

L'exploration rectale ne doit jamais être négligée. Il est des sujets chez qui elle ne révèle aucune lésion ; habituellement, on trouve deux types, bien distingués par KEERSMECKER : tantôt la prostate demeure régulièrement tuméfiée, molle, sans noyaux durs, peu sensible, forme qui répond à une prostaticorrhée assez copieuse ; tantôt la glande est moins volumineuse, mais irrégulière, à noyaux durs, et cela répond aux formes moins sécrétantes, à virgules dans le second verre.

2° SYMPTÔMES FONCTIONNELS. — Les symptômes fonctionnels peuvent être réduits au minimum. Un peu de pesanteur à l'anus ; parfois une irridiation douloureuse dans l'urètre ; chez quelques malades, une sensation de vraie souffrance au moment de l'éjaculation ; quelque fréquence dans les besoins de miction ; des érections incomplètes ; une émission de sperme qui est très hâtive ou retardante : c'est à peu près le tableau ordinaire. Mais sur cette symptomatologie atténuée vient s'exercer le travail grossissant de l'imagination, de la nervosité, des lectures extra-scientifiques, et l'on voit fréquemment des malades qui, obsédés par leur écoulement, arrivent à une véritable psychopathie sexuelle.

Il est, cependant, des troubles réels de la miction, de l'excrétion prostatique et des fonctions génitales, que FINGER et FURBRINGER ont bien analysés. On observe des besoins plus fréquents et plus impérieux d'uriner ; après chaque défécation, de faux besoins peuvent persister, dus à l'excitation née du passage du bol fécal. Au moment de l'éjaculation, une douleur lancinante peut être ressentie dans les parties profondes de l'urètre ou du côté du rectum : elle tient vraisemblablement au rétrécissement de l'orifice des conduits éjaculateurs par l'infiltration ou l'hyperplasie conjonctive.

**Traitement.** — Le traitement est d'abord un traitement moral. « Déclarez nettement, conseille GUYON, aux névropathes qu'ils ne sont pas prostatiques, et aux prostatiques qu'ils ne sont pas voués, par une insignifiante lésion, aux maux que subissent les névropathes. » Hydrothérapie tiède, plein air, exercice ; lavements très chauds ; suppositoires mercuriels ou iodurés. Dans le cas de lésion nette du verumontanum, la

médication topique peut être portée directement avec l'endoscope. Les instillations au nitrate d'argent sont plus souvent employées. La dilatation mécanique par les gros béniqués est utile. THURE BRANDT, SCHLIFKA, ROSENBERG, KEERSMECKER ont vanté les bons effets du massage intrarectal.

## ARTICLE II

## HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

**Anatomie pathologique.** — 1° ÉTUDE MACROSCOPIQUE. — Les formes de l'hypertrophie prostatique se rattachent à deux types. Tantôt l'hypertrophie est générale : la glande est développée en masse. Tantôt, au contraire, la tuméfaction est partielle ou tout au moins offre une localisation dominante, soit sur le lobe moyen, soit sur les lobes latéraux : la glande est plus déformée que grossie, le canal prostatique se dévie ou l'orifice du col s'encombre.

1. *Déformations du canal prostatique.* — L'élément « déformation » prime de beaucoup l'élément « hypertrophie ». Or, cette action déformante peut porter, suivant la localisation anatomique du processus, soit sur le tronçon prostatique du canal, soit sur le méat interne et la région cervicale de la vessie. C'est à EVERARD HOME que nous devons cette distinction capitale opposant les lésions intra-vésicales de l'hypertrophie prostatique aux lésions uréthrales. Sans doute, les acquisitions récentes ont modifié, au point de vue anatomique, la conception d'EVERARD HOME : à l'état normal, il n'y a pas de lobe moyen, mais une simple commissure joignant les deux lobes latéraux ; à l'état pathologique, ce sont, comme l'ont établi les travaux de JONES et d'ALBARRAN, les glandes juxta-cervicales, qui créent cette déformation, à saillie endo-vésicale. Mais, quelle que soit son origine, le *lobe moyen*, anatomiquement non préexistant, est cliniquement fréquent.

Une modification de l'urètre est à peu près constante : c'est l'allongement. Et cela s'explique : les hypertrophies, même

partielles, s'associent presque toujours à un développement total de la glande, ainsi qu'il ressort du tableau de THOMPSON. La partie prostatique du canal, qui mesure normalement 3 centimètres, atteint souvent une longueur de 5, 6 et même 8 centimètres ; ne voyons-nous pas, par analogie, la cavité des utérus fibreux s'allonger considérablement ?

Les lobes latéraux, en se développant, poussent l'une contre l'autre leurs faces convexes : telles deux amygdales tendant à

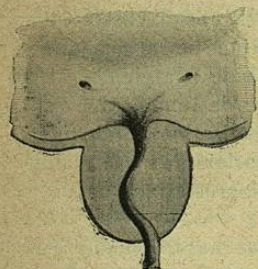


Fig. 224.

