

Les indications relatives au choix des sondes évacuatrices n'ont pas seulement pour objet la détermination de leurs formes ; le chirurgien doit encore se préoccuper de leur calibre.

Les sondes volumineuses ont été préconisées. Elles paraissent évidemment satisfaire à l'indication de l'évacuation. On leur a, de plus, attribué l'avantage d'une introduction plus facile. Vous le savez déjà, c'est le choix raisonné de la forme appropriée au cas particulier, c'est le passage méthodique de l'instrument, qui seuls peuvent fournir les garanties d'une bonne introduction. Le volume de la sonde a-t-il du moins des avantages pour l'évacuation ?

Le seul avantage appréciable est l'évacuation rapide, et rien n'est plus contestable que ce prétendu avantage. L'expérience a, en effet, démontré aux chirurgiens qui se sont occupés de la question qu'une vessie distendue voulait être lentement vidée.

Les règles de l'évacuation ont une grande importance, et nous venons d'en indiquer le principe, en disant qu'il fallait lentement vider un réservoir distendu. L'évacuation première de la vessie doit, en effet, être graduelle. Il est même souvent bon qu'elle ne soit pas complétée sur l'heure, afin de ne pas déterminer de véritables perturbations par un changement trop rapide, et par conséquent brusque, des conditions dans lesquelles se trouvait le réservoir urinaire.

Vous observerez souvent chez les prostatiques un phénomène qui vous donne la mesure de ces perturbations. L'introduction de la sonde a été heureuse et facile, l'urine s'est écoulée régulièrement, sans douleur, elle est claire et limpide. Vous arrivez à la fin de l'évacuation, et vous voyez le liquide se colorer : il devient rose, il passe au rouge, il peut devenir tout à fait sanglant. Le malade, tout à l'heure soulagé, accuse du malaise et même des douleurs ; de pénibles contractions survivent à l'enlèvement de la sonde.

Cet écoulement sanguin *ex vacuo* témoigne bien de la congestion intense créée par la rétention ; l'évacuation rapide et complète la favorise encore. Le petit accident hémorragique n'a par lui-même que peu d'importance ; mais il prépare à la cystite un terrain des plus favorables. Il va au-devant de la

complication qui, si souvent, se montre au cours du traitement de la rétention d'urine et qui peut, lorsqu'elle est intense et rapide, acquérir un haut degré de gravité.

Il est donc rationnel de se servir de sondes évacuatrices d'un faible volume. Le calibre représenté par les n^{os} 14 à 16 ou 17, de la filière Charrière, répond aux indications. La sonde n'aura, autant que possible, qu'un seul œil. L'urine s'échappera sous la seule influence de l'impulsion vésicale, sans pression exercée par le chirurgien, sans effort de la part du malade.

Au point de vue de l'évacuation graduelle et lente ou tout au moins non accélérée, la position horizontale est encore une excellente garantie. Vous ne devez jamais consentir à pratiquer une première évacuation pour un cas de rétention d'urine, avec distension de la vessie, dans la position debout. Le malade doit être couché et, autant que possible, dans son lit.

On a de tout temps indiqué la possibilité d'accidents graves, dus à une évacuation rapide et abondante, pratiquée dans la position debout. La syncope peut en être la conséquence ; il est de ces syncopes qui ont été mortelles. On ne saurait donc trop se mettre en garde contre de pareils accidents, mais il faut plus encore songer à ne pas congestionner violemment la vessie, en y faisant trop rapidement le vide. Cet accident, moins bruyant dans ses premières manifestations, peut être la source de dangers beaucoup plus communs et plus sérieux que l'état syncopal. La congestion met la vessie et les reins en état de réceptivité.

Il faut donc savoir graduer l'évacuation et ne pas trop facilement se laisser aller à satisfaire l'amour-propre en présentant au malade et aux assistants un vase rapidement et largement rempli. Toutes les fois que la distension est portée très loin, toutes les fois surtout qu'elle a duré, toutes les fois enfin qu'elle s'observe chez un vieillard, l'évacuation doit être lente et successive.

