

C'est dans le traitement préventif de la rétention, c'est-à-dire pendant la première période du prostatisme, que les agents que nous venons d'énumérer pourraient trouver leur place. Vous y ajouterez l'iodure de sodium, particulièrement indiqué chez ces sujets si habituellement athéromateux, mais l'observation vous démontrera que le régime et l'hygiène sont les agents les plus nécessaires du traitement préventif.

Il semble banal de répéter que les prostatiques ne doivent pas prendre d'eau-de-vie, de café, de liqueurs, de bière, de fortes épices, et cependant il est indispensable de leur fournir des règles pour leur alimentation. L'alimentation de ces malades doit certainement être réparatrice; il s'agit souvent de vieillards, le vin leur est nécessaire. Mais, si elle doit être réparatrice, leur alimentation ne doit pas être excitante. C'est à ce titre que le régime régulièrement uniforme que comporte la vie chez soi doit, sauf de bien rares exceptions, être conseillé à ces malades. Ils ont, avant tout, à redouter ce que l'on appelle les grands dîners, où la prolongation du repas et la qualité des mets constituent un double et dangereux écueil.

L'exercice, et surtout l'exercice à pied, est salutaire, mais les courses prolongées et les fatigues doivent être évitées.

Il en est de même des refroidissements et, en particulier, du refroidissement des pieds. La peau doit être journellement soumise à des frictions sèches ou aromatiques, des bains tièdes de courte durée, additionnés de sous-carbonate de soude ou de sel marin régulièrement pris chaque semaine avec toutes les précautions voulues.

Ces préceptes visent seulement l'hygiène générale. L'hygiène locale doit tout aussi bien être formulée. Cette hygiène a pour but principal de se préoccuper du fonctionnement de la vessie, mais elle doit encore étendre sa protection préservatrice aux fonctions des organes contenus dans le bassin.

Nous avons déjà dit, et nous répétons volontiers, que les prostatiques doivent obéir à leur vessie. Il faut donc éviter toute occasion qui pourrait supprimer ou restreindre la liberté nécessaire au libre accomplissement de la miction. Il faut surtout ne pas résister aux besoins d'uriner nocturnes, et bravement interrompre le sommeil lorsqu'ils font sentir leurs sollicitations. La meilleure position pour uriner sera celle qui

exigera le moins d'efforts. Et comme les positions debout, à genoux, ou accroupie, sont souvent les meilleures, le prostatique devra prendre ses précautions de telle sorte qu'il puisse, sans se refroidir, quitter au besoin le lit pour satisfaire à l'envie d'uriner. Il est même des sujets qui se trouvent bien de couper pour ainsi dire la nuit en deux parties, en demeurant debout ou assis, voire même en se promenant pendant quelques instants au milieu de la nuit. L'influence congestive du décubitus et du sommeil est ainsi atténuée.

C'est, en effet, en exagérant l'influence congestive que le retard apporté à la satisfaction du besoin d'uriner agit fâcheusement sur la miction. Et c'est à prévoir et à empêcher toute influence congestive que doit être appliquée aussi bien l'hygiène générale que l'hygiène locale.

C'est à ce titre qu'il convient de faire entrer dans l'hygiène locale toutes les prescriptions qui assurent le libre fonctionnement de la partie inférieure de l'intestin. Les lavements, et en particulier les lavements froids, sont d'un effet fort utile. L'évacuation régulière de l'intestin et la stimulation de la muqueuse favorisent largement la circulation pelvienne, qu'il faut à tout prix assurer.

Nous ne voulons d'ailleurs pas insister davantage sur les détails, mais nous ne saurions trop appeler l'attention sur l'importance des principes que nous venons d'exposer. Ils doivent vous diriger pour établir la formule du traitement consécutif et préventif des rétentions d'urine, chez les prostatiques.

