

peut s'observer à toutes les périodes de la maladie. Sa grande fréquence s'explique par la congestion habituelle des parois vésicales durant le cours de cette affection. L'inflammation imminente de la vessie se déclare tantôt à la faveur d'une fatigue, d'un refroidissement, d'un excès de table, de coït, tantôt et surtout à la faveur d'un cathétérisme septique et trop rapidement évacuateur. La cystite peut revêtir la forme aiguë et guérir rapidement, mais presque toujours elle passe à l'état chronique.

Le plus souvent aussi la forme chronique s'installe d'emblée et il est habituel de voir des poussées aiguës se greffer sur elle. Les symptômes de la cystite des prostatiques, qu'elle soit aiguë ou chronique, ne diffèrent pas de ceux des autres cystites; nous rappellerons seulement que cette cystite est tenace, qu'elle s'accompagne plus particulièrement de ces dépôts purulents, visqueux, gélatineux, qui constituent la caractéristique de ce qu'on appelle le catarrhe vésical. La prostatite est rare dans le cours de l'hypertrophie de la prostate, elle revêt la forme simple ou phlegmoneuse. Indépendamment de la néphrite interstitielle résultant de la sclérose glomérulaire et conjonctive du tissu rénal et conséquence du prostatisme étendu au rein, on peut voir survenir dans l'organe ainsi préparé à l'inflammation des poussées de néphrite aiguë ou chronique, suppurée ou non suppurée.

La marche de l'hypertrophie de la prostate est lente et subordonnée d'une part à la rapidité du processus anatomique qui envahit les organes, et d'autre part aux complications qui peuvent surgir tout à coup. Son allure est donc irrégulière et sa durée très variable, mais toujours longue. Cette longueur porte surtout sur la première période, la seconde période se termine assez rapidement par la mort lorsque la maladie est abandonnée à elle-même, mais par un traitement bien entendu on peut encore longtemps la prolonger. La terminaison est constamment fatale, et si le malade n'est pas brusquement emporté par une des complications précédemment énumérées, il s'éteint à la longue par suite de la dégénérescence scléreuse de tout l'appareil urinaire.

Le pronostic est donc grave; mais si on réfléchit à la longue durée de la maladie et à la possibilité de prévenir à peu de frais les complications qui y mettent terme le plus souvent, on comprendra que la gravité de ce pronostic puisse être atténuée.

Traitement. — Le traitement de l'hypertrophie de la prostate comprend un grand nombre d'indications dans l'étude desquelles nous ne pouvons entrer à fond. Jusqu'à ce jour, d'ailleurs, le traitement n'est que prophylactique et palliatif; ce n'est pas que des essais nombreux n'aient été faits pour guérir radicalement l'affection, mais ces tentatives n'ont pas donné de résultats bien encourageants, et on en comprendra aisément la raison en se rappelant la nature des lésions histologiques du prostatisme.

Avant d'étudier les indications thérapeutiques réclamées par chacune des périodes de l'affection et par ses diverses complications, nous énumérerons un certain nombre de prescriptions hygiéniques bonnes à recommander à toutes les périodes et qui, si elles n'arrêtent pas le processus anatomique, préviennent tout au moins de pénibles et même redoutables accidents. Elles ont toutes pour but d'écarter les poussées congestives du côté de l'appareil urinaire. Le malade devra éviter l'impression de l'air froid, surtout sur les pieds et sur les mains. Il se gardera du décubitus horizontal, de la station assise longtemps prolongée, des longues visites, des voyages en chemin de fer. Il devra faire chaque jour un exercice modéré, sans jamais aller jusqu'à la fatigue. Il se gardera des excès de table. Il proscriera de son régime tous les mets excitants, toutes les substances et boissons riches en azote ou en alcool. Il s'abstiendra des poissons de mer, des crustacés, des viandes faisandées, du gibier, des conserves, des pâtés de foie gras, des salaisons, des fromages forts, des truffes, des asperges; il s'abstiendra de bière, de vins trop généreux, Bourgogne, vins d'Espagne, Champagne, café, thé. Cependant le malade aura une nourriture tonique et reconstituante.