Déformation en S du canal prostatique (Pousson).

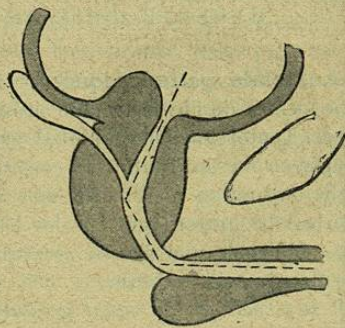


Fig. 225.

Déformation de la paroi inférieure dont la courbure est remplacée par une coudure (Pousson).

s'adosser sur la ligne médiane. En même temps, ils augmentent l'écart entre le plafond et le plancher du canal, si bien que la coupe transversale de l'urètre prostatique prend la forme d'une fente verticale, allongée entre les deux lobes latéraux, étroite au maximum au niveau de leur adossement, mais présentant en haut et en bas un élargissement triangulaire qui répond à l'écart interlobaire. Ainsi se trouvent réservées deux rigoles prismatiques aux extrémités pubienne et rectale de la fente uréthrale, rigoles que pourront suivre l'urine ou la sonde : la première surtout répondant à la paroi supérieure moins déformée, reste, par excellence, au point de vue chirurgical, l'espace praticable.

Donc, allongement du canal prostatique, augmentation de son

diamètre antéro-postérieur ou recto-pubien, diminution de ses dimensions transversales : voilà les conséquences habituelles de la tuméfaction totale ; en même temps la courbe du canal tend à s'accroître d'autant plus fortement que le lobe moyen participe davantage à l'altération.

L'hypertrophie se limite-t-elle ou devient-elle prédominante sur un lobe latéral, celui-ci fait saillie du côté de l'urètre et refoule le lobe opposé. L'urètre est dévié par une hypertro-



Fig. 226.

Déformation du col en crupion de poulet (Pousson).

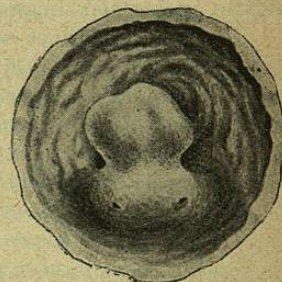


Fig. 227.

Déformation du col en éventail (Pousson).

phie latérale, en une courbe dont la concavité embrasse la saillie du lobe correspondant. La déformation du canal se complique parfois : la courbure est toujours plus ou moins associée à une déviation par soulèvement que produit la tuméfaction du lobe moyen. VOILLEMIEU a signalé que les lobes peuvent « s'engrener » par une sorte d'emboîtement réciproque, en s'opposant deux tumeurs sur une des faces et une sur l'autre ; il en résulte une déviation alterne de l'urètre (fig. 224).

Quand la maladie est localisée sur le lobe moyen, il peut se faire, comme le distingue GUYON, que ce lobe proémine du côté du canal ou du côté de la vessie. Du côté du canal, il accentue la courbure de la partie profonde et la soulève vers le pubis. Ce changement de direction se dessine vers le milieu de la traversée prostatique : la paroi postérieure se porte en haut et

se dresse plus ou moins à pic ; de la courbure progressivement accentuée jusqu'à la coudure angulaire, tous les degrés de déviation se peuvent observer (fig. 223). Ce coude de l'urèthre prostatique est une notion de majeure importance dans le cathétérisme : à son niveau, butera tout instrument qui ne relèvera point assez le bec vers le plafond du canal.

II. *Déformation du col vésical.* — L'hypertrophie du lobe moyen et des glandes juxtacervicales, évoluant vers la vessie, déforme le méat interne. Ces déformations du col vésical peuvent être ramenées à quatre types : 1° la *déformation annulaire*, rare, où le pourtour du col fait saillie en bourrelet circulaire ; 2° la *déformation en barre* (fig. 228), constituant sur la lèvre inférieure du col une épaisse saillie transversale ; 3° l'*hypertrophie pédiculée*, « en croupion de poulet » (fig. 226) où la néoformation prend le type d'une saillie rattachée au col par un pédicule d'épaisseur variable ; 4° l'*hypertrophie sessile*, où le lobe moyen bosselé est parcouru par des sillons qui convergent vers le col (fig. 227), « hypertrophie en éventail » de GUYON.

2° *ALTÉRATIONS HISTOLOGIQUES.* — Si l'on fait une coupe à travers la prostate hypertrophiée, on voit sur la surface de tranche, d'un rouge gris sombre, se hernier de petites masses blanc jaunâtre lobulées, juxtaposées, tassées en certains points, proéminentes, ayant une tendance à s'énucléer de leurs alvéoles. Leur volume est variable : quelques-uns ont les dimensions d'une noisette, d'autres celles d'un pois ; il en est de moins volumineuses. De forme généralement

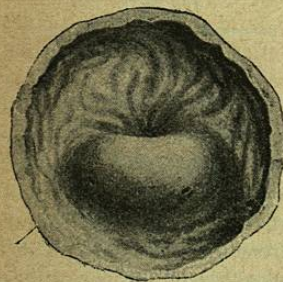


Fig. 228.