Nous désignons sous cette dénomination l'évacuation partielle et graduelle rendue successivement plus complète. On ne la pousse jusqu'à la mise à sec de la vessie qu'au bout d'un temps plus ou moins long et, dans certains cas dont nous aurons bientôt à faire l'histoire, qu'au bout de plusieurs jours.

On fait tout d'abord cesser la tension, et l'on n'arrive que

plus tard à l'évacuation totale. L'on peut obtenir ce résultat en abandonnant dans la vessie une partie de l'urine retenue. Mais il est possible d'y substituer un liquide médicamenteux et d'évacuer l'urine sans vider la vessie. Cette modification totale du milieu vésical toujours utile est nécessaire si l'urine est sanglante; elle devient indispensable lorsqu'elle est purulente.

Pour évacuer la vessie sans la vider, il faut, dès que l'on a retiré environ la moitié de son contenu injecter, par la sonde, 100 à 150 grammes de solution tiède d'acide borique à 4 0/0, qu'on laisse immédiatement ressortir. Dès que la quantité injectée a été évacuée, on la renouvelle jusqu'à ce que l'aspect du liquide soit exactement celui de la solution injectée. On termine en laissant dans la vessie une plus ou moins grande quantité de la solution, suivant le degré de réplétion que l'on croit devoir maintenir.

Est-il besoin de dire que l'évacuation de la vessie doit être faite aseptiquement. En chirurgie, semblable question n'a plus à être discutée. Ce que nous devons savoir, c'est que les précautions doivent être d'autant plus complètes, d'autant plus minutieuses, que la distension a plus duré si elle est aiguë, qu'elle est plus grande si elle est chronique. L'étude de la physiologie pathologique de la rétention est, à cet égard, absolument démonstrative. Ce n'est que dans les cas de rétention aiguë récente et dans les rétentions incomplètes sans tension, que les fautes contre l'antisepsie peuvent ne pas trop gravement compromettre la santé du malade. Et même, dans ces conditions, faut-il les redouter.

Les règles de l'antisepsie applicables à la chirurgie des organes urinaires seront soigneusement exposées lorsque nous nous occuperons des généralités du traitement. Je n'insiste, pour le moment, que sur un seul point. Malgré leur extrême importance, les précautions antiseptiques ne suffiraient pas pour parer à tout accident, si les règles de l'évacuation progressive et successive n'étaient pas observées, lorsque la distension est complète et a quelque durée. Vous associerez donc, dans ces cas, l'évacuation lente et successive à l'évacuation aseptique.

La première évacuation n'est pas encore accomplie, que déjà se présente une nouvelle et très importante question thérapeutique. Dans la rétention des prostatiques, la première évacua-

tion n'est que le prélude de beaucoup d'autres. Ces évacuations artificielles, qui vont être la seule ressource pour assurer les mictions, devront, par conséquent, satisfaire à tous les besoins d'uriner. Là, encore, la physiologie pathologique est pleine d'enseignements de la plus haute valeur pratique; elle nous a démontré la nécessité d'évacuations assez répétées, pour que la mise en tension ne se reproduise pas et pour que la désinfection, dans les cas septiques, puisse être obtenue.

Deux moyens peuvent assurer le régulier fonctionnement des mictions artificielles: le cathétérisme est répété à plusieurs reprises dans les 24 heures; la sonde évacuatrice est laissée à demeure.

Ces deux moyens thérapeutiques ne sauraient être comparés d'une manière abstraite. Il est impossible d'établir entre eux un parallèle absolu et de donner des raisons, qui permettraient dans la pratique de se déclarer le partisan exclusif de l'un ou de l'autre. Il est tout aussi facile de plaider contre le cathétérisme répété que contre la sonde à demeure. En réalité, ils ont, l'un et l'autre, des avantages et des inconvénients. C'est en se plaçant en face des faits, en obéissant à leurs exigences et même en subissant les nécessités qu'impose souvent la pratique, que l'on peut arriver à choisir judicieusement le mode d'évacuation le mieux approprié.

