la dernière affection tend à prévenir, dans une certaine mesure, l'apparition des signes les plus distinctifs de la pierre, d'autant plus que le corps étranger s'engage moins facilement dans le col vésical et qu'il se tient profondément derrière la prostate hypertrophiée. Il s'ensuit que, en l'absence de l'arrêt brusque du jet d'urine et de la douleur qui suit immédiatement la miction dans les circonstances que j'ai indiquées, il peut néanmoins exister dans l'organe un calcul qui soit une source d'irritation pour la prostate et pour le système entier, et qui donne lieu à une abondante sécrétion de pus et de mucus, dont le calcul, et non l'hypertrophie de la prostate, peut être en grande partie la cause.

La même absence de symptômes est favorisée par l'atonie de la vessie; alors les tuniques de l'organe ne se contractent point sur le calcul, et ainsi ne produisent plus la douleur vive qui suit la miction, du moment que la vessie n'est point affectée.

Mais, quoique tel soit ordinairement le cours d'une maladie non traitée des voies urinaires venue à la suite d'une hypertrophie de la prostate, on n'observe pas toujours les signes du début de cette affection dans l'ordre de succession que j'ai présenté ici. Au contraire, il peut arriver qu'on ait, sans antécédent aucun, un accès de rétention complète pour vous en révéler la première fois l'existence. Ce n'est pas que le progrès de la maladie eût été nécessairement rapide sous l'empire de ces circonstances; mais l'obstacle aux fonctions urinaires, quoique probablement de longue durée, n'a pas produit de symptômes sensibles. Il est encore plus commun de découvrir que l'obstacle existait depuis longtemps déjà à une époque où l'on n'aurait nullement soupçonné son existence. Un malade, par exemple, qui rend par jour une quantité d'urine suffisante sans efforts particuliers, et plus fréquemment qu'à l'ordinaire, qui a conscience peut-être d'en laisser échapper un peu involontairement pendant son sommeil ou même pendant le jour en faisant un effort qui exige une grande force, ou, en d'autres termes, une forte contraction des muscles abdominaux, est très-enclin à penser que l'urine s'écoule avec une grande facilité, peut-être même trop librement; et la dernière chose au monde à laquelle il pense est l'existence, sur sa propre personne, d'un obstacle quelconque à la sortie de l'urine. L'état d'un tel malade peut aussi avoir échappé, même à son médecin ordinaire, qui n'a fait aucun examen spécial de la vessie. La liberté apparente de la miction a masqué la maladie réelle, et le traitement n'est institué que contre les symptômes qui ont amené de la gêne ou de l'anxiété chez le malade, c'est-à-dire uniquement contre un *malaise* général ou quelque état fébrile, qui résultent souvent de la cause cachée. La marche des événements, toutefois, doit à la fin attirer les soupçons sur l'état de la vessie; on introduit une sonde, et, au grand étonnement du malade, quelquefois à une stupéfaction à peine moins grande de ceux qui ont toujours veillé sur lui, on retire de 900 à 1200 grammes d'urine, ou même une quantité beaucoup plus considérable, nonobstant la miction qui vient de s'accomplir. C'est pendant l'existence d'un tel état de choses que l'exposition inaccoutumée au froid et à l'humidité, les excès alcooliques,

les excitations sexuelles, peuvent soudainement produire une congestion dans la prostate déjà hypertrophiée; et une rétention complète, ainsi amenée, peut être le moyen qui sert à découvrir pour la première fois l'existence de l'affection. Après cela, on peut grandement diminuer la distension habituelle de la vessie par l'usage journalier d'une sonde, mais il arrive rarement, ou jamais, que la vessie recouvre le pouvoir d'évacuer entièrement son contenu, comme elle le fait après une simple distension exagérée de ses parois, causée par une rétention d'urine accidentelle, sans qu'il existe d'obstruction organique du côté de son col.

