médecin dans tous les cas où il éprouve quelques difficultés à trouver les deux bouts. On a toujours le temps de faire plus tard une opération plus complète.

Pour nous résumer, dans les cas de rupture grave, l'*incision du périnée est de rigueur*. Le cathétérisme vient en seconde ligne et ne doit être pratiqué qu'après l'incision.

Les ruptures de la *région profonde de l'urèthre avec fractures* du bassin aussi bien que les ruptures de la *région pénienne*, quand elles sont graves, c'est-à-dire accompagnées de rétention et de tumeur, nécessitent presque toujours la *cystostomie* pour des raisons différentes.

En effet, souvent dans les ruptures de la région profonde de l'urèthre, on ne trouve pas le bout postérieur, et dans celles de la région pénienne, la cystostomie n'est pas inférieure à l'uréthrotomie externe.

Cependant, dans les ruptures de la région profonde, il est absolument indispensable de faire une incision au périnée, s'il existe de l'infiltration.

L'incision sera faite le long du raphé, ou elle sera complétée par une incision transversale ou rectale.

PROSTATE

INFLAMMATION DE LA PROSTATE

La prostatite aiguë reconnaît des causes variées parmi lesquelle on doit toujours penser à la blennorrhagie. Elle parcourt une phase inflammatoire et une phase de suppuration, quand la résolution n'arrive pas au bout de six à huit jours.

Indications thérapeutiques. — 1° Empêcher la suppuration, tel doit être le but du médecin. Pour cela, on peut avoir recours aux émissions sanguines locales (25 à 30 sangsues au niveau du périnée), aux grands bains tièdes et très courts, et surtout aux lavements d'eau très chaude (55°) poussés lentement, deux fois par jour, dans le rectum, selon la méthode de Reclus ;

2° On combattra la douleur à l'aide du laudanum et des suppositoires calmants ;

3° S'il existe de la rétention d'urine, faire le cathétérisme avec la sonde molle, ou, en cas de difficultés, la *ponction de la vessie*.

Indications opératoires. — Si le pus est formé, ouvrir la collection purulente *par le périnée ;* c'est la méthode de choix, préconisée par Segond.

Pour cela, on pratique une incision prérectale, comme dans la taille de Nélaton, on décolle la paroi antérieure du rectum, et on arrive sur la prostate qu'on ponctionne d'abord avec la sonde cannelée, et dont on ouvre l'abcès avec une pince. Avec le doigt on doit régulariser l'abcès et drainer.

Exceptionnellement, si l'abcès est très saillant dans le rectum, on peut l'ouvrir de ce côté, à l'aide d'un bistouri

enveloppé de gaze iodoformée jusqu'à 2 centimètres de sa pointe, et dont la pointe est coiffée d'une boulette de cire (procédé de Guyon).

Traitement électrique. — Un excellent moyen de calmer la douleur et de modérer l'inflammation est, d'après M. le professeur Doumer, le traitement électrique, qui consiste à porter par le rectum, au niveau de la prostate, les courants de haute fréquence et de haute tension. Les résultats sont si rapides qu'une séance de quatre à cinq minutes suffit pour calmer la douleur, et que la guérison est obtenue en quelques applications. Le moyen est inoffensif et mérite d'être vulgarisé.

HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

Un homme qui, au-dessus de soixante ans, présente des troubles de la miction, doit être soupçonné d'hypertrophie de la prostate. La fréquence des mictions, la pollakiurie, la difficulté d'uriner, suivies plus tard d'une rétention aiguë ou chronique, ou d'une incontinence, tels sont les symptômes principaux que présentent les prostatiques.

D'ailleurs, on aura à soigner un prostatique à la première, à la seconde ou à la troisième période de la maladie.

A. — A la **première période**, on notera la fréquence et les difficultés des mictions, l'abondance de l'urine ; en pratiquant le toucher rectal, on trouvera l'hypertrophie de la prostate. Si la vessie se vide complètement, gardez-vous bien de cathétériser le malade, et contentez-vous de donner les conseils hygiéniques suivants :

Le malade évitera les aliments trop épicés, les salaisons, les viandes faisandées, les asperges, les truffes, etc., l'alcool, la bière, le café. Il fera un repas léger, surtout le soir, et évitera de boire beaucoup.