Nous avons trop souvent obtenu de la sonde à demeure des résultats excellents, pour ne pas nous déclarer partisan très résolu de ce mode d'évacuation; mais nous sommes si peu disposé à méconnaître les avantages du cathétérisme répété, que nous considérons comme une règle sévère de pratique de le préférer toutes les fois qu'il peut être pratiqué dans de bonnes et régulières conditions.

Ce sont ces bonnes et régulières conditions, qu'il convient d'examiner, pour établir à la fois ses indications et ses contre-indications. Cela nous permettra de poser les indications de la sonde à demeure. Pour que le cathétérisme répété soit utile et sans inconvénients, il faut qu'il puisse être pratiqué *facilement et régulièrement*.

Les difficultés du cathétérisme peuvent être primitives ou secondaires. Lorsque les premières manœuvres ont été mal conduites ou malheureuses, le cathétérisme répété ne saurait

être choisi. Alors même qu'une manœuvre régulière, pratiquée à l'aide d'instruments appropriés, aura été facilement exécutée après des tentatives infructueuses, faites dans des conditions irrégulières, il sera prudent de laisser la sonde à demeure. Il y a, en effet, des lésions. Leur cicatrisation ne s'obtiendra sûrement et rapidement qu'au prix du repos et de l'immobilisation du canal fournis par la sonde à demeure. Dans ces cas, la sonde à demeure peut n'être gardée que pendant un court espace de temps. Moins les lésions ont été prononcées, plus le cathétérisme méthodique a été facile, et plus tôt on pourra adopter l'évacuation répétée. Le chirurgien agit dans ces cas de la même manière et d'après les mêmes règles que celles qui le guident pour l'opération de l'uréthrotomie par exemple. La sonde à demeure laissée pendant 24, 48 heures, ou même pendant trois ou quatre jours suivant les cas, permettra aux lésions de se réparer suffisamment, pour supporter les contacts renouvelés du cathétérisme répété.

Si les difficultés de la manœuvre première ont été dues à la disposition même des parties, et non aux mauvaises conditions dans lesquelles elle s'est effectuée, tout indique que les difficultés primitivement rencontrées se représenteront à chaque cathétérisme. La sonde à demeure est donc encore indiquée, et dans ces cas elle devra être conservée aussi longtemps que les circonstances l'exigeront.

Il est une troisième indication de l'emploi de la sonde à demeure, qui peut résulter des premières manœuvres du cathétérisme explorateur et évacuateur. Un certain nombre de malades ont la prostate tellement vascularisée, tellement friable, que le passage le plus régulier et le plus doux de l'instrument détermine un saignement abondant. Chez ces malades, on est d'ailleurs exposé, par la friabilité même des tissus, à faire fausse route. Cet état se modifie sous l'influence prolongée du séjour de la sonde à demeure.

Des difficultés secondaires peuvent venir entraver la pratique du cathétérisme répété. La première introduction avait été facile, celles qui l'avaient suivie s'étaient effectuées dans de très bonnes conditions. Mais le canal devient peu à peu réfractaire; il est à la fois douloureux et résistant, et le cathétérisme, après avoir été pénible, devient impossible. Ou bien,

c'est tout à coup, sans raison appréciable, qu'un cathétérisme jusqu'alors bien fait n'a pu être de nouveau réussi.

Nous vous avons déjà dit que de semblables difficultés pouvaient être jugées par un simple changement de sonde, par exemple : par la substitution d'une sonde en soie de fabrication anglaise ou d'une sonde en gomme, à une sonde en caoutchouc. Dans d'autres circonstances, c'est en prenant une sonde d'un moindre volume, ou en appropriant mieux la forme de la sonde à la demande du canal que l'on résout la difficulté. Il ne faut donc pas en venir immédiatement à la sonde à demeure dans ces difficultés secondaires; mais il vaudrait mieux y recourir que d'exposer le canal à subir la répétition de manœuvres pénibles et difficiles.

