lumière. Sa fixation doit être attentive: Escat a proposé un ingénieux procédé. Le drainage sera prolongé jusqu'à cessation des accidents: chez les rétentionnistes infectés, on ne le supprimera que quand l'apyrexie sera parfaite, l'état toxique disparu, les urines claires.

5° Ponction sus-pubienne de la vessie. — § 1. Traitement d'urgence de la rétention aiguë. — Dans un cas de rétention aiguë, ni le Nélaton, ni la sonde béquillée ou bicoudée, ni le cathéter à grand rayon de Gely n'ont pu passer; la rétention est angoissante: videz la vessie par la ponction aspiratrice, inoffensive pourvu qu'elle soit aseptique et correctement exécutée.

La région hypogastrique a été aseptisée: recherchez le bord supérieur de la symphyse, fixez les téguments entre le pouce et les doigts de la main gauche, et à 2 ou 5 centimètres au-dessus, suivant la distension du globe vésical, plongez d'un coup, un peu de haut en bas, l'aiguille n° 6 du Potain, flambée et garnie de vaseline aseptique; ne craignez point de vous enfoncer profondément, à 6 ou 8 centimètres, chez les obèses à graisse prévésicale épaisse. Suivez, avec l'appui de la main gauche, le retrait du globe vésical. Vers la fin de l'écoulement, retirez un peu l'instrument, pour que sa pointe ne menace pas la paroi postérieure rapprochée. Voici l'urine évacuée: laissez pénétrer de l'air dans le récipient, pour éviter d'entraîner de l'urine au moment de retrait de l'aiguille et d'inoculer ainsi l'espace prévésical. Si l'urine est louche, disposez l'appareil aspirateur pour le convertir en pompe foulante et lavez la vessie avec une solution boriquée ou argentique. Retirez l'aiguille d'un trait et couvrez son point de pénétration d'un nuage ouaté collodionné.

Toutes les huit ou douze heures, suivant l'urgence des besoins, on peut réitérer la ponction. Par son action décongestionnante, elle prépare maintes fois la pénétration de la traversée prostatique: après deux, trois, quatre jours de ponctions, il arrivera souvent de passer, surtout avec une sonde du modèle Gely.

Dans le traitement d'urgence de la rétention d'urine, sans complications septiques pressantes, sans fausses routes graves, sans imperméabilité uréthrale définitive, la ponction de la vessie est une excellente intervention d'attente: sans doute, elle compte quelques méfaits à son passif — infiltration prévésicale, hématome —; mais ils tiennent à ce qu'on l'a parfois appliquée à des cas de rétention compliquée d'infection vésicale, ou à une erreur de technique. De notre ponction aspiratrice aseptique, on peut dire, avec plus de raison, ce que Petit disait de la vieille ponction de Méry: au point de vue de l'innocuité, « c'est un coup d'épée dans l'eau ».

§ 2. Ponction au gros trocart et installation d'une sonde à demeure dans

la canule, dans le cas de rétention prolongée. — Si l'impossibilité du cathétérisme persiste, la ponction ne peut, malgré des exemples où elle fut prolongée vingt à trente jours, être incessamment renouvelée. Sous le nom de *cysto-drainage*, quelques-uns ont repris la ponction de Méry au gros trocart, suivie du passage d'une sonde par la canule et du séjour à demeure de cette sonde : Lejars, Rémy, Deneffe en ont vanté l'heureux effet. L'intervention est simple, à la portée de tout praticien, pouvant s'exécuter sans aide, aisément acceptée du malade, capable de canaliser au-dessus du pubis un bon méat artificiel, ainsi que Deneffe l'a montré dans la récente discussion à l'Académie de médecine de Bruxelles. A ces titres, c'est une intervention à ne point écarter en pratique courante; nous lui préférons, pour la sécurité de la technique et de l'asepsie, la cystostomie sus-pubienne.

4° **Cystostomie sus-pubienne**<sup>(1)</sup>. — La taille sus-pubienne de la vessie permet, soit d'établir un drainage temporaire de l'organe et des voies urinaires supérieures, — ce qui demeure une *cystotomie* — soit de créer une dérivation urinaire permanente par un véritable méat artificiel à l'hypogastre — ce qui devient une *cystostomie*.

