J'ai vu des cas où l'ulcération de la portion prostatique de l'urèthre reconnaissait pour cause le séjour trop longtemps prolongé d'une sonde dans l'urèthre et la vessie, dans un but thérapeutique. On peut voir un exemple de ce fait au musée du Royal College of Surgeons, à Londres, sous le nº 2551; il est indiqué au catalogue comme « un dépôt de lymphe emprisonnant une sonde ». L'ulcération peut encore s'observer après une vieille affection vésicale, chez les sujets âgés et affaiblis, surtout chez les paralytiques, à la suite d'une affection cérébro-spinale. Dans quelques-uns de ces cas elle peut aller jusqu'à l'escharification, avec perte considérable de substance du tissu prostatique.

Après tout, il n'y a rien de spécial dans ces formes d'ulcération siégeant à la prostate : ce sont les mêmes effets morbides qui affectent son tissu et celui des autres parties molles de l'organisme, lorsque leur vitalité est soumise à certaines conditions morbides, locales ou générales.

Il n'y a point de forme particulière d'ulcère de la prostate; rien de spécial à cet organe, comme à l'estomac, par exemple. Point de raison pour en faire le sujet d'une ulcération chancreuse spécifique, sauf dans les cas très-rares où cette affection s'est propagée tout le long de l'urèthre, et même dans l'intérieur de la vessie.

De plus, comme l'ulcération n'existe presque jamais sans une maladie de la prostate, de la vessie ou de l'urèthre, et qu'elle n'est jamais qu'une conséquence de lésions antérieures, il est tout à fait impossible de décrire les symptômes qui lui sont propres. Ni pour les symptômes, ni pour le traitement de l'ulcération de la prostate, il n'existe d'autre indication précise que celle d'obvier aux signes locaux et généraux à mesure qu'ils se présentent, en s'en tenant aux principes déjà consignés dans la description de l'inflammation aiguë et chronique; et de porter remède à la cause, si la chose est possible, comme dans le cas d'un rétrécissement de l'urèthre, d'un calcul de la vessie ou de la prostate, causes directes de l'ulcération.

CHAPITRE V

HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE, SES CARACTÈRES ANATOMIQUES

Caractères extérieurs d'une hypertrophie de la prostate. — Parties affectées. — Quelle est l'augmentation de volume. — Modifications qu'éprouvent l'urèthre et le col de la vessie. — Modifications internes ou de structure. — Variétés de l'hypertrophie.

HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE. — Chez les sujets qui ont dépassé l'âge moyen de la vie, ou, pour préciser, ceux qui ont dépassé cinquante-cinq ans, autant du moins que de sérieuses recherches tendent à le prouver, on rencontre souvent, mais non toujours, une maladie particulière de la prostate. Cet organe augmente lentement et graduellement de volume, et arrive à gêner plus ou moins la sortie de l'urine. Cette augmentation de volume, comme nous le verrons en étudiant le sujet dans ses détails, n'est pas un produit de l'action inflammatoire, pas plus qu'elle n'est causée par

des résultats analogues à ceux qui forment les engorgements inflammatoires dans les autres organes; c'est-à-dire par des exsudations albumineuses, fibrineuses, ou autres, telles qu'on en rencontre dans les ganglions lymphatiques, par exemple : mais elle provient d'une production exagérée des tissus normaux de la prostate, et peut, à juste titre, rentrer dans la classe des hypertrophies.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Pour étudier l'anatomie pathologique de cette affection, il convient de faire les divisions que voici :

I. Caractères physiques extérieurs de l'hypertrophie de la prostate.

II. Parties de la glande le plus affectées par l'hypertrophie.

III. Augmentation de volume produite par l'hypertrophie.

IV. Modifications anatomiques à la portion prostatique de l'urèthre et au col de la vessie, amenées par l'hypertrophie de la prostate.