La régularité du cathétérisme est la seconde et nécessaire condition de son utile emploi. Le véritable criterium serait de se conformer aux besoins d'uriner. Mais il est des besoins fugaces auxquels il n'est pas nécessaire d'obéir, et il serait impossible en pratique, à moins que le malade ne se sondât lui-même ou ne fût sondé par quelque personne de son entourage, de se conformer aux demandes de la vessie. Il devient donc nécessaire de fixer les heures et le nombre des cathétérismes; cela ne peut être établi arbitrairement. Il faut avoir pour but : 1° de ne pas laisser la vessie se distendre; 2° de ne pas résister à ses besoins réels.

Il est un certain nombre de malades, dont la vessie fort indifférente se contenterait d'une évacuation dans les vingt-quatre heures. Profiter d'une semblable tolérance serait une véritable faute. Il en est d'autres chez lesquels les besoins se renouvellent à des intervalles rapprochés. Les évacuations doivent donc être réglées d'après les cas particuliers. Quatre évacuations dans les vingt-quatre heures pourront suffire dans les cas de tolérance vésicale. Mais, au lieu d'un cathétérisme pratiqué à six heures d'intervalle, vous pourrez vous trouver dans l'obligation de le renouveler toutes les quatre heures, toutes les trois heures et même toutes les deux heures.

Dans ces cas, malgré sa fréquente répétition, le cathétérisme renouvelé reste indiqué et doit être préféré. Mais il faut avant tout qu'il puisse être facilement et régulièrement

exécuté. Dans plus d'une circonstance où ces conditions indispensables ne pouvaient être remplies, la sonde à demeure a pu dénouer la situation dans un sens favorable. Elle est tout d'abord difficilement supportée; l'emploi des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine favorise la tolérance. Bientôt, grâce à l'évacuation facile et régulière qu'elle permet, la sonde à demeure met fin à la révolte de la vessie; l'on revient dès lors au cathétérisme répété.

Pour arriver à continuer l'usage du cathétérisme répété, le chirurgien ne doit ménager ni son temps ni sa peine. Mais il pourrait, en poursuivant le mieux, perdre la possibilité du bien, s'il se laissait entraîner à exclure systématiquement l'emploi de la sonde à demeure.

L'emploi de la sonde à demeure n'est, d'ailleurs, que transitoire. Ce n'est, si vous le voulez, qu'un expédient, mais c'est un expédient des plus utiles, à l'aide duquel vous pourrez attendre, à l'abri des difficultés et des accidents, le moment où le cathétérisme répété pourra être repris. Il peut aussi n'être que partiel. C'est ainsi que des difficultés de pratique peuvent être résolues en ne faisant porter la sonde à demeure que la nuit et en pratiquant pendant le jour les cathétérismes nécessaires.

Ce n'est pas seulement aux difficultés du cathétérisme que vous pouvez opposer l'emploi de la sonde à demeure. Elle peut encore rendre des services pour parer à des complications de la maladie en cours d'évolution. La sonde à demeure permet, en effet, de faire dans de très bonnes conditions l'antisepsie de la vessie. Si elle est bien choisie et bien placée, elle en assure le drainage permanent, rend facile la répétition des lavages modificateurs dans la mesure nécessaire. Les faits m'ont à la fois démontré le peu d'influence des médications sur les accidents infectieux, et la très réelle puissance de l'évacuation parfaite de la vessie, ainsi que l'action efficace des topiques introduits directement dans sa cavité. Qu'ils soient recueillis par l'observation clinique, qu'ils viennent du laboratoire, ces faits sont en parfaite concordance. C'est dans la vessie que s'élaborent les produits toxiques et que s'exalte leur virulence. Les entraîner sans retard au dehors en même temps que les microbes qui les sécrètent, les atteindre avant qu'ils aient pu agir, en dimi-

nuer l'activité, les supprimer s'il est possible: telle est la condition qui domine la médication antiseptique de l'appareil urinaire. Telles sont les raisons qui rendent si indispensable: l'action directe dans la vessie.

Sans entrer actuellement dans l'étude de cette importante et capitale question que nous aurons l'occasion de discuter, je ne vous rappellerai qu'un seul exemple.