Afin de prévenir toute stase sanguine du côté du bassin, on lui recommandera de prendre l'habitude d'uriner régulièrement et de veiller à la liberté de l'intestin. Si celui-ci est paresseux, on réveillera ses fonctions par des laxatifs, des purgatifs doux comme les eaux minérales naturelles, l'huile de ricin et en se gardant de l'emploi des drastiques qui sont trop congestionnants. Un bon moyen de régulariser la circulation du petit bassin, consiste dans l'usage de lavements d'eau chaude pris soir et matin. Les grands bains salés et alcalins, les frictions sèches, le massage, en activant les fonctions de la peau, offrent aussi une ressource précieuse dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate; ils régularisent la nutrition en suppléant aux éliminations insuffisantes des matériaux de déchets par le rein.

Certains thérapeutes ont prescrit et prescrivent encore, dans le but de diminuer l'hypertrophie, des médicaments internes (extrait de ciguë, chlorhydrate d'ammoniaque, mercuriaux, etc.), mais leur efficacité est plus que douteuse. Les iodures et en particulier l'iodure de sodium semblent plus actifs, ce qui n'a pas lieu de surprendre, puisque les lésions du prostatisme sont celles de l'artério-sclérose.

Si on se rappelle que dans la première période le malade présente seulement des troubles urinaires vagues et qu'il vide complètement sa vessie, on comprendra qu'on devra s'en tenir exclusivement pour tout traitement aux mesures hygiéniques précédentes. Les agacements que le patient éprouve parfois au niveau du col seront combattus par les préparations de belladone, de jusquiame, de valériane, de préférence aux opiacés qui congestionnent. Nous sommes à peu près désarmés contre la fréquence des besoins nocturnes. On pourrait peut-être être tenté de

les prévenir par le cathétérisme, ce serait non seulement une erreur, mais une faute et un danger : une erreur parce que la vessie se vide bien, une faute et un danger parce que les manœuvres du cathétérisme pourraient provoquer de la cystite.

Dans la seconde période, la rétention d'urine aiguë ou chronique, complète ou incomplète et plus tard l'incontinence réclament un traitement actif.

Souvent la rétention aiguë complète cède à un traitement antiphlogistique (cataplasmes, bains) et c'est à ces moyens qu'on doit d'abord avoir recours. S'ils échouent, on pratiquera le cathétérisme évacuateur. Le cathétérisme s'impose absolument lorsque la rétention est chronique complète ou incomplète. Dans le premier cas (rétention chronique complète), il faudra se garder de vider d'emblée le réservoir, et ce n'est que lentement, parfois après plusieurs jours, qu'on mettra la vessie à sec, faute de ces précautions, on s'exposerait aux terribles complications des hémorrhagies *ex vacuo*.

Lorsque la vessie surdistendue laisse l'urine s'écouler involontairement, on pourrait croire que l'indication formelle est d'en évacuer le contenu. Cela ne peut être fait que chez les individus dont la santé est encore bonne, la soif peu vive, les digestions faciles, etc. Chez ceux au contraire dont la santé fortement ébranlée ne se relève pas sous l'influence des toniques, des reconstituants, il faut s'abstenir de toute intervention et les abandonner à leur sort. Telle est la formule du traitement de ces cas difficiles à laquelle s'est arrêté le professeur Guyon.

Il serait intéressant et utile de rappeler la technique du cathétérisme chez les prostatiques, le choix des instruments auxquels doit s'arrêter le chirurgien, les artifices destinés à les faire pénétrer dans la vessie, etc., tout cela est du ressort de la médecine opératoire ou mieux de l'enseignement clinique. Nous nous contenterons de rappeler que le chirurgien devra toujours commencer par explorer le canal avec l'explorateur à boule, puis se servir suivant les renseignements recueillis par cette reconnaissance d'une sonde en caoutchouc, ou d'une sonde en gomme à bécquille de Mercier ou à double bécquille (bicoudée), ou parfois rarement d'une sonde métallique à grande courbure comme celle de Gély. L'évacuation sera lente, graduelle et rigoureusement antiseptique, et on la répétera aussi souvent que les besoins se feront sentir. Si le cathétérisme a été particulièrement difficile, douloureux, s'il existe des fausses routes, il sera prudent de laisser la sonde à demeure. Il arrive parfois que malgré la perfection de l'instrumentation et l'habileté opératoire la plus consommée, on ne peut pénétrer dans la vessie, c'est alors que la ponction hypogastrique est indiquée. Cette opération inoffensive permet de gagner du temps et souvent les tissus se décongestionnant une fois la vessie vidée, le cathétérisme devient possible. Que si malgré tout l'accès du canal aux instruments évacuateurs ne peut être rétabli, on

devra pratiquer une fistule hypogastrique, soit par le procédé de Thompson, soit même par la taille hypogastrique.

