CHAPITRE XVII

DE LA BARRE AU COL DE LA VESSIE

Rapport étroit entre ce sujet et l'engorgement prostatique. — Presque tous les obstacles organiques au col de la vessie sont prostatiques. — Il n'y a que peu de cas qui fassent exception. — Méthode de M. Guthrie pour les reconnaître. — Définition de sa manière de voir. — Manières de voir de Civiale, Mercier, Gross, Leroy. — La barre peut être due à des contractions répétées de la vessie, quelle qu'en soit la cause, quand elles durent depuis longtemps. — Elle consiste, dans ce cas, en une hypertrophie musculaire. — Exemples. — Conclusions du sujet dans son entier. — Rareté d'aucune autre affection méritant l'appellation de barre en l'absence de l'hypertrophie de la prostate. — Diagnostic. — Traitement. — Lorsqu'elle est due à une hypertrophie musculaire, comme dans les cas de calcul et de rétrécissement, elle disparaîtra avec la cause excitante. — — M. Guthrie a proposé de sectionner les obstructions au col de la vessie. — Méthodes et instruments de Mercier. — Résultats des opérations. — Examen de ces propositions.

Voici une affection si intimement unie à l'engorgement de la prostate par l'identité de la situation anatomique et des symptômes qu'elle amène, qu'il est impossible de traiter l'une sans envisager aussi l'autre. Comme nous l'avons déjà vu, en étudiant l'anatomie pathologique de la première de ces deux affections au chapitre V, une barre au col de la vessie est souvent due à un simple engorgement d'une partie quelconque de la prostate; il n'en est pas moins vrai qu'il existe parfois, quoique peu fréquemment, un obstacle quelque peu semblable, quand cet organe n'est pas affecté. C'est à ce dernier état que le terme de *barre*, pour désigner une affection distincte, a été vulgairement appliqué chez nous.

Bien qu'il y ait eu, depuis longtemps, nombre de formes d'obstruction au col de la vessie décrites par les auteurs français bien connus du siècle présent, sous les noms de « bourrelets », « barrières uréthro-vésicales », « brides » et « valvules », on n'avait reconnu aucune distinction spéciale entre la forme de l'obstacle que nous allons décrire, et celle qui consiste dans une hypertrophie de la prostate, jusqu'à ce que feu M. Guthrie appelât l'attention sur ce sujet dans ses leçons au Royal College of Surgeons en 1830. Il l'étudia avec soin, et arriva à une manière de voir plus précise que les anciens auteurs, en établissant les caractères distinctifs des deux affections, la prostatique, et celle qui ne l'était pas; le terme qu'il employait pour désigner cette dernière est resté ici dans le sens qu'il lui attribuait à l'origine. Sa manière de voir sur les caractères essentiellement distincts des deux affections est résumée brièvement par lui-même; la voici avec ses propres termes. Il conclut :

« 1° Qu'il existe un tissu élastique au col de la vessie, et qu'il peut être malade sans qu'il y ait un rapport nécessaire entre sa lésion et celle de la prostate.

» 2° Que la prostate peut être malade sans qu'il y ait un rapport nécessaire entre elle et ce tissu élastique. »

Il en note deux cas, dont l'un « sans participation aucune de la prostate, et spécialement du troisième lobe. Le malade urinait avec beaucoup de difficulté, par suite de la barrière formée par ce tissu inextensible. Il mourut enfin de cette maladie, après de longues souffrances. » L'autre, dans lequel, par suite d'un développement inégal des lobes latéraux de la prostate (le lobe droit était très-gros), la muqueuse du col de la vessie s'est trouvée repoussée en haut « de manière à former une barre à sa partie inférieure. » « Cette barre, ajoute-t-il, est tout à fait membraneuse; elle ne renferme pas de tissu élastique, lequel n'est pas malade d'ailleurs, *pas plus que la partie appelée le troisième lobe*, et il n'y a aucune partie saillante dans la vessie, sauf la barre ou valve formée par la muqueuse, au méat même (1). »

