

Dans tous les cas où l'on est appelé à combattre une incontinence d'urine nocturne, il faut recommander aux parents de réveiller les enfants plusieurs fois la nuit pour les faire uriner. On soumettra le jeune sujet à une alimentation tonique.

Lorsque l'incontinence d'urine est au-dessus des ressources de l'art, on fait porter au malade un appareil propre à recueillir l'urine, à mesure que cette dernière s'écoule au dehors. Dans ce but, on se sert de vases allongés et aplatis, faits de cuir bouilli, de gomme élastique, de gutta-percha, de métal, etc., maintenus en position par des liens fixés à une ceinture et placés de manière à ce que l'extrémité de la verge plonge dans leur orifice. Chez les femmes, on dispose l'ouverture d'un petit urinal exactement contre l'orifice de l'urètre, et l'on maintient un prolongement de l'appareil dans le vagin.

On a également conseillé des appareils compressifs de l'urètre propres à prévenir l'issue de l'urine. Ces moyens sont peu efficaces. Chez les femmes, on pourrait cependant, ainsi que le conseille Boyer, comprimer l'urètre contre la symphyse pubienne, au moyen d'un bouton mollet de gomme élastique appliqué sur la partie inférieure de la paroi antérieure du vagin; le bouton est placé à l'extrémité d'une tige élastique courbée, assujettie supérieurement au moyen d'une plaque fixée invariablement sur le pubis par une ceinture.

SECTION XL.

MALADIES DE LA PROSTATE.

CHAPITRE I.

VICES DE CONFORMATION DE LA PROSTATE.

1° La prostate manque parfois complètement; le plus souvent il existe alors en même temps une exstrophie de la vessie. Des faits de ce genre ont été rapportés par P. Borelli, Portal, Jamain et Rombeau. Deville a communiqué à la Société anatomique un cas d'absence de la prostate avec intégrité du réservoir urinaire;

2° La prostate se développe, comme tous les organes impairs, par deux moitiés qui se réunissent sur la ligne médiane. Lorsque cette réunion ne s'effectue pas, l'urètre reste ouvert à la face inférieure;

3° Dans l'état normal, la portion de la prostate qui se trouve en arrière de l'urètre, ou la portion rectale de la glande, est plus épaisse que la

portion antérieure ou pubienne. Dans quelques cas rares, on a rencontré l'urètre tout entier en arrière de la prostate. C'est ce qu'ont vu Tanchou et Denonvilliers.

CHAPITRE II.

BLESSURES DE LA PROSTATE.

Il convient de les diviser en deux groupes, d'après le mode de production. Les unes sont faites par des instruments qui pénètrent dans l'épaisseur de la glande, des parties superficielles vers les parties profondes, ou *de dehors en dedans*; les autres sont occasionnées par des instruments qui intéressent la prostate, après avoir au préalable été introduits dans la portion correspondante de l'urètre, ou *de dedans en dehors*.

I. PLAIES DE DEHORS EN DEDANS.

Les rapports que la prostate présente avec le périnée, le rectum, expliquent la voie de pénétration la plus fréquente des instruments qui blessent cette glande. Ces lésions sont tantôt accidentelles; tantôt volontaires, c'est-à-dire produites par le chirurgien lui-même dans un but thérapeutique.

On a vu la prostate intéressée à la suite d'une chute, le périnée ayant été traversé par la pointe d'un échalas; par un tranchet de cordonnier qui a été enfoncé dans la même région; par des projectiles de guerre, tels que balles, grains de plomb, éclats de mitraille, etc.; par des corps étrangers arrêtés dans le rectum, tels que fragments d'os, noyaux de fruits, épingles, graviers, qui ont ulcéré les tissus au-dessus du sphincter anal. Ce n'est pas seulement en pénétrant par le périnée ou le rectum que les instruments vulnérants atteignent la prostate. Monod et Cazenave ont observé des blessures de cet organe après une ponction sus-pubienne de la vessie. Parmi les opérations chirurgicales dans lesquelles la prostate est divisée, il faut citer en première ligne les opérations de taille dites *prostatiques* (p. 837).

Les diverses espèces de plaies que nous venons de mentionner sont plus ou moins longues; les unes n'arrivent pas jusqu'à l'urètre, les autres divisent la portion prostatique du canal. On pourrait donc admettre, sous ce rapport, des plaies *pénétrantes* et des plaies *non pénétrantes*.

Symptômes. Ils sont subordonnés à l'étendue de la blessure, c'est-à-dire aux rapports qu'elle présente avec l'urètre. En cas de plaie non pénétrante, le diagnostic ne peut être fondé que sur la direction de la blessure, sa profondeur, l'exploration du trajet avec un stylet ou le doigt. En cas de plaie pénétrante, c'est-à-dire communiquant avec l'urètre, il est facile d'en reconnaître le siège par l'écoulement de l'urine entre ses lèvres, dès le commencement de la miction. Si la plaie s'étendait jusqu'au col de la vessie, le passage de l'urine serait continu. S'il existait une solution de continuité intéres-

sant à la fois la prostate et le rectum, l'urine s'écoulerait en partie par l'anus et les matières intestinales se frayeraient une issue à travers le canal de l'urètre.