La dernière période peut parfois être plutôt indiquée par les signes d'un déclin graduel des forces vitales que par ceux d'une obstruction qui augmente; d'un autre côté, les symptômes de la fin sont souvent une dépression rapide, conséquence de la mortification d'une partie de l'organe, d'hémorrhagies répétées avec ou sans participation des instruments, ou un épuisement graduel causé par l'écoulement constant de pus et de mucus fournis par la vessie, ou enfin l'empoisonnement urémique de l'individu, par suite du manque de la fonction éliminatrice du rein.

CHAPITRE IX

EFFETS DE L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE EN RAPPORT AVEC LA FONCTION DE LA MICTION. — RÉTENTION. INCONTINENCE. — ENGORGEMENT ET REGORGEMENT

Rétention d'urine plus ou moins considérable, résultat général de l'hypertrophie de la prostate. — Contraste entre la rétention et l'incontinence. — Rétention due à l'obstruction, et non à la paralysie. — La paralysie vraie de la vessie est extrêmement rare, sauf par suite d'une lésion des centres nerveux. — Distension exagérée et atonie de la vessie. — Tableau montrant les divers degrés d'obstruction et les résultats qui leur correspondent. — Engorgement et regorgement. — Importance de ce dernier symptôme. — Il est confondu communément avec l'incontinence. — Quand existe-t-il une réelle incontinence? — Effets sur la miction produits par les diverses modifications organiques de la vessie, des uretères, etc., qui sont la conséquence de l'hypertrophie de la prostate

Un obstacle mécanique, situé soit au col de la vessie, soit dans l'urèthre, est la principale cause de la rétention chronique d'urine, c'est-à-dire d'un état dans lequel le malade, incapable par ses seuls efforts de vider sa vessie, garde une certaine partie de son urine, en plus ou moins grande quantité, selon le degré de l'obstruction même, à moins qu'on n'enlève le liquide par des moyens artificiels. La cause de beaucoup la plus commune de cet inconvénient est l'hypertrophie de la prostate; lorsque l'obstacle est fort étendu, il peut arriver qu'il ne s'écoule pas une goutte d'urine à la suite des efforts volontaires de miction. La vessie est alors dilatée d'une façon permanente, à moins qu'on n'emploie la sonde; la quantité du liquide augmente progressivement, et finit par forcer le passage et s'écouler spontanément. Pour désigner ce phénomène, le terme d'incontinence a servi au début, et il sert encore à beaucoup d'auteurs,

quoique depuis longtemps on sache fort bien que l'état ainsi décrit est précisément l'inverse de l'*incontinence*, du moment que la vessie contient trop d'urine et que le surplus seulement déborde; car la vessie retient souvent une quantité d'urine supérieure à sa propre capacité à l'état sain. La vessie est donc *engorgée*, et l'urine s'écoule par *regorgement*.

On rencontre souvent chez les personnes âgées des mictions involontaires, non pas parce qu'il existe un obstacle, mais par suite d'une paralysie de vessie. On suppose que le col ou le corps de la vessie peuvent être paralysés séparément, l'autre partie conservant son innervation; c'est là un état pathologique dont il serait très-difficile, sinon impossible, de fournir la preuve, et, s'il se présente, il est à coup sûr extrêmement rare. Avec cette théorie, on a dit que quand le col de la vessie est paralysé et le corps intact, l'orifice vésical reste ouvert et incapable de se resserrer, et que l'urine s'écoule aussi vite qu'elle s'échappe des uretères, en sorte que la vessie demeure entièrement vide. On a aussi employé le terme d'incontinence pour désigner cet état, quoiqu'il offre une condition exactement inverse de celle que nous venons de décrire sous ce nom. Mais, dans ce cas, qu'il y ait ou non une lésion nerveuse comme cause du phénomène, le terme est convenable, parce que la vessie ne saurait garder l'urine; par conséquent, on peut désigner avec exactitude cet état sous le nom d'incontinence d'urine.