De ces deux cas, comme l'auteur le fait observer, l'un était exactement le contraire de l'autre. De vrai, chacun est le type d'une des deux classes bien nettes d'états anormaux intéressant le col de la vessie. Le dernier exemple se présente simplement comme un résultat naturel de certaines formes d'engorgement prostatique assez rares, et dont il existe quelques cas dans nos musées, où l'accroissement seul des lobes latéraux a eu pour effet de repousser en haut la muqueuse, parfois avec quelques tissus fibreux ou musculaires sous-jacents, mais où il n'y a que peu ou point d'augmentation de la partie moyenne. Dans le premier cas, nous avons une élévation anormale de certains tissus qui reposent sous la muqueuse à la partie postérieure ou vésicale de l'urèthre; mais elle ne s'accompagne pas, et elle est sans aucun rapport avec une augmentation de volume quelconque de la prostate.

Il est particulièrement nécessaire de faire une distinction bien précise entre l'affection à laquelle M. Guthrie applique le nom de « barre au col de la vessie », et l'obstacle qui n'est constitué que par une partie médiane hypertrophiée de la prostate. On a indiqué, comme venant de M. Guthrie, des vues essentiellement différentes des siennes propres. C'est ainsi que plus d'un auteur a décrit la barre comme une éminence située exactement *derrière* le tobe moyen hypertrophié. Il est clair que ce n'est pas là ce qu'entendait M. Guthrie; on ne peut pas dire non plus qu'une pareille éminence siége le moins du monde au « col de la vessie », d'autant plus qu'elle doit se trouver nécessairement beaucoup en arrière de ce col. Comme nous le verrons bientôt, l'éminence ainsi indiquée est constituée par un état hypertrophique des bandes musculaires qui règnent entre les orifices des deux uretères, et que l'on connaît généralement sous le nom de « muscles des uretères ».

Civiale consacre un chapitre à l'étude de ce sujet. Il décrit la « barrière uréthro-vésicale » comme formée, dans certains cas, par « un simple pli de la muqueuse, mince et lisse, presque diaphane, étendu d'un lobe de la prostate à celui du côté opposé », et, dans d'autres, par un pli plus épais, sous la forme d'un cordon arrondi, qui contient du tissu musculaire et

(1) J. G. Guthrie, *On the Anatomy and Diseases of the Urinary Organs*. Cet ouvrage forme la première partie des leçons faites au Royal College of Surgeons en 1830. London, 1836, p. 23 et 25.

fibreux (1). Dans d'autres cas enfin, il participe plus ou moins à la substance prostatique. Et il ajoute qu'on peut trouver après la mort une barrière considérable sans avoir eu de symptômes pendant la vie, tandis que, dans d'autres circonstances, une succession de désordres douloureux dans l'appareil urinaire peut résulter d'un repli membraneux peu considérable, qui donne lieu néanmoins à une obstruction très-nette au col vésical.

Il passe aussi en revue les causes présumées d'obstructions valvulaires, quand elles ne résultent pas d'une hypertrophie de la prostate, c'est-à-dire les contractions musculaires spasmodiques, le rhumatisme, etc.; il exprime l'opinion que nous n'avons point de connaissances certaines sur l'étiologie de cette affection.