L'exercice est utile, sans fatigue. Ne pas rester trop longtemps assis ou couché, éviter les voyages en voiture, en chemin de fer, l'équitation.

Éviter surtout les refroidissements, cause fréquente de rétention, de cystite, de néphrite. Porter de la flanelle. Uriner régulièrement quatre à six fois dans les vingt-quatre heures.

Régulariser les garde-robes à l'aide de la rhubarbe, de la magnésie, de la podophylle, de la cascara, etc.

Les grands lavements chauds (45 à 50°), pris le soir et le matin, décongestionnent la prostate.

Éviter les excitations génésiques.

Faire des frictions, du massage, prendre des grands bains de courte durée.

Contre les envies fréquentes d'uriner, on peut donner la belladone, le jusquiame, la valériane, l'antipyrine, rarement l'opium.

B. — Le malade est arrivé à la **seconde période** ; à la suite d'un repas copieux ou d'un excès alcoolique, il est pris brusquement d'une *rétention aiguë*. Il ne peut plus pisser, il est angoissé, il souffre. Le globe vésical est développé. Que faut-il faire ? Ne faites pas tout de suite le cathétérisme. Soumettez le malade au repos, donnez-lui des boissons émollientes chaudes ; prescrivez surtout un grand bain, un lavement au laudanum, un grand cataplasme. Ces moyens peuvent réussir. S'ils échouent, arrivez au cathétérisme.

Arrivez immédiatement au cathétérisme, si la *rétention*, au lieu de s'établir brusquement, s'établit lentement (rétention chronique). La rétention chronique, qu'elle soit complète ou incomplète, c'est-à-dire avec fréquence de la miction, polyurie, troubles digestifs, le tout accompagné d'un résidu dans la vessie après chaque miction, demande à être traité par le cathétérisme.

Cathétérisme. — Pour pratiquer le cathétérisme chez les prostatiques, munissez-vous de sondes en caoutchouc (Nélaton), de sondes en gomme *cylindriques longues* et de sondes *à béquille*.

Enfin le mandrin de Guyon et les sondes métalliques peuvent rendre des services.

Lorsqu'on connaît bien les ressources du cathétérisme, lorsqu'on emploie successivement la sonde molle, une béquille bien choisie, la manœuvre du mandrin et enfin une sonde en métal, le cathétérisme est presque toujours possible chez les prostatiques, même s'il existe une fausse route.

Albarran dit qu'à l'hôpital Necker, depuis douze ans, il n'a jamais fait ni vu faire une ponction pour vider la vessie d'un prostatique ; toujours le cathétérisme a suffi.

Voici comment il faut procéder :

Prenez les précautions habituelles : lavez le gland, le prépuce et explorez la vessie avec la bougie exploratrice n° 18 ou 20. Si la bougie passe, la sonde en caoutchouc a des chances de passer. Si la bougie chemine avec peine dans un canal dur, prenez une sonde à béquille.

Prenez donc la sonde de Nélaton n° 16 ou 18, véritable « passe-partout », inoffensive. Elle s'insinue facilement, tourne les obstacles et passe très souvent.

Cette sonde doit être aseptique, bien huilée. Elle doit être conduite lentement, avec prudence, et tenue près du méat.

Si vous échouez : ayez recours à la *sonde à béquille*. Prenez le n° 18 ou 20, pas plus volumineuse pour éviter une évacuation trop rapide. Le bec doit suivre la *paroi supérieure* du canal, la seule qui n'est pas déformée. Lorsque vous êtes arrivé dans la région prostatique, faites subir au pavillon un mouvement d'abaissement, avec lenteur et précaution.

La béquille a échoué. *Faites la manœuvre du mandrin.*

Le mandrin est une tige métallique résistante, coudée à angle obtus à une de ses extrémités, et munie, à l'autre, d'une pièce conique à ailerons perforés et jouant sur la tige, où elle peut être fixée par une vis à pression.