D'après la même théorie aussi, on suppose que la rétention d'urine reconnaît souvent pour cause la forme inverse de paralysie de la vessie dans laquelle le col de la vessie conserve son innervation, tandis que le corps en est privé, ce qui le rend incapable d'expulser son contenu. On voit ainsi que le terme d'incontinence s'applique fréquemment à deux états fonctionnels précisément opposés de la vessie agissant comme réservoir. De là, les malentendus, les difficultés et les graves erreurs de pratique qu'un débutant surtout peut commettre à ce sujet.

Maintenant, sans discuter ici au long la question que nous venons de soulever, de savoir si ce manque d'innervation locale existe ou n'existe pas, dans un cas portant sur le col, dans l'autre sur le corps seulement, j'affirme sans hésitation que, dans la grande majorité des cas où il y a une rétention d'urine habituelle avec un surplus qui s'écoule par regorgement, la cause de la rétention est palpable et physique, et non pas impalpable et d'ordre fonctionnel : c'est un fait que l'on peut vérifier par l'examen de tous les cas en particulier. En d'autres termes, il y a un *obstacle organique à un endroit quelconque de l'urèthre*, situé soit à son origine au col de la vessie, où il est surtout formé par une hypertrophie de la prostate, soit dans une partie plus antérieure du canal, où il prend d'ordinaire la forme d'un rétrécissement permanent ou organique.

RÉTENTION et INCONTINENCE D'URINE. — C'est L. Auguste Mercier (de Paris) qui a, je crois, attiré l'attention sur ce fait qu'un obstacle organique, et non une paralysie locale ou une diminution de l'innervation, est la grande cause, la cause presque constante des états divers décrits sous les noms de *rétention* et d'*incontinence*, lorsqu'ils se présentent chez des

sujets âgés qui n'offrent aucun signe d'affaiblissement de leurs facultés nerveuses dans aucune autre partie du corps. C'est à son habile discussion du sujet que je renverrai mes lecteurs pour trouver les arguments qui militent en faveur de cette manière de voir (1). Je n'ai pas voulu entrer ici dans cette discussion, parce que j'ai préféré la regarder comme une question de fait plutôt que comme un thème à raisonnements abstraits. Il y a ou il n'y a pas d'obstacle; dans le premier cas, on peut généralement en vérifier la présence. L'expérience seule m'a conduit à rejeter la cause impalpable pour admettre celle qui est matérielle, et, dans une certaine étendue, à ne tenir compte que du fait matériel pour corroborer les assertions ci-dessus.

Dix-neuf fois sur vingt, en dehors de deux ordres de cas que je vais indiquer immédiatement, les symptômes décrits sont invariablement liés à un obstacle permanent d'un ordre quelconque, comme on peut s'en convaincre généralement pendant la vie, et mieux encore après la mort. Les cas exceptionnels dont j'ai parlé sont d'abord ceux où il existe une lésion cérébrale ou spinale organique quelconque qui abolit plus ou moins complétement les fonctions de motilité, volontaire ou involontaire, ou celles du sentiment, ou les deux à la fois, dans toute la partie du corps située au-dessous du point qu'occupe la lésion. Dans ces cas, le corps et le col de la vessie sont affectés de la même façon, et le résultat est la rétention avec issue de l'urine par regorgement ; c'est la condition même, nous devons le faire remarquer, qui donnerait lieu, d'après la théorie de la paralysie locale, à la paralysie du corps et à l'intégrité du col. Sous l'empire de certaines circonstances, la paralysie de vessie peut se montrer par action réflexe, sans lésion organique des centres nerveux : comme, par exemple, à la suite d'un choc violent, ou quelque autre chose semblable.