Déformation du col en barre (Pousson).

ment ovulaire ou légèrement allongée, ces masses se déforment parfois par pression réciproque. Leur teinte varie depuis une nuance gris jaunâtre pâle, « couleur de buffle », jusqu'au jaune très foncé.

Quelle est la signification histologique de ces corps sphéroïdes ? — Il y a dans la prostate deux éléments : l'un glandulaire ; l'autre conjonctif et musculaire. Sur lequel des deux porte la lésion primitive et essentielle ? Est-ce sur le *stroma fibromusculaire* et s'agit-il, comme le pensaient NÉLATON, VOILLEMIER et LE DENTU, de véritables « corps fibreux » de la prostate, dont l'analogie histologique avec les fibromes de l'utérus, basée sur l'équivalence morphologique des deux organes, a donné lieu à un parallèle longtemps classique ? — Est-ce, au contraire, sur les *lobules glandulaires* de l'organe, comme VELPEAU et THOMPSON le pensaient ?

La lésion initiale et dominante de l'hypertrophie prostatique est une *altération glandulaire* : les recherches d'ALBARRAN et de MOTZ l'ont établi. La majeure partie du tissu pathologique est formée de lobules glandulaires dilatés, proliférés. Selon les rapports quantitatifs des lésions portant sur le *tissu glandulaire* ou sur le *stroma conjonctif*, on peut distinguer, d'après ALBARRAN et HALLÉ, trois groupes : 1° hypertrophies glandulaires pures (forme que nous croyons plus rare qu'ALBARRAN et HALLÉ ne l'ont indiqué et que conteste CIECHANOVSKI) ; 2° hypertrophie mixte (forme la plus fréquente, s'observant dans la moitié des cas) ; 3° l'hypertrophie fibreuse (forme exceptionnelle). Le tissu glandulaire hypertrophié se dispose, ordinairement, sous la forme de ces petites tumeurs sphériques, de ces « corps sphéroïdes » que LAUNOIS avait appelés *fibromes glandulaires*.

Quelle est cette lésion glandulaire ? « La lésion glandulaire essentielle de l'hypertrophie prostatique, nous disent ALBARRAN et HALLÉ, peut être regardée, soit comme un vrai adénome bénin développé sous les influences encore inconnues qui déterminent les néoplasies épithéliales, soit comme une de ces lésions inflammatoires chroniques, si voisines, qui aboutissent à la prolifération du tissu glandulaire avec ou sans réaction du stroma. Il y a plus : dans un certain nombre de prostates séniles que les caractères et l'évolution clinique de la maladie, non moins que les lésions macroscopiques de l'autopsie, classent nettement dans le groupe des hypertrophies séniles bénignes, existent des lésions néoplasiques épithéliales plus

avancées, avec des caractères histologiques évidents de malignité. »

De même que pour la mamelle, une série progressive de lésions épithéliales glandulaires conduit, par une échelle croissante de malignité, de l'adénome simple, lésion d'irritation banale, au lobule d'épithélioma adénoïde, à l'infiltration épithéliale du stroma, au cancer alvéolaire de l'organe. — Nous ne contestons point cette évolution histologique, conforme à ce que nous voyons ailleurs où l'hyperplasie épithéliale confine à la néoplasie. Mais, en clinique, cette transformation, bien qu'établie par des faits où l'on voit le cancer succéder brusquement aux symptômes typiques de l'hypertrophie bénigne, nous paraît demeurer plus rare que ne le feraient craindre les observations d'ALBARRAN et HALLÉ, qui ont trouvé, dans plus d'un dixième des cas, — 12 fois sur 86, — ces lésions épithéliales nettement malignes.

Les lésions du stroma fibro-musculaire sont secondaires et accessoires. C'est une véritable cirrhose hypertrophique d'origine glandulaire. C'est le type le plus fréquent : c'est l'hypertrophie mixte, fibro-glandulaire.

3° LÉSIONS DE LA VESSIE ET DES REINS. — Du côté de la vessie, les lésions, bien étudiées par JEAN, LAUNOIS et BOHDANOVICZ, se caractérisent par la formation de *colonnes* et de *cellules* : cela résulte de la rétention, des efforts expulsifs et de la dépression de la muqueuse qui s'enfoncé à travers les fibres dissociées de la musculature.

Aux périodes avancées de la maladie, il se produit, sous l'effet de la rétention, combinée à des infections atténuées et à la toxémie, des lésions de néphrite scléreuse : du poids moyen de 160 à 170 grammes, le rein descend à 100, 80 grammes ; des saillies le bossellent, que séparent des sillons plus ou moins profonds. L'infection surajoute des lésions de pyélonéphrite purpurée, à la néphrite interstitielle, à la sclérose portant surtout sur l'écorce.