V. Modifications internes ou de structure observées à la suite de l'hypertrophie de la prostate.

I. *Caractères physiques extérieurs.* — Nous avons déjà dit qu'il était à peine possible de définir en termes exacts entre quelles limites, de poids et de volume, est comprise une prostate saine, une addition quelconque à ces limites la faisant regarder tout de suite comme hypertrophiée. D'après quelques observateurs, un poids supérieur à 23 grammes serait toujours anormal. Nous n'avons point de preuves absolues de ce fait, mais je pense qu'on peut regarder 27 grammes comme un poids d'hypertrophie, chez un sujet d'environ soixante ans. Je n'ai jamais vu une pareille prostate sans y rencontrer d'autres indications, dans les modifications physiques extérieures, ou internes et de structure, qui vinssent corroborer les soupçons nés du fait de son poids. D'un autre côté, j'ai vu une prostate pesant moins de 23 grammes, et qui présentait dans sa structure des signes indiscutables de la présence d'une hypertrophie. On en comprendra aisément la possibilité en se rappelant que chez certains individus une prostate de moins de 15 grammes et demi est d'un volume normal.

Le premier caractère extérieur que l'on puisse observer en général sur une prostate hypertrophiée est une tension inusitée et une tendance aux bosselures. Presque toujours la glande est *plus épaisse* qu'à l'état normal. La longueur et le diamètre transverse peuvent n'être pas nécessairement amplifiés, tandis que le diamètre antéro-postérieur (dans la station debout) est presque invariablement augmenté. De là la tension indiquée. Les lignes de section décrites en anatomie normale disparaissent; les indications extérieures d'une forme bilobaire diminuent. Si maintenant on pratique une section sur la partie antérieure (commissure antérieure), de façon à ouvrir en long le canal de l'urèthre, les lobes latéraux nous semblent plus tendus que d'habitude; ils s'avancent un peu dans l'intérieur du canal, de façon que leurs bords opposés pressent un peu l'un contre l'autre.

A un état plus avancé, l'augmentation de volume est plus considérable; l'un des deux lobes latéraux peut prendre un plus grand développement, ou bien c'est la portion médiane, située derrière le verumontanum, qui s'ac-

croît outre mesure. Les contours de la glande peuvent être irréguliers et asymétriques, grâce aux parties saillantes, et ce fait peut avoir deux raisons. D'abord un des lobes peut l'emporter de beaucoup sur les autres, comme je viens de le dire; ou bien on y peut rencontrer des tumeurs indépendantes; celles-ci y sont renfermées en totalité ou en partie, et, dans ce dernier cas, elles font saillie à la surface, et envoient de forts prolongements dans toutes les directions, le plus souvent, toutefois, à l'intérieur de la vessie. [Nous reproduisons un dessin (fig. 85) malheureusement un peu confus, qu'on trouve dans l'ouvrage de M. Crosse, sur les calculs urinaires. Il s'agit d'une prostate qui forme dans l'intérieur de la vessie une masse irrégulière, à la surface de laquelle on suit les sinuosités de l'urèthre à son origine vésicale. La pièce provenait d'un sujet de soixante-trois ans, qui avait longtemps souffert d'un rétrécissement de l'urèthre, et dans la vessie duquel on trouva une pierre volumineuse.] Lorsque ces tumeurs sont très-développées, la forme originelle de la prostate s'en trouve aussi dissimulée, et une certaine quantité de bosselures, quelquefois nombreuses, en général semées irrégulièrement, entourent le col de la vessie. Dans quelques-unes de ces circonstances, l'urèthre, pendant son trajet au travers de la prostate, peut être infléchi à droite ou à gauche de la ligne médiane, grâce à la compression qu'exerce la partie la plus augmentée de volume; la longueur de la portion prostatique peut augmenter (nécessairement avec l'augmentation de la prostate même), et le diamètre antéro-postérieur du canal se trouve souvent élargi, par le fait de l'hypertrophie des lobes latéraux. La capsule s'accommode à toutes ces modifications, et s'accroît dans les mêmes proportions que la glande.