Le second cas exceptionnel est celui dans lequel, sous l'influence de certaines circonstances, un individu bien portant retient volontairement ses urines pendant fort longtemps, en dépit du besoin urgent qu'il a d'uriner. Il en résulte assez souvent que l'appareil musculaire expulseur de la vessie est distendu outre mesure, qu'il perd sa tonicité, et qu'il est, pendant un certain temps, plus ou moins incapable d'entrer en contraction de la façon normale. Il en résulte une rétention plus ou moins chronique, qui peut persister, à moins qu'on n'y porte remède par la voie ordinaire. On a aussi appliqué à cet état le terme de paralysie; mais comme il n'est nullement évident que la lésion soit due à la perte ou à l'affaiblissement de l'action *nerveuse* transmise à l'organe, il est d'une meilleure pathologie

(1) L. Auguste Mercier, *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur les maladies des organes urinaires et génitaux, considérées spécialement chez les hommes âgés*, IIe partie, chap. I (Paris, 1841). Puis, par le même, *Recherches sur les valvules du col de la vessie* (Paris, 1848) chapitre IV. Plus récemment, par le même auteur, un *Mémoire sur l'inertie ou l'atonie de la vessie, etc.* (*Gazette médicale de Paris*, 1854). — La théorie de la paralysie locale a été défendue par Civiale, par une réplique aux ouvrages ci-dessus, dans le *Moniteur des hôpitaux* du 8 février 1855. La réponse de Mercier a paru dans le même journal, numéros du 10 et 12 avril. Voyez aussi ces deux articles, avec quelques additions, dans son dernier ouvrage, *Recherches sur le traitement des maladies des organes urinaires, etc.* (Paris, 1856).

et d'une meilleure conception du sujet, de l'appeler simplement, comme elle l'est, la distension exagérée, ou, si l'on préfère, l'atonie de la vessie. C'est une supposition toute gratuite, dans un pareil cas, que d'imaginer une lésion dans une partie quelconque du système nerveux pour rendre compte de ce phénomène, et il est, par conséquent, inutile d'en parler comme d'un état paralytique de la vessie.

Les phénomènes que produit un obstacle au col de la vessie causé par l'hypertrophie de la prostate, en rapport avec la fonction de la miction, peuvent être brièvement récapitulés comme il suit, et reliés pas à pas aux modifications organiques qui se montrent avec les progrès de l'affection.

UN OBSTACLE AU COL DE LA VESSIE FORMÉ PAR L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE ENTRAINE :		RÉSULTATS ORGANIQUES.
a. Une augmentation d'efforts pour chasser l'urine au travers de l'orifice obstrué;	donnant lieu à	Une hypertrophie correspondante des parois musculaires de la vessie.
b. L'incapacité de la vessie à effectuer une contraction complète, et, comme conséquence, la *rétention* d'une certaine quantité d'urine;	donnant lieu à	Une dilatation de la vessie en rapport avec la quantité croissante du résidu urinaire, ce qui a pour résultat d'augmenter l'obstruction au col de la vessie.
c. Une plus grande incapacité de la vessie à se contracter, par suite de la dilatation qui augmente, et de la distension des tuniques musculaires;	donnant lieu à	Une atonie plus ou moins complète des parois musculaires.
d. La vessie est *engorgée*, le col se dilate, le surplus s'écoule par *regorgement*, en dehors de la volonté du malade;	donnant lieu à	Des modifications organiques, avec une tendance à la destruction de la muqueuse vésicale.

Nous arrivons ainsi à une appréciation véritable de ces termes, qui ne demandent ni à être expliqués, ni limités dans leur signification, et qui, cependant, appliqués aux états morbides que nous venons de décrire, parlent simplement et clairement par eux-mêmes, rétention, engorgement, regorgement. On ne devrait pas employer à la fois le terme d'incontinence pour un état dans lequel la vessie est pleine à déborder, et un autre dans lequel elle est matériellement incapable de rien *contenir;* c'est pour désigner ce dernier état qu'on devrait le réserver.

Je dis incapable « matériellement », parce que, quand, par suite d'une cause d'inflammation, telle qu'un calcul, une tumeur, etc., il y a des efforts

d'expulsion répétés du côté de la vessie, et en conséquence un très-faible pouvoir à retenir les urines, on emploie en général le terme d'irritabilité de la vessie, comme supposant un état d'activité, et par conséquent un état très-distinct de l'incontinence. On sait en effet que celle-ci, au contraire, implique l'idée d'un état passif ou de repos, résultant d'une modification organique ou d'une déformation, état dans lequel l'urine s'écoule, sans être retenue ni chassée.