On introduit le mandrin dans la sonde à béquille jusqu'au premier œil de la sonde. Une portion de la sonde est ainsi dépourvue du mandrin. Si vous retirez le mandrin en même temps que vous poussez la sonde en avant, l'extrémité de la sonde dépourvue du mandrin se relèvera, et elle se relèvera d'autant plus que vous retirez le mandrin. Mais, comme elle progresse en avant, elle se relève en progressant. C'est là tout le secret de la réussite. En se relevant, au fur et à mesure qu'elle avance, la sonde suivra la paroi supérieure du canal et évitera les obstacles. Elle aura, en un mot, une courbure d'autant plus prononcée qu'elle est poussée plus en avant.

Pour le cas particulier, conduisez donc la sonde munie de son mandrin jusqu'au-delà de la portion membraneuse. A partir de ce moment, exécutez la manœuvre suivante : de la main gauche saisissez la sonde ; de la main droite, saisissez le mandrin. Pendant que la main gauche pousse la sonde en avant, la main droite retire d'abord faiblement et ensuite avec rapidité le mandrin.

Si vous ne réussissez pas, retirez tout ; donnez une autre longueur à la portion libre de la sonde et recommencez la manœuvre.

Les sondes métalliques de Gély, à grande courbure (correspondant à 12 centimètres de diamètre), sont la dernière ressource. Avec ces sondes, il faut exécuter le cathétérisme selon les principes du cathétérisme avec des instruments rigides.

La sonde, par un procédé ou par un autre, a pu pénétrer dans la vessie. L'évacuation de l'urine doit être faite *lentement*, *graduellement*, et d'une *façon absolument aseptique*, pour éviter les hémorrhagies *ex-vacuo* et les accidents infectieux du côté de la vessie et du rein, accidents auxquels les prostatiques sont si sujets.

Abstenez-vous donc de presser sur l'hypogastre pour vider plus vite la vessie, prenez une sonde de 16, 18, de manière à assurer un écoulement lent, et, par dessus tout, *ne cherchez pas à vider la vessie complètement.*

Quand vous avez retiré une certaine quantité d'urine, remplacez-la par une quantité moindre de solution boriquée et videz la vessie par des cathétérismes successifs répétés cinq ou six fois dans les vingt-quatre heures. Il faut user d'autant

plus de précautions dans l'évacuation de l'urine que la vessie a été plus longtemps distendue. Parfois il faut mettre trois à six jours pour vider complètement la vessie par des cathétérismes répétés.

Dans certains cas déterminés, il faut *laisser la sonde à demeure*. La sonde à demeure est indiquée :

1° Quand il vous a fallu beaucoup de peine pour introduire la sonde ;

2° Quand on se trouve dans l'obligation de renouveler trop souvent le cathétérisme ;

3° Quand on ne peut soi-même faire les cathétérismes et qu'on n'est pas sûr de l'asepsie des personnes auxquelles on confie la sonde ;

4° Dans les cas d'hématurie ;

5° Dans les cas de fausses routes ;

6° Enfin, quand il existe des accidents infectieux.

La sonde à demeure est contre-indiquée dans les rétentions chroniques avec distension, car alors l'infection est facile.

Quand on place une sonde à demeure, c'est toujours une sonde en gomme ou en caoutchouc. Il faut s'assurer qu'elle fonctionne bien et qu'elle laisse écouler le liquide goutte à goutte. Il faut la fermer avec un fausset, et il ne faut vider la vessie que partiellement.

Pour fixer la sonde à demeure, on a recours à une muselière en caoutchouc ou, plus simplement, à un fil qu'on noue autour de la verge sur un morceau de diachylom.

Supposons que le cathétérisme est absolument impossible ou qu'il provoque des douleurs et des hémorrhagies. En attendant, il faut vider la vessie. L'indication est surtout urgente dans les *rétentions aiguës*.

Dans ces cas, faites la ponction de la vessie avec un appareil aspirateur et employez l'aiguille n° 2. La ponction faite au niveau de la région sus-pubienne, à 2 centimètres au-dessus de la symphyse sur la ligne médiane et en suivant les règles de l'asepsie, est une opération tellement inoffensive qu'on a pu la répéter plusieurs fois sans aucun danger.

L'évacuation de l'urine doit être aussi *lente*, *progressive* et *antiseptique* que dans le cathétérisme *ordinaire*.