Sous sa première forme, l'intervention n'est pas neuve : dès 1856, Sédillot tailla, au-dessus du pubis, un prostatique calculeux et hématurique; en 1869, Thompson dériva les urines à l'aide d'un tube glissé dans la plaie hypogastrique; en 1884, Bæckel fit l'épicystotomie chez un vieillard atteint de fausse route et d'infiltration d'urine; à la même date, Röhmer recourait à cette intervention; en 1887, à la clinique de Montpellier, nous taillions à l'hypogastre un prostatique rétentionniste, en proie à des accidents septiques graves.

Autre chose est la création systématique d'une ouverture permanente de la vessie, d'un méat, ou même d'un urètre hypogastrique — car on cherche à établir un trajet plus qu'une embouchure — destiné à dériver de façon prolongée ou définitive le cours des urines. En 1888, Mac Guire de Richmond et Poncet, à peu près en même temps, ont conçu cette pensée et l'ont appliquée. A notre collègue de Lyon revient le mérite d'en avoir, par ses travaux et ceux de ses élèves, précisé la technique et établi les résultats : le nom d'opération de Poncet ou de Poncet-Mac Guire consacre cet effort de propagande et d'exemple. Et il importe de distinguer, comme l'a fait Desnos, au point de vue des indications et des services, ces deux modes de l'intervention hypogastrique : 1° l'ouverture de la vessie et son drainage momentané; 2° sa fistulisation définitive.

§ 1. **Indications de la cystostomie sus-pubienne.** — I. CHEZ LES PROSTATIQUES INFECTÉS. — Chez les prostatiques rétentionnistes infectés, quand il y a de la fièvre, quand les urines se troublent, quand il existe des symptômes généraux graves d'infection ou d'intoxication urinaire, l'ouverture de la vessie trouve sa plus nette indication, et, comme l'asepsie est assez vite obtenue par ce cysto-

<sup>(1)</sup> Consulter : A. PONCET, *Manuel opératoire de la cystostomie sus-pubienne*. *Semaine méd.*, 1895, p. 561. — DU MÊME, *Indications de la cystotomie sus-pubienne*. *Gazette hebdom.*, juin 1894. — BONAN, *De la création d'un urètre contre nature chez les prostatiques*. Thèse de Lyon, 1892. — CURTILLET, *Gazette des hôpitaux*, 1894. — LAGOUTTE, *Des résultats éloignés de la cystostomie sus-pubienne*. Thèse de Lyon, 1894, et *Gazette hebdom.*, nov. 1894. — DESNOS, *Des interventions palliatives chez les prostatiques*. *Médecine moderne*, 4 juillet 1894. — MICHON, *Valeur thérapeutique de l'incision de la vessie*. Thèse de Paris, 1894. — DELORE, *De la fonction du nouvel urètre chez les prostatiques anciennement cystostomisés*. Thèse de Lyon, 1897, et *Gaz. des hôp.*, 21 sept. 1897. — PONCET, *De la cystostomie sus-pubienne dans le prostatisme*. *Acad. de méd.*, séance du 2 août 1898.

drainage, dans les infections curables, le malade n'a plus rien à gagner au maintien de l'ouverture vésicale; au contraire, sa fistule hypogastrique l'expose à la réinfection. La fermeture de la vessie doit donc être recherchée après cessation des phénomènes infectieux.

Assurément, en pareil cas, le succès n'est pas constant : il est des formes suraiguës de septicémie urinaire que le drainage vésical ne saurait enrayer; mais, même dans ces types graves, une intervention sans retard peut sauver une situation désespérée, et nous venons d'en obtenir un effet inattendu chez un malade opéré à 40°5, à langue rôtie, délirant, à cystite putride. Dans les formes moins promptement toxiques, la cystostomie compte de beaux et nombreux succès : le résultat demeure subordonné à l'état des voies urinaires supérieures. Si le processus septique se limite à la vessie, la gravité apparente des symptômes ne doit point exclure l'espoir de la guérison. Tel malade, dès un de ses premiers accès de rétention, a été infecté : des poussées thermiques vives se greffent sur un état fébrile continu; mais les reins sont bons et, la vessie une fois assainie par le drainage, les symptômes d'intoxication vont rétrocéder. Chez tel autre, à la cystite infectieuse s'ajoute l'insuffisance rénale latente; aussi, bien que la symptomatologie soit plus insidieuse, simplement marquée par des troubles digestifs, de l'anorexie, de la diarrhée, de l'amaigrissement sans mouvement fébrile intense, gardez une prudente méfiance; l'évacuation vésicale pourra ne point l'empêcher de mourir par le rein.