Parmi les complications à combattre, se place en première ligne l'hématurie. On emploiera d'abord le repos, l'immobilité, la glace sur l'hypogastre, les lavements froids. A l'intérieur, on prescrira la limonade sulfurique, le matico, le tannin, l'acide gallique, l'alun de fer, dont nous avons obtenu dans plusieurs circonstances d'excellents résultats. L'ergotine doit être employée avec prudence, car en provoquant les contractions de la vessie, elle favorise souvent l'hémorrhagie au lieu de l'arrêter. Les injections coagulantes intravésicales recommandées par les auteurs ont de sérieux inconvénients, car elles remplissent le réservoir de caillots dont l'expulsion devient ensuite pénible. Ils se forment d'ailleurs parfois spontanément dans la vessie. On peut, après les avoir dissociés et broyés avec un lithotriteur, les abandonner aux forces expulsives de la vessie, mais il vaut mieux en pratiquer l'aspiration avec l'appareil de la lithotritie moderne. Si ces moyens échouent et si quelque danger menace le malade, la taille sus-pubienne s'offre en dernière ressource, et son peu de gravité permet aujourd'hui de la tenter sans arrière-pensée.

Le traitement de la cystite est subordonné à la période de l'hypertrophie, où elle se montre. A la première période on aura recours aux instillations argentiques de préférence aux injections. Dans la seconde, l'évacuation régulière du réservoir suffit quelquefois pour guérir rapidement l'inflammation de la muqueuse. S'il est nécessaire, on y joindra des lavages boriqués, au nitrate d'argent, à l'iodoforme.

Comme nous l'avons dit, la généralisation à tout l'appareil urinaire des lésions de l'hypertrophie de la prostate rend irrationnelles les tentatives faites dans le but de la guérir radicalement.

Nous ne rappellerons que pour mémoire l'administration à l'intérieur de l'ergot de seigle, de l'ergotine en injection hypodermique par analogie avec le traitement des myomes utérins; les injections interstitielles de teinture d'iode dans la glande par le rectum (Heine), l'emploi des courants continus (Tripier, Mallez et plus récemment Cayor, électropuncture). A côté de ces moyens destinés à provoquer dans le tissu prostatique un travail, but de destruction atrophique nous signalerons une série d'opérations qui ont pour objet soit de rétablir par compression ou dilatation, le canal prostatique dans sa perméabilité première soit de supprimer par exérèse les portions de la glande qui font obstacle au passage de l'urine. Les instruments dépresseurs et dilateurs de Mercier et de Le Roy d'Étiolles, la sonde redresseuse de Charrière n'ont donné que des résultats médiocres et passagers, mais leur emploi n'offre du moins que peu de dangers. Il n'en est pas de même du séca-teur de Mercier, du coupe bride de Civiale et autres instruments avec lesquels d'ingénieux opérateurs ont essayé de sectionner à l'aveugle les

saillies prostatiques. De redoutables hémorrhagies, de graves accidents septicémiques ont fait disparaître ces instruments de notre arsenal chirurgical. Bottini en imaginant son protectome galvanique a beaucoup diminué sinon supprimé complètement les risques de la méthode recommandée par Mercier, Civiale et autres chirurgiens. Enhardis par les progrès de la chirurgie contemporaine, les opérateurs ont dans ces dernières années attaqué délibérément l'obstacle prostatique et l'ont extirpé soit par la voie péritonéale soit par la voie hypogastrique. Ce que nous avons dit à propos de l'extirpation des néoplasmes de la vessie touchant la préférence que l'on doit donner aux opérations par l'incision sus pubienne s'applique également à l'extirpation des saillies prostatiques et bien que l'attaque par le périnée ait donné des résultats satisfaisants à Harrisson et Thompson, nous pensons avec Edwards, Kœnig, que la voie hypogastrique offre à l'opérateur un champ plus libre aux manœuvres délicates que réclame la résection partielle de la prostate.

