

ne serait-ce qu'en raison de la douleur. Elle est d'autant plus indiquée que l'opération est des plus bénignes et a donné d'excellents résultats, quatre des malades s'étant trouvés complètement cicatrisés en quelques jours, les deux autres n'ayant conservé qu'une petite dépression très superficielle.

L'opération est simple ; après désinfection du canal et cocamisation du foyer elle consiste :

1^o A inciser l'abcès ou toute la longueur du trajet.

2^o A curetter la poche dans les cas aigus, à réséquer complètement les parois du trajet, s'il y a fistule ancienne. Ce temps est délicat en raison de l'exiguïté du foyer. Il nécessite des instruments aussi minuscules que possible. Un point minutieux encore est d'aller jusqu'à l'urètre sans en réséquer la paroi.

3^o A réunir la plaie dans sa totalité, en ayant soin de prendre les tissus jusqu'à l'urètre exclusivement, pour en fermer l'orifice avec les tissus péri-urétraux. Serrer suffisamment pour éviter l'hémorrhagie, pas trop cependant, pour éviter que les fils ne coupent, ce qui arrive souvent. La soie à ce sujet semble préférable aux crins : la suture doit être à un étage. Même dans les cas acquis nous pensons qu'on doit tenter d'obtenir une réunion primitive. Les soins ultérieurs sont très importants : continuer à bien laver l'urètre pour le désinfecter, trouver un pansement qui tienne, ce qui n'est pas toujours facile ; au besoin le changer souvent dès que le pus uréthral l'a souillé. Enlever tôt les sutures.

RÉSECTION DES CANAUX DÉFÉRENTS ET CASTRATION DANS L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE, par le Dr LOUVEAU, de Bordeaux.—*Rev. de chir.*

M. Louveau communique les résultats de son observation personnelle relativement au traitement de l'hypertrophie prostatique par la double vasectomie et l'orchidectomie totale chez six malades atteints de rétention chronique complète remontant à plusieurs années.

Chez les malades opérés par la résection double et simultanée des canaux déférents, l'intervention n'a eu aucune influence appréciable sur les testicules, la prostate ni les fonctions de la vessie. Tous ont dû continuer à se sonder, et chez tous la rétention dernière a persisté complète. Deux d'entre eux, précédemment affectés de fréquentes orchites par cathétérisme, ont vu, depuis l'opération, leurs testicules demeurer indifférents à l'usage de la sonde.

Chez d'autres prostatiques jeunes, habitant la campagne, le cathétérisme était devenu difficile et incompatible avec les exigences du travail des champs. La double castration, acceptée sans hésitation, amena dans les deux cas un résultat excellent, quoique inégal, chez ces deux malades.

Le premier présentait, en même temps que sa rétention, un petit calcul vésical, et l'introduction du lithotriteur, impossible avant la castration, fut facile douze jours après. Il a vu sa rétention complète cesser au bout de seize jours, mais pour faire place à une légère rétention incomplète. Cela lui permet d'uriner aisément sans sonde et de n'employer celle-ci que deux fois par jour, pour assurer la totale évacuation du résidu vésical, qui est de 30 centimètres cubes cinq mois après la castration. La prostate a été, chez cet opéré, sensiblement améliorée dans son volume et sa consistance.

Le second malade a vu, au bout de trente-six heures, sa rétention disparaître entièrement, et depuis, il y a quatre mois et demi, la vessie se vide complètement sans sondage. Ici la prostate a été peu influencée par la castration.

Dans l'un et l'autre cas, la prothèse testiculaire a été appliquée, de façon à laisser croire aux malades qu'une opération moins radicale que la castration a pu suffire à les guérir. Le bénéfice retiré de l'orchidectomie par la fonction vésicale est, de ce fait, augmenté chez eux de la consolante illusion de croire à la persistance de leur virilité.