

le doigt introduit dans le rectum servant de contrôle. Lorsqu'on a ainsi constaté une augmentation de volume de la prostate, on se sert pour le cathétérisme, soit d'une grosse sonde ordinaire en argent, de courbure plus ou moins forte, soit d'une sonde à prostate de MERCIER à simple ou double courbure (fig. 129, 1 et 2), soit enfin d'une sonde tout à fait droite. Tous ces instruments doivent être aussi longs que possible à cause de la position élevée de la vessie.

Le malade se tient debout devant le chirurgien, ou bien on le fait coucher de façon que le bassin repose sur le bord du lit ou sur l'extrémité d'un coussin dur, afin que l'on puisse abaisser facilement le pavillon de la sonde jusqu'au-dessous du plan horizontal. Lorsque, par le toucher rectal, on a constaté l'existence d'une hypertrophie unilatérale de la prostate, il y a parfois avantage à se placer du côté de la partie hypertrophiée. C'est tout particulièrement dans les cas d'hypertrophie de la prostate qu'on ne saurait trop conseiller d'user de beaucoup de douceur dans le cathétérisme, d'éviter toute violence dans l'introduction de la sonde. On devra, en outre, prendre alors en considération les changements survenus dans la direction de l'urètre (fig. 128). Le bec de la sonde devra toujours être en contact avec la paroi antérieure du conduit; dès que l'on est arrivé à la portion prostatique, on abaisse le pavillon de la sonde au-dessous du plan horizontal, comme si l'on voulait amener le bec de l'instrument en contact avec la surface interne de la paroi abdominale, entre le bord supérieur de la symphyse et l'ombilic. Le degré d'abaissement du pavillon dépend naturellement du volume de la prostate hypertrophiée, surtout du lobe médian; cet abaissement doit être, par conséquent, opéré très lentement, et à chaque nouvelle position prise par l'instrument on cherche avec précaution à faire pénétrer la sonde dans la vessie. L'arrivée du bec de la sonde dans la portion prostatique et sa position exacte dans cette dernière, doivent être chaque fois contrôlées à l'aide du doigt introduit dans le rectum. Lorsque l'hypertrophie affecte d'une façon prédominante un des deux lobes latéraux, ou tous les deux, la sonde, une fois arrivée dans la portion prostatique, se trouve légèrement serrée, et elle perd de sa mobilité. Une déviation latérale de l'instrument indique, comme nous l'avons déjà rappelé, que la sonde, grâce à l'hypertrophie du lobe médian, s'est engagée dans l'une des deux gouttières latérales décrites plus haut, pour pénétrer dans la vessie. Dès que l'instrument est parvenu dans la cavité vésicale, on procède à l'exploration de cette dernière et à l'examen de l'urine évacuée, suivant les règles déjà formulées. Lorsque le cathétérisme est pratiqué seulement dans un but d'évacuation, on fait bien, surtout si l'on n'est pas très exercé, de se servir de **sondes molles** et particulièrement de celle de NÉLATON; on peut aussi employer avec avantage, pour le cathétérisme évacuateur, une sonde élastique à bec recourbé sur une petite étendue comme dans la sonde de MERCIER.

Le diagnostic différentiel avec les autres tumeurs de la prostate (tuberculose, carcinome) et avec celles de la vessie, présente parfois de grandes difficultés; pour les premières il importe de prendre en considération certains signes particuliers (hémorragies, élimination de débris de tumeurs avec l'urine etc.); pour les secondes l'exploration

bimanuelle est, en outre, de la plus grande importance. Le diagnostic avec les **kystes dermoïdes** et les **kystes à échinocoques**, dont on a observé quelques cas très rares dans le tissu conjonctif qui sépare la vessie du rectum, se base, d'une part, sur la consistance de la tumeur, et, d'autre part, sur le résultat de la ponction exploratrice.

Le pronostic de l'hypertrophie de la prostate est défavorable au point de vue de la guérison; toutefois, par un régime convenable, on peut obvier aux conséquences fâcheuses de cette affection, au point de permettre aux malades d'atteindre un âge avancé. Dans d'autres cas, certains états pathologiques dus soit à une rétention chronique de l'urine (catarrhe de la vessie, pyélite etc.), soit à une attaque d'ischurie aiguë, entraînent une terminaison fatale.