L'incontinence réelle, ainsi définie, se rencontre rarement chez l'homme adulte. Ce précepte est un des plus salutaires et des plus importants que puisse recevoir l'étudiant. On pourrait ériger en axiome, et l'importance ne saurait en échapper, qu'un ÉCOULEMENT INVOLONTAIRE D'URINE INDIQUE LA RÉTENTION, ET NON L'INCONTINENCE. Que de fois l'écoulement de l'urine par regorgement au dehors d'une vessie engorgée n'a-t-il pas dissimulé le mal réel à un praticien inexpérimenté, et fait croire au malade que son « urine était trop abondante, ou venait trop librement », et qu'il devait la retenir plutôt que de la laisser aller! Et quel a été son étonnement quand, après que son médecin a reconnu le véritable état des choses, l'introduction d'une sonde a donné issue à plusieurs litres d'urine emprisonnée!

Mais l'incontinence, je veux dire l'incapacité de la vessie comme organe à retenir les urines, se présente-t-elle jamais comme résultat de l'hypertrophie de la prostate? M. L. A. Mercier dit avoir assez souvent observé le fait. Il pense que quand l'augmentation de volume est uniforme, de telle sorte que chaque lobe latéral et la portion moyenne (lobe moyen) aient un volume à peu près égal, cette dernière partie agit à la façon d'un coin, qui s'enfonce entre les deux lobes latéraux, et maintient ouvert le col de la vessie, de façon à empêcher souvent la vessie de retenir l'urine. Il cite quatre cas d'individus qu'il a traités, et chez lesquels, à l'autopsie, il a trouvé une vessie vide, revenue sur elle-même, tandis que la prostate était considérablement hypertrophiée, mais d'une façon égale dans toutes ses parties; il en résultait que le méat interne était béant et offrait une forme triangulaire. Pendant la dernière partie de la vie, il y avait eu incontinence chez tous ces sujets, mais point de rétention d'urine (1).

Comme je l'ai fait remarquer dans un chapitre précédent, consacré à l'anatomie pathologique de cette affection, je n'ai point rencontré, dans les nombreuses collections de nos musées, d'exemples bien marqués qui puissent entrer en parallèle avec les cas de M. Mercier, et je les considère en conséquence comme des résultats peu fréquents. Au contraire, la vessie est presque toujours considérablement dilatée, ou bien, en tout cas, elle n'a pas un volume moindre qu'à l'ordinaire. Très-rarement elle est revenue sur elle-même; en étudiant les nombreuses observations attachées à ces pièces, on ne voit pas non plus qu'on ait constaté pendant la vie de réelle incontinence. Il faut aussi faire remarquer de plus qu'en général le développement égal des trois portions ne nécessite pas l'état de béance du

(1) L. Auguste Mercier, *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur les maladies des organes urinaires et génitaux.* Paris, 1841, p. 261-273.

méat interne, puisque la saillie de la portion médiane postérieure est presque toujours dirigée en arrière du côté de la cavité de la vessie, et ne semble pas agir à la façon d'un coin *entre* les lobes latéraux, desquels, au contraire, elle semble s'éloigner, comme si elle était chassée par leur pression latérale. J'ai en deux ou trois circonstances, vérifié l'existence de l'état indiqué par M. Mercier. Son peu de fréquence vient corroborer la manière de voir que j'avais exprimée à son sujet : je suis heureux de pouvoir confirmer les vues de M. Mercier au sujet de son existence.