Il ne nous reste plus, Messieurs, avant d'aborder l'étude des rétentions incomplètes, qu'à vous parler des ressources auxquelles vous devrez avoir recours, lorsque le cathétérisme est impossible, et à vous dire quelques mots de tentatives chirurgicales qui ont pour but la suppression de l'obstacle prostatique.

Il peut se faire que, malgré toute votre habileté et toute votre habitude, que malgré les tentatives les plus variées et les mieux dirigées, les plus méthodiques et les plus rationnelles, vous ne puissiez conduire le cathétérisme à bonne fin, soit parce qu'il existe des fausses routes antérieures où le bec de votre instrument s'engage quand même, soit pour tout autre motif. Bien

que de tels cas puissent être considérés comme tout à fait exceptionnels (c'est à peine s'il s'en présente dans notre service des voies urinaires), il convient de savoir quelle conduite suivre dans ces très graves circonstances.

Ne multipliez pas trop les manœuvres instrumentales quand une fois vous avez reconnu l'impuissance des moyens que nous avons déjà indiqués et que nous étudierons avec détail, en parlant du cathétérisme. Un quart d'heure, vingt minutes, une demi-heure de tâtonnements sont une limite extrême que vous ne devez pas dépasser sous peine d'endommager grièvement l'urèthre et la prostate.

En pareille occurrence, renoncez de bonne heure au cathétérisme pour recourir à la ponction. Nous parlons, bien entendu, de la ponction sus-pubienne et d'elle seule, car, malgré certaines tentatives faites pour remettre en honneur les ponctions périnéale et surtout rectale, ces voies sont et resteront toujours dangereuses et inutiles.

Deux instruments sont à votre disposition pour pratiquer l'évacuation artificielle : le trocart courbe, dont la canule sera laissée à demeure, et l'aiguille fine montée sur l'appareil aspirateur.

Nous ne voulons pas vous détourner complètement de l'usage de la première de ces méthodes ; elle pourra peut-être, un jour donné, vous être utile. Nous devons vous faire remarquer toutefois, que les résultats fournis par la canule sus-pubienne à demeure sont très peu favorables, surtout dans les cas qui nous occupent en ce moment. Il faut donc vous mettre en garde contre cet ancien moyen classique. Vous trouverez de très bonnes recherches à ce sujet dans la thèse de M. le docteur Pouliot de Poitiers. Les résultats obtenus par notre distingué confrère montrent bien la gravité particulière de la ponction sus-pubienne avec canule à demeure chez les prostatiques¹. Ils datent, il est vrai, d'une période antérieure à l'antisepsie.

¹ POULIOT, *De la ponction vésicale hypogastrique*, Paris, 1868. — Sur 22 cas de ponction sus-pubienne pour affection de la prostate ou du col vésical, il y a 13 guérisons et 9 morts. De ces neuf morts, 8 sont dues à la ponction même, savoir : 6 par infiltration de l'urine le long de la canule, 1 par péritonite, 1 par infection purulente. Dans le dernier cas, il y eut abcès urinaire ; mais la mort paraît être due plus spécialement à l'état général déjà mauvais.

A ces résultats peu rassurants nous pouvons opposer la statistique fournie

Pour notre part, nous n'y avons jamais eu recours et nous nous sommes exclusivement servi de la ponction capillaire dans les cas, d'ailleurs fort rares, où nous n'avons pu suivre la voie uréthrale. La première observation recueillie dans notre service est consignée dans l'intéressante thèse du docteur Wattelet, un de nos anciens élèves¹. Un de nos internes les plus distingués, M. le docteur L. Henriet, a publié, en 1876, un fait non moins important également observé dans nos salles². La ponction capillaire fut exclusivement employée, du 14 au 21 juillet, pour évacuer la vessie ; il fallut y recourir encore quelque temps après, le 25 août. Une seule ponction suffit cette fois, et le lendemain le cathétérisme devenait possible. Le malade guérit et ne souffrit pas un instant des suites de ces ponctions.