Mercier, qui connaît très-bien la manière de voir de M. Guthrie sur ce sujet, mais qui ne pense pas toujours de même, décrit, comme la forme usuelle de la barrière uréthro-vésicale, une « éminence semi-annulaire très-analogue à la valvule pylorique de l'estomac, mais qui n'occuperait que la moitié inférieure de l'orifice ». Il en reconnaît deux genres distincts. L'un est produit par le spasme des fibres musculaires qui ferment le col de la vessie; ces fibres se contractent d'une manière permanente chez certains individus, après des attaques longues et répétées de l'affection spasmodique, en sorte qu'une barre permanente en est la conséquence. L'autre genre est le simple résultat d'une hypertrophie du lobe moyen de la prostate. Pour le premier, qui est la barre musculaire, il dit que le siége de l'affection est le tissu situé au sommet du trigone, entre la muqueuse et la prostate. Il en attribue le développement à la présence d'un rétrécissement, d'un calcul ou de toute autre cause venant exciter une action spasmodique des fibres musculaires indiquées. Il peut aussi prendre naissance à la suite d'une inflammation vive du col de la vessie, en général après la blennorrhagie, bien qu'il reconnaisse aussi d'autres causes. En conséquence, dit-il, on en peut rencontrer des exemples chez des individus plus jeunes que ceux qu'affecte la barre prostatique, ce qui aidera au diagnostic. Mais, en général, la sonde angulaire déterminera la différence, puisque, dans la barre musculaire, on pourra faire tourner librement le bec que l'on introduit, tandis que, dans la barre prostatique, l'éminence arrondie de l'organe empêchera ce mouvement de rotation (2).

Le docteur Gross (de Louisville) a consacré quelques pages à l'étude de « l'écueil en forme de barre au col de la vessie ». D'après ses observations et d'après un dessin qu'il donne de la barre, on voit qu'il ne comprend pas sous ce terme l'état pathologique décrit par M. Guthrie (3); car non-seulement il lui assigne un siége différent, mais il indique, comme une des causes les plus fréquentes, l'hypertrophie de la prostate. Au contraire, comme nous l'avons déjà vu, M. Guthrie a désigné sous ce nom une obstruction située au col de la vessie, tout contre le méat uréthro-vésical, et seulement quand il n'y a pas d'augmentation de la partie moyenne de la prostate (troisième lobe).

(1) Civiale, *Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires*, 3e édition. Paris, 1858, vol. II, p. 126 et 244.

(2) *Recherches sur le traitement des maladies des organes urinaires, etc.* Paris, 1856, 6e mémoire, p. 209 et suiv.

(3) Dans le dessin indiqué, les orifices des uretères sont situés chacun à l'une des extrémités de la *barre même*, laquelle est évidemment un relief de substance musculaire (muscles des uretères, Bell) : ce sont ces muscles que l'on aperçoit si souvent entre ces deux orifices quand la vessie est hypertrophiée par suite de la difficulté à uriner. S'il en fallait une preuve de plus, on la trouverait dans la description qui accompagne le dessin, d'après laquelle il semble qu'il y ait eu une forte augmentation de volume de la prostate et que « le troisième lobe de la glande, singulièrement élargi et déformé lui-même....., formât une masse saillante arrondie, faisant saillie à l'intérieur de la vessie, et *débordant la barre* ». (S. D. Gross, M. D., *the Diseases, Injuries, and Malformations of the Urinary Bladder*, etc., 2e édit. Philadelphia, 1855, p. 236.)

M. Leroy (d'Étiolles) semble ne vouloir pas admettre la présence d'une obstruction valvulaire au col de la vessie, sauf quand c'est l'hypertrophie de la prostate qui la produit. Il n'a donné une très-grande importance qu'à cette seule forme, qu'il a traitée dans plusieurs articles de journaux français et dans ses propres ouvrages, pendant une période de près de trente années.

La seconde forme de barre décrite par M. Guthrie, c'est-à-dire celle qui est formée par le refoulement en haut des tissus muqueux et sous-muqueux, sous l'influence du développement des lobes latéraux de la prostate, ne peut se voir que dans les cas où l'hypertrophie les affecte, sans envahir la partie médiane, ou, en tout cas, à un faible degré. Les exemples de ce genre ne sont point communs, car il se manifeste d'ordinaire dans la partie médiane une tendance à l'accroissement, quand il existe une hypertrophie quelconque de la prostate; ce qui fait qu'on ne peut la regarder comme une affection commune, mais, au contraire, comme une lésion fort rare. Il existe quelques préparations au musée du Royal College of Surgeons, où l'on voit bien cette barrière : par exemple, celles qui sont inscrites sous les nos 2488, 2489 et 2490; il y en a d'autres exemples semblables au musée de University College (1). Mais l'état dans lequel un repli des tissus muqueux et sous-muqueux vient obstruer la partie la plus reculée du col de la vessie, sans augmentation de la prostate, sans rétrécissement, ou sans maladie de vessie, est encore plus rare (2). Et pourtant, quoique j'aie eu l'occasion de voir des exemples de ce genre, le fait est si peu fréquent, que je ne puis faire autrement que de le regarder comme tout à fait exceptionnel, quoique M. Guthrie lui-même pense le contraire. Je demeure persuadé, après des examens nombreux et soignés, que les saillies anormales au col de la vessie sont plus souvent dues à quelque hypertrophie ou excroissance, même très-petite (et l'on peut les rencontrer à tous les degrés de