Un résultat presque constant d'une hypertrophie prononcée de la prostate, est l'élévation de l'orifice uréthro-vésical au-dessus du plancher de la vessie. Le col vésical tout entier est soulevé derrière le pubis par la masse qui s'accroît. La partie la plus déclive de la cavité n'est plus sur le même niveau, dans la station debout, que l'orifice qui donne issue à l'urine : car la base de la vessie n'étant pas modifiée dans sa position, il se forme en arrière du col une dépression plus ou moins profonde, suivant le degré d'augmentation de la prostate, dépression où l'urine peut séjourner après qu'elle a cessé de couler au travers d'une sonde introduite dans la vessie. Voilà pourquoi la position de l'individu a quelquefois de l'influence sur l'écoulement de l'urine, et pourquoi il trouve que, sur les genoux ou couché la tête en avant, il peut encore uriner, quoiqu'il ait cessé de pouvoir le faire debout. Dans quelques rares circonstances, l'excroissance de la portion médiane ayant pris la forme d'une poire, et ne tenant que par un mince pédicule, la masse est mobile au point de s'abattre en avant sur l'orifice uréthro-vésical à la manière d'une valve, et de l'obturer, quand l'individu est debout ou étendu la tête en avant. [On aperçoit dans la figure 96, page 383, une grande quantité de petites tumeurs qui pouvaient ainsi oblitérer le col de la vessie dans la station debout du sujet.] Dans ce cas, le malade trouve par expérience que l'urine s'écoule plus librement quand il est couché sur le dos que dans aucune autre position. Une semblable circonstance peut mettre sur la voie de cette forme particulière d'hypertrophie, état facile à vérifier, au moyen d'un cathétérisme explorateur approprié. (Voyez le chapitre suivant sur le *diagnostic*.)

Quelquefois cependant, quand l'hypertrophie n'est pas considérable, on observe la même obstruction par suite de la présence de tumeurs bénignes dans la prostate. Tandis que, comme nous l'avons vu, une prostate peut être fort hypertrophiée sans faire obstacle à la sortie de l'urine, une de ces petites tumeurs développées au col de la vessie peut entraîner une impossibilité absolue d'uriner. La petite saillie dure et arrondie qu'elles formen remplit le méat interne, forme un obstacle presque complet aux efforts naturels de la vessie, et rend nécessaire l'usage de la sonde. Coïncidant avec ces symptômes, il peut y avoir peu ou point d'hypertrophie de la prostate, reconnaissable au toucher rectal, ce qui n'exige que peu ou point de différence dans la longueur et la courbure de la sonde employée dans ce cas. Ces états incontestablement exceptionnels, je les ai néanmoins rencontrés assez souvent pendant la vie, et constatés après la mort. (Voy. fig. 94 page 368.)

Nous avons là un état tout à fait distinct de l'hypertrophie, mais capable, comme elle, de faire obstacle à l'issue de l'urine, d'amener la rétention chronique et l'engorgement de la vessie chez les gens âgés, états pathologiques qui réclament les mêmes soins sous tous les rapports. L'enseignement pratique qui en découle est relatif au diagnostic; c'est tout simplement que nous ne devons pas affirmer l'absence d'un obstacle au col de la vessie et l'existence d'une paralysie de cet organe quand il ne peut se vider lui-même au moyen d'efforts volontaires, parce que nous n'avons point découvert d'augmentation de volume de l'organe à l'examen rectal ou uréthral. L'obstacle peut être dû, assez souvent dans ces circonstances, à la présence de petites tumeurs arrondies dans la substance de la prostate, mais faisant dans l'intérieur de l'urèthre une saillie considérable, et situées d'ordinaire, non toujours, au niveau ou aux environs de la luette vésicale (fig. 97, page 384).

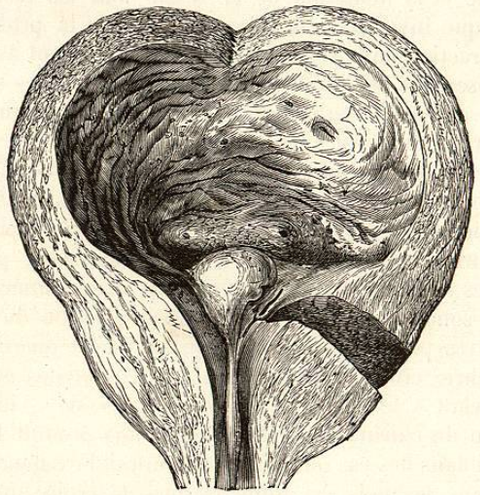

FIG. 99. — Tumeur de la prostate au col de la vessie (*).