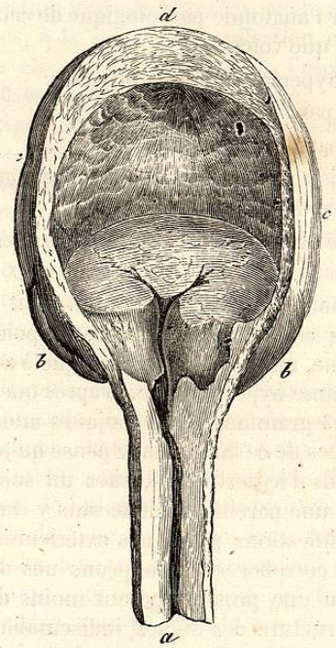

FIG. 85. — Hypertrophie de la prostate (*).

Vue au dehors, la couleur n'offre pas de différences habituellement; à moins qu'une tumeur maligne, à éléments hétérotopiques et à vascularisation exagérée, ne s'accompagne de teintes sombres, jaunes, rouges et violettes.

La consistance est modifiée d'ordinaire; la prostate hypertrophiée est communément plus ferme et plus dense au toucher qu'à l'état naturel; on

(*) *a*, l'urèthre ouvert; *b*, *b*, la surface de la prostate fortement engagée et formant une énorme tumeur dans la cavité vésicale; *c*, *c*, surface externe de la vessie, dont les parois sont hypertrophiées, surtout vers le fond *d*; *e*, urèthre; *a*, origine de la déviation. (Crosse, *Urinary calculus*, 1835.)

éprouve la sensation de tissus emprisonnés dans une enveloppe ferme et distendue, et le trop-plein véritable qui en résulte se voit à la coupe, quand le contenu fait saillie et que le contenant se rétracte, de façon que les surfaces de section deviennent plus ou moins convexes. Dans quelques cas exceptionnels, ce fait ne se produit pas, mais c'est incontestablement la règle.

II. *Parties de la prostate le plus affectées par l'hypertrophie.* — Il n'y a pas de point dans l'organe qui ne soit soumis à l'hypertrophie. Les lobes latéraux, la portion médiane, ou lobe moyen, les commissures antérieure et postérieure, peuvent tous présenter ces modifications, bien qu'à un degré différent, selon leur facilité morbide, et l'étendue du développement qu'ils peuvent atteindre quand l'hypertrophie s'y est implantée.

Les données nécessaires pour se former une idée à ce sujet (et elles sont maintenant fort nombreuses) nous montrent qu'aucune partie de l'organe n'a une tendance marquée à augmenter plus que les autres, soit comme manifestation du début, soit comme rapidité de croissance, soit enfin comme étendue de développement.

Les auteurs, tous chirurgiens ou à peu près, semblent attribuer au « lobe moyen » une tendance toute spéciale à augmenter de volume, et le regarder comme susceptible d'acquérir le volume le plus considérable. En ce qui concerne la localisation d'une hypertrophie au début, je ne pense pas que la portion médiane présente des modifications à une période moins avancée que les lobes latéraux; mais, au point de vue du mode de développement, la première peut-être progresse plus rapidement que les derniers. En même temps, dans la plupart des préparations des quatre principaux musées de Londres, y compris celui du Royal College of Surgeons (j'ai examiné toutes ces pièces avec grand soin, et j'ai des notes sur chacune d'elles), se montant au chiffre de 123 prostates, j'ai trouvé un développement à peu près égal des trois parties de l'organe, c'est-à-dire des lobes latéraux et de la portion médiane, avec une hypertrophie correspondante de la commissure antérieure dans un grand nombre de cas. J'ai classé ces préparations en groupes distincts, suivant la direction et le lieu où s'est surtout produite l'hypertrophie, méthode qui nous donnera les moyens de résoudre la question. Le premier groupe comprend quatre variétés de formes très-communes, le second groupe trois variétés de formes décidément très-rares.

Formes communes de l'affection :

I. Hypertrophie générale de la prostate; les deux lobes latéraux et la portion médiane à peu près également développés : 74 cas sur les 123.

II. Hypertrophie générale de la prostate, mais la portion médiane augmentée dans une plus forte proportion : 19 préparations.