**Pathogénie.** — Deux opinions sont en présence. La première, surtout défendue par GUYON, rattache la lésion prostatique à un processus capable de s'étendre, souvent à degrés inégaux, sur

l'ensemble de l'appareil urinaire, vessie et reins : ce processus est en rapport avec la sénilité des organes ; l'artério-sclérose est à la base de l'affection. La seconde théorie fait de la lésion prostatique l'élément primitif et prépondérant de la maladie.

Cette seconde opinion se fonde sur des arguments valables : chez beaucoup de prostatiques l'artério-sclérose est absente ; elle est exceptionnelle dans la prostate ; elle manque dans les formes glandulaires de l'affection. C'est dans l'appareil glandulaire de l'organe que débute et prédomine le processus. Doit-on ranger ces lésions glandulaires dans le cadre des inflammations chroniques ? Un certain nombre d'hypertrophies prostatiques relèvent de cette pathogénie, qu'ont soutenue les travaux récents de CIECHANOVSKI, de GREENE et de BROOKS : des infections très atténuées venues de l'urèthre pénètrent dans les follicules prostatiques et y suscitent un travail de prolifération épithéliale. Des culs-de-sac glandulaires, le processus s'étend au stroma conjonctif et musculaire qui réagit secondairement et, après une phase d'infiltration jeune, peut aboutir à la sclérose. Pour d'autres formes, il faut admettre, avec ALBARRAN et HALLÉ, que l'hypertrophie prostatique est une véritable néoplasie, d'origine glandulaire, se présentant sous des types anatomiques variables : 1° adénome bénin, pouvant évoluer vers la malignité en se transformant en épithélioma ; 2° adéno-fibrome ; 3° fibrome glandulaire.

**Symptomatologie.** — L'évolution de la maladie peut, comme le propose GUYON, être divisée en deux périodes : période prémonitoire et période d'état. — La première est occupée par des *symptômes d'ordre dynamique et de nature congestive* : elle est marquée par des troubles de la miction ; elle ne manque qu'exceptionnellement, se prolonge parfois indéfiniment et peut n'aboutir jamais à la seconde période. — Dans cette seconde phase, *les phénomènes sont d'ordre mécanique* : le prostatique est devenu rétentionniste et ne vide plus sa vessie ; sa rétention peut être complète ou incomplète ; un pas de plus, la vessie arrive à la distension et le malade à l'incontinence.

1° PÉRIODE PRÉMONITOIRE. — Les symptômes sont : 1° la *fréquence nocturne des mictions*, le besoin se renouvelant surtout pendant la seconde moitié de la nuit ; 2° la *dysurie*, consistant dans la difficulté à émettre la première urine et la lenteur de l'écoulement ; 3° la *diminution de la portée du jet*, l'urine tombant presque perpendiculairement, de sorte que le malade « pisse sur ses souliers ».

Ces troubles de la miction sont nettement influencés par une série de conditions : le repos, soit dans le décubitus, soit dans la station assise, les exagère ; il en est de même de la constipation, des excès de table, des poussées hémorroïdaires, des excitations sexuelles, des refroidissements : autant de causes qui déterminent une poussée congestive dans les vaisseaux prostatiques.

2° PÉRIODE DE RÉTENTION. — I. *Rétention aiguë*. — Le prostatique peut y entrer d'un coup, par un accès de rétention aiguë : un malade, depuis quelque temps sujet à des mictions nocturnes fréquentes et difficiles, s'est exposé à l'une de ces influences hyperémiantes signalées ; lorsqu'il se présente au vase, l'impossibilité d'uriner est complète et les efforts ne font qu'accentuer l'obstacle ; le malade est anxieux, agité, les douleurs sont vives ; les besoins répétés et pressants.

Après une crise aiguë, il est des malades qui restent rétentionnistes, la distension ayant forcé la contractilité vésicale ; plus souvent, l'organe revient à l'expulsion volontaire.

II. *Rétention chronique et stagnation*. — Ordinairement, la rétention s'établit peu à peu. Le malade vide incomplètement sa vessie. Il urine, mais n'urine point tout. Si on le sonde après une miction, on lui trouve un résidu de 50, 100, 200, et jusqu'à 600 grammes.

Cette diminution de la contractilité vésicale, est-elle due à la *sclérose vésicale primitive* ou bien se rattache-t-elle à la *distension secondaire de la vessie* ?

Il est quelques cas où il faut accorder une place prépondérante à l'affaiblissement musculaire de la paroi vésicale. Mais dans la très grande majorité des cas, l'obstacle prostatique demeure, comme MERCIER l'a défendu, la cause primitive et

prépondérante des troubles fonctionnels : il trouve dans la sclérose vésicale un élément auxiliaire de stagnation urinaire et de distension passive ; mais rien de plus. Si l'on mesure, avec un tube manométrique, la valeur de la contractilité vésicale, on peut constater la permanence de pressions fortes.