Doit-on faire des lavages de la vessie ?

Oui, quand il existe de la cystite. On remplacera alors l'urine qu'on a évacuée par une certaine quantité d'eau boriquée à 3 0/0, de solution de nitrate d'argent à 1/1,000. Si la vessie se contracte et qu'elle est douloureuse, les instillations au nitrate d'argent sont indiquées. Enfin, si la douleur est extrême, il y a lieu de faire une *cystotomie*.

C. — La **troisième période** de l'hypertrophie prostatique est caractérisée par l'*incontinence*. Le malade pisse par regorgement. Elle est aussi caractérisée par la fièvre et par les troubles digestifs.

Gardez-vous, dans ces cas, de vider la vessie. Examinez le malade : si l'état général est encore assez bon, vous pouvez vous permettre le cathétérisme. Si, au contraire, l'état général est mauvais — ce qui est la règle — attendez. Soumettez le malade au régime lacté et au repos, et ne pratiquez le cathétérisme que si l'état général s'améliore.

En somme, les dangers de l'hypertrophie de la prostate sont de deux ordres : la *rétention* et l'*infection*.

Tant que l'hygiène et le cathétérisme peuvent parer à ces dangers, il ne saurait être question d'autres opérations.

Sitôt que ces moyens deviennent impuissants, il y a lieu de poser l'*indication opératoire*.

Indications opératoires. — Voici ces indications :

1° Cas récents de rétention avec impossibilité de cathétérisme. C'est un cas rare où la ponction vésicale est indiquée ;

2° Un malade qui semble bien portant a une rétention incomplète. Au moindre écart du régime, il est pris de rétention complète ;

3° Le malade n'a pas de rétention aiguë. Mais il se sonde régulièrement, et il s'infecte. Bientôt la *cachexie progressive* par intoxication urinaire fait des progrès ;

4° Le prostatique souffre de la vessie. Il a des épreintes, des faux besoins, des calculs secondaires.

Dans ces cas, voici les opérations à conseiller :
Ponction sus-pubienne ;
Drainage périnéal ;
Cystotomie sus-pubienne ;
Prostatectomie partielle ;
Prostatectomie totale ;
Castration double ;
Résection des canaux différents.

Parmi ces opérations, les unes sont *palliatives*, les autres *radicales*. Mais il est bon d'affirmer que les opérations dites radicales ne peuvent être que des procédés d'exception et que, dans la grande majorité des cas, le cathétérisme raisonné devient le traitement de choix.

Une autre considération qu'il ne faut pas perdre de vue est la suivante : les opérations dites radicales ne peuvent être sérieusement employées que dans les cas où l'infection est nulle ou peu prononcée. Dans ces cas, on tend de plus en plus à faire des *prostatectomies*, c'est-à-dire des ablations toujours plus ou moins incomplètes de la prostate par la voie périnéale et sus-pubienne, et on délaisse plutôt la *castration* et la *section des canaux déférents*.

Bien plus pratiques nous paraissent les opérations palliatives : la *ponction de la vessie* et la *cystostomie*, préconisée et régularisée par Poncet.

Cette dernière, malgré tous ses inconvénients, est presque exempte de dangers et donne un drainage qui peut sauver la vie. Dans d'autres cas, c'est par la cystostomie qu'on calme les affreuses douleurs de la cystite.

Sans vouloir préconiser la cystostomie dans presque tous les cas, je pense qu'elle trouvera souvent son application, comme opération d'attente ou comme opération définitive.

La cystostomie sus-pubienne de Poncet ne diffère de la taille hypogastrique que par la longueur de l'incision et la suture de la paroi vésicale à la peau, ainsi que par la suture de la muqueuse vésicale à la partie inférieure de la plaie.

On peut établir une fistule plus simplement en employant un simple drain-siphon, qu'on remplace ultérieurement par une sonde molle laissée à demeure dans la vessie.