Nous vous avons rendu plus d'une fois témoins des avantages que la sonde à demeure peut offrir chez les sujets atteints de fièvre, alors qu'ils sont soumis au cathétérisme renouvelé. Nous ne pouvons vous dire que ce moyen soit infaillible, mais les faits vous invitent à y recourir. Sous l'influence de l'écoulement plus facile, plus régulier, plus répété, permis par la sonde à demeure, la fièvre diminue et bientôt disparaît.

Ce même bénéfice est, il est vrai, acquis par le cathétérisme renouvelé, alors même que les premières évacuations avaient fait naître des accès fébriles, ou que la sonde à demeure en avait été l'occasion. Nous ne voulons donc pas opposer la vertu antifièvre de la sonde à demeure à l'action fébrigène du cathétérisme répété. L'évacuation facile et régulière, l'évacuation suffisamment renouvelée de la vessie, est le moyen principal pour arriver à triompher des accidents fébriles qui compliquent la rétention. Mais les conditions dans lesquelles s'établit l'évacuation ne sont pas indifférentes. Les heureux effets de la sonde à demeure ne peuvent être opposés aux excellentes ressources du cathétérisme; ils prouvent une fois de plus que les deux modes d'évacuation veulent être conservés et employés selon les indications, sans préjugé et sans parti pris.

Nous disions, il y a un instant, que la sonde à demeure est un moyen provisoire. Le praticien doit désirer le moment où il cessera d'y recourir. Pour qu'il le puisse en toute sécurité, il enlèvera la sonde à demeure au bout de quelques jours, en cherchant à y substituer le cathétérisme. Il aura cependant pour règle d'y revenir, pour peu que ce cathétérisme ne soit pas exécuté avec facilité et avec régularité. Et c'est après quelques tâtonnements qu'il établira enfin le régulier usage de l'évacuation par l'introduction réitérée de la sonde.

S'il doit hâter, dans la limite du possible, le moment où il enlèvera la sonde à demeure, le praticien devra au contraire

retarder celui où il permettra au malade de se soustraire à l'obligation du cathétérisme répété. Ce mode d'évacuation est, en effet, le véritable et le meilleur agent du traitement. Il convient aussi bien à la forme aiguë qu'à la forme chronique et ne saurait être négligé pendant la convalescence de la rétention aiguë.

Dans la période aiguë, de même qu'à l'état chronique, il est un certain nombre de malades qui conservent la faculté d'uriner, ou du moins d'expulser une certaine quantité du liquide contenu dans la vessie. Ils ont tendance à profiter de cette possibilité qui leur semble être une promesse; les efforts et même la douleur leur paraissent ne pas devoir entrer en ligne de compte pour une semblable satisfaction. Il faut bien savoir que ces malades sont dans l'erreur et que, surtout dans l'état aigu, ils risquent d'aggraver leur situation et de retarder le moment où la vessie, si elle doit le faire, reprendra ses fonctions normales. Dans l'état aigu, le malade doit se résigner à vider sa vessie artificiellement et à éviter le plus possible l'expulsion spontanée d'une petite quantité d'urine. Cette expulsion n'est obtenue qu'au prix d'un travail prématuré et forcé de la vessie, sous l'influence duquel elle se congestionne, et réagit sur les reins. Dans l'état chronique, les inconvénients de l'expulsion volontaire de l'urine sont moins sérieux; mais ils sont assez grands pour qu'elle ne puisse être permise que lorsqu'elle pourra être obtenue sans efforts prolongés ou pénibles.

Dans l'état aigu et dans l'état chronique, les prostatiques doivent éviter les efforts d'expulsion qui congestionnent tout l'appareil urinaire y compris les reins. Ils apprennent bientôt, d'ailleurs, qu'après ces efforts, ou après avoir résisté à la nécessité du cathétérisme, l'introduction de la sonde devient plus pénible et souvent plus difficile.

