

terne du pubis et surtout son absence de bon drainage efficace. La comparaison qu'on a voulu faire avec les hystérectomies vaginales et abdominales est complètement inexacte, car ici la voie haute est la "voie propre" ce qui est tout le contraire pour la prostatectomie sus-pubienne.

Je ne crois pas à l'avenir de la suture immédiate urétrovésicale car outre qu'elle est impossible dans la moitié des cas, faute d'un jour suffisant — et l'ablation des tumeurs vésicales péricervicales est là pour le prouver — on déchire souvent l'urètre tout entier en l'enlevant avec la glande.

Pour mon compte, j'ai enlevé trois fois sur quatre l'urètre prostatique tout entier avec la glande, ce qui n'empêche pas deux de ces malades d'uriner aujourd'hui comme tout le monde, malgré cette technique qui semble aussi peu chirurgicale que possible, et l'on se demande comment peuvent se rétablir les mictions régulières. Cela est au moins tout aussi curieux que de voir des malades marcher très correctement après l'astragalectomie.

Le Freyer à mon sens donne donc une grande sécurité pendant l'opération et une incertitude après, ce qui est tout le contraire pour la périnéale.

Quant à la technique, l'ongle suffit très bien pour effriter les deux muqueuses urétrale et vésicale.

Dans les hypertrophies du lobe moyen, en effet, il y a une ascension de l'urètre prostatique qui se prolabe dans la vessie de sorte que le versant antérieur du lobe moyen est formé par de la muqueuse urétrale.

*

En résumé ma pratique et ma conduite actuelle dans la prostatectomie est la suivante :

Je fais la prostatectomie périnéale (procédé français), dans l'immense majorité des cas en promettant à peu près sûrement la guérison, car il s'agit là d'une opération simple et vraiment bénigne, ne demandant jamais plus d'une demi-heure.

Je fais la prostatectomie combinée péri-no-sus-pubienne, d'après mon procédé, dans les très grosses hypertrophies à évolution vésicale et on peut s'en assurer avec le tou-

cher combiné recto-sus-pubien, avec la cysto-transvésicale de Füller-Freyer aux cas de toscopie ou avec le résonateur Guyon qui permet d'apprécier les chefs latéraux.

Je réserve enfin la prostatectomie haute prostatiques rétentionnistes avec "hématuries graves" et profuses permettant d'envisager l'hypothèse d'une tumeur vésicale surajoutée et que le cystoscope ne peut révéler. Une taille haute faite pour trouver une tumeur qui n'existe pas se terminera alors tout naturellement comme dans deux de mes cas par une prostatectomie haute, mais alors on ne pourra pas promettre la guérison, le coefficient de mortalité opératoire étant évidemment plus élevé dans cette opération, d'un avis unanime.

x

Caractères physiques et chimiques des eaux de "La Preste" (1)

(Par le Dr Jeanbreaux, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier)

L'eau de LA PRESTE est fournie par trois sources extrêmement abondantes puisque le débit atteint près de 1,800,000 litres par jour.

Cette eau est d'une parfaite limpidité avec des reflets bleuâtres rappelant ceux d'une solution de quinine; elle a une saveur légèrement acidulée.

Sa température est de 44 degrés centigrades.

Nous possédons trois analyses de l'eau faites au griffon même. La première a pour auteur le professeur Anglada, de Montpellier, et date de 1830. La seconde est due à M. le docteur Vincent, membre du Conseil supérieur de Santé de la Marine, envoyé tout spécialement à LA PRESTE en 1868, à cet effet, par le ministre de la Marine. Le rapport officiel de cette mission a été publié dans les "Archives de Médecine navale", de janvier 1868. Les conclusions du docteur Vincent furent si favorables qu'elles décidèrent comme nous l'avons dit,

(1) Les produits que nous annonçons n'étant que des produits dont nous avons pu apprécier la valeur et l'efficacité, nous nous faisons un grand plaisir de communiquer à nos lecteurs, ces renseignements sur l'eau de la Preste, à la demande de notre excellent confrère, le Dr Jeanbreaux, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier (France).