MALADIES DU PÉNIS

PHIMOSIS

C'est l'étroitesse anormale du prépuce qui ne lui permet pas d'être ramené en arrière du gland. — Que le phimosis soit *congénital* ou *acquis*, il peut être cause de nombreuses incommodités dans la miction et dans les fonctions de la reproduction. La *stagnation de l'urine*, les *calculs préputiaux*, les *balanos-posthites* et leurs suites, les *adhérences préputiales*, sont les accidents les plus fréquents. Ajoutons que l'*incontinence* d'urine et la *masturbation* sont assez souvent signalées chez les enfants. Chez l'adulte, le phimosis est la cause prédisposante de toutes les contaminations. On a accusé le phimosis d'autres méfaits plus inexplicables. J'ai vu une parésie des membres inférieurs céder à la circoncision, etc.

Dès que le phimosis devient gênant pour une raison ou pour une autre, il faut le traiter. Même si le phimosis est silencieux, il n'est pas mauvais de le traiter, quand on en a l'occasion. Par exemple, quand j'endors un enfant pour une cure radicale de hernie, je ne manque pas de pratiquer, séance tenante, la dilatation du prépuce, s'il existe du phimosis.

Trois opérations ont été proposées :
1° La dilatation ;
2° La section dorsale ;
3° La circoncision.

La dilatation est un procédé facile, qu'on abandonne un peu à tort, car il réussit souvent.

Pour la pratiquer, il suffit d'une pince hémostatique qu'on introduit dans l'orifice du prépuce, et qu'on ouvre peu à peu, par saccades, de manière à dilater le prépuce, comme on dilate des gants, sans le déchirer. Il faut procéder douce-

ment et lentement dans cette petite manœuvre. Quand on a dilaté dans le sens transversal, il faut faire la même manœuvre dans le sens antéro-postérieur. Après cela, il faut ramener le prépuce en arrière du gland, détruire les adhérences préputiales et, après avoir irrigué le gland et le prépuce avec de l'eau boriquée, enduire le gland de vaseline, et le recouvrir par le prépuce.

Les jours suivants, on aura soin de ramener de temps en temps le prépuce derrière le gland, et de maintenir le résultat acquis.

La **section dorsale** du prépuce est l'opération de choix dans les phimosis acquis inflammatoires, quand il s'agit de découvrir le gland et le sillon balano-préputial; dans ces cas, où souvent le chancre est derrière, il serait imprudent et inutile d'entreprendre une circoncision en règle, et la simple section du prépuce doit suffire.

La difformité qui en résulte s'améliore souvent dans la suite. Une opération complémentaire pourrait, au besoin, la corriger.

La **circoncision** est l'opération de choix dans les phimosis prononcés avec excès de peau, et troubles du côté de la miction. Elle est indispensable quand l'extrémité du prépuce est enflammée, comme il arrive souvent chez l'enfant.

Pour pratiquer cette petite opération, on ne s'embarrassera d'aucun instrument spécial. Une paire de bons ciseaux, une aiguille et du fil de catgut, une sonde cannelée et deux pinces hémostatiques sont les instruments indispensables.

Voici comment je procède : Le prépuce est saisi par deux pinces hémostatiques et attiré en avant par un aide. L'index et le pouce de la main gauche limitent l'extrémité du gland et le protègent; au-dessus de ces doigts, les ciseaux coupent d'un seul coup le prépuce. En général, ce coup de ciseaux n'a enlevé que la peau. La muqueuse reste et figure souvent la forme du phimosis.

Dans ces cas, il existe souvent des adhérences. Agrandissez un peu l'ouverture de la muqueuse et décollez-la d'avec le

gland. Le décollement se fait avec l'ongle ou avec la sonde

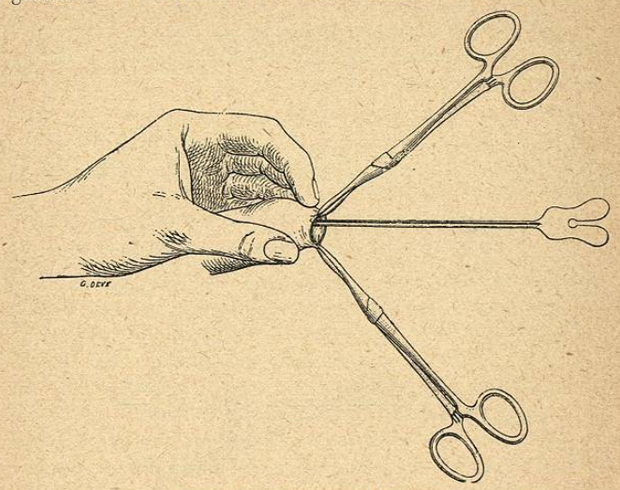

Fig. 100. — Opération du phimosis.