Un malade de notre service a cependant succombé sous l'influence de la ponction capillaire. Mais la mort survint à la suite de la rupture tout accidentelle de la canule, qui se perdit dans la vessie. Le malade était fort gras et, pour traverser toute l'épaisseur de la paroi abdominale, l'élève qui pratiqua la ponction avait dû enfoncer la canule jusqu'à son armature et exercer une pression pour la maintenir dans la vessie. Chez les sujets qui ont une surcharge graisseuse de la paroi abdominale, il faudrait donc se munir d'une canule exceptionnellement longue.

La ponction capillaire répétée pendant vingt et un jours, par M. le docteur Bergonier, de Rambouillet, a permis à ce très distingué confrère de sauver un malade, chez lequel toutes

par M. Dieulafoy (*Traité de l'aspiration*, 1873). Sur 12 prostatiques ayant été soumis à la ponction capillaire, aucun n'a succombé, ni même présenté le plus petit accident. Parmi ces malades, il en est plusieurs qui n'ont subi qu'une ponction ; mais il en est quatre chez lesquels la ponction a été répétée jusqu'à onze et quatorze fois. — Depuis cette époque, un assez grand nombre de faits analogues ont été publiés en France et à l'étranger.

¹ WATTELET, *Ponction de la vessie par aspiration*, Paris, 1871. — Il s'agissait d'un malade atteint tout à la fois d'hypertrophie prostatique et de rétrécissements multiples. La rétention était complète, et le cathétérisme impossible par le fait de fausses routes. La ponction capillaire fut pratiquée vingt-trois fois en huit jours ; après quoi la miction se rétablit. La mort étant survenue quelques jours plus tard, par cachexie urinaire, nous pûmes constater l'intégrité parfaite des parties qu'avait traversées l'aiguille.

² LÉON HENRIET, *Étude sur l'emploi des sondes à demeure dans les rétentions d'urine* (*Tribune médicale*, 1876).

nos tentatives de cathétérisme avaient complètement échoué¹.

L'innocuité de la ponction capillaire, la possibilité de la répéter plusieurs fois dans les vingt-quatre heures et plusieurs jours de suite, la très grande facilité de l'opération sont autant de raisons qui nous l'ont fait préférer et qui nous invitent à vous la recommander vivement.

Son indication est d'autant mieux posée que le chirurgien ne doit jamais renoncer à retrouver prochainement la voie uréthrale, qu'il n'a pu tout d'abord parcourir. Cette voie, quelquefois impossible à suivre à une première épreuve, est ensuite parcourue avec la plus surprenante facilité.

Il est donc extrêmement utile d'avoir à sa disposition un moyen qui permet d'attendre le moment favorable, qui peut être appliqué sans difficulté et sans danger, qui rassure assez le praticien pour l'engager à ne pas pousser ses tentatives de cathétérisme assez loin pour risquer de produire dans l'urèthre de sérieuses lésions.

J'ai été à différentes reprises appelé par des confrères exerçant loin de Paris, qui, ne pouvant pas sonder leurs malades, avaient très sagement renoncé à des manœuvres difficiles pour pratiquer la ponction capillaire pendant plusieurs jours, sans le moindre accident. Rien n'est, en effet, plus facile que de les éviter. Ils ne peuvent résulter que d'une antiseptie imparfaite ou de l'introduction, dans le trajet parcouru par le trocart, d'une urine microbienne.

L'antiseptie est, en pareil cas, obtenue très aisément et il est non moins simple de s'opposer à la pénétration de l'urine dans les tissus. L'écartement des parties molles produit par l'aiguille ne pourrait lui livrer passage lorsque la vessie se remplit à nouveau que si l'on avait recours à un trop gros numéro; le chirurgien n'est point exposé à en répandre lorsqu'il retire l'aiguille s'il prend soin de la maintenir bien obturée. Aussi ne puis-je hésiter aujourd'hui, comme autre-

