

tous les cas, il faut savoir que la sonde en caoutchouc, tout en étant laissée à demeure et fixée solidement, est susceptible, en raison même de sa flexibilité, d'être chassée de la vessie et de se replier dans le canal alors que tout paraît bien en place.

La portion prostatique de l'urètre peut être déformée, non seulement par la saillie du lobe médian, mais encore par celle des lobes latéraux. On devine, sans qu'il soit besoin d'y insister, la forme que prend le canal suivant que l'hypertrophie porte sur les deux lobes à la fois ou sur l'un deux, le droit ou le gauche : le canal est resserré ou dévié latéralement ; on le reconnaît à la déviation du pavillon de la sonde, mais il est rare que ce soit un obstacle sérieux au cathétérisme.

Il existe des sujets atteints d'hypertrophie de la prostate, dont l'existence est rendue intolérable par les troubles de toute nature apportés à la miction ; qui ne sont pas améliorés par le traitement habituel ou bien auxquels on ne peut l'appliquer. Il n'est donc pas étonnant qu'on ait considéré cet organe comme une tumeur, et qu'on ait songé à l'extraire par la *prostatectomie* en suivant soit la voie hypogastrique, soit la voie périnéale. Cette opération a été pratiquée en effet depuis un certain nombre d'années, surtout en Amérique et en Allemagne.

On a tenté de lui substituer la *prostatotomie* électrolytique (Bottini), la castration, la résection des canaux déférents, la résection des vaisseaux et nerfs du cordon spermatique ; opérations beaucoup plus simples sans doute, mais dont les résultats n'ont pas été satisfaisants. Aussi, en est-on revenu aujourd'hui à la prostatectomie, qui semble avoir gagné beaucoup de terrain en France, surtout depuis la communication de M. Albarran. Cette opération est à coup sûr intéressante ; toutefois, malgré les résultats très encourageants obtenus par notre collègue, je considère la prostatectomie comme une opération grave. Elle est difficile dans son ensemble et ne sera jamais à la portée que d'un nombre restreint de praticiens. Or, l'hypertrophie sénile de la prostate constitue une affection commune, et il n'est pas de médecin, si obscur soit-il, qui n'ait à la traiter un certain nombre de fois dans sa vie. Il faut donc savoir que, dans la *très grande majorité* des cas, on peut, je ne dis pas guérir, mais soulager les malades, et leur rendre l'existence très supportable à l'aide de la sonde, en suivant un traitement que je n'ai pas à indiquer plus longuement dans cet ouvrage. Et d'ailleurs, l'avenir seul démontrera si la prostatectomie, au prix d'accidents possibles tels que : fistule vésico-rectale, impuissance, etc., amènera elle-même une guérison radicale chez les sujets dont la vessie entre souvent pour une grande part dans la production des accidents.

Les canaux éjaculateurs s'ouvrent sur la paroi inférieure de la portion prostatique, à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs de cette portion. Or, celle-ci ayant 3 centimètres de longueur en moyenne, les orifices de ces canaux sont donc situés à 2 centimètres environ en avant du col de la vessie. Chez certains sujets atteints de pertes séminales, on obtient parfois d'excellents résultats par la cautérisation de ces orifices avec le porte-caustique de Lallemand. Voici comment, en m'appuyant sur les données anatomiques précédentes, je conseille de procéder à cette opération : il faut introduire le porte-caustique dans la vessie, le retirer peu à peu, jusqu'à ce que l'extrémité de l'instrument corresponde au col. La cuvette mesurant environ 15 milli-