cannelée. Presque jamais, chez l'enfant, ce décollement ne

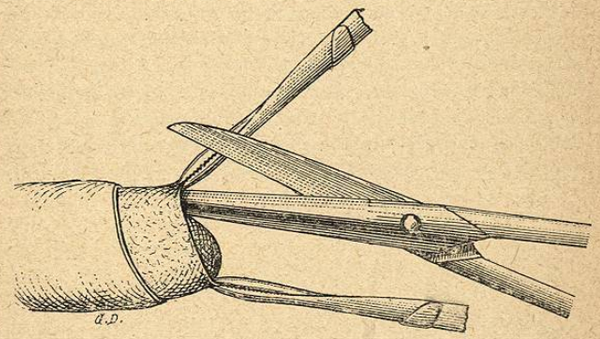

Fig. 101. — Section de la muqueuse.

donne lieu à une goutte de sang; mais il met à découvert le

gland, parsemé d'une grande quantité de matière sébacée en grumeaux, qu'il faut enlever par le lavage.

Il reste alors à couper la muqueuse au ras de la peau, soit par un coup de ciseau analogue, circulairement, soit après l'avoir fendue sur la face dorsale.

Du côté du pénis il faut prendre des précautions. Ne touchez pas au frein, s'il n'est pas trop court. Sinon mobilisez-le par son extrémité, et, s'il survient une petite hémorrhagie (artère frénique), arrêtez-la par une suture au fin catgut.

Le rapprochement de la peau et de la muqueuse se fera à l'aide d'un surjet de catgut fin, pour ne pas avoir à enlever

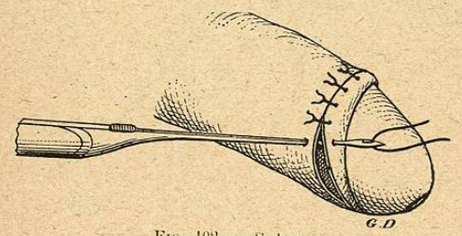

Fig. 102. — Suture.

les sutures. Le surjet sera fait en deux fois, de manière à ne pas rétrécir l'orifice par une suture en bourse.

Le pansement sera fait avec un peu de gaze iodoformée.

Il faut toujours donner le chloroforme, quand il s'agit d'un enfant. Peut-être pourrait-on remplacer le chloroforme par un anesthésique général de moindre importance, tel le bromure ou le chlorure d'éthyle. Mais je déconseille absolument les injections de cocaïne qui, au niveau du prépuce, ont pour effet de produire de l'œdème.

PARAPHIMOSIS

Le *paraphimosis* est un accident du phimosis. C'est l'étranglement du gland à travers l'orifice préputial trop étroit. Il existe alors une bride d'étranglement, qui disparaît par ulcération ou par gangrène.

Le *paraphimosis* doit être réduit le plus tôt possible.

La réduction doit être essayée, même dans les cas relativement anciens, datant de quarante-huit heures, trois jours, etc. Voici comment il faut procéder : De la main gauche on saisit la verge, de la main droite on enveloppe le gland à travers une compresse. Lentement on exerce sur le gland une pression douce, mais continue, une malaxation qui a pour effet de réduire son volume. Il faut pratiquer avec conviction cette malaxation, et attendre deux, trois, cinq minutes, avant d'achever la réduction par un mouvement d'ensemble de la main droite, qui repousse le gland, et de la main gauche, qui ramène le prépuce. Le chloroforme n'est pas inutile chez l'enfant.

Le *débridement* peut se faire au bistouri sur la bride, quand la réduction ne s'obtient pas par les moyens susindiqués. Mais, si on échoue la réduction, le mieux est d'attendre sous un pansement aseptique l'élimination du sillon, et la guérison spontanée.

D'ailleurs, là où le débridement a réussi, la réduction aurait tout aussi bien réussi, si on avait insisté.