3° PÉRIODE D'INCONTINENCE. — L'incontinence d'urine est symptomatique de la stagnation vésicale et surtout de la *stagnation avec distension*. — Le mécanisme en est simple : un résidu stagne dans la vessie ; celle-ci, aux parois scléreuses, subit une distension graduelle. Rétention et distension s'enchaînent et s'aggravent mutuellement : un jour vient où, sous l'influence de la dilatation excentrique de la vessie, le col est forcé ; le viscère reste habituellement distendu, et ce n'est que le trop-plein qui s'écoule. C'est une *miction par regorgement*.

Quand l'incontinence vraie apparaît, la situation du prostatique est devenue grave. La distension de la vessie entretient dans le rein une congestion réflexe vive, et la polyurie en est l'indice clinique. L'incontinence est d'un pronostic particulièrement grave, quand elle prend le type de cette « polyurie trouble », bien décrite par GUYON, atteignant 4 et 5 litres, ne se dépouillant pas par le repos des éléments purulents qu'elle tient en suspension, révélatrice de la pyélo-néphrite. Mais, même avec de la « polyurie limpide », les « grands distendus », dont la vessie remonte à l'ombilic, sont dans un état d'équilibre très instable : le premier cathétérisme peut ouvrir, chez eux, le commencement d'une insuffisance rénale progressive, mortelle en deux ou trois semaines.

Il est exceptionnel qu'un prostatique atteigne cette période sans présenter des troubles généraux plus ou moins graves et de fâcheux augure. Ils sont fébriles ou apyrétiques : parfois, la fièvre apparaît sous le type d'accès francs, répétés ; chez d'autres malades, elle est insidieuse, et l'on est surpris de trouver une élévation thermique vespérale montant à 38°, 3, 39°, 39°, 5. Les troubles digestifs sont presque constants et doivent solliciter, au premier rang, l'attention du clinicien : tantôt, c'est de l'embarras gastrique, de la constipation, tantôt

une dyspepsie, dont l'allure est banale, mais dont la ténacité doit attirer l'attention du clinicien. L'état s'accroît : la langue est empâtée et collante, la bouche sèche, la soif vive. Un pas de plus et le malade devient un « grand urinaire » : la langue, sèche et rouge, se rôtit ; faute de salive, la mastication est incomplète ; l'état de « dysphagie buccale » de GUYON se dessine : le malade ne peut manger le pain et perd l'appétence pour la viande. Les nausées, parfois les vomissements, viennent augmenter ce désordre de la nutrition.

COMPLICATIONS. — Il convient, avec ALBARRAN, de distinguer : 1° des complications aseptiques ; 2° des complications infectieuses.

*Complications aseptiques.* — Ce sont : 1° la *pyélo-néphrite aseptique*, qui évolue consécutivement à la rétention vésicale et à la distension urétérale ; 2° la *transformation de l'hypertrophie en épithélioma* ; 3° l'*hématurie*.

L'hématurie est rare pendant la première période de la maladie et se borne alors à quelques gouttes de sang émises à la fin de la miction. Elle apparaît le plus souvent alors que le prostatique ne vide plus sa vessie. — On l'observe dans les diverses conditions suivantes : 1° dans les accès de rétention complète, où l'hématurie est surtout d'origine vésicale ; 2° dans la rétention chronique incomplète, sans distension vésicale ; 3° dans la rétention chronique avec vessie distendue, cas où l'hématurie succède habituellement au cathétérisme et prend la forme d'une véritable *hémorragie ex vacuo*, par décompression et afflux brusque du sang dans les capillaires qui ne sont plus soutenus par la tension intravésicale. — Tous les points de l'appareil urinaire, de l'urèthre au rein, peuvent contribuer à ces hématuries : la vessie n'en est pas la seule origine ; la prostate, comme le pense BAZY, en est le siège fréquent et les reins y peuvent participer chez les prostatiques distendus.

Le diagnostic se pose entre ces hémorragies et celles qui révèlent les néoplasmes vésicaux : comme ces dernières, elles sont d'ordre congestif, et, partant, mobiles ; mais elles n'en ont généralement ni l'abondance, ni la soudaineté. Ce diagnostic peut être tranché par l'examen cystoscopique. Quand le trouble

du contenu vésical empêche la cystoscopie, c'est au toucher rectal combiné au palper hypogastrique qu'il faut recourir : la palpation bimanuelle permet d'apprécier la tumeur des néoplasmes, surtout dans la forme infiltrée, de la distinguer de la prostate hypertrophiée.