III. Hypertrophie générale, mais avec prédominance du lobe droit, qui est décidément plus gros que le gauche : 8 cas.

IV. Hypertrophie générale, mais avec prédominance du lobe gauche, qui est décidément plus gros que le droit : 11 préparations.

Formes rares de l'affection :

V. Les lobes latéraux seuls hypertrophiés : 5 préparations.

VI. La commissure antérieure seule hypertrophiée, ou plus que tout le reste : 3 préparations.

VII. Les lobes latéraux et la commissure antérieure hypertrophiés, mais non la portion médiane : 3 préparations.

Les séries qui figurent aux tableaux du chapitre II donnent des résultats identiques avec ceux-ci ; elles renferment deux séries de 64 préparations qui me sont personnelles, et une autre d'un observateur tout à fait indépendant, le docteur Messer, qui était autrefois au Royal Naval Hospital de Greenwich. Ces résultats ont plus de valeur que ceux que l'on tire des musées, parce qu'ils se fondent sur des moyennes, et non sur des cas choisis. Sur 100 prostates de sujets âgés de soixante ans et au-dessus, le docteur Messer en a trouvé 35 d'hypertrophiées. Il ajoute que sur 17 pièces, c'est-à-dire à peu près la moitié, « tous les lobes étaient presque également hypertrophiés » ; que, dans 14 cas, c'étaient les deux lobes latéraux qui étaient surtout atteints ; que dans un cas, le lobe latéral gauche et le lobe moyen paraissaient surtout affectés ; que dans un cas, c'était le lobe droit qui l'était le plus ; dans un autre, c'était le lobe latéral gauche tout seul ; et dans un, le lobe moyen ou « portion moyenne » ; en tout, 35 cas (1).

[Les résultats que nous avons obtenus, en analysant les pièces d'hypertrophie de la prostate, contenues dans le musée Dupuytren et le musée Civiale, concordent assez exactement avec ceux de l'auteur, au point de vue de la fréquence de la lésion dans les *différents lobes*. Voici ces chiffres :

	MUSÉE DUPUYTREN.	MUSÉE CIVIALE.	TOTAL.
Hypertrophie de tous les lobes.....	7	9	16
— du lobe médian.....	8	5	13
— des lobes latéraux.....	5	6	11
— du lobe latéral gauche..	1	3	4
— du lobe latéral droit...	1	2	3
Total des pièces....	22	25	47]

Les conclusions générales que l'on peut tirer de tous ces faits sont :

a. Que les lobes latéraux et la portion médiane, ou lobe moyen, sont également ou presque également sujets à l'hypertrophie.

b. Que la commissure postérieure est généralement comprise dans l'hypertrophie des parties précédentes, et cela dans une même proportion que celles-ci.

c. Que la commissure antérieure n'est pas souvent intéressée, mais peut l'être néanmoins dans quelques cas rares.

d. Enfin, que le développement se fait d'une façon à peu près égale dans

(1) Voyez un mémoire important sur ce sujet, et sur d'autres questions afférentes, *the Anatomy and Diseases of the Prostate*, par le docteur Messer (*Trans. of the Med.-Chir. Society*, vol. XLIII, p. 153).

chacune des trois principales divisions de l'organe : dans quelques cas, les lobes latéraux paraissent augmenter plus rapidement que la portion médiane ; dans d'autres, c'est le contraire, et peut-être sont-ils plus nombreux que les précédents.

III. *Valeur de l'augmentation produite par l'hypertrophie.* — Nous avons montré qu'un poids d'environ 27 grammes pouvait être regardé comme un exemple d'hypertrophie, le poids moyen d'une prostate saine étant à peu près de 18 grammes et demi. Maintenant le poids peut assez bien indiquer le volume pour tous les cas de pratique que l'on peut concevoir, puisque, après en avoir fait l'épreuve, on a trouvé que le montant de l'augmentation de poids correspond assez exactement à l'augmentation de volume. On en peut faire la preuve en calculant la quantité d'eau déplacée par l'immersion de l'organe, expérience à faire pour quelques cas. Lorsque, comme il arrive souvent, la texture est plus serrée que sur une prostate saine, il faut ajouter quelque peu pour trouver le poids total de l'organe hypertrophié. Cependant il est difficile d'imaginer qu'un écart aussi faible puisse avoir quelque influence dans un cas donné.