II. CHEZ LES PROSTATIQUES RÉTENTIONNISTES ASEPTIQUES. — Les indications de l'incision vésicale sont plus sujettes à débat quand il s'agit de malades exempts de toute infection, mais chez qui le cathétérisme est difficile ou dangereux.

Ici, par opposition au drainage de durée limitée que réclament les infections urinaires des prostatiques, c'est la fistule permanente qui devrait être, en règle générale, le but poursuivi : le canal, impropre à la miction et réfractaire au cathétérisme, doit être remplacé par une voie de dérivation. Or, une raison empêche que ces indications ne reçoivent un aussi large développement que quelques-uns l'ont voulu : c'est l'incertitude où nous sommes sur le degré de continence de la fistule hypogastrique et l'impuissance technique où nous nous trouvons de la réaliser à coup sûr. Sur 22 cystotomisés, continuant à uriner par l'orifice abdominal, revus par Lagoutte, 7 seulement ont un méat continent et peuvent uriner à volonté par leur urètre sus-pubien, toutes les trois ou quatre heures; trois ont une incontinence partielle; douze — la majorité — voient l'urine suinter constamment au niveau de l'orifice et sont condamnés au port d'appareils appropriés. Sur 54, Poncet ne compte que 14 continents.

1° *Obstacle au cathétérisme provenant des voies urinaires inférieures.* — Nous estimons donc qu'inciser la vessie pour de simples difficultés persistantes du cathétérisme, en plein état aseptique, c'est outre-passer l'indication : la sonde à demeure, bien placée, aseptiquement tenue, combinée à des injections antiseptiques dans la vessie, permettant la déambulation, est un recours dont il faut épuiser les services avant de songer à une fistule sus-pubienne. Mais, quand aux difficultés du cathétérisme s'ajoute, à degré variable, l'infection de la vessie ou des voies urinaires supérieures, il ne faut point hésiter à ouvrir la vessie, moyen antiseptique par excellence.

Chez certains prostatiques, la muqueuse uréthrale congestionnée saigne au moindre contact d'une sonde; chez d'autres, le bec d'un cathéter a été buter en pleine glande, créant une fausse route où les tentatives ultérieures se heurtent :

L'hémorragie se répète, créant par la présence du sang une condition propice à l'inoculation septique; il faut abandonner la voie urétrale et s'ouvrir une voie artificielle. Quant à l'impossibilité absolue de faire pénétrer une sonde dans la vessie, c'est une indication exceptionnelle de cystotomie: elle n'existe point d'emblée; elle résulte d'une situation aggravée par les hésitations du cathétérisme ou les fautes de sa technique. La ponction capillaire permet habituellement de retrouver la voie après décongestion. Et l'on n'est pas acculé à cette extrémité si, chez un rétentionniste aigu, ayant subi des tentatives de sondage et ayant saigné, on prend soin de laisser une sonde à demeure pendant trois ou quatre jours pour refaire le canal.

2° *Obstacles au cathétérisme provenant des voies urinaires supérieures.* —

I. *Vessie.* — L'incision hypogastrique est indiquée quand il y a de l'hémorragie vésicale, soit qu'il s'agisse d'une hématurie copieuse à gros caillots, succédant à un sondage, soit qu'on observe des saignements répétés et peu abondants de la paroi. Dans les cystites douloureuses rebelles, ayant résisté au traitement cathétérien, aux lavages, et mettant obstacle au drainage par l'urèthre et au séjour de la sonde à demeure, l'ouverture large de la vessie apporte son action habituelle de sédation.