¹ Hypertrophie prostatique : fausses routes anciennes et récentes; impossibilité du cathétérisme. Rétention d'urine complète. Du 24 juillet au 15 août 1876, la vessie fut vidée à l'aide de la ponction capillaire. Durant ces vingt et un jours, vingt-huit ponctions furent faites, d'abord à raison de deux, puis d'une seule toutes les vingt-quatre heures. Aucun accident ne se montra, et le 15 août la miction spontanée reparut. Le malade n'urine pas très facilement, mais il a pu, depuis les accidents, se dispenser de se soumettre à aucun cathétérisme.

fois, à vous engager à pratiquer la ponction capillaire avec aspiration, toutes les fois que des tentatives méthodiques et régulières de cathétérisme vous ont démontré que vous avez à vaincre de très sérieuses difficultés. L'on ne saurait mettre en parallèle les lésions si graves, que peuvent déterminer des essais trop prolongés de cathétérisme et l'emploi aventureux de manœuvres irrégulières, avec le petit et insignifiant traumatisme d'une : *fine aiguille aspiratrice*.

Excellent et très précieux moyen d'évacuation, l'opération du professeur Dieulafoy a donc, à juste titre, pris dans la pratique un rang que justifient ses grands services; elle ne doit pas le perdre. Elle peut, cependant, ne pas suffire à toutes les indications. Les évacuations qu'elle permet ne peuvent être assez répétées, les nettoyages que l'on tente suffisamment faits, pour que l'emploi puisse en être prolongé, lorsqu'il y a des accidents dus à l'infection. J'ai trop insisté sur l'urgente nécessité d'évacuations multiples ou continues en semblable occurrence, leur utilité est trop bien démontrée pour que je ne vous mette point en garde.

Vous vous trouverez, il est vrai, fort rarement en pareille situation. Les grandes difficultés du cathétérisme ne se rencontrent guère que lors des tentatives que nécessite une première rétention. Dans la très grande majorité des cas, la vessie est alors exempte d'infection et, si vous la ponctionnez, il vous est très facile de ne la point contaminer. Mais si l'infection existe, que le cathétérisme reste impossible et que des accidents éclatent, d'autres moyens sont nécessaires.

La ponction sus-pubienne avec un gros trocart suivi de canule ou de sonde à demeure pourrait être utilisée. Elle a donné des succès, et c'est aller trop loin que de la rejeter; il est des conditions de pratique où elle peut s'imposer.

Cependant les progrès réalisés depuis la renaissance de la taille hypogastrique permettent d'arriver avec tant de facilité sur la face antérieure de la vessie qu'ils doivent sans conteste, faire accorder la préférence à la cystostomie. Employée dans ces conditions, l'ouverture de la vessie au-dessus du pubis a permis à plusieurs chirurgiens de dénouer favorablement une situation grave, et l'on sait combien M. le professeur Poncet, de Lyon, l'emploie et la préconise.

L'accès de la cavité infectée est large et direct; il est facile de faire des lavages et d'établir un drainage très effectif. L'on a pu craindre qu'une ouverture située sur la face antérieure de la vessie, qui, dans le décubitus, est en réalité sa face supérieure, fût mal disposée pour assurer son évacuation continue et totale. Il n'en est rien. La pratique de la taille hypogastrique m'a dès longtemps démontré que l'on obtient un drainage permanent et complet. La bouche sus-pubienne remplit donc toutes les conditions que réclame la désinfection de la vessie. Si l'on se place à ce point de vue, qui est en réalité le principal dans les cas que nous étudions, il ne paraît pas douteux qu'elle ne doive être préférée à la fistulisation périnéale. Les avantages que cette dernière opération présente, par le fait des modifications qu'elle peut apporter à l'obstacle prostatique, lui créent des indications particulières; nous aurons à y revenir. Mais elle ne peut se bien faire que sur conducteur. Si l'instrument pénètre dans la vessie, la question serait, à mon avis, jugée en faveur du cathétérisme; s'il s'engage seulement dans la prostate, l'opération serait tout au moins pénible. L'arrivée dans la vessie au-dessus du pubis est, au contraire, toujours simple; ses effets, nous venons de le voir, parfaitement appropriés à la situation.