Si donc on regarde le poids comme correspondant à l'hypertrophie et comme indiquant exactement dans tous les cas l'augmentation en volume, il n'est plus nécessaire de se rappeler les mensurations rectilignes d'un corps aussi irrégulier qu'une prostate hypertrophiée ; mais il convient d'indiquer, d'après les considérations présentes, l'augmentation de poids que l'organe hypertrophié peut d'ordinaire atteindre, et celui qu'il peut offrir à l'occasion ou dans des cas extraordinaires.

Mes dissections propres (voyez les tableaux) m'ont fourni 20 exemples d'hypertrophie de la prostate sur des sujets de soixante ans et au-dessus. Je ne mentionne que celles dont l'hypertrophie est bien manifeste à la vue, sans avoir égard à leur poids. Elles étaient comprises entre $24^{gr},57$ et $69^{gr},84$. La moyenne était d'environ $35^{gr},82$. Les poids les plus ordinaires variaient entre $27^{gr},16$ et $38^{gr},8$.

Les dissections du docteur Messer ont fourni 35 exemples d'hypertrophie sur des sujets de soixante ans et au-dessus. Ils étaient compris entre $24^{gr},25$ et $184^{gr},80$. Le poids moyen était $58^{gr},32$. Les poids les plus ordinaires variaient entre $27^{gr},16$ et $52^{gr},32$.

Il est clair, à étudier tous ces cas, qu'une *moyenne* ne donne pas de résultat satisfaisant, parce que la présence accidentelle de deux ou trois exemples peu communs rehausse très-vite une moyenne, à moins que tous les autres chiffres ne soient extrêmement élevés. Le poids *le plus commun*, lorsque la maladie a existé depuis dix ou douze ans, à ce que l'on présume, semble être compris entre $34^{gr},92$ et $46^{gr},56$, c'est-à-dire plus du double du poids normal. Il y a pourtant un grand nombre de cas qui dépassent de beaucoup cette limite. Les exemples les plus considérables de prostates hypertrophiées variaient entre 288 et 320 grammes. Le volume d'une masse semblable, qui forme une des préparations du muséum à University College, atteint presque celui d'une noix de coco ; mais de tels exemples sont extrêmement rares. Dans les tumeurs malignes, ces limites

même sont outre-passées. D'autres observateurs, parmi lesquels John Hunter, Sir E. Home, M. Howship, Sir Ch. Bell, Sir B. Brodie, M. Stafford, M. Gross, M. Adams, M. Hodgson, MM. Civiale, Mercier, Leroy (d'Étiolles) et Rokitansky, ont parlé dans leurs écrits d'une façon générale du montant de l'hypertrophie, mais pas un seul en termes précis; et comme il ne semble pas qu'ils aient fait sur ce point des recherches suivies, je n'ai point trouvé nécessaire de m'arrêter plus longtemps à leurs impressions. Une grosse orange est le terme qu'emploie M. Howship pour indiquer l'exemple le plus considérable qu'il ait observé (1). Sir Ch. Bell parle d'une prostate « affectée d'une augmentation monstrueuse, sans doute la plus large qu'on ait observée en Angleterre » (2). Elle est maintenant au musée du College of Surgeons, à Édimbourg (n° 2071, XXIII. B); elle a le volume d'une noix de coco moyenne. Le docteur Gross cite le cas d'une prostate pesant 288 grammes (3).

