

On prépare le patient en lui donnant la veille au soir un cathartique, et en vidant le matin le gros intestin par un bon lavement. Immédiatement avant l'opération, la vessie est lavée avec une solution de nitrate d'argent à 1 pour 6000.

Lorsque le patient est endormi, on vide la vessie à l'aide d'un cathéter, puis on la distend avec la solution de Thiersch; dix onces suffisent dans la plupart des cas pour l'amener bien au-dessus du pubis. Le Dr Alexander n'emploie plus le ballon rectal.

On met ensuite la vessie à découvert par une incision verticale entre les muscles droits, et l'on passe dans sa paroi les fils écarteurs, entre lesquels on incise la vessie suffisamment pour permettre l'introduction des deux doigts. On examine alors la vessie et les parties hypertrophiées de la prostate.

On recouvre l'ouverture sus-pubienne avec de la gaze et l'on place le patient dans la position de la lithotomie. On introduit alors dans la vessie un soutien par l'urèthre, et on le fait tenir par un assistant. On ouvre l'urèthre membraneux par une incision médiane périnéale, en prenant garde de bien inciser le plancher de l'urèthre depuis juste en arrière du bulbe jusqu'au sommet de la prostate. Ceci doit être fait d'une manière complète.

On enlève alors le soutien et la gaze de l'incision sus-pubienne.

Le chirurgien lave ses mains et les désinfecte.

Il introduit ensuite, par l'incision sus-pubienne, les deux doigts de la main gauche dans la vessie et s'en sert pour repousser la prostate en bas vers le périnée.

Avec l'index de la main droite il commence l'énucléation, qui doit être faite entièrement par l'ouverture périnéale.

Il crève avec le doigt l'enveloppe externe de la prostate juste au-dessous de la membrane muqueuse de l'urèthre prostatique, et la prostate entière est ainsi énucléée avec le doigt de son enveloppe. La membrane muqueuse de l'urèthre vésical et prostatique ainsi que la tunique musculaire sous-jacente sont dépouillées sans les ouvrir.

On enlève d'abord le lobe droit et le lobe gauche, et ensuite, s'il y a une tumeur moyenne, on peut la pousser en bas dans l'incision périnéale et l'énucléer de la même manière. Durant l'énucléation la prostate doit être attirée dans le périnée à l'aide de forceps.

Lorsque l'on a enlevé toutes les excroissances prostatiques, on irrigue la plaie avec une solution de bichlorure à 1 pour 5000, on insert un tube périnéal dans la vessie, et l'on place un second tube à drainage de calibre moyen par le pubis. On ferme ensuite par des sutures l'extrémité supérieure de l'incision sus-pubienne.

Le traitement post-opératoire consiste dans les lavages quotidiens de la vessie, en injectant le liquide par le tube sus-pubien. Toute l'urine s'écoule par le tube périnéal.

On enlève le tube supérieur le sixième jour, le tube inférieur trois jours plus tard, après quoi on lave la vessie par le périnée à l'aide d'un cathéter pendant quelques jours.

On peut passer une sonde de plein calibre à la fin de la seconde semaine, et ensuite tous les cinq jours jusqu'à la fermeture de l'incision périnéale. Les plaies se cicatrisent généralement dans le cours de trois semaines.

Le Dr Alexander croit que les avantages de cette méthode sont les suivants:

- 1o L'hémorrhagie est beaucoup diminuée.
- 2o La membrane muqueuse de l'urèthre vésical et prostatique demeure intacte, ce qui écarte le danger d'une absorption septique.
- 3o Elle permet d'établir un meilleur drainage de la vessie.

TRAITEMENT DES FRACTURES COMPLIQUÉES DE PLAIES,
résumé d'un article du Dr Eugène A. Smith.—*Buffalo Medical Journal*, 1896.
No 2.

Lorsqu'une fracture se trouve compliquée parce que l'extrémité de l'os a