(1) Le no 2489 est représenté par Sir E. Home, dans son ouvrage sur la prostate, vol. I, planche V. Il le décrit comme « un repli transversal de la muqueuse de la vessie étendu entre les lobes moyen et latéraux », et il en parle comme d'un « objet qui mérite une attention particulière, puisqu'il augmente l'obstacle au passage de l'urine, en l'empêchant de contourner les côtés de la protubérance ». (P. 251.)

(2) Il n'y en a qu'un exemple au musée du College of Surgeons. Il porte le nom de M. Guthrie, mais il ne figure pas au Catalogue. C'en est un auquel il attachait une grande importance, parce qu'il démontrait, selon lui, l'existence de l'affection. (Voy. *op. cit.*, p. 23.)

développement), naissant de la partie postérieure de la prostate, et qu'elles ne sont pas seulement de simples élévations des éléments muqueux et sous-muqueux, mais qu'on y rencontre communément du véritable tissu prostatique hypertrophié, uni au corps même de l'organe par des canaux propres qui ne sont pas difficiles à démontrer.

En pareil cas, la petite proéminence qui fait saillie au centre du plancher de l'orifice uréthro-vésical soulève de chaque côté d'elle un repli léger de la muqueuse et des tissus sous-jacents en forme de croissant, et souvent, quelque dimension qu'atteigne plus tard l'excroissance glandulaire, ces replis s'élèvent avec elle. C'est au travers de ce repli que s'engage assez souvent la pointe du cathéter pour porter remède à la rétention d'urine; c'est ainsi, d'ailleurs, qu'on inflige aux parties la lésion la moins considérable. Une hémorrhagie abondante succède d'habitude à cette lésion, mais heureusement, en règle ordinaire, sans aucun autre symptôme inquiétant (1).

Mais, tandis que tel est le caractère des formes communes que revêt l'obstruction à cet endroit, il en est, sans doute, une autre, qu'on ne rencontre que rarement, qui est tout à fait distincte, probablement celle qui est décrite par Mercier dans un paragraphe ci-dessus, comme causée par le spasme musculaire. En examinant un spécimen de cette sorte, voici ce qui s'offre à l'œil : La luette vésicale s'élève et se développe anormalement sous la forme d'une saillie transversale d'un volume variable; il y a une diminution considérable dans le diamètre antéro-postérieur du plancher de la vessie, ou trigone, et les bandes musculaires qui délimitent cet espace sont hypertrophiées, de même en général que les éléments de la vessie. Un examen plus attentif démontre l'absence d'hypertrophie de la prostate, mais indique la présence d'un rétrécissement de l'urèthre, ou d'un calcul, ou de quelque autre cause qui entretenait depuis longtemps une irritation de la vessie. Bref, sur un grand nombre de préparations des organes urinaires, où il y avait eu pendant de longues années un obstacle uréthral pendant la vie, le plancher de la vessie a l'air d'avoir été raccourci ou comprimé d'avant en arrière; les orifices des uretères sont beaucoup plus rapprochés du col de la vessie que dans l'état normal, et l'éminence musculaire qui les unit est fort développée; en même temps la luette, ou les tissus qui la composent semblent aussi plus saillants, de manière à former une proéminence marquée à la partie la plus reculée du col de la vessie, avec des caractères très-différents de ceux d'une simple barre membraneuse. En faisant une section verticale du col de la vessie et de la prostate, on constate que cette élévation est due à une augmentation des éléments naturels de la luette, c'est-à-dire des éléments fibreux et musculaire, tandis que la prostate, comme je l'ai déjà dit, n'a pas augmenté de volume. Maintenant cet état des parties a été étudié par Sir Charles Bell (2).

