

la miction volontaire abolie depuis plusieurs mois ait été recouvrée d'une façon durable ; le plus souvent l'échec a été immédiat.

Depuis la thèse de M. Vignard, a paru un important mémoire de Belfield¹ (de Chicago) dont la statistique réunit la presque totalité des cas étudiés par notre élève, celle de Mac Gill et un grand nombre d'observations personnelles ou appartenant à des chirurgiens américains. L'auteur que nous citons a pu réunir ainsi 133 cas d'intervention sur la prostate, parmi lesquels 41 par la voie périnéale, et 82 par l'hypogastre.

La mortalité opératoire atteint environ 12,8 0/0; M. Vignard avait relevé sur ses 35 observations 5 morts survenues peu après l'opération. Mais, si, laissant de côté cette grosse mortalité, nous retenons seulement les résultats thérapeutiques, nous constatons que Belfield a trouvé 38 guérisons, c'est-à-dire 28 0/0. Il ne s'agit que du rétablissement de la miction volontaire.

Nous venons de vous dire pourquoi cette simple constatation était insuffisante pour prouver la guérison. Il faut encore, pour que l'intervention puisse à bon droit mettre à son actif ce résultat une autre condition. Dans les périodes initiales de l'affection prostatique, il est possible de voir la miction se rétablir spontanément, sans aucune intervention opératoire après des crises passagères de rétention. J'ai suivi bien des malades qui, après un ou plusieurs accès de rétention, restent quelques années indemnes de tout nouvel accident ; vous en voyez souvent dans cette clinique. Il faut donc, pour que les résultats d'une intervention soient probants, que la rétention ait eu plusieurs mois de durée ; il faut aussi que l'opéré, qui a retrouvé la possibilité de l'évacuation volontaire, en ait conservé le bénéfice pendant quelques mois au moins. Or, si l'on soumet à ces criteriums les observations réunies par Belfield, on en trouve 16, et non 38, réunissant les conditions énoncées. Parmi elles figurent les 6 cas déjà mentionnés par M. Vignard, et nous arrivons pour l'ensemble à une moyenne de 12 1/3 0/0 des résultats favorables au lieu de 28 0/0.

¹ BELFIELD, *Operations on the enlarged Prostate. The amer. Journ. of the med. sc.*, nov. 1890.

La question des résultats thérapeutiques fournis par la prostatotomie et la prostatectomie au point de vue du retour réel de la miction spontanée, c'est-à-dire de l'évacuation complète de la vessie, est donc encore à l'étude. Mais les résultats que peuvent fournir ces opérations ont un autre intérêt, et ce n'est pas le moindre.

L'intervention peut, en effet, faciliter le cathétérisme. Cela fut obtenu dans deux observations citées par M. Vignard, qui appartiennent à Harrisson et à Landerer ; le malade d'Harrisson conservait encore ce bénéfice après dix-huit mois. J'ai en vain essayé de l'obtenir chez un malade opéré par l'hypogastre, en mai 1889. Harrisson et Landerer avaient, il est vrai, opéré par la voie périnéale.

La prostatotomie périnéale comporte le séjour prolongé d'un drain volumineux et l'on conçoit que ce genre de sonde à demeure puisse sérieusement modifier l'obstacle que la prostate apportait au cathétérisme. La sonde à demeure placée par les voies naturelles, alors qu'elle a été portée pendant quelques jours, nous fait presque infailliblement obtenir ce résultat ; vous en êtes bien souvent témoins. Il est donc rationnel de penser qu'un tube volumineux et rigide comme la canule d'Harrisson, qui remplit le col et appuie sur la saillie de la prostate, puisse donner davantage. Le chirurgien de Londres affirme avoir observé l'atrophie de la prostate ; il a d'ailleurs constaté qu'indépendamment du malade cité par M. Vignard, trois autres avaient pu se sonder sans difficulté après l'opération. C'est un intéressant résultat que je vous engage à ne pas perdre de vue. Il serait également acquis par la cautérisation galvanique que permet de réaliser l'ingénieux procédé de Bottini. Malgré l'ancienneté de ses premières publications¹ l'opération du chirurgien italien n'est pour ainsi dire pas, jusqu'à présent, sortie de sa pratique, et je ne fais que vous la signaler.