II. *Indications fournies par l'état du rein.* — Chez un prostatique à la troisième période, à vessie distendue, laissant échapper l'urine par regorgement, les reins participent à l'affection vésicale. « C'est, nous dit Desnos, une grosse partie qui est jouée lorsque la sonde pénètre pour la première fois dans de telles vessies. Malgré l'asepsie la plus rigoureuse, malgré la plus extrême prudence apportée à l'évacuation, trop souvent les accidents inflammatoires les plus graves ont éclaté, des hémorragies formidables se sont montrées et le malade a succombé à des accidents foudroyants. Mais il est chez ces malades une particularité qu'il importe de retenir, c'est que ce danger, si terrible dès le premier cathétérisme, s'atténue rapidement; les parois vésicales se décongestionnent, l'infection vésicale s'atténue sensiblement et le cathétérisme se fait dans des conditions meilleures quelques jours après. Il faut donc s'efforcer d'éviter le gros péril d'une première pénétration dans la vessie et pour cela l'incision de cet organe offre une ressource précieuse. » Mais, il faut savoir que chez ces malades, en instance d'insuffisance rénale, l'intervention ne va point sans périls. Le pronostic est subordonné au degré de l'empoisonnement urinaire: Poncet compte 16 morts sur 29 opérés dans l'empoisonnement urinaire à marche aiguë, 15 sur 46 dans l'empoisonnement urinaire chronique. La lésion rénale, et non l'acte opératoire, fait le danger.

§ 2. *Technique de la cystostomie sus-pubienne.* — Si l'on ne demande à la taille hypogastrique qu'une action de drainage temporaire, la technique n'a rien de spécial: les tubes de Périer peuvent être maintenus durant les délais nécessaires; ou bien, on peut, sans sonde et sans drain, suturer à la peau les bords de l'incision vésicale.

Que si l'urèthre prostatique paraît désormais imperméable, il faut préparer au méat hypogastrique ces deux qualités: 1° la permanence; 2° la continence.

Le premier point est de réalisation facile: un moyen de l'obtenir consiste à border de muqueuse l'ouverture artificielle. Poncet se contente — et c'est notre pratique — de coudre la vessie à la paroi par six points au fil métallique. Grâce à cette suture, l'urine est expulsée sans efforts, sans infiltration possible « à la façon, nous dit Poncet, de l'eau qui s'écoule d'une source à la surface du sol ».

et l'absence de tout instrument évacuateur dans la vessie est un avantage à ne point nier. Quelques-uns préfèrent suturer la vessie à la peau sans prendre les muscles: la modification n'a point grande valeur. Le canal hypogastrique se forme et s'épidermise alors même que la juxtaposition de la peau et de la muqueuse n'a point été parfaite. Aussi est-on autorisé, quand la rapidité opératoire l'exige ou lorsque la rétraction de la vessie et l'épaisseur de la paroi abdominale empêchent d'exécuter cet affrontement muco-cutané, à se borner à placer deux ou quatre points et à utiliser pour le drainage le siphon de Périer ou deux drains, fixés au bord par un point métallique et coupés au ras de la plaie.

La seconde qualité — la continence du méat artificiel — est un résultat que notre technique ne saurait encore garantir. On a voulu l'obtenir par des modifications portant: 1° sur la longueur du canal néoformé; 2° sur sa direction; 3° sur la constitution de ses parois. — L'urine filtre d'autant moins facilement que le canal fistuleux est plus long ou qu'il a un trajet oblique de bas en haut: à l'autopsie de Diday, on a trouvé un urèthre artificiel long d'une trentaine de millimètres; mais des faits inverses ont été signalés. Pour obtenir cette obliquité et cette longueur du trajet, on s'accorde, suivant le conseil de Mac Guire, à inciser la vessie près du col vésical: par ce fait, la fistule sera dirigée d'arrière en avant et de bas en haut, comme le bec d'une cafetière — *coffee spout* — suivant l'expression américaine. — Mais il ne faut pas s'illusionner sur l'efficacité de ces règles techniques: l'urèthre artificiel, qu'on obtient par le simple procédé du trocart, est capable de prendre une longueur égale et résulte de l'allongement des adhérences établies entre la vessie et la paroi. Turner l'observa le premier en 1790; en 1792, Noël le décrivait; on voit, nous dit Deneffe, dans les musées pathologiques de Londres, une série de pièces relatives à ces urèthres artificiels; il existe, au Musée du Collège Royal, un canal de 4 pouces de long. — Les dispositions opératoires, tentées en vue de donner au trajet une paroi musculaire et de sphinctériser ses orifices, n'ont point fait preuve d'efficacité: pas plus le procédé de Wassilieff qui, décollant de la musculature la muqueuse, ne suture que cette dernière à la peau, que le procédé de Jaboulay qui crée le trajet au travers du grand droit. En réalité, la véritable cause de la permanence du méat hypogastrique réside dans l'imperméabilité définitive de la prostate. Lagoutte et Delore ont établi que le méat n'est que temporaire lorsque la miction se rétablit par la voie naturelle.