IV. *Modifications anatomiques produites dans la portion prostatique de l'urèthre et au col de la vessie par l'hypertrophie de la prostate.* — La conséquence la plus sérieuse de l'augmentation de volume, du moins dans chacune des quatre formes ordinaires, est l'obstacle au cours de l'urine. Il est fort rare qu'il en soit autrement; pourtant il semble qu'il y ait quelques cas, en petit nombre et exceptionnels, où l'état de l'orifice uréthro-vésical soit si altéré, que la vessie ne puisse retenir l'urine; en conséquence, celle-ci s'écoule aussi vite ou presque aussi vite qu'elle arrive dans ce viscère au moyen des uretères, circonstance que nous examinerons plus loin dans tous ses détails. Si donc on admet que le résultat produit presque uniformément est l'*obstruction*, qui amène un degré de rétention plus ou moins complet dans un grand nombre de cas, il devient fort important d'étudier l'influence de l'augmentation de volume sur la forme, le calibre et la direction de l'urèthre, puisque la possibilité de passer une sonde pour vider la vessie doit dépendre d'un bon emploi de l'instrument, ou de la méthode que l'on emploie pour surmonter les obstacles mécaniques que présente un canal infléchi.

Le premier effet à noter est commun aux quatre premières formes de l'hypertrophie, c'est-à-dire l'augmentation, parfois considérable, du diamètre antéro-postérieur de l'urèthre dans la portion prostatique. En outre, il y a diminution de son diamètre latéral, ou transverse; de façon que le canal se rétrécit en forme de fente, au lieu d'offrir pendant la distension un diamètre à peu près égal dans toutes les directions. Les lobes latéraux, par leur hypertrophie, non-seulement empiètent sur le canal, mais portent graduellement en haut la paroi uréthrale qu'ils forment eux-mêmes, et cela dans une telle étendue, que j'ai vu l'ouverture en forme de fente qu'on obtient à la section mesurer un centimètre et demi depuis les pubis jusqu'à l'arrivée de l'urèthre sur le rectum.

[La figure 86 représente une hypertrophie de la prostate à un faible

(1) Howship, *Diseases of the Urinary Organs*. London, 1823, p. 99.
(2) Charles Bell, *Treatise on the Diseases of the Urethra*. London, 1822, p. 423
(3) Gross, *Urinary Organs*, etc., 2e édition, 1868.

degré; l'urèthre présente l'aspect d'une fente allongée entre les deux lobes latéraux inégalement tuméfiés. Le corps est tuméfié aussi et fait une saillie irrégulière plus marquée au centre. Entre cette saillie et les lobes latéraux, existent deux gouttières peu profondes dirigées d'avant en arrière et de dedans en dehors. Antérieurement la saillie envoie un prolongement qui s'étend jusqu'à la crête uréthrale. Celle-ci est elle-même un peu plus prononcée qu'à l'état normal. En arrière, entre la saillie du corps de la prostate et les orifices des uretères, qui affectent la forme de mamelons, existe une dépression transversale, qui sépare le trigone du bas-fond de la vessie. — Parois vésicales hypertrophiées; membrane muqueuse rouge, çà et là taches grisâtres. On voit aussi les orifices de trois cellules peu profondes.]

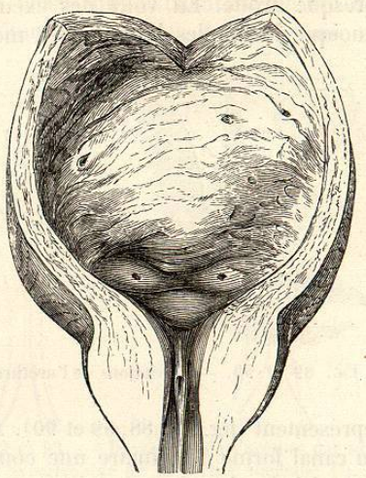

FIG. 86. — Hypertrophie de la prostate. (Civiale, tome II.)

La longueur de la portion prostatique de l'urèthre est aussi considérablement augmentée par les mêmes formes de l'hypertrophie. L'augmentation en tous sens de volume du corps qui livre passage entraîne nécessairement une plus grande longueur du canal qu'il contient. Ce serait certes là le cas, si l'urèthre continuait son trajet rectiligne ordinaire. Mais souvent il devient tortueux, ce qui contribue encore plus à augmenter sa longueur. Dans quelques préparations que j'ai examinées, l'urèthre mesurait 7 centimètres et demi depuis l'orifice de la vessie jusqu'à la portion membraneuse, au lieu de 3 centimètres, sa longueur normale.