(1) La préparation n° 2513, au musée du Royal College of Surgeons, montre un bel exemple de cette perforation avec le résultat précis que je viens de décrire. Le malade vécut encore cinq ans. Le musée contient six autres exemples de perforation de la partie moyenne, exécutée pour porter remède à la rétention.

(2) Charles Bell, *An Account of the Muscles of the Ureters, and their Effects in irritable States of the Bladder* (*Transactions of the Medical and Chicurgical Society*, 1812, vol. III).

Il a indiqué ses vues sur la disposition de ces larges faisceaux musculaires qui paraissent liés à l'occlusion des orifices des uretères, et à l'ouverture du col de la vessie. Ils sont fortement hypertrophiés quand l'augmentation d'action de la vessie a été longtemps entretenue par une source quelconque d'irritation; il en résulte que le col vésical se rapproche des orifices des uretères. Mais Sir Charles Bell disait que la cause siégeait dans le « lobe moyen de la prostate », auquel s'insérait cet appareil musculaire; il émit l'opinion que le développement anormal de ce lobe était dû, dans tous les cas, à leur seule action mécanique, qui l'attire et le fixe dans une position anormale au moyen d'efforts répétés; et par l'irritation ainsi produite, amenant l'hypertrophie. Cette théorie donnait une trop grande place à la seule action mécanique, qui ne peut produire tous les phénomènes qu'on la supposait capable d'amener. En même temps elle ne faisait pas avancer la découverte d'une cause primitive de l'hypertrophie de la prostate, d'autant plus qu'elle ne donnait aucune explication sur le fait qui déterminait les muscles à agir d'une façon anormale sur certaines prostates, et non sur d'autres. Mais de plus, une étude des préparations de nos musées démontre que le développement des « muscles des uretères », ne coïncide point nécessairement avec une augmentation de la partie médiane de la prostate; mais elle montre qu'il en est ainsi quand la vessie a longtemps et habituellement exercé de violentes contractions, *quelle* qu'ait été la nature de l'obstacle ayant déterminé ces contractions. La vue de l'hypertrophie prostatique elle-même, proéminant, comme cela arrive souvent, à l'intérieur de la vessie sous la forme d'un polype, avec un pédicule à sa base, n'indique point qu'elle ait été attirée dans cette position, ni produite par l'action musculaire. De plus, les meilleurs exemples d'hypertrophie de l'appareil musculaire en question, et de l'élévation du col de la vessie qui l'accompagne, coïncident avec un rétrécissement ancien de l'urèthre, et non pas avec les cas d'augmentation de la prostate.

Mais les faisceaux musculaires en question (on le sait bien maintenant) ne s'insèrent pas de la façon qui a été indiquée à une partie quelconque de la prostate; ils sont disposés de la manière suivante. Après s'être réunis à la couche sous-muqueuse de la vessie, ils se continuent jusqu'à l'orifice vésical, et s'entrecroisent en cet endroit pour former la « luette »; puis ils se continuent avec la couche musculaire longitudinale de l'urèthre. C'est ce que démontre clairement le professeur Ellis: il a disséqué et décrit avec soin l'agencement des fibres musculaires tout du long de l'appareil génito-urinaire (1). Un état hypertrophique de ces faisceaux musculaires qui relient les uretères à l'urèthre et forment la luette, résulte des efforts d'expulsion fréquents et longtemps continués de la vessie; ils semblent s'identifier avec l'action d'expulsion de l'urine, et leur augmentation, leur épaississement, leur saillie est la conséquence naturelle de leur suractivité. En même temps il est probable que des mouvements spasmodiques répétés des fibres