§ 3. *Résultats de la cystostomie.* — Les cystostomisés se composent de deux groupes: les uns, guéris de leurs accidents de rétention ou d'infection peuvent reconquérir la miction normale par l'urèthre; les autres doivent continuer à uriner par leur méat hypogastrique.

La première terminaison s'observe plutôt, comme Lagoutte l'a établi, chez les opérés pour simple rétention avec difficulté grave du cathétérisme, que chez les infectés: il arrive alors que, la prostate se décongestionnant et se réduisant, la perméabilité du passage se rétablit. De même, chez les malades à vessie infectée, on voit les symptômes d'intoxication s'amender, les douleurs s'apaiser, les urines s'éclaircir et le drainage peut être supprimé. La cicatrice qui résulte de cette oblitération spontanée du méat hypogastrique demeure parfois fragile et l'on peut voir, lors d'une nouvelle crise de rétention, les téguments amincis se soulever en une petite ampoule. La fixation cicatricielle de la vessie à la paroi n'entraîne généralement que de légers tiraillements.

Chez les cystostomisés, qui continuent à uriner par leur fistule abdominale ceux qui ont acquis un véritable méat contre nature par où ils peuvent uriner sans sonde, constituent la minorité; Delore reconnaît que cet idéal est rarement atteint: plus souvent, ces malades classés comme continents, doivent recourir à une sonde pour vider leur vessie. Chez quelques autres, la continence n'est que partielle, limitée au décubitus horizontal. Chez le plus grand nombre, le méat hypogastrique est incontinent et le devient de plus en plus, à mesure que la vessie se rétracte et perd de sa capacité: tel malade, qui d'abord pouvait garder quelques heures ses urines, voit progressivement, par le fait de l'incontinence même, la capacité vésicale diminuer et l'organe intolérant demander à se vider lorsqu'il renferme moins de 100 grammes de liquide. Nous venons de l'observer nettement chez deux de nos opérés. Il est impossible de compter sur un obturateur parfait. Aussi, comme le dit Lagoutte, il faut considérer la vessie comme supprimée en tant que réservoir et laisser les urines s'écouler spontanément: on emploiera soit l'urinal de Loumeau, soit l'appareil de Collin, cupule métallique oblongue, garnie de caoutchouc, fixée par une ceinture à ressort et munie d'un tube qui aboutit à un urinal. — Devant ces résultats, il convient donc de ne point exagérer les mérites du méat hypogastrique permanent; par contre, l'ouverture temporaire de la vessie faite pour parer à des accidents aigus rend de grands services.

**Traitement curatif.** — Deux méthodes poursuivent le traitement curatif de la lésion prostatique. Les unes abordant la prostate, soit par le périnée, soit par l'hypogastre, résèquent les saillies qui font obstacle à l'évacuation vésicale — prostatectomie partielle, — ou bien, par une section portant sur le tissu même de la glande, cherchent à élargir la voie prostatique — prostatotomie. Les autres poursuivent l'atrophie indirecte de la glande en agissant sur l'appareil testiculaire, soit par la castration, soit par la résection des canaux déférents ou de ses vaisseaux et nerfs.

**1° Prostatotomie.** — L'idée en est vieille. On a pensé longtemps que l'obstacle à la miction était constitué par des brides barrant transversalement l'entrée vésicale: c'était la barre de Guthrie, la valvule de Mercier. De là, la proposition d'inciser l'obstacle, si largement appliquée que Mercier pratiqua cette intervention plus de quatre cents fois. Cette conception anatomique a été révisée, de même que la doctrine de l'atonie vésicale secondaire; et nous avons décidément abandonné ces tentatives de prostatotomie uréthrale. La méthode de Bottini, employant comme instrument destructeur de l'obstacle une électrode au lieu d'une lame tranchante, mérite peut-être, à en croire les faits récents de Nicolich, d'être étudiée et perfectionnée.

C'est par le périnée que l'élargissement de l'urèthre prostatique doit être désormais poursuivi. L'urèthre membraneux est ouvert comme dans une uréthrotomie externe. Puis, on rétablit le calibre du canal prostatique soit par la dilatation et le placement d'une grosse sonde n° 50 — opération de Thompson, — soit par l'incision de la prostate et la mise à demeure, pour empêcher le rapprochement des lèvres de la plaie prostatique, d'un gros drain en gomme à tube double, analogue à une canule de trachéotomie, destiné à rester en place six à douze semaines — opération de Harrisson<sup>(1)</sup>.