[Nous reproduisons une pièce du musée Dupuytren remarquable par le volume des lobes latéraux de la prostate et la saillie que fait entre ces tumeurs la crête uréthrale, qui envoie un prolongement en avant et communique en arrière avec un autre prolongement que lui envoie le corps de la prostate légèrement tuméfié et faisant saillie sur le trigone vésical; celui-ci est lui-même fortement soulevé. En arrière du rebord postérieur du trigone, à peine marqué sur le dessin existe une dépression très-profonde de la face postérieure et inférieure de la vessie. On remarquera aussi

(*) Cette figure est remarquable par le volume des lobes latéraux qui refoulent l'orifice vésical de l'urèthre en arrière ou même qui déterminent l'applatissement latéral du canal. Les tumeurs formées par ces lobes étaient dures et rénitentes, mais sans aucun indice de dégénérescence, ce qu'on jugea d'après l'aspect des surfaces divisées. Le corps de la prostate formait une tumeur piriforme saillante au-dessus de l'angle antérieur du trigone, dont elle occupait toute la surface. Entre cette tumeur et celles des lobes latéraux, on remarque deux sillons moins profonds que ceux qui existent d'ordinaire. C'est celui du côté gauche que la sonde avait suivi. Il y avait là d'anciennes éraillures ou déchirures qui s'étaient cicatrisées. La tumeur du corps de la prostate supporte deux excroissances qui s'étaient déjetées à gauche. (Civiale, t. II, p. 209.)

les inégalités et les orifices de nombreuses cellules à la face interne de cet organe dont les parois sont très-hypertrophiées.

La figure 99 montre jusqu'à quel point l'orifice uréthro-vésical peut être transformé en fente ou même oblitéré par des tumeurs prostatiques.]

D'autres symptômes peuvent être brièvement énumérés comme résultats de l'hypertrophie de la prostate et portant atteinte à la fonction de la miction : je veux parler de ceux qui proviennent d'une pression hydraulique exercée sur tout le trajet urinaire, en arrière du point où siége l'obstacle. Je ne fais que les indiquer ici, parce que j'ai traité ce sujet tout au long dans la première partie de cet ouvrage, sur les *Rétrécissements de l'urèthre*, chapitre II. Les modifications ainsi introduites dans les organes destinés à contenir ou à excréter sont, pour la plus grande partie, presque les mêmes, que l'obstacle à l'issue de l'urine siége sur le trajet de l'urèthre (rétrécissement) ou au col de la vessie (prostate).

L'hypertrophie et la dilatation de la vessie sont les résultats les plus communs, presque invariables de l'hypertrophie de la prostate. L'hypertrophie et la rétraction de la vessie, d'un autre côté, sont assez fréquentes dans le rétrécissement de l'urèthre. Une vessie à cellules se montre fréquemment; cet état pathologique provient de la saillie que fait la muqueuse à l'extérieur au travers de petits interstices situés entre les faisceaux élargis de la tunique musculaire. La cellule, qui commence sous la forme d'une simple dentelure, devient une poche, puis, dans le cours prolongé de l'affection, elle devient une cavité sphéroïdale, capable parfois de contenir plusieurs onces de liquide. On peut soupçonner pendant la vie l'existence de ces cellules, quand, après qu'on a eu entièrement vidé la vessie avec une sonde, certains changements de position du malade donnent issue, en très-peu de minutes, à trois ou quatre onces d'urine très-trouble. M. Guthrie croyait que l'existence de ces cavités était démontrée par ce qu'il appelait « le choc ondulatoire de la vessie », imprimé par la sonde à la main du chirurgien. J'ai maintes fois produit le phénomène qu'il décrit ainsi dans des cas où rien ne démontrait l'existence d'une vessie à cellules, et dans lesquels j'ai mille raisons de croire que cette lésion n'existait pas : je ne puis donc l'admettre comme un signe pathognomonique. Les uretères peuvent se dilater jusqu'à un degré extrême, et leurs parois en même temps s'hypertrophient. On sait qu'un uretère a parfois servi de vessie surnuméraire; dans un cas bien connu, il formait une tumeur, aisément reconnaissable pendant la vie dans son état de distension, qui s'étendait du pubis jusqu'aux dernières côtes, mais qui disparaissait après le cathétérisme. Vient ensuite la dilatation des bassinets, et cela au point que le rein offre l'apparence d'un kyste ou d'un amas de kystes, état dans lequel le tissu rénal lui-même est affecté d'une façon irréparable. Et en vérité, le rein peut disparaître presque entièrement sous l'influence de la pression du liquide, quand il y a longtemps qu'elle dure. Ajoutez à tous ces effets l'action nuisible d'une urine décomposée sur toute l'étendue de la muqueuse; il en résulte une inflammation chronique, qui produit çà et là un processus ulcératif et gangréneux.