ART. V. — MALADIES CHIRURGICALES DE L'URÈTHRE.

LESIONS TRAUMATIQUES.

On peut diviser les lésions traumatiques de l'urètre en lésions accidentelles produites, de dehors en dedans (plaies, contusions et ruptures) et les lésions produites de dedans en dehors, — *a.* pathologiques (produites par des calculs), *b.* chirurgicales (produites par des manœuvres malheureuses ou maladroitement, fausses routes), ou par un acte thérapeutique (taille, uréthrotomie).

§ 1. — Lésions accidentelles. — Plaies, contusions et ruptures de l'urètre produites de dehors en dedans.

1° PLAIES DE L'URÈTHRE.

Leur division en *plaies nettes* et *plaies contuses* est d'une importance pratique capitale. Nous étudierons d'abord les premières. Les plaies nettes de l'urètre sont rares en raison du peu de prise que l'urètre offre au traumatisme lorsque la verge est flasque. A l'état d'érection elles seraient plus fréquentes.

Ces plaies peuvent être produites par des instruments piquants ou tranchants. Elles atteignent la portion périnéale ou la portion libre, et dans ce dernier cas, elles intéressent souvent les corps caverneux.

Les lésions produites par les piqûres sont simples et nous n'y insistons pas.

Les caractères des *coupures* sont variables. Car par rapport à la direction elles peuvent être *longitudinales*, *obliques* ou *transversales*. Eu égard au calibre de l'urètre elles sont *incomplètes* ou *complètes*. L'urètre à ces divers points de vue peut être, en raison de sa couche élastique, assimilé à une artère et on peut lui appliquer les mêmes considérations relativement à la forme et à la béance de la plaie.

Les symptômes des piqûres se réduisent à un léger écoulement du sang par la plaie ou quelquefois par l'urètre, à une faible ecchymose, à une petite douleur. La miction n'est nullement troublée. La guérison spontanée est rapide et complète.

Les coupures donnent lieu à une hémorrhagie par la plaie et à l'urétrorrhagie. Les troubles de la miction, l'écoulement de l'urine par le méat et la plaie varient suivant la direction et la profondeur de la solution de continuité. Exceptionnellement il peut y avoir de la rétention, qui survient alors quelques jours après l'accident.

Parmi les complications *primitives* susceptibles de se produire, nous signalerons : l'infiltration d'urine, accident rare consécutif à une plaie périnéale, et la production de fistule lorsque la plaie siège à la portion pénienne.

Les complications *consécutives* consistent surtout dans les rétrécissements de l'urètre, que l'on observe principalement à la suite des plaies transversales.

Il est facile de reconnaître si l'urètre est ouvert, mais plus difficile de savoir dans quelle étendue de son calibre ; c'est par la considération des anamnestiques et par l'observation des symptômes que ce point important pourra être résolu.

Bien traitées, les plaies de l'urètre sont peu graves d'une façon générale, du moins immédiatement, car nous savons que les plaies transversales deviennent souvent sinon toujours la cause de rétrécissements.

Traitement. — Aucune indication spéciale à remplir pour les piqûres qui guérissent spontanément.

Les principes du traitement des plaies par instrument tranchant peuvent se résumer de la manière suivante :

1° *Plaies de la portion périnéale.* — L'indication formelle est de prévenir l'infiltration d'urine. Dans ce but, une première indication est de laisser la plaie ouverte et de ne rien tenter pour empêcher l'urine de passer. Tandis que certains auteurs conseillent l'établissement d'une sonde à demeure (Voillemier, Duplay), d'autres au contraire (Bouilly, Quénu, Picqué) en rejettent l'emploi. Nous n'hésitons pas à nous ranger à l'avis de ces derniers, parce que l'introduction de la sonde, toujours difficile, peut accroître les désordres ; parce qu'elle n'empêche pas l'urine de passer par la plaie, et que du reste cet écoulement de l'urine ne gêne en rien la cicatrisation des tissus. La plaie cicatrisée, l'emploi de