

de la valvule, et le trigone vésical placé derrière elle, peuvent être sur le même plan horizontal. Quelquefois l'angle antérieur du trigone vésical est soulevé, surtout lorsqu'il existe une hypertrophie de la prostate; la valvule se prolonge en arrière: dans ce cas, la face urétrale de la bride est taillée à pic, pendant que la face vésicale s'abaisse par une graduation insensible. La muqueuse qui revêt la valvule est parfois de couleur violacée ou bien épaisse, blanchâtre; ou bien encore brune, molle, fongueuse, parcourue par des vaisseaux dilatés.

La coïncidence d'une hypertrophie de la prostate et des valvules apporte des modifications à la direction de ces dernières. La barrière présente alors le plus souvent une direction transversale et s'étend d'un lobe latéral de la prostate à l'autre. S'il existe une hypertrophie des trois lobes, le repli est double et s'étend de chaque lobe latéral de la prostate à la tumeur formée par le moyen lobe.

Causes. D'après Mercier, les valvules du col de la vessie sont quelquefois congénitales; le plus souvent elles succèdent à une phlegmasie de la région prostatique de l'urètre, à une blennorrhagie aiguë, des urétrites chroniques, causées par l'usage de certains diurétiques, par les abus du coït ou de la masturbation, par la présence de corps étrangers dans l'urètre. Le même chirurgien croit à la possibilité d'une contracture du col de la vessie, et consécutivement à la formation d'un tissu fibreux qui devient une véritable valvule, sous l'influence d'une urétrite *herpétique, érythémateuse, scrofuleuse*, ou bien encore du rhumatisme. Mais ce sont les rétrécissements de l'urètre qui joueraient le plus grand rôle dans la production de ces valvules, en raison des contractions répétées du col de la vessie qui ont lieu, chez les sujets atteints de ces coarctations, pour modérer la sortie de l'urine. Les hémorroïdes, une constipation prolongée, les affections de l'utérus ont aussi une certaine part d'influence.

Symptômes. On observe surtout des troubles dans l'excrétion de l'urine. La valvule, placée à l'entrée de la vessie, joue le rôle d'une véritable barrière. Le plus souvent, il existe des alternatives de dysurie très-prononcée et de dysurie légère; ces différences sont subordonnées au degré d'irritation, de congestion ou d'inflammation du canal de l'urètre. A une période avancée de la maladie, alors qu'il existe une véritable *rétraction* et non plus une simple *contracture* dans l'anse musculaire du col de la vessie, les phénomènes précédents ont une marche plus régulière. Cependant on observe encore dans ces cas des différences dans le mode d'excrétion de l'urine: tantôt la rétention est complète, tantôt au contraire l'excrétion de l'urine est plus ou moins facile. Le plus souvent la vessie se vide incomplètement, de là un besoin d'uriner fréquent; chez quelques sujets, les émissions se font à des intervalles tellement rapprochés, qu'on croirait à une incontinence d'urine. On conçoit que les troubles fonctionnels que nous venons de passer en revue doivent exercer une certaine influence sur tout le reste de l'appareil urinaire. La vessie, contrainte à des efforts incessants et redoublés, pour l'accomplissement de la miction, s'hypertrophie; quelquefois le réservoir urinaire finit par perdre sa contractilité et est

frappé d'inertie; dans ce dernier cas, il augmente de capacité. La stagnation de l'urine produit un catarrhe vésical, et cette phlegmasie se propage quelquefois jusqu'aux reins à travers les uretères, les bassinets et les calices; d'autres fois, elle donne lieu à la formation de calculs urinaires. L'urine, d'abord limpide, se trouble bientôt par le séjour prolongé dans la vessie. Chez certains malades, les difficultés pour uriner sont tellement marquées, qu'ils sont obligés de se livrer aux efforts les plus violents. De là des accidents plus ou moins graves; des étranglements hémorroïdaires, le prolapsus de la muqueuse anale, des abaissements de matrice, la production de hernies, etc. (Mercier).

Diagnostic. Les troubles fonctionnels sont insuffisants pour apprécier l'existence des valvules du col de la vessie; il est nécessaire d'explorer la région au moyen d'instruments particuliers.