Il en est de même pendant la convalescence, alors que le malade paraît avoir repris la faculté d'uriner. Désireux de s'affranchir du cathétérisme, il se fait volontiers illusion et prétend uriner avec facilité. Il faut que le chirurgien s'assure de la réalité des assertions du malade. Si la miction se fait avec effort, il fera continuer l'évacuation artificielle pour toutes les mictions en prenant pour guide les envies d'uriner. S'il est bien

constaté que l'urine est facilement chassée à travers l'urèthre, mais que l'évacuation de la vessie est incomplète, on prescrira seulement de répéter une ou deux fois dans les vingt-quatre heures l'usage de la sonde. On le continuera jusqu'à ce que la vessie se vide complètement.

Ce n'est pas seulement le plus ou moins de facilité dans l'expulsion de l'urine qui vous servira de criterium. C'est aussi, et surtout, sa qualité. Lorsque la vessie est infectée, ne souffrez pas que l'évacuation puisse demeurer incomplète. Ce n'est que lorsque l'urine n'est pas microbienne, que l'on peut accepter que l'évacuation ne soit pas parfaite.

Pour que la santé de la vessie soit conservée ou préservée, il faut à la fois ne pas la laisser mettre en tension prolongée, et ne pas y laisser stagner, même en faible quantité, un liquide septique. C'est en obéissant étroitement à ces règles, que l'on préserve les uretères et les reins des contaminations qu'ils ne manquent pas de subir lorsque l'on agit autrement.

Là encore, les résultats de la pratique sont en complet accord avec les enseignements de la physiologie normale et pathologique. On les perd de vue, et l'on se fait une singulière idée du traitement de la rétention chez les prostatiques, lorsqu'on s'imagine les avoir guéris en les mettant à même d'uriner. Que l'on ait fait une opération sanglante ou que l'on ait eu recours à la sonde, on n'a le droit de parler de guérison que lorsque la vessie se vide complètement.

L'évacuation facile, régulière et complète de la vessie est, en effet, l'indication dominante du traitement pendant tout le cours de la rétention d'urine; c'est la garantie due à vos malades. Les complications qui surviennent au cours de ce traitement peuvent poser des indications secondaires, mais ne sauraient dispenser d'obéir à l'indication principale. Ce n'est, d'ailleurs, qu'en traitant comme il convient la rétention d'urine, qu'il deviendra possible de parer aux complications qu'elle détermine. Nous indiquons tout à l'heure les ressources précieuses que l'on trouve dans l'évacuation, pour combattre les accidents infectieux.

Nous aurons l'occasion d'étudier assez complètement l'empoisonnement urinaire, pour qu'il soit inutile de nous occuper dès à présent des accidents généraux qui accompagnent la

rétenion. Il nous suffira de dire qu'ils exigent l'évacuation; nous ajouterons que les complications locales, telles que l'orchite, la prostatite ou la cystite, ne sauraient être considérées comme des contre-indications à l'usage de la sonde évacuatrice. L'état des urines peut fournir aussi des indications.

La rétention peut, par elle-même, apporter à leur composition des modifications fort intéressantes, que nous avons étudiées; elle peut aussi déterminer une exhalation sanguine qui les colore plus ou moins. Le cathétérisme, s'il est toujours fait aseptiquement, ne les influence pas. Mais, en fait, il est bien rare que le traitement d'une rétention chez un prostatique ne détermine pas la suppuration du canal ou même celle de la vessie. Les urines sont alors plus ou moins purulentes.

Aussi bien lorsqu'il y a mélange de sang que lorsqu'il y a du pus, les lavages sont indiqués. C'est un moyen précieux, d'un maniement délicat; il est de ceux qui exigent une étude très complète. Nous ne vous dirons qu'alors le *modus faciendi*, la nature des substances à employer, ce qu'il faut demander aux lavages et ce qu'ils peuvent donner. Mais, dès à présent, nous vous devons des indications.

