

ces jours-ci, encore pris de rétention. L'exploration de sa vessie nous a fait constater deux calculs phosphatiques. Nous allons lui faire l'opération de la taille dans quelques jours.

La rétention d'urine chez les prostatiques n'a aucune disposition à une terminaison spontanée; ils doivent être soumis à l'introduction de la sonde pendant plusieurs semaines, plusieurs mois, et plusieurs fois par jour. Leur vessie est presque toujours agrandie. La couche musculaire est irrégulièrement hypertrophiée; de nombreuses colonnes charnues font relief sur la face interne du réservoir, et par contre l'élément musculaire fait presque complètement défaut dans les intervalles qui les séparent (vessie à cellules et à colonnes).

Vu l'âge des prostatiques, la vessie finit par perdre de son activité contractile, et il en résulte ce que M. Guyon appelle *inertie secondaire*.

Le clinicien doit tenir le plus grand compte de cette inertie secondaire. *L'intervention chirurgicale* devra être la règle, c'est-à-dire le cathétérisme évacuateur qui est aussi nécessaire chez les prostatiques que la dilatation chez les rétrécis. L'hypertrophie de la prostate est la principale cause de rétention chez les vieillards. L'urine non évacuée se décompose, irrite la vessie, et si on en fait l'examen, on y découvre du pus, du mucus, etc.

La vessie engorgée, distendue, laisse couler l'urine par *regorgement*, et indépendamment de la volonté du malade. La vessie est alors comme le vase trop plein, elle renverse.

Le terme *incontinence* ne convient pas à cet état. Au contraire, on sait qu'un écoulement continu et involontaire d'urine indique la *rétention* et non l'*incontinence*. Si la rétention complète arrive, la fonction sécrétoire des reins se trouble, puis vient l'urémie qui amène le coma et la mort. L'empoisonnement urémique est dû au manque de fonctions éliminatrices du rein.

Le diagnostic de l'hypertrophie ne sera certain que par l'examen simultané par le doigt dans le rectum et la sonde dans la vessie.

On a rencontré des prostatites mesurant jusqu'à quatre pouces de diamètre, et pesant douze onces; on sait que le diamètre transversal d'une prostate d'adulte est d'environ dix-huit lignes et que sa pesanteur est de quatre drachmes et demie.

Afin de bien choisir l'instrument qui convient dans un cas donné d'hypertrophie prostatique, M. Guyon conseille de faire avec la bougie à boule une exploration méthodique. Le doigt introduit dans l'intestin, on constate si la boule incline à droite ou à gauche ou remonte brusquement, suivant qu'il y a une hypertrophie plus prononcée du lobe gauche ou droit ou du lobe moyen.

En règle générale quand il s'agit de cathétérisme pour hypertrophie de la prostate, il faut exclure les instruments rigides au profit des instruments souples. Cependant il se présente des cas où la rigidité de l'instrument peut seule permettre à l'opérateur de sûrement le conduire. Le doigt dans le rectum, le bassin bien élevé sur son oreiller, facilitent beaucoup la manœuvre. Si l'on se sert d'une sonde en gomme avec son mandrin, il faut donner à ce mandrin une forte courbure; l'introduction en est quelquefois rendue plus facile en enlevant le mandrin avant de franchir la prostate. On ne doit jamais y mettre de force.

La forme de l'instrument est pour beaucoup dans la pratique de