(1) G. V. Ellis, *An Account of the Arrangement of the Muscular Substance in the Urinary and certain of the Generative Organs of the Human Body* (*Medico-Chirurgical Transactions*, London, 1856, vol. XXXIX, p. 327).

musculaires situées au col de la vessie produisent non-seulement l'hypertrophie, mais aussi l'inflammation; de sorte qu'elles perdent (comme les fibres de l'iris dans les mêmes circonstances) le pouvoir de se relâcher, et qu'elles restent contractées d'une manière permanente, ainsi que Mercier en a suggéré l'idée. Telle est, je crois, la véritable pathogénie d'un obstacle au col de la vessie, qui n'est pas formé par le développement de la partie médiane de la prostate, ni par un simple repli des tissus muqueux et sous-muqueux entraînés en haut par les lobes latéraux hypertrophiés et quand la partie médiane n'est que peu ou point le siége d'une hypertrophie réelle.

On pourrait ajouter que cette apparence peut être la seule chose qu'on rencontre après la mort, quand on ne découvre aucune cause des symptômes urinaires, qui ont pu être graves pendant la vie. Il n'est pas nécessaire de supposer, comme le propose M. Guthrie, que même dans un pareil cas, la barre a été la source de ces symptômes. Son existence prouve simplement qu'il y a eu là pendant longtemps une quantité anormale d'effort d'expulsion de la part de la vessie. Elle n'est que le résultat de cette activité qui se traduit sous la forme d'hypertrophie; et la cause de l'action anormale qui a produit la barre est encore à trouver. Il y a des cas de « vessie irritable », comme on dit, où l'on ne rencontre ni rétrécissement, ni grosse prostate, ni calcul, ni maladie du rein, du rectum, ou autre cause satisfaisante, pour l'expliquer. C'est un fait rare, mais bien connu de la plupart des chirurgiens. Dans ces cas, si les symptômes ont été graves et qu'ils aient duré longtemps, nous trouverons, sans aucun doute, *comme leur résultat*, les tuniques musculaires de la vessie présentant à un degré plus ou moins marqué, la barre saillante au niveau du col; mais nous devons rechercher plus avant la cause qui a rendu la vessie irritable, et jeter les yeux sur la modification anatomique qui en est la conséquence. Sans doute une cystite ancienne et chronique, qui n'est amenée par aucune des causes indiquées ci-dessus, ou aucune autre cause locale d'irritation, produira également le même état, par suite de l'extrême irritabilité de la vessie qui en est la conséquence.

C'est la présence de cette barre, dans les cas déjà anciens de rétrécissement, qui, en dehors des lacunes élargies situées dans l'urèthre dilaté en arrière du rétrécissement, semble être quelquefois la cause d'un obstacle au col de la vessie, longtemps après que la sonde a dépassé le rétrécissement; elle peut à l'occasion causer quelque difficulté à la sortie de l'urine par la sonde. Elle paraît aussi expliquer ce que l'on a souvent prétendu, qu'un malade affecté de rétrécissement de l'urèthre a aussi une grosse prostate, concours de circonstances moins commun qu'on ne pourrait le supposer. Et enfin elle rend compte de certains cas, mais non de tous ceux dans lesquels la difficulté de la miction et les autres signes d'obstruction persistent chez les malades affectés d'un rétrécissement uréthral, même après qu'on a dilaté l'urèthre d'une façon satisfaisante. La barre reste au col de la vessie, et elle est la cause des symptômes qui se présentent.

Comme j'ai étudié ce sujet dans un ordre différent de celui que suivent les autres auteurs, je vais rapporter ci-dessous quelques exemples de cette

forme de barre causée par l'hypertrophie des tissus au col de la vessie, résultant d'une longue suractivité de la fonction d'expulsion, et due en général à un rétrécissement du canal (1).

Pour donner une exposition claire des faits rapportés sur ce sujet et des manières de voir qu'on a appuyées sur eux, je les résumerai brièvement sous la forme de conclusions.