Tels sont les principaux effets d'une obstruction prostatique et les modifications organiques qui se produisent dans les organes situés derrière l'obstacle à la suite de l'accumulation de l'urine en grandes quantités, lorsqu'on ne l'enlève pas par des moyens artificiels.

CHAPITRE X

DIAGNOSTIC DES OBSTACLES PROSTATIQUES ET AUTRES SITUÉS AU COL DE LA VESSIE

Examen par le rectum. — Règles pour y procéder. — Points à vérifier. — Examen par l'urèthre. — Sonde employée dans ce but. — Méthodes ordinaires de s'en servir. — La détermination rigoureuse du volume et de la forme de la tumeur est souvent possible. — Diagnostic de l'hypertrophie de la prostate avec les rétrécissements de l'urèthre; — avec les calculs de la vessie; — avec les tumeurs de la vessie; — avec la cystite chronique sans complications; — avec l'atonie de la vessie; — avec la paralysie de la vessie.

Bien que l'apparition des signes ordinaires de l'hypertrophie de la prostate, chez des gens âgés, donne au chirurgien de bonnes raisons pour ses conjectures sur la nature de la maladie, encore ne saurait-il en affirmer l'existence sans un examen manuel.

De même que, dans le cas où l'on soupçonne une pierre dans la vessie, la sonde doit révéler la présence du corps étranger, ainsi, dans ce cas, le doigt, ou à l'occasion la sonde, devra reconnaître l'existence d'une hypertrophie de la prostate, sans tenir compte de l'évidence tirée des symptômes fonctionnels. Cette exploration permettra aussi de définir autant que possible la nature et l'étendue de la tumeur.

Le témoignage sur lequel se fondera surtout le chirurgien, c'est celui que fournit l'examen du rectum, pratiqué avec le doigt. C'est chose si connue et si fréquemment employée, qu'il pourrait paraître superflu d'entrer dans des détails sur les règles de son application. Tel ne sera pas, cependant, le cas pour l'étudiant; ni lui, ni celui qui n'a pas l'habitude de pareilles explorations, n'apprendra grand'chose en l'employant, à moins qu'il n'ait acquis par l'expérience quelques connaissances antérieures sur le volume et la forme d'une prostate saine; mais on peut néanmoins lui faciliter la tâche par quelques données préliminaires.

Le patient doit, règle générale, être étendu sur un lit, et le chirurgien se place du côté gauche, de façon à introduire dans le rectum l'index de la main gauche, tandis que la main droite est prête à introduire une sonde s'il le faut; en effet, par des mouvements combinés de cet instrument dans l'urèthre, et du doigt dans le rectum, on peut obtenir des notions plus précises que par l'une ou l'autre exploration conduite séparément. L'ongle de l'index gauche doit être coupé court; il est bon de remplir de savon ordinaire la rainure qui en fait le tour, puis de graisser la totalité du doigt, afin d'empêcher les matières fécales de se loger dans les plis. Les genoux du malade seront relevés et écartés l'un de l'autre; le doigt sera glissé douce-