Mercier se sert d'un cathéter (fig. 284) formé d'une tige métallique de 5 à 6 millimètres de diamètre et de 35 centimètres de long, droite dans presque toute sa longueur, courbée à angle presque droit (100 à 110 degrés), à 12 ou 16 millimètres de l'extrémité vésicale (B), munie à l'autre extrémité d'une plaque polygonale (A).

Civiale rejette les sondes à courbure brusque ou sondes courbées, parce qu'il en considère la manœuvre comme douloureuse et difficile; il donne la préférence à une sonde dont la partie droite a une longueur de 22 à 24 centimètres, dont la partie courbe s'adapte aux trois onzièmes de la circonférence d'un cercle de 60 millimètres de diamètre. C'est une sonde d'assez forte courbure. Voici comment on doit explorer le col de la vessie, d'après ce chirurgien: on commence par émuïsser la sensibilité de l'urètre par l'introduction journalière de bougies de cire; après quoi on introduit une grosse bougie d'étain, à grande courbure et à bout arrondi. Dès que l'instrument arrive dans la portion prostatique de l'urètre, il butte contre un obstacle; on abaisse graduellement le pavillon de la bougie, et, sans la pousser, on saisit le moment où l'extrémité de plus en plus relevée passe par-dessus la barrière pour pénétrer dans la vessie. On retire alors la bougie lentement, en relevant le pavillon, et l'on cherche à distinguer le moment où l'extrémité vésicale de l'instrument saute du bord libre à la base de la barrière.

Un autre moyen propre à s'assurer de l'existence d'une valvule du col de la vessie consiste à introduire dans l'urètre une sonde flexible à courbure fixe. L'instrument est arrêté près du col de la vessie, ce qui a lieu très-rarement dans les tuméfactions de la prostate et d'autres tumeurs du col de la vessie, ces productions morbides donnant lieu à des déviations moins à pic. Il est encore possible d'arriver au diagnostic par l'emploi de *bougies de cire molles*. Celles-ci rapportent des empreintes diverses, suivant qu'il existe au col de la vessie une barrière circulaire ou une tumeur prostatique. Dans le premier cas, l'extrémité de la bougie est rebroussée; dans le second, la pointe en est aplatie et déprimée dans un sens; l'extrémité



Fig. 284.

offre une courbure irrégulière, plus douce, plus longue, moins à pic. Pour distinguer les barrières uréthro-vésicales des tumeurs prostatiques, Civiale conseille le procédé suivant : une sonde métallique à *petite courbure* est introduite jusque dans la portion prostatique de l'urètre où elle est arrêtée. A partir de ce moment, on ne la pousse plus, on en abaisse l'extrémité annulaire. *La quantité dont il faut relever l'extrémité vésicale de l'instrument indique de combien l'obstacle s'élève au-dessus du plancher inférieur de l'urètre; l'urine coule dès que le bec est arrivé au bord libre de la valvule.* Si pendant que l'urine coule, on peut faire tourner la sonde sur elle-même, de manière que l'extrémité recourbée exécute un mouvement de cercle derrière l'orifice interne du canal sans être arrêtée, l'existence de la barrière est certaine. Dans les tumeurs fongueuses et prostatiques, l'arrêt de la sonde est moins brusque; l'urine ne coule que lorsque l'instrument a été enfoncé davantage dans la cavité vésicale; la sonde ne peut exécuter le mouvement de pivot que lorsqu'elle a été enfoncée plus profondément, c'est-à-dire qu'elle a dépassé en arrière la saillie que fait la tumeur au-dessus du trigone vésical.

On peut aussi apprécier l'existence des barrières uréthro-vésicales au moment où l'on retire de la vessie un instrument explorateur qui a été préalablement introduit dans ce viscère. Dans ce but, on commence par porter jusque dans le réservoir urinaire une sonde à *grande courbure*; on retire l'instrument avec lenteur et l'on note le point où l'urine cesse de couler; presque aussitôt l'extrémité de l'instrument *saute brusquement d'un plan plus élevé sur un plan qui l'est moins; le saut est d'autant plus grand que la barrière est plus élevée.* Dans les cas où il existe une déviation du col de la vessie due à une tumeur prostatique, on n'éprouve pas la sensation d'un mouvement de saut, au moment où l'on retire la sonde; l'extrémité de l'instrument chemine sans saccades; l'urine cesse plus tôt de couler par un gros jet.