Le rôle de la congestion dans la production des hématuries des prostatiques est prouvé par leur cessation quand la vessie est mise au repos par la sonde à demeure : GUYON et BAZY l'ont bien établi. — Il faut veiller à ce que la sonde soit bien placée : si elle sort, la vessie se distend et saigne à nouveau. — Nous employons ordinairement une sonde béquille en gomme, à deux yeux, dont l'un est placé sur la portion recourbée, non au contact de la paroi vésicale, à large calibre intérieur, de gros numéro — 22 à 25. Par cette sonde, on fera des irrigations, doucement poussées, avec l'eau à 50 degrés, avec la solution d'antipyrine à 1/30, avec le sérum gélatiné de Carnot ou avec 100 grammes d'une solution de tannin à 1/100. Si des caillots obstruent la sonde et distendent la vessie, on en fera l'aspiration par la seringue. Il est nécessaire, dans les cas où les caillots sont abondants, de recourir aux grosses sondes en argent qui servent à l'aspiration après la lithotritie : tirez sur le piston sans brusquerie ; les caillots viennent mieux sous une traction continue, ayant besoin de s'accommoder au canal rigide qu'ils vont traverser. La persistance et l'aggravation de l'hématurie peuvent devenir une indication à la taille hypogastrique.

*Complications infectieuses.* — L'infection trouve, chez les prostatiques, des conditions très favorables : stase urinaire, distension et congestion de bas en haut de l'appareil urinaire, vessie, uretères, reins ; insuffisance rénale et intoxication urinaire ; sur ce terrain ainsi préparé, apport de germes par le cathétérisme. De là, en allant de bas en haut : l'urétrite et l'orchio-épididymite ; la cystite, à laquelle se surajoutent souvent des calculs secondaires phosphatiques ; l'urétérite ; l'urétéro-pyélo-néphrite septique par infection ascendante.

**Diagnostic.** — Un homme vieux pisse plusieurs fois dans la seconde moitié de la nuit ; son jet est retardant et sans portée ;

sa pollakiurie nocturne et sa dysurie sont influencées par toutes les causes de congestion pelvienne : il s'agit d'un prostatique à la première période qui vide encore sa vessie.

Un malade est arrivé à la période de stagnation vésicale. Le diagnostic, comme le dit BAZY, peut se poser dans deux conditions différentes : tantôt nous y sommes conduits directement par des troubles urinaires nets ; tantôt c'est pour d'autres symptômes que nous sommes consultés et nous devons y venir indirectement. Dans le premier cas, les malades se plaignent d'envies fréquentes, diurnes et nocturnes, d'incontinence, de douleurs dans la miction, d'altération dans les urines. L'examen vous montrera que la vessie ne se vide point. Etablissez ce fait : 1° par la percussion qui montre une matité hypogastrique ; 2° par la palpation abdominale qui fait constater, après la miction, un globe vésical remontant plus ou moins haut vers l'ombilic ; 3° exploration périlleuse et qu'il est préférable d'écarter, par le cathétérisme qui évacue le résidu urinaire persistant après la miction spontanée.

Dans le second cas, les malades se plaignent d'amaigrissement, de perte de forces, de soif vive, de sécheresse de la bouche ; ils deviennent de plus en plus incapables de s'alimenter. Le globe vésical distendu, la polyurie, les besoins fréquents et l'incontinence établissent le diagnostic. Chez ces sujets, la moindre infection peut déterminer les accidents les plus graves. Bien plus, nous avons vu maintes fois ces grands distendus succomber à l'insuffisance rénale, sans qu'aucune infection ne puisse être incriminée. Aussi le cathétérisme doit-il être proposé avec indication formelle de ses risques : il doit être aseptique et ne jamais mettre à sec ces vessies distendues. — Pour apprécier la longueur de la portion prostatique de l'urètre, on peut user de l'*explorateur à boule olivaire*. — Pour se rendre compte de l'inégale saillie des lobes latéraux, des hypertrophies partielles du col, de la profondeur du bas-fond, il faut recourir à l'*explorateur métallique coudé*. Le *toucher rectal* permet d'apprécier la forme, la consistance, le relief de la prostate, l'épaisseur des parois vésicales. Mais ce ne sont point les glandes à saillie rectale la plus accentuée qui

déterminent les obstructions les plus graves et surtout les plus incurables opératoirement : à une prostate peu développée en masse peut correspondre une déformation urétrale grave ou un obstacle de siège cervical. D'autre part, il est illusoire de chercher une relation exacte entre la consistance de la prostate et sa structure histologique et d'affirmer que les prostatites dures correspondent aux formes fibreuses de l'hypertrophie, tandis que les formes glandulaires s'observent dans les prostatites molles.

**Traitement.** — Le traitement de l'hypertrophie prostatique comprend : 1° des moyens palliatifs ; 2° des procédés curatifs, ou qui prétendent l'être.

Parmi les premiers se rangent : 1° les règles hygiéniques qui s'efforcent d'enrayer le progrès de la lésion anatomique ou d'écartier ses complications ; 2° le cathétérisme, qui assure l'évacuation vésicale, empêche la stagnation urinaire, et pare à la rétention, sous ses divers modes cliniques ; 3° le drainage de la vessie soit au périnée, opération de Thompson, soit à l'hypogastre, opération de Poncet et Mac Guire.