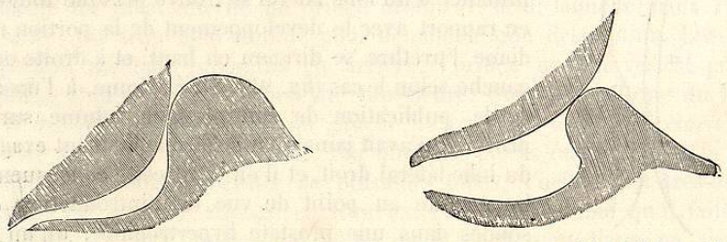

FIG. 87 et 88. — Déviations de l'urèthre produites par l'hypertrophie de la prostate.

L'effet le plus prochain est une déviation de la direction naturelle; déviation variable avec chacune des formes connues de l'hypertrophie. Ainsi, lorsqu'il existe une augmentation de volume ou une excroissance de la portion médiane (et il peut s'en présenter de toutes sortes de formes), un changement de direction commence à se montrer à peu près au milieu de la portion prostatique de l'urèthre; sa paroi postérieure est portée en haut,

ou en haut et en avant, dans la position verticale du sujet, en sorte que l'on trouve une courbure plus ou moins angulaire au lieu d'une ligne presque droite. En voici des exemples dans les figures ci-jointes, qui, quoique de simples diagrammes, montrent en profil la forme des cas qu'ils

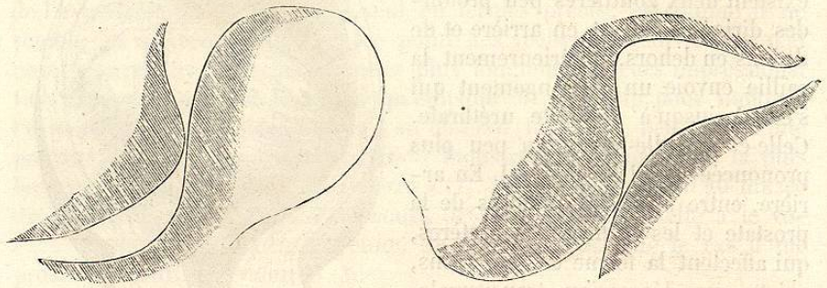

FIG. 89 et 90. — Déviations de l'urèthre produites par l'hypertrophie de la prostate.

représentent (fig. 87, 88, 89 et 90). Au début de l'hypertrophie, la direction du canal forme d'ordinaire une courbure plus ou moins simple; mais, à une période plus avancée, elle peut devenir presque angulaire, de façon que, dans certaines circonstances, il faut subir un véritable temps d'arrêt vers le col de la vessie, avant de faire pénétrer l'instrument dans cette cavité (fig. 88 et 90). Puis, lorsque, à cette augmentation de la portion médiane, viendra s'ajouter un développement exagéré d'un des lobes latéraux, il est facile de voir que la direction du canal sera aussi modifiée latéralement. Ainsi, lorsqu'il y aura prédominance du lobe droit, nous trouverons une courbure latérale gauche de l'urèthre, dont la convexité regarde à gauche, et *vice versâ*. Et comme la prédominance d'un lobe latéral se trouve presque toujours en rapport avec le développement de la portion médiane, l'urèthre se dirigera en haut, et à droite ou à gauche selon le cas (fig. 91). Sir E. Home, à l'époque de la publication de son premier volume sur la prostate, n'avait jamais vu de développement exagéré du lobe latéral droit, et il en tirait cette conséquence, importante au point de vue de l'introduction des sondes dans une prostate hypertrophiée, qu'un tel développement, et, par suite, qu'une déviation du canal à gauche ou n'existait pas, ou était fort rare. Il rencontra cependant une hypertrophie du lobe droit avant la publication de son second volume, mais il la regardait encore comme exceptionnelle, et c'est dans cette idée qu'il l'a

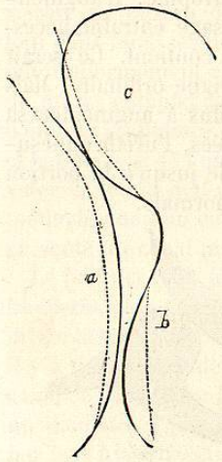

FIG. 91. — Diagramme d'une hypertrophie du lobe droit de la prostate (*).