Marche. Terminaison. Elles sont encore influencées par l'étendue, la direction et les rapports des blessures. Celles qui sont faites par le périnée et qui n'intéressent qu'une partie de la prostate, sans entamer l'urètre ou la vessie, ne sont nullement graves et se réunissent promptement ; celles qui pénètrent par la même région et qui intéressent l'urètre se comportent différemment suivant les cas : quelques-unes ne livrent passage à l'urine que pendant un temps fort court, le gonflement des lèvres de la solution de continuité s'opposant bientôt à cette issue ; d'autres donnent lieu à une infiltration d'urine dans le tissu cellulaire qui entoure la prostate de tous côtés. La région dans laquelle s'effectue cette infiltration varie d'après le point qui a été lésé. Ainsi, quand la plaie de la prostate a son siège entre la face postérieure de l'arcade du pubis et les régions antérieures ou latérales du col de la vessie, l'urine s'infiltré dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ; si, au contraire, la plaie de la prostate ne dépasse pas l'aponévrose supérieure du périnée, l'infiltration se fait dans la loge moyenne de cette région, et se propage principalement sur les côtés du rectum. Ce sont particulièrement les plaies qui dépassent la circonférence de la prostate qui exposent aux infiltrations d'urine ; celles qui traversent seulement l'organe, sans aller au delà de sa périphérie, n'offrent que rarement une complication aussi grave. Les plaies pénétrantes de la prostate qui s'ouvrent au périnée, et, à plus forte raison, celles qui s'ouvrent dans le rectum, sont souvent suivies d'une fistule, soit uréthro-ano-périnéale, soit uréthro-rectale. On a signalé la possibilité d'une oblitération consécutive des canaux éjaculateurs.

D'après ce qui précède, on voit que le danger de ces plaies résulte principalement des accidents qu'occasionne l'infiltration d'urine. Quelques malades succombent avec une phlébite des vaisseaux de l'organe lésé.

Traitement. Il varie suivant les cas : si la plaie ne communique pas avec l'urètre, les indications à remplir ne diffèrent pas de celles que comportent les plaies en général ; si la blessure s'étend jusqu'à l'urètre, il faut, avant toute chose, prévenir une infiltration d'urine, en soumettant le malade au cathétérisme répété plusieurs fois par jour. Cette méthode est insuffisante lorsque, la plaie s'étendant jusqu'au col de la vessie, l'urine s'écoule au dehors sans interruption. On a conseillé dans ce cas l'emploi d'un *siphon* placé à demeure dans la vessie, pour éconduire l'urine au fur et à mesure qu'elle arrive dans son réservoir. Le même mode de traitement serait applicable aux plaies qui intéressent à la fois la prostate et le rectum.

Les accidents inflammatoires sont combattus par les antiphlogistiques. Que si, malgré l'emploi bien entendu des moyens précédents, la plaie dégénère en fistule, on se comportera comme nous l'indiquerons à l'article *Fistules urinaires urétrales* (voy. plus loin).

On a vu quelquefois certaines plaies pénétrantes de la prostate, après s'être cicatrisées du côté du périnée, subsister dans la portion de leur

trajet qui confine à l'urètre et dégénérer en fistules *borgnes internes* de la prostate. Pour en obtenir la guérison, on peut avoir recours à la sonde en permanence ou au cathétérisme répété ; si ces moyens échouent, on incise la cicatrice extérieure pour convertir la fistule borgne en une fistule complète, dont on cherche à obtenir la cicatrisation du côté de l'urètre d'abord.

II. PLAIES DE DEDANS EN DEHORS. FAUSSES ROUTES.

Elles sont produites par des instruments de diverse sorte introduits dans l'urètre. Le plus souvent elles sont la conséquence d'un cathétérisme difficile, et pour ce motif elles se rencontrent surtout chez les sujets atteints d'hypertrophie de la prostate. On les désigne alors sous le nom de *fausses routes*.

Les fausses routes de la portion prostatique de l'urètre (celles des autres régions du canal seront décrites plus tard) offrent des variétés : ce sont tantôt des plaies en cul-de-sac, espèces de *fistules borgnes*, à branches simples ou multiples ; tantôt des plaies qui traversent la prostate tout entière et s'ouvrent soit dans la vessie, soit dans le rectum, soit dans les tissus ambiants ; celles de ces plaies qui pénètrent dans la vessie traversent une longueur plus ou moins considérable de la prostate entre leur ouverture d'entrée et celle de sortie. L'ouverture vésicale de la fausse route est plus ou moins rapprochée du col du viscère. Il est même possible qu'une sonde traverse la prostate et pénètre jusque dans la cavité abdominale sans intéresser le corps de la vessie.

Diagnostic. Le diagnostic des fausses routes de la région prostatique de l'urètre offre les mêmes difficultés que celui des fausses routes des autres régions du canal. On a signalé l'impossibilité d'incliner le bec de la sonde à droite, à gauche, en avant et en arrière, dès que l'instrument est engagé dans une voie anormale. Malheureusement il est difficile de distinguer cette déviation de la sonde due à une fausse route de celle qui résulte d'une déformation de la région prostatique de l'urètre et du col de la vessie dans le cas d'hypertrophie de la prostate. L'issue du sang à travers la sonde n'a de valeur qu'au moment même où la fausse route est faite par le chirurgien ; elle manque quand le trajet anormal est déjà formé depuis quelque temps, surtout dans le cas où la fausse route est complète. La possibilité de sentir, avec le doigt porté dans le rectum, la sonde très-rapprochée de la paroi antérieure de l'intestin ne constitue qu'une présomption ; d'ailleurs la fausse route peut avoir été faite du côté de la face pubienne de la prostate. Civiale a proposé l'emploi de bougies à empreintes ; on verra plus loin, quand il sera question des calculs prostatiques, combien ce mode d'exploration a peu d'importance.

Les conséquences des fausses routes sont variables : celles qui sont incomplètes, c'est-à-dire qui ne représentent que des culs-de-sac creusés dans l'épaisseur de la prostate, n'offrent aucun danger. Celles qui traversent la prostate et s'ouvrent dans la vessie persistent sous forme de fistules *vésico-urétrales* et n'entraînent pas d'accidents graves. Il n'en est plus