Le traitement de l'hypertrophie de la prostate est purement symptomatique, ou bien il est dirigé contre l'affection elle-même; toutefois, jusqu'ici, les tentatives de guérison n'ont guère été couronnées de succès.

Parmi les symptômes décrits, le plus fréquent est la **rétention chronique de l'urine**. Comme cette rétention survient d'habitude très lentement, elle est souvent négligée par le médecin, ce qui constitue un véritable danger pour le malade. Dès que ce trouble fonctionnel aura été constaté par un examen attentif, on devra chercher à obtenir une évacuation régulière et aussi complète que possible de la vessie. Le malade devra uriner spontanément à des intervalles peu éloignés, et on lui fera comprendre les dangers que peut entraîner une rétention volontaire trop longue de l'urine. Si, après chaque miction, il reste une partie de l'urine dans la vessie, il sera nécessaire de pratiquer une ou plusieurs fois par jours, suivant la qualité de ce liquide, l'évacuation complète de la cavité vésicale au moyen d'une sonde, suivant les règles formulées à propos du diagnostic.

Le mieux est d'apprendre au malade à se servir lui-même de la sonde de NÉLATON ou d'une autre sonde tout à fait molle; on pourra donner au bec de l'instrument la courbure de la sonde de MERCIER. Pour l'introduire, le malade se tiendra de préférence debout. Dans les cas difficiles, on facilitera la tâche du patient en introduisant soi-même, pendant longtemps, une sonde d'un aussi fort calibre que possible, ou, au besoin, en laissant cette sonde à demeure un certain temps, toutes les précautions étant minutieusement observées. Il n'est pas à conseiller de permettre aux malades, ou d'une manière générale aux personnes non exercées, l'emploi de sondes rigides, et avant tout de sondes métalliques. Nous en dirons autant des sondes anglaises; alors même que l'on a eu soin de les ramollir préalablement ou de leur donner la forme la plus convenable en les munissant d'un mandrin; en effet, ces instruments, introduits par le malade lui-même ou par des personnes non exercées à leur emploi, peuvent déterminer des fausses routes étendues, ainsi que nous l'avons constaté nous-même plusieurs fois. Les sondes employées doivent être sans défaut, et avant de les introduire on devra chaque fois s'assurer qu'elles

sont suffisamment résistantes et les nettoyer avec le plus grand soin. Le cathétérisme fréquent n'a pas seulement pour effet de préserver le malade des conséquences fâcheuses de la rétention d'urine ; très souvent la pression répétée de la sonde refoule l'obstacle à la périphérie du canal, et il arrive ainsi qu'après un certain nombre de séances de cathétérisme, l'évacuation de la vessie s'opère de nouveau complètement sans l'aide d'instruments.

Lorsque du sang s'accumule dans la vessie, ce qui arrive parfois alors même que la sonde a été introduite avec toutes les précautions requises, on devra éviter, suivant le conseil de H. THOMPSON et SOGIN, toutes les tentatives ayant pour but d'éloigner rapidement le caillot, même celle qui consiste à le désagréger avec une sonde et à en faire sortir les débris par aspiration. On cherchera d'abord à mettre fin à l'hémorragie par les hémostatiques généraux, et encore mieux par les hémostatiques agissant localement, et l'on mettra fin au ténésme à l'aide des substances narcotiques ; puis, dans les cas de rétention absolue, on introduira une sonde avec précaution dans le but de donner issue au contenu liquide de la vessie. Le caillot, au bout de peu de temps, se dissout complètement dans l'urine. On augmentera la sécrétion de ce liquide en faisant prendre au malade de grandes quantités des eaux minérales déjà plusieurs fois mentionnées dans le cours de ce chapitre ; en outre, on lui administrera de fortes doses d'acide salicylique (5 à 6 grammes par jour) pour empêcher la décomposition de l'urine.