(*) *a*, lobe droit de la prostate, considérablement hypertrophié ; *b*, lobe gauche, moins affecté ; *c*, tumeur de la partie médiane, unie au lobe gauche, ce qui infléchit l'urèthre à droite. Dans ce cas, la marche à suivre, pour l'introduction d'un instrument, est indiquée par des lignes ponctuées.

mentionnée dans ses ouvrages subséquents. Cependant il n'y a point de raison de supposer aucune différence entre les deux lobes, au sujet de leur affinité à la maladie, puisque dans les pièces qui existent, le chiffre des lobes hypertrophiés est presque le même à droite et à gauche. Mais, en l'absence de toute saillie d'un des lobes latéraux, lorsque la portion médiane est fortement développée, on rencontre souvent une forme semblable de la déviation, seulement elle n'est pas nécessairement bornée à un seul côté, et peut exister également des deux côtés à la fois. La terminaison de l'urèthre dans la vessie se trouve divisée par une large tumeur médiane, piriforme, laissant un passage de chaque côté, et donnant ainsi au canal l'apparence de la lettre Y (fig. 92 et 93). Sur ces diagrammes, dessinés, comme les précédents, sur des pièces fraîches, le trajet que doit suivre la sonde est indiqué par des lignes ponctuées. Le degré de déviation verticale qui y est associé dépend souvent de la quantité du tissu muqueux et sous-muqueux entraînée en haut par la tumeur, de chaque côté de laquelle, à l'orifice vésical, ils forment une sorte de barrière semi-circulaire. Il est à peine nécessaire d'indiquer l'importance qu'il y a à se rappeler, dans un cas d'intervention chirurgicale, la fréquence de la déviation latérale dans les formes développées d'obstruction prostatique.

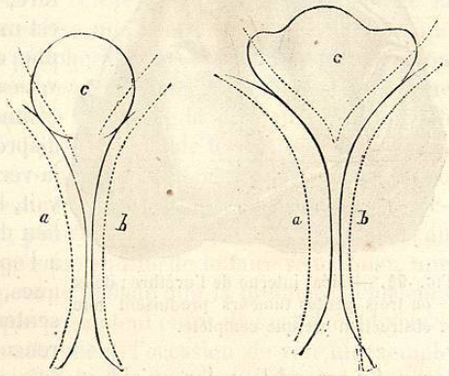

FIG. 92 et 93. — Déviations de l'urèthre par suite de l'hypertrophie de la portion médiane (*).

Nous devons étudier maintenant les modifications que l'on observe dans la forme du méat interne ou orifice uréthro-vésical, laquelle, dans l'état de santé, est trop bien connue pour demander une description. Lorsque la portion médiane proémine en arrière, l'orifice uréthro-vésical prend la forme d'un croissant à convexité supérieure. Quand le volume du lobe droit excède beaucoup celui du gauche, le croissant tourne sa convexité du côté gauche, et ainsi de suite. Sur quelques pièces où il existe à la fois un développement irrégulier de plusieurs lobes, l'orifice est très-dévié et offre un contour allongé et sinueux. Parfois il semble qu'il faille le franchir d'un saut, lorsqu'une saillie de la portion médiane en arrière affecte la forme d'une valvule, ou présente un étroit pédicule. Dans ces circonstances, qu'on ne rencontre pas souvent cependant, la partie valvulaire semble devoir être repoussée contre le col de la vessie par l'effort résultant de la miction, ce qui rend l'obstruction encore plus complète. D'autres fois la tumeur peut être très-petite, et cependant, si elle s'engage dans le méat

(*) *a*, lobe droit ; *b*, lobe gauche ; *c*, partie médiane (lobe moyen).