

Après avoir rapporté les trois opérations que nous venons de résumer, le Dr Howard A. KELLY ajoute : "Je regarde ces trois cas comme un progrès réalisé vers le meilleur mode opératoire. A l'avenir, dans tous les cas, je ferai de préférence une incision sur le côté de l'abdomen suffisamment longue pour permettre l'extirpation du rein et l'introduction de la main et de l'avant bras allant dégager l'uretère jusqu'à la voûte du vagin. J'attacherai alors l'uretère à son point le plus inférieur et enlèverai toute la partie supérieure avec le rein. Je compléterai l'opération en enlevant l'extrémité vésicale de l'uretère par le vagin, la patiente étant dans la position de la lithotomie."

LES TRAITEMENTS RÉCENTS DE L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE, par le Dr Bazy, chirurgien de l'hôpital Tenon.—*L'Union Médicale de Paris*, Vol. 51, No. 11.

Depuis la note publiée dans ce journal par White, de Philadelphie, sur le traitement de l'hypertrophie prostatique par la castration, depuis surtout son deuxième mémoire lu le 28 mai 1895, à la réunion de l'Association chirurgicale américaine, à New-York, et le lendemain à Niagara-Falls, à la réunion de l'Association génito-urinaire américaine, quelques chirurgiens ont eu l'attention attirée dans tous les pays par la possibilité de guérir par des méthodes indirectes l'hypertrophie prostatique. C'est ainsi qu'on a été amené à faire la castration soit simple, soit double, la ligature des cordons spermatiques, la résection et la ligature des canaux déférents.

Je ne reviendrai pas sur le point de départ de la méthode exposée par White, ici, et qui réside dans l'analogie établie par Velpeau, puis par Thompson, entre les fibro-myomes utérins et l'hypertrophie prostatique.

La répugnance des malades et des chirurgiens à accepter et à proposer la castration en a conduit quelques-uns à lui substituer la résection avec ou sans ligature des canaux déférents.

Harrison, dès 1893, publiait une observation déjà ancienne. Haynes (de Los Angeles) en publiait une autre. Pavone, puis Isnardi, en publiaient d'autres cas ; après eux vinrent Chalot, Guyon, Routier.

La ligature et la résection des cordons spermatiques a été proposée par White et expérimentée par lui sans succès, puis faite par Mears, Stafford, etc., par moi-même dans un cas que je publierai.

Toutes ces méthodes ont eu des succès et des insuccès.

Il faut dire cependant que le plus grand nombre de succès appartient à la castration, et à la castration double.

Je dis castration double, parce qu'on a proposé la castration simple, qui aurait l'avantage de la castration double sans en avoir les inconvénients. Or, il est bien démontré que l'absence ou l'ablation d'un seul testicule n'a aucune espèce d'influence sur le volume de la prostate ni sur la miction.

S'il est vrai que les individus atteints de cryptorchidie, d'atrophie congénitale ou infantile des testicules aient une prostate atrophie rudimentaire, il n'en est pas de même des monorchides. J'ai eu l'occasion de voir un assez grand nombre de monorchides atteints d'affections des voies urinaires, et chez lesquels j'ai été amené à examiner la prostate ; chez aucun je n'ai trouvé d'asymétrie. Mon attention a redoublé depuis la publication des faits de castration simple ou double, dans l'hypertrophie prostatique ; or, mes examens n'ont fait que me confirmer dans mes premières remarques.

Les atrophies ourliennes se comportent de même ; les castrations simples pour néoplasmes ont le même résultat. Godard l'avait remarqué depuis longtemps.

L'atrophie prostatique a donc pour condition l'atrophie ou la disparition des deux testicules. Tant qu'il en reste un, il semble qu'il y ait une *sécrétion*