L'intervention opératoire, qu'elle modifie la prostate en provoquant son atrophie, qu'elle la divise ou l'enlève partiellement, nous fournit donc de véritables ressources pour le

¹ E. BOTTINI, *Di un nuovo cauterizzatore ed incisore termo-galvanico, contre le iscurie da ipertrofia prostatica; Journal de Galvani de Bologne*, fasc. X, oct. 1874. — Analyse in : *Bulletin général de thérap. de Paris*, vol. LXXXVIII, 1875, p. 378.

traitement de la rétention des prostatiques. S'il n'est pas prouvé qu'elle puisse à bon droit prétendre à la cure radicale, il est certain qu'elle nous met à même d'étendre aux cas les plus difficiles et les plus graves le bénéfice si grand du traitement palliatif. Soyez donc prêts à opérer quand il le faudra.

C'est à l'heure actuelle le droit des chirurgiens que de chercher dans l'intervention sanglante le salut de leurs malades lorsque les médications et le traitement non opératoire demeurent impuissants ou insuffisants. Mais c'est leur devoir de n'ignorer aucune des ressources dont ils peuvent user en dehors de l'opération.

Si vous voulez vous y conformer au vis-à-vis des prostatiques, si vous prenez la peine de bien connaître toutes les ressources du cathétérisme, si vous avez la patience et la conscience de vous en servir, vous n'userez qu'à fort rarement d'autres moyens, parce que vous aurez appris à suffire ainsi à la plupart, sinon à toutes les difficultés de la pratique. Vous resterez les serviteurs désintéressés et dévoués des indications et mériterez, mieux que le titre : d'opérateurs. Vous serez de véritables et bons chirurgiens.

HUITIÈME LEÇON

RÉTENTION D'URINE CHEZ LES PROSTATIQUES (*Suite*)

RÉTENTIONS INCOMPLÈTES

Les rétentions incomplètes offrent trois types qui peuvent être observés à l'état aseptique ou septique :

- I. *Rétention aiguë incomplète avec ou sans distension.* Les symptômes sont locaux : miction difficile, douloureuse, répétée, insuffisante. — Le traitement médical peut suffire dans certains cas. — Indications du cathétérisme.
- II. *Rétention chronique incomplète sans distension.* Symptômes locaux, tantôt nets, tantôt insidieux. — Cathétérisme évacuateur et explorateur. — La vessie est contractile, souvent très irritable. Les symptômes généraux digestifs et fébriles peuvent quelquefois être très prononcés. — Traitement : cathétérisme répété et injections ; hygiène ; moyens généraux.
- III. *Rétention chronique incomplète avec distension.* Sa définition anatomique. — État général grave ; il y a toujours des troubles digestifs, souvent de la cachexie, pas de fièvre. — Les symptômes locaux peuvent passer inaperçus : polyurie et fréquence de la miction. — Distension vésicale facile à constater. — Pronostic grave. — Le traitement curatif est le cathétérisme évacuateur progressif et aseptique ; ses indications et ses contre-indications. — Ses règles.

RÉTENTIONS INCOMPLÈTES. — La rétention incomplète peut être observée à l'état aigu et à l'état chronique.

Il n'est pas rare de rencontrer des rétentions aiguës incomplètes, mais il est beaucoup plus ordinaire de les observer à l'état chronique.

Elles diffèrent essentiellement dans leur diagnostic, leur pronostic et leur traitement.

Les rétentions incomplètes sont, avant tout, caractérisées par ces deux faits en apparence contradictoires : possibilité d'uriner et impossibilité de vider la vessie. Elles peuvent, par cela même, être tolérées ; la tolérance sera, suivant leur forme, de plus ou moins de durée.

Nous traduisons fidèlement ce que nous a appris l'observation des faits en admettant, pour les rétentions incomplètes, la même étiologie que pour les rétentions complètes. Les unes et les autres reconnaissent pour cause première un obstacle mécanique à l'expulsion de l'urine, et le plus souvent un obstacle