Les procédés curatifs s'attaquent à la lésion anatomique elle-même, soit *directement*, soit *indirectement*. Les interventions *directes* réalisent la suppression de l'obstacle prostatique, tantôt grâce à son excision par voie hypogastrique ou périnéale, tantôt en se contentant, par l'incision périnéale de la glande, de calibrer et de régulariser l'urètre prostatique déformé. Les procédés *indirects* s'efforcent d'obtenir la réduction atrophique de l'organe, en tirant parti de la solidarité fonctionnelle qui relie la prostate aux testicules et en réalisant soit la suppression de ces derniers par la castration, soit leur séparation fonctionnelle par la résection des canaux déferents, soit leur modification trophique par la section des vaisseaux et des nerfs.

**TRAITEMENT PALLIATIF.** — I. *Hygiène.* — Le malade doit éviter toute cause de congestion : les excès de table, de coït, la sédentarité, la constipation.

II. *Cathétérisme.* — Le cathétérisme demeure la base du traitement des prostatites. Les indications sont :

mières périodes, la rétention aiguë; 2° la rétention chronique, avec stagnation. Les instruments employés à sonder les prostatiques sont : 1° la sonde de Nélaton, en caoutchouc rouge, recommandable par sa souplesse et sa facile stérilisation par bouillissage; 2° les sondes en gomme, à béquille, coudées ou bicoudées, dont le bec relevé suit la paroi supérieure du canal, évitant ainsi de buter contre l'obstacle prostatique; 3° la sonde métallique de Gely, à grand rayon, qui, souvent, passe à travers des prostatites infranchissables aux sondes coudées. — Le cathétérisme doit être *aseptique*. L'évacuation doit être *lente et graduelle*. L'emploi d'une sonde à demeure est indiqué : par les difficultés du cathétérisme, par l'hématurie, par les accidents infectieux. Les instruments utilisés dans ce but sont : les sondes béquilles en gomme, à deux yeux; les sondes de Pezzer ou de Malécot, dont l'extrémité vient se fixer au col par son ampoule renflée ou ses ailettes. On reconnaît que la sonde est bien placée quand on a obtenu le « goutte à goutte », c'est-à-dire quand l'urine s'écoule par gouttes régulières.

III. *Ponction sus-pubienne de la vessie*. — Dans un cas de rétention aiguë, ni le Nélaton, ni la sonde béquillée ou bicoudée, ni le cathéter à grand rayon de Gely n'ont pu passer : videz la vessie par la ponction aspiratrice.

IV. *Cystotomie sus-pubienne*. — La taille sus-pubienne de la vessie permet, soit d'établir un drainage *temporaire* de l'organe et des voies urinaires supérieures, — ce qui demeure une *cystotomie* — soit de créer une dérivation urinaire *permanente* par un véritable méat artificiel à l'hypogastre — ce qui devient une *cystostomie* (opération de Mac Guire et Poncet). Chez les *prostatiques rétentionnistes infectés*, quand il y a de la fièvre, quand les urines se troublent, quand il existe des symptômes généraux graves d'infection urinaires, l'ouverture de la vessie trouve sa plus nette indication. Chez les prostatiques *en rétention aseptique*, quand le cathétérisme est difficile ou douloureux, l'indication est moins nette : la sonde à demeure est un recours dont il faut épuiser les services avant de songer à une fistule sus-pubienne; et quand le cathétérisme est contre-indiqué, la prostatectomie devient l'intervention rationnelle.

TRAITEMENT CURATIF. — I. *Prostatotomie*. — L'idée en est vieille. On a pensé longtemps que l'obstacle à la miction était constitué par la surélévation du col, par un obstacle barrant transversalement l'entrée vésicale : c'était la barre de Guthrie, la valvule de Mercier. De là, la proposition d'inciser l'obstacle. La méthode de BOTTINI emploie comme instrument destructeur de la barre un inciseur galvano-caustique : FREUDENBERG, en 1905, a publié une statistique sur 152 cas d'opération de Bottini, avec guérison complète dans plus de la moitié des cas et résultats satisfaisants dans 90 p. 100 des faits; en France, l'opération de Bottini est mal appréciée et peu usitée. — Les opérations de THOMPSON et d'HARRISSON consistent à passer par le périnée pour élargir la prostate. L'urètre membraneux est ouverte comme dans une uréthrotomie externe. Puis, on rétablit le calibre du canal prostatique soit par la dilatation et le placement d'une grosse sonde du n° 39 — opération de Thompson, — soit par l'incision de la prostate et la mise à demeure, pour empêcher le rapprochement des lèvres de la plaie prostatique, d'un gros drain en gomme à tube double, analogue à une canule de trachéotomie, destiné à rester en place six à douze semaines — opération de HARRISSON.