Il semble :

1° Que, dans la majorité des cas où il y a un obstacle organique affectant plus ou moins la forme d'une saillie ou d'une barrière située à l'extrémité postérieure du col de la vessie, cette saillie anormale se trouve constituée par une excroissance venant de la partie médiane de la prostate.

2° Qu'il peut y avoir un obstacle organique au col de la vessie, sans augmentation de la partie médiane de la prostate.

3° Que, dans ce cas, il (l'obstacle) est dû le plus souvent à une hypertrophie des fibres musculaires situées au col de la vessie, produite elle-même par une irritation déjà ancienne de l'organe, et occasionnée en général par un rétrécissement de l'urèthre, une inflammation ou un calcul de la vessie; enfin il peut apparaître en dehors d'aucun de ces états.

4° Que beaucoup moins souvent il consiste en un repli de la muqueuse et des tissus sous-muqueux refoulés en haut par les lobes latéraux de la prostate, tandis que la partie médiane se trouve peu ou point affectée.

Les deux états distincts décrits dans les deux derniers paragraphes sont ceux auxquels M. Guthrie appliquait le nom de « barre au col de la vessie », et qu'il employait pour les distinguer de l'élévation bien connue produite en cet endroit par l'augmentation du « lobe moyen »; ils en sont parfaitement distincts et ne sauraient coïncider avec elle.

Ces conclusions nous montrent que nous avons très-rarement l'occasion de voir une affection qui mérite le nom de barre au col de la vessie, en dehors de l'augmentation prostatique, qui l'affecte, elle aussi, et de l'état indiqué comme une hypertrophie musculaire, résultant en général d'un rétrécissement, d'un calcul ou d'une autre cause semblable d'irritation permanente.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic des obstacles au col de la vessie a déjà été pleinement étudié au chapitre X qui lui est consacré. (Voyez page 424, le moyen de reconnaître la différence qu'il y a entre une tumeur prostatique et une barre non prostatique au col de la vessie.) En même temps la

(1) MUSÉE DE ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — On trouve des exemples d'épaississement des tissus au col de la vessie, formant une barre due en apparence à l'hypertrophie des muscles qui gouvernent cet orifice, dans les préparations n°s 2545, 2550, 2572 et 2567 : ce dernier est le plus frappant.

MUSÉE DU UNIVERSITY COLLEGE (n° 482). — Un exemple bien marqué de barre; portion prostatique de l'urèthre dilatée en arrière d'un rétrécissement situé au niveau du bulbe.

AU MUSÉE DE GUY'S HOSPITAL, on peut voir un bon exemple (n° 2399) d'un repli valvulaire de la muqueuse seule, formant une barre mince, aiguë et saillante au col de la vessie. L'urèthre, à son passage dans la prostate, est dilaté derrière un rétrécissement de la portion bulbeuse. Les n°s 2405 et 2406 montrent des barres au col de la vessie, coïncidant avec un rétrécissement.

Dans aucun des cas précédents la barre n'est de nature prostatique.

connaissance de l'âge auquel les symptômes ont apparu viendra nous aider, ainsi que celle de la présence ou de l'absence d'une hypertrophie prostatique par le toucher rectal. Nous pouvons être parfaitement assurés qu'un obstacle prostatique ne se montre pas avant cinquante-cinq ou cinquante-six ans, et rarement d'aussi bonne heure.