(1) HARRISSON, *Transact. internat. med. Congress*, 1884, et *Brit. med. Journal*, 1895.

La prostatotomie périnéale d'Harrisson a une valeur considérable. Dans des cas où la sonde à demeure est intolérée, elle réalise un drainage bien supporté; dans ceux où existe une profonde cuvette rétro-prostatique, une sonde à bécuille glissée dans le tube évacue ce bas-fond: dès le dixième jour, le malade peut se lever et marcher avec le tube en place. Elle a, sur le drainage hypogastrique, la supériorité du calibre prostatique, et il est bien permis de compter, après deux mois de canule à demeure, sur un élargissement stable du canal: après suppression du drainage, on maintient le calibre par l'introduction, tous les deux ou trois jours, de gros cathéters métalliques. Par la brèche qu'elle creuse sur le plancher prostatique et sur la lèvre inférieure du col, elle échancre et abat cette saillie surélevée et crée un trajet qui est presque de niveau avec le bas-fond vésical. Elle convient sans conteste aux cas de « barre » uréthro-vésicale, où la portion moyenne se surélève en une bande peu épaisse que le doigt, introduit par la boutonnière, peut accrocher. Si la prostatectomie hypogastrique s'adresse mieux aux obstructions cervicales en saillie intravésicale, le calibre périnéal par la prostatotomie est l'intervention de choix dans les déformations du canal prostatique par hypertrophie des lobes latéraux. Par contre, l'intervention n'est facile que si l'on peut introduire un cathéter, ce qui suppose que le cathétérisme ne présente point de grosses difficultés; elle n'offre de sécurité, étant donnée la large plaie de la glande, que si les urines ne sont pas trop gravement infectées: dans ces deux cas, la cystostomie hypogastrique est indiquée avec avantage. Enfin, si quelques-uns ont pu, au cours d'une taille périnéale, énucléer de petits lobes prostatiques, il est indéniable que cette excision est plus clairvoyante et plus facile par la voie sus-pubienne.

**2° Prostatectomie** (1). — La prostatectomie peut être pratiquée par le périnée, par l'hypogastre, ou par ces deux voies combinées.

La voie périnéale n'a point fourni les résultats qu'on en attendait. Si l'on veut procéder à l'extirpation des masses obstruantes, en passant à travers la boutonnière périnéale — prostatectomie interne — il faut reconnaître que l'épaisseur du périnée — *périneal distance* de Watson — rend les manœuvres incommodes et imprécises, le doigt arrivant à grand-peine au col. — Si l'on se propose d'aborder la prostate par sa face postéro-inférieure sans ouvrir l'urèthre — prostatectomie externe — il est impossible d'accéder vers le lobe moyen et vers les nodules à relief intra-vésical, il faut craindre d'abondantes hémorragies qui ont tué le malade de Leisrinck, et, comme le montrent les faits de Küster, il est difficile d'éviter l'ouverture de l'urèthre. Et pour s'en tenir à l'action sur les lobes latéraux accessibles, il ne semble point que les effets aient répondu à l'idée théorique de Dittel qui, par une double excision cunéiforme, espérait réduire les deux lobes latéraux et leur imprimer un mouvement de bascule dégageant le col. — En principe, et pour l'avoir vérifié sur le cadavre, nous serions plus favorables à une combinaison de la voie hypogastrique et de la voie périnéale, suivant le procédé de Nicoll: après cystostomie sus-pubienne, le malade étant mis en position de taille périnéale, un cathéter dans la vessie, la

(1) Consulter: VIGNARD, Thèse de Paris, 1890. — MAC GILL, *British med. Journal*, 19 nov. 1887. — MAYO-ROBSON, *Brit. med. Journal*, 9 mars 1889. — KUMMEL, *Centrbl. für Chir.*, 1889, n° 29. — DELAGÉNIÈRE, *Soc. anat.* 1889. — MANSSELL-MOULLIN, *Lancet*, 1892. — BELFIELD, *Amer. Journal of med. science*, nov. 1898. — LAGOUTTE, *Gaz. hebdomadaire*, mars 1894. — POUSSON, *Mercredi médical*, 26 déc. 1894. — NICOLL, *The Lancet*, 1894. — DESNOS, Congrès français de chirurgie, 25 oct. 1895.