Le traitement de l'énurésie et des autres complications qui peuvent survenir du côté des voies urinaires, a été déjà indiqué dans les chapitres précédents. Nous ne ferons que mentionner encore ici **l'urétrite et la prostatite suppurées** dues à l'introduction fréquente de la sonde, surtout si l'on n'a pas eu soin de la nettoyer convenablement, ainsi qu'à l'absence d'irrigation et de lavage de l'urètre par l'urine elle-même, dans les cas où l'on est obligé d'avoir constamment recours au cathétérisme. La suppuration est parfois très abondante, au point qu'elle peut non seulement incommoder le malade, mais encore l'affaiblir considérablement. Pour obvier à cet inconvénient, SOGIN a imaginé une sonde qui permet même à l'urine évacuée artificiellement, d'opérer le lavage des parois de l'urètre. Cette sonde est construite de façon qu'après l'avoir introduite dans la vessie, on puisse enlever le pavillon et toute la partie moyenne de l'instrument ; le bec de la sonde reste seul fixé à une tige qui permet de le retirer une fois l'urine évacuée. Jusqu'ici nous nous sommes servi de sondes de NÉLATON aussi minces que possible, et percées d'un grand nombre d'ouvertures latérales comme les tubes à drainage ; puis, à l'aide de l'entonnoir de HÉGAR, après intercalation d'un de ces tubes en J, dont nous avons déjà donné la description, nous faisons chaque jour des injections avec des solutions désinfectantes faibles. Pendant l'injection, on ferme le tube en caoutchouc évacuateur, et l'on force ainsi le liquide à sortir par les ouvertures latérales

et à s'écouler au dehors entre la sonde et les parois de l'urètre, de façon à opérer le lavage de ces dernières. On pratique chaque fois, en outre, un lavage de la vessie ; les malades apprennent bien vite à faire eux-mêmes toutes les manipulations nécessaires.

La complication la plus fréquente, et qui exige l'intervention la plus prompte et la plus nécessaire du médecin, c'est la **rétention subite de l'urine** ; elle exige l'emploi immédiat de la sonde ; or l'introduction de cette dernière dans la vessie peut, dans certaines circonstances, devenir très difficile ou même impossible. Mais tout médecin doit se faire une règle de ne pas laisser un malade atteint de rétention avant d'avoir réussi à obtenir l'évacuation de l'urine, de même qu'en présence d'une hernie subitement étranglée il n'abandonnera pas le patient tant que la réduction n'aura pas été opérée. Aussi est-il nécessaire que le médecin connaisse bien tous les moyens qui sont à sa disposition, car souvent, dans un cas donné, si l'une ou l'autre méthode de traitement échoue, il se verra obligé de recourir aussitôt à un autre mode d'intervention. On cherchera d'abord à pratiquer le cathétérisme avec toutes les précautions indiquées à propos du diagnostic, et l'on essaiera d'abord dans ce but des sondes très molles, de préférence celles de NÉLATON, et ce n'est qu'après ce premier essai de cathétérisme que l'on aura recours, au besoin, aux sondes plus dures ou métalliques. Si, après quelques tentatives, on ne réussit pas à introduire la sonde et si le malade est très agité, ainsi qu'il arrive habituellement dans ces cas, on le soumettra à l'action du chloroforme. L'anesthésie ainsi obtenue suffit déjà, dans quelques rares cas, à mettre fin à la rétention d'urine ; mais surtout on peut alors, grâce au relâchement des muscles, pénétrer commodément avec le doigt dans le rectum, se faire une idée exacte de la position des parties et guider sûrement une grosse sonde métallique jusque dans la vessie. L'anesthésiation par le chloroforme est encore plus nécessaire lorsqu'on a déjà fait plusieurs essais de cathétérisme, et que des **fausses routes** en ont été la conséquence ; ces dernières peuvent siéger immédiatement en arrière de la portion membraneuse ou plus près de la vessie et arriver derrière la prostate ou dans la substance même de cet organe. Tous les instruments introduits dans l'urètre ont alors une tendance à s'engager dans ces fausses routes.

Parmi les moyens à employer pour éviter les fausses routes dans les cas de cathétérisme difficile, nous avons à mentionner tout d'abord le procédé de HEY (fig. 129, 3), qui consiste à donner à une sonde élastique, à l'aide d'un mandrin, la courbure particulière de la sonde de MERCIER, et à l'introduire ainsi jusqu'au niveau de l'obstacle ou de la fausse route. Puis, d'une main, on retire le mandrin sur une longueur d'environ 4 centimètres, ce qui a pour effet d'augmenter considérablement la courbure du bec de l'instrument, tandis que, de l'autre main, on fait pénétrer avec précaution la sonde plus profondément. Un autre moyen conseillé par PATTERSON, consiste à injecter de l'eau dans la