Il est donc légitime de considérer que l'application de la cystostomie au traitement de certaines rétentions d'urine réalise un progrès. Dans deux cas observés dans mon service, alors que la taille hypogastrique était encore délaissée en 1879 et en 1883, elle eût été de mise¹. Dans l'un et l'autre, des ponctions capillaires répétées ne purent s'opposer à l'évolution d'accidents infectieux; le cathétérisme resta impossible, et la mort survint. Le drainage de la vessie l'eût peut-être prévenue. L'indication d'y recourir lorsque l'insuffisance des ponctions capillaires est démontrée ne souffre pas d'objection. La discussion ne peut porter que sur les moyens de réaliser ce drainage nécessaire.

Nous avons à notre disposition : la ponction sus-pubienne avec un gros trocart et canule ou sonde permanentes; la cys-

¹ E. VIGNARD, *Des opérations palliatives chez les prostatiques* (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1890, p. 649, obs. A et B).

tostomie pratiquée au-dessus du pubis; la fistulisation périnéale; la sonde à demeure introduite par les voies naturelles. La cystostomie mérite d'être préférée à la ponction sus-pubienne faite avec le gros trocart et à la fistulisation périnéale; mais les faits de chaque jour démontrent à tout instant que la sonde à demeure permet alors, dans les cas les plus graves, d'obtenir de prompts et excellents résultats. Ce n'est donc, à mon avis, que lorsque son introduction est impossible que l'ouverture de la vessie doit être pratiquée; l'indication est alors formelle. Disposé à y obéir j'ai plus d'une fois songé en présence de cas difficiles ou complexes à recourir à la bouche sus-pubienne, mais toujours la réussite du cathétérisme et ses bons effets m'ont empêché, sauf dans un seul cas terminé par la mort en raison de la gravité de la situation, d'en faire usage.

La clinique de Necker est cependant, vous le savez, le rendez-vous des cas où le cathétérisme est rendu difficile soit par l'obstacle que leur oppose la prostate, soit par les fausses routes qui ont été infligées aux malades que l'on nous apporte du dehors. Nous ne nous faisons pourtant pas un chemin avec le bistouri, et nous ne recourons même pas à la ponction capillaire. Depuis 1889, toutes les interventions petites ou grandes sont inscrites, par les soins de notre personnel, sur un registre spécial, et je vous donne chaque année nos statistiques. Vous n'y verrez aucun cas où la ponction ait été nécessaire pour un prostatique. Interrogez nos plus anciens élèves: ils vous diront que depuis bien des années ils n'ont pas vu y recourir. Ce n'est pas le résultat d'une habileté personnelle. Les cathétérismes sont faits, la plupart du temps, par mes élèves; nouveaux et anciens y réussissent. Cela tient, avant tout, à ce que, les ressources du cathétérisme m'étant bien connues, j'ai pu les mieux enseigner et les mettre avec plus de précision à la disposition de ceux qui me secondent. Chacun peut les apprendre et j'aurai soin de les étudier dans tous leurs détails au cours de ces leçons.

Je le ferai avec d'autant plus de soin, que je crois exactement vous rendre compte des réalités de la pratique, fidèlement interpréter l'enseignement des faits, et parler leur langage en vous disant: que le cathétérisme suffit à toutes les nécessités du traitement de la rétention d'urine des prostatiques

dans l'immense majorité des cas. Il assure, en effet, l'évacuation totale, permet l'évacuation répétée et réalise, quand il est nécessaire, le drainage antiseptique de la vessie. Il donne encore d'autres résultats sur lesquels il ne sera pas inutile d'insister, avant de vous parler des interventions qu'il nous reste à signaler.