Et d'abord, les lavages ont-ils des qualités préservatrices, faut-il s'en servir préventivement? Je suis disposé à répondre affirmativement; mais à la condition que le liquide destiné à l'effectuer soit aseptique ou antiseptique, et que l'instrument employé pour l'injecter ne puisse être contaminateur. Avoir des garanties du côté du liquide est chose facile; cela est beaucoup moins aisé pour l'injecteur. Aussi convient-il en pratique de ne les préconiser, à ce titre, que lorsqu'on aura la certitude que cette recherche du mieux, c'est-à-dire de la préservation, ne pourra pas conduire à la contamination. C'est pourquoi pour les cas graves, dont nous nous occuperons dans la prochaine leçon, cas dans lesquels la préservation doit être cherchée par tous les moyens, lavages compris, je vous conseillerai de ne les confier à d'autres qu'à vous-même, au moins dans les premières phases du traitement.

A côté des qualités préservatrices sur lesquelles vous pouvez compter, trouverez-vous dans les lavages une action calmante qui leur soit propre? Oui encore, mais par le fait du nettoyage qu'ils accomplissent. Ils n'ont, quoi qu'on dise, aucune action

émolliente ou calmante. Vous savez à quoi se réduit l'absorption vésicale, et vous apprendrez à quel point la mise en tension même faible d'une vessie douloureuse par un lavage peut exalter sa sensibilité. Chercher dans un lavage opiacé, belladonné, morphiné ou chloralisé, tiède, chaud ou froid, un soulagement, serait donc fort aléatoire. Les calmants portés dans le rectum agissent fort bien sur la vessie, la température des liquides ainsi employés a aussi son influence. Tenez-vous à ces moyens lorsque la vessie est sensible. Ce que vous avez de mieux à faire alors, c'est de ne pas y faire d'injection de lavage.

Vous cesseriez complètement de demeurer en accord avec les faits si, après avoir douté des vertus médicamenteuses des lavages émoullients et calmants, vous n'admettiez sans réserve: l'heureuse influence des lavages rendus modificateurs par l'adjonction de substances antiseptiques, telles que l'acide borique, le nitrate d'argent, le sublimé, par exemple. Rien de mieux démontré que leurs excellents effets.

A l'action mécanique, au nettoyage, à l'expulsion des caillots, d'agregats de diverses natures qui déjà les rendent si bienfaisants, les lavages ajoutent l'efficacité souvent grande que leur confère un agent médicamenteux approprié. C'est dire combien ce moyen doit être utilisé dans le traitement des rétentions de longue durée, et à quel point il importe de savoir s'en servir, d'en connaître et le fort et le faible.

L'étude particulière que nous en ferons plus tard est donc facile à justifier. Vous pouvez déjà prévoir que les succès que vous obtiendrez dans la pratique, ou les échecs que vous y subirez, dépendront, pour une bonne part, de la connaissance parfaite ou imparfaite que vous aurez, du maniement de cette arme de la thérapeutique locale de la vessie.

Ce n'est pas, d'ailleurs, au traitement chirurgical que se limitent les effets thérapeutiques utilisables dans les conditions que nous venons de définir. Lorsque les urines sont purulentes, la réputation des balsamiques, des térébenthines, de certaines essences et d'autres médicaments tels que le borate de soude, les benzoates, voire des tisanes, est loin d'être usurpée. Le copahu, le cubèbe, eux-mêmes, trouvent dans le traitement des cystites consécutives aux rétentions une place légitime, et nous devons particulièrement vous signaler les bons effets de

l'essence de santal jaune. C'est encore dans les dernières phases de la rétention aiguë, mais surtout dans les rétentions chroniques accompagnées de cystite, que cette série de médicaments trouve des indications rationnelles; ils ne s'adressent, d'ailleurs, qu'à des complications. Nous arrêter plus longtemps sur ce point nous éloigne du sujet dont nous avons à nous occuper; nous y rentrerons en parlant du traitement consécutif et préventif de la rétention d'urine de cause prostatique.

En traitant de la convalescence, nous avons déjà insisté sur la nécessité du cathétérisme aussi longtemps que la miction est accompagnée d'efforts laborieux. Nous voulions ainsi éloigner l'une des causes les plus puissantes de la congestion de l'appareil urinaire. C'est à éviter toutes les causes de congestion de cet appareil que doit tendre le traitement consécutif.