Traitement. On a proposé de *déprimer* les valvules du col de la vessie, au moyen de sondes ou de bougies portées profondément dans l'urètre, jusque dans la vessie elle-même. On peut, comme le conseille Civiale, *dilater* le col de la vessie avec un lithoclaste à érou (fig. 277, p. 849). Quand l'instrument a pénétré dans la vessie, on l'ouvre de manière à donner à l'extrémité vésicale un volume proportionnel à la dilatation qu'on veut produire, et l'on fait effort pour le retirer.

La *cautérisation* du col de la vessie peut être utile dans le cas où la muqueuse de cette région est boursouflée ou granuleuse. Mais c'est surtout l'*incision* des valvules du col de la vessie qu'on a préconisée dans ces derniers temps. Cette division peut s'effectuer de deux manières : du bord libre vers le bord adhérent de la valvule ou du bord adhérent vers le bord libre. Les instruments varient dans les deux cas.

Procédé de Mercier. Ce chirurgien se sert d'un instrument qui a la forme de la sonde exploratrice (fig. 284), si ce n'est qu'il n'est pas tout à fait cylindrique et qu'il a un peu plus de diamètre de la face correspondant au coude du bec, vers la face opposée, tandis qu'il en a un peu moins d'un côté à l'autre.

Dans l'épaisseur de la tige, tout près de l'angle de courbure, se trouve une lame qu'on peut faire saillir à volonté de 2, 4 et même de 6 millimètres, sans que cependant la pointe de cette lame se dégage complètement de l'épaisseur du bec, condition importante pour ne pas accrocher les tissus. Lorsque l'instrument est ouvert au maximum, le tranchant de la lame représente une ligne qui, partant de la tige, à 15 millimètres de l'angle, irait tomber sur le milieu à peu près du bec. Au moyen d'un mécanisme particulier, on peut ouvrir ou fermer la lame à volonté.

Pour agir avec l'instrument que nous venons de décrire, on commence par l'introduire dans la vessie; on explore le col de cet organe, on tourne le bec directement en arrière et on l'attire jusqu'à la valvule. On repousse l'instrument dans la vessie d'une quantité égale à la longueur de la lame et l'on ouvre celle-ci de 4 millimètres en moyenne. On retire alors l'instrument jusqu'à ce que le bec se trouve arrêté par le col de la vessie; en continuant le mouvement de traction, il est facile de comprendre qu'on divise la valvule du bord libre vers le bord adhérent.

Procédé de Civiale. Ce chirurgien divise la valvule de la base vers le bord libre, au moyen d'un instrument qu'il appelle *coupe-bridge* ou *kiotome*.

CHAPITRE V.

TUMEURS DE LA PROSTATE.

I. HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE.

On comprend sous ce nom l'augmentation de volume de la prostate, sans production d'un tissu différent de celui de la glande.

Anatomie pathologique. Les différences de consistance du tissu de la prostate, dans les hypertrophies de celle-ci, ont fait admettre une variété dure et une variété molle. Dans l'hypertrophie *dure*, le tissu de la prostate est très-consistant, peu aréolaire, d'un blanc un peu jaunâtre. Si l'on fait une coupe de la tumeur et qu'on exerce une pression sur cette partie, on fait suinter de la surface de section une humeur blanchâtre. Dans quelques cas le tissu de la glande présente une consistance telle qu'on croirait avoir sous les yeux du fibro-cartilage. Dans l'hypertrophie *molle*, on constate que la glande est formée par une agglomération de granulations arrondies ou ovalaires, du volume d'un grain de raisin. On a émis sur la nature de ces granulations deux opinions : Mercier les considère comme des granulations prostatiques normales hypertrophiées; Velpeau les assimilait à des productions de nouvelle formation analogues aux tumeurs fibreuses de l'utérus. Il est d'observation que, dans le cas d'hypertrophie *molle*, la prostate acquiert un volume bien plus considérable que dans l'hypertrophie *dure*.