La sonde à demeure rend en effet de grands services lorsque le cathétérisme est difficile. Que ces difficultés soient primitives ou secondaires, le séjour de la sonde modifie de telle sorte la région prostatique qu'elle refait la voie. Le défilé où s'accumulaient les obstacles livre un libre passage aux instruments qui n'y cheminaient qu'avec peine, leur pénétration devient aisée et simple. L'emploi méthodique et suffisamment prolongé de la sonde à demeure a donc d'autres indications que le drainage. Elle résout des difficultés que l'on serait obligé de trancher tout autrement si l'on n'y recourait consciencieusement. Comme tout autre moyen, elle ne peut cependant réussir dans tous les cas, mais il m'est permis d'affirmer qu'elle suffit presque toujours. Aussi n'ai-je aucune hésitation à accepter en principe d'autres interventions, cystostomie ou action opératoire sur la prostate, lorsque l'on a acquis la certitude que l'on ne peut plus compter sur les bons effets du séjour d'une sonde. Ces opérations deviennent dès lors parfaitement légitimes, car elles sont réellement indiquées.

Les moyens dont nous venons de parler ont une assez modeste prétention ; ils ne visent que le traitement palliatif de la rétention. Il vous arrivera cependant, même chez les prostatiques, d'obtenir par les sondages une guérison réelle, c'est-à-dire la possibilité de l'évacuation régulière et complète de la vessie ; je vous en ai montré des exemples datant de plusieurs années. Le plus souvent, néanmoins, la rétention persiste. On conçoit donc que les progrès de la thérapeutique opératoire aient conduit à reprendre sous d'autres formes d'anciennes tentatives, et à directement attaquer l'obstacle prostatique. La prostatotomie et la prostatectomie, que je n'ai pas à étudier dans ces leçons de généralités, ont été souvent pratiquées par divers chirurgiens dans ces dernières années

Elles ne paraissent pas avoir résolu le problème de la cure radicale de la rétention des prostatiques.

La santé de la vessie n'est, en effet, assurée que si son évacuation est suffisamment renouvelée et complète. C'est la condition nécessaire, c'est le but à atteindre quel que soit le mode d'intervention. Si l'on se contente de constater que le malade urine, que l'on annonce la guérison, et que l'on y croie sans s'assurer que l'évacuation est totale, on s'expose à bien des mécomptes. Il faut surtout les redouter lorsque la vessie est infectée ; la retenue fût-elle minime, les accidents sont proches. Moins à craindre lorsque l'urine est aseptique, ils apparaissent sûrement si la réplétion est assez grande pour que la vessie soit maintenue en tension. Une faible retenue d'urine non microbienne est donc, jusqu'à un certain point, négligeable. Mais alors même, nous le verrons, la santé de la vessie peut être mise en cause. Pour la garantir, il faut, en effet, qu'elle ne puisse subir une tension prolongée et qu'il lui soit possible de se délivrer entièrement de tout résidu septique.

En dehors de ces conditions, la vessie reste malade, et tôt ou tard, l'appareil urinaire supérieur est infailliblement atteint. La sonde permet de les obtenir, mais rien ne démontre que les modifications apportées à l'obstacle prostatique assurent leur réalisation. Les opérateurs semblent, cependant, ne pas s'en être préoccupés.

Les recherches que M. le D^r Vignard¹ a faites sous mon inspiration pendant qu'il était interne à la clinique de Necker et qu'il a consciencieusement poursuivies en témoignent. Les observations parlent du rétablissement de la miction volontaire, mais n'établissent pas que l'on ait constaté, d'une façon précise, le retour complet des fonctions vésicales. Il se peut donc, ainsi que le remarque M. Vignard, que, du fait de l'intervention, la rétention complète ait été transformée en rétention incomplète ; cela explique que, dans la deuxième observation de Belfield, par exemple, la mort soit survenue sept mois après l'opération à la suite d'accidents urémiques. M. Vignard, après avoir réuni et analysé 35 cas, n'en a d'ailleurs trouvé que 6 où

¹ Ed. VIGNARD, *De la prostatotomie et de la prostatectomie et, en particulier, de leurs indications*, thèse, Paris, 1890.