

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*.



Au point de vue pratique, il est important de tenir compte du siège de l'hypertrophie : tantôt celle-ci atteint l'organe entier, tantôt elle affecte spécialement un seul ou plusieurs des lobes.

A. HYPERTROPHIE GÉNÉRALE. Dans ce cas, la prostate peut atteindre le volume d'un œuf d'oie, d'une orange et même du poing. En prenant ce développement, la glande se porte en haut et en arrière, parce qu'en avant elle est arrêtée par les os du pubis, en bas par l'aponévrose moyenne du périnée. En se dirigeant en haut et en arrière, elle porte dans le même sens le col de la vessie, avec lequel elle fait partie intégrante. C'est ce que représente la figure 285 :

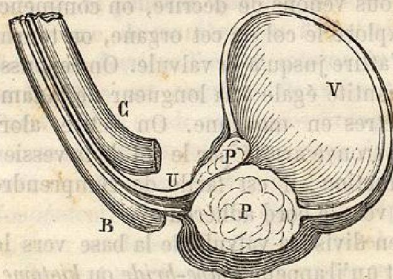


Fig. 285.

Il résulte de là que, si l'on emploie pour faire le cathétérisme de la vessie une sonde à courbure ordinaire, le bec de l'instrument aura de la tendance à s'engager dans le tissu de la prostate

et non dans la portion prostatique du canal de l'urètre; qu'on s'expose ainsi à faire de fausses routes; de là l'indication formelle d'avoir recours à des sondes d'un gros calibre, à courbure brusque.

B. HYPERTROPHIE PARTIELLE. Dans l'état normal, la prostate est composée de deux lobes latéraux et d'un lobe inférieur. L'hypertrophie partielle porte le plus souvent sur ce dernier; on observe alors, à l'angle antérieur du trigone vésical, des saillies ou de véritables tumeurs qui séparent l'urètre de la vessie (LM, fig. 283, p. 875). La tumeur est simple ou double, à base large ou pédiculée; le volume varie depuis un grain de raisin jusqu'au poing. L'hypertrophie porte-t-elle au contraire sur les lobes latéraux, il y a augmentation de volume tantôt d'un seul, tantôt des deux lobes. Dans le dernier cas, l'un des lobes est généralement plus développé que l'autre (fig. 286). Les lobes latéraux ont la forme d'une tumeur ovoïde, faisant saillie dans la vessie par leur grosse extrémité, correspondant par leur petite extrémité à la face pubienne de la prostate; par leur face interne, ces lobes ne sont en contact que par leur partie moyenne, de façon qu'il existe deux rigoles, l'une inférieure ou rectale, l'autre supérieure ou pubienne. Dans d'autres circonstances, les deux lobes latéraux sont hypertrophiés sur des points différents de leur longueur; alors la portion prostatique de l'urètre décrit des inflexions multiples.

Ce que nous venons de dire fait pressentir que, dans les cas d'hypertrophie partielle de la prostate, la portion de l'urètre qui traverse la glande doit subir des déviations et des changements de forme : si l'hypertrophie porte sur le lobe moyen seul, la paroi inférieure de l'urètre se prolonge en arrière et se relève de façon à augmenter la courbure du canal (fig. 283 et 285). Ces tumeurs présentent parfois une conformation et une situation

telles, qu'elles oblitèrent l'ouverture vésicale de l'urètre et s'opposent à l'émission de l'urine. L'hypertrophie atteint-elle à un degré égal les lobes latéraux seulement, les parois latérales de l'urètre se rapprochent et le diamètre transverse du canal est rétréci, pendant que les parois supérieure et inférieure étant écartées l'une de l'autre, le diamètre recto-pubien est augmenté et peut atteindre jusqu'à 30 millimètres d'étendue. L'urètre est souvent divisé en deux rigoles que la sonde franchit avec facilité. Supposez au contraire une hypertrophie portant sur un seul lobe, celui-ci se porte et déjette l'urètre vers le lobe opposé, de façon que le canal présente une courbure à convexité tournée du côté du lobe sain. Si en

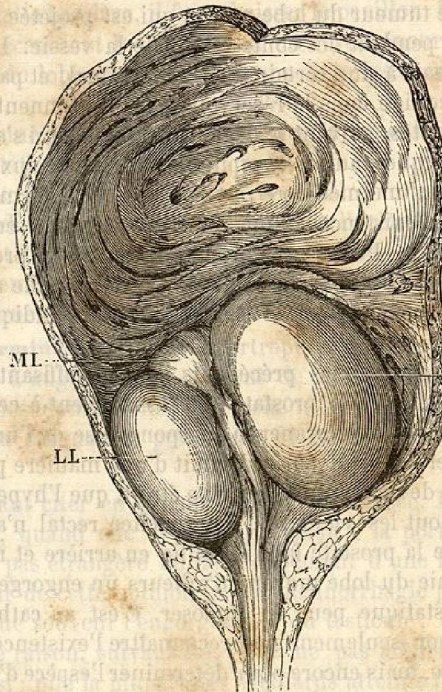


Fig. 286.

même temps le lobe hypertrophié proémine dans la cavité vésicale, l'urine ne peut sortir parce que la tumeur obture le col de la vessie pendant la miction. Pareil effet est la conséquence d'un développement inégal des deux lobes latéraux, comme on le voit dans la figure 286, qui représente une pièce du musée Dupuytren : les lobes latéraux (LL, LL) de la prostate font saillie dans la cavité vésicale et présentent un développement inégal; le gauche est plus hypertrophié que le droit; la masse tout entière est déjetée à droite, ce qui fait que l'urètre décrit une courbure à convexité tournée à gauche. Lorsque l'hypertrophie porte à la fois sur les lobes latéraux et le