V. *Prostatectomie*. — L'extirpation de la prostate tend, aujourd'hui, à devenir une méthode d'application de plus en plus élargie : la précision de ses techniques et la garantie de sécurité qui en résulte en sont les raisons. Le point qu'il faut fixer maintenant, c'est le champ exact de ses indications. Le cathétérisme garde malgré tout, et surtout en pratique courante, la place prépondérante. — Les difficultés du cathétérisme, dans la *rétention complète*, non aiguë (douleurs, hémorragies, fausses routes); l'infection vésicale; la condition sociale du prostatique hors d'état d'être sondé aseptiquement et régulièrement : telles sont les indications, peu contestables, de la prostatectomie. Ici, d'ailleurs, les résultats à distance sont les plus favorables; car la contractilité vésicale a été conservée par la sonde et les malades peuvent, après l'opération, vider complètement la vessie. — Dans la *rétention chronique incomplète*, aseptique, avec distension et miction par regorgement, l'opération perd de sa



sécurité immédiate et de son efficacité définitive, un résidu urinaire plus ou moins abondant pouvant persister après l'intervention; mais, d'autre part, le cathétérisme est si souvent périlleux, en pareil cas, que nous croyons la prostatectomie appelée, alors, à de croissantes applications.

La prostatectomie peut être pratiquée par le périnée, par l'hypogastre, ou par ces deux voies combinées.

La *prostatectomie périnéale*, bien précisée au point de vue technique par ALBARRAN, PROUST et GOSSET, est descendue actuellement à un faible coefficient de mortalité : 4 à 8 p. 100. La *prostatectomie transvésicale* de FULLER et FREYER entre en parallèle avec elle; et les indications respectives de ces deux voies — haute et basse — ont encore besoin de précision. La voie transvésicale, d'une plus haute mortalité, convient mieux aux grosses prostatites, avec déformation cervicale dominante, aux cas de rétention incomplète, à ceux compliqués de gros calculs. La voie périnéale est mieux indiquée dans les prostatites à volumineuse saillie intra-rectale, aux sujets très obèses, aux cas aggravés par l'infection vésicale, aux glandes petites et scléreuses avec périprostatite.

VI. *Castration*. — En 1893, RAMM et WHITE ont proposé la castration comme moyen de cure radicale de l'hypertrophie prostatique. — Un fait expérimental est constant : la castration double détermine chez tous les animaux une atrophie prostatique rapide, déjà très marquée un mois et demi à deux mois après l'opération; cette atrophie porte surtout sur le tissu glandulaire; les modifications du stroma sont tardives et variables; de ces changements de structure résulte une diminution de volume de l'organe. Cette atrophie est manifeste même lorsqu'on expérimente sur de vieux animaux. L'observation clinique confirme-t-elle ces résultats? La castration double a bien pour effet de diminuer le volume de la prostate hypertrophiée, et ce résultat paraît surtout dû à la décongestion de la glande. Sur la vessie elle-même, sur les symptômes dysurie et rétention, il y a des améliorations signalées. Mais ces résultats médiocres et inconstants, n'ont pas réussi à empêcher le discrédit actuel de la castration, qui, d'ailleurs, n'est point sans dangers chez cette catégorie de malades.

IV. *Résection des canaux déférents*. — A la suppression de l'organe par la castration, HARRISSON, PAVONE et WHITE ont voulu substituer l'isolement anatomique et physiologique, par la simple résection des canaux déférents. On a noté, et nous-même avons vu, après cette intervention, la fréquence des besoins diminuer, la miction ou le sondage devenir plus faciles, les douleurs s'apaiser; des actions vasomotrices, décongestionnant l'organe, expliquent ces effets, qui sont peu marqués d'ailleurs dans la rétention chronique complète. Cette intervention est abandonnée.

V. *Angio-neurectomie du cordon*. — Au congrès d'urologie d'octobre 1897, ALBARRAN, se basant sur des expériences faites avec MOTZ, exprimait l'hypothèse que l'angio-neurectomie du cordon qui, chez le chien, amène l'atrophie de la prostate en même temps que celle du testicule, pourrait être appliquée à l'homme. Elle consiste à réséquer, dans une petite étendue, tous les vaisseaux et nerfs du cordon, sauf l'artère déférentielle et une ou deux des veines qui l'accompagnent; le canal déférent est respecté : cette intervention n'est plus même en question.

## ARTICLE III

## CONCRÉTIONS ET CALCULS DE LA PROSTATE

1° *CONCRÉTIONS ET CALCULS D'ORIGINE ENDOPROSTATIQUE*. — Cette variété de concrétions prostatiques interstitielles n'a guère d'intérêt chirurgical : dans la presque totalité des cas, elle ne se traduit par aucun symptôme et ne se constate qu'à l'autopsie. Elle a surtout un intérêt anatomo-pathologique. Il est commun, en effet, après avoir incisé un urèthre, d'observer, dans sa portion prostatique, aux environs du verumontanum, et dans les orifices des canaux prostatiques, de nombreux petits corps brunâtres ou noirâtres « dont les plus volumineux, nous dit THOMPSON, ont d'ordinaire la taille de graines de pavot ».