Nous ne saurions trop vous mettre en garde contre une grave erreur souvent commise de concert par le médecin et le malade. L'un et l'autre ont le désir bien naturel de voir se rétablir le plus promptement possible les fonctions de la vessie, de lui faire, si nous pouvons parler ainsi, jeter ses béquilles. On encourage les malades à uriner sans le concours de la sonde, on leur ordonne de le tenter, on croit les aider à y réussir. C'est alors que vous verrez prescrits les médicaments qui peuvent stimuler les contractions de la vessie, que l'on recourt à la noix vomique, à la strychnine, au seigle ergoté, à l'ergotine, à l'ingestion abondante d'eau de Contrexéville. C'est aussi dans le même but que l'électricité est employée, et les injections froides intra-vésicales mises en œuvre.

De trop nombreux faits nous ont appris le danger très réel de ces tentatives prématurées, pour que nous ne soyons pas obligé de les combattre. En agissant ainsi, le moindre inconvénient auquel vous exposez vos malades est de les éloigner du but qu'ils désirent atteindre. Rien, en effet, ne retarde davantage la convalescence d'une vessie qui vient d'être soumise aux épreuves d'une rétention, que la fatigue musculaire que lui imposent des excitations ou des efforts impuissants. Et le seul moyen de l'empêcher de compromettre ce qui lui reste de puissance contractile est de lui continuer aussi longtemps qu'il sera nécessaire, le repos que lui donne si pleinement le cathétérisme. Sachez donc attendre le réveil graduel de l'ac-

tion vésicale et la diminution progressive de la poussée congestive, qui a plus ou moins accru la gêne imposée par l'hypertrophie de la prostate.

Nous devons d'autant plus vous inviter à agir ainsi, que de graves accidents sont souvent les seuls résultats de la conduite opposée. C'est ainsi que nous avons, entre autres faits, vu éclater, à la suite d'une tentative prématurée d'électrisation intra-vésicale, une double orchite suppurée avec un état général des plus graves. Et ce même malade, que nous avons encouragé à se résigner quand même au cathétérisme répété, pouvait, quelques mois plus tard, uriner spontanément sans autre traitement que l'évacuation régulière de la vessie. C'est, en effet, le moyen le plus sûr. Sans vouloir médire des stimulants de la contractilité vésicale, nous devons à la vérité de déclarer que nous n'avons jamais rien observé, qui nous autorise à croire aux vertus thérapeutiques des médicaments, des eaux, de l'électricité ou des injections froides dans le traitement de la convalescence des rétentions. Une saison d'eaux peut même être l'occasion d'un rappel de la rétention ou l'aider à se manifester pour la première fois. Ce n'est qu'avec la plus grande circonspection que vous devez conseiller aux prostatiques le traitement hydrominéral. Il pourra utilement combattre quelques épiphénomènes de la rétention, tels que l'état catarrhal, mais il ne devra jamais être prescrit pendant les périodes congestives, et demande en toute circonstance à être très prudemment manié. Cette même réserve s'applique à l'emploi de l'électrisation et des injections froides; elle est moins stricte pour la noix vomique, mais ne doit pas être oubliée pour le seigle ou l'ergotine.

Videz bien la vessie de vos prostatiques atteints de rétention, videz-la aseptiquement, videz-la aussi souvent et aussi longtemps qu'elle en aura besoin et ne déterminez pas de cystite. L'inflammation, il ne faut pas l'oublier, est l'un des facteurs de l'inertie secondaire; si elle survient, combattez-la sur l'heure. Vous aurez ainsi la certitude de sauvegarder le présent et la possibilité de réserver à la vessie une reprise durable de ses fonctions. Si j'en crois ce que je constate depuis de longues années, cette formule est bien celle que je dois vous recommander.

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 salubre, 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 Wattlelet, 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 urétrale, 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'urètre 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 cystostomie 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

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

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 Dr 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.

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, contro 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.