TRAITEMENT DE LA BARRE AU COL DE LA VESSIE. — Il arrive que, quand l'obstacle au col de la vessie ne consiste qu'en un état hypertrophique de l'appareil musculaire produit par l'irritation qui accompagne une pierre, un rétrécissement ou toute autre source de mictions fréquentes et douloureuses, il n'y a aucun autre traitement nécessaire, ou susceptible de rendre service, que de supprimer la cause excitante. Dans beaucoup de cas, il n'y a aucune utilité à le séparer de cette cause, pas plus qu'il n'y a de raisons pour traiter séparément une vessie hypertrophiée ou dilatée, un uretère agrandi, ou toutes les autres causes d'un obstacle uréthral et d'une irritation de la vessie. Supprimez la cause, et toutes ces affections secondaires diminueront ou disparaîtront en général. Mais le cas est différent, lorsque, après la suppression de la cause, les symptômes se montrent encore ou ne se sont que très-légèrement amendés. Nous devons alors rechercher l'origine de l'affection, soit dans une inflammation chronique, dans l'atonie ou l'inertie de la vessie (voy. pour le traitement page 433), soit dans un obstacle qui existe encore sans doute au col vésical. Si l'examen nous fait découvrir une barrière mécanique, formée ou par l'augmentation fort commune de la partie médiane de la prostate, ou par une autre cause moins fréquente, une barre non prostatique, et que cette barrière, quelle qu'en soit la structure, soit la cause d'une grande difficulté d'uriner, quand on a la certitude absolue de l'absence d'un calcul, d'un rétrécissement, d'une tumeur vésicale ou de toute autre cause du même genre, il nous reste à considérer si l'on peut apporter au malade quelque soulagement, et quel il doit être.

Feu M. Guthrie, à l'expérience duquel nous avons naturellement recours comme le premier qui ait appelé l'attention sur ce sujet, nous dit que le traitement par la dilatation simple et la sonde à demeure dans la vessie ne réussit pas toujours, quoiqu'il soit souvent utile; dans un pareil cas, ajoute-t-il, « la barre, ou digue, au col de la vessie doit être incisée, et la question qui se présente est de savoir quel est le moyen d'y arriver qui soit le plus exempt de danger » (1).

Les chirurgiens français sont arrivés à la même conclusion. Ainsi l'introduction pendant plusieurs jours d'une grosse sonde, les essais répétés pour déprimer la partie saillante par des moyens mécaniques, comme par des sondes à grande courbure, etc., ont été employés avec quelque profit dans les cas les plus simples, mais sans aucun succès dans ceux qui sont plus confirmés (2).

Après avoir discuté si l'on doit suivre l'exemple de Sir W. Blizard, qui,

(1) *Op. cit.*, p. 274.
(2) Civiale, *Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires*, 1858, t. II, p. 157. — Voyez aussi Mercier et autres.

dans quelques circonstances, pratiquait des incisions ressemblant à celles que l'on fait dans la taille latérale, dans le but de soulager les malades atteints d'un engorgement confirmé et avancé de la prostate, M. Guthrie suggère qu'on peut facilement inciser une barre, et il mentionne deux cas où il a agi de cette façon avec avantage. Pour cela, il a employé, modifié, un des instruments de M. Stafford pour le rétrécissement. Il consistait en une sonde prostatique contenant une lame qu'on faisait saillir aisément sur le côté de la sonde, à son extrémité, après avoir introduit celle-ci dans la vessie, de façon à inciser en retirant l'instrument; on pouvait aussi faire deux incisions, l'une en entrant, et l'autre comme je viens de le dire. Il pense aussi que, dans certains cas, on aurait un grand avantage à inciser sur la ligne médiane du périnée la portion membraneuse de l'urèthre, puis à diviser la prostate et la barre, ou toute autre espèce d'obstacle qui se présenterait en cet endroit. M. Guthrie ajoute qu'il n'a pas mis cette idée à exécution. Les opérations auxquelles il donna l'initiative semblent tombées en désuétude, ou peut-être serait-il plus correct de dire qu'elles ne sont jamais devenues d'une pratique générale en Angleterre; mais on adopta à Paris, à la même époque, des procédés semblables : en effet, M. Leroy (d'Étiolles) fit plusieurs communications à l'Académie des sciences (1832-1833) pour conseiller les scarifications et les incisions des obstacles situés au col de la vessie (fig. 126). L'instrument dont il se servit dans la suite, qu'il montra à l'Académie des sciences en 1837, et qui fut dessiné, je crois, en 1840 pour la première fois, ressemblait beaucoup à celui que je viens de décrire, sauf qu'on pouvait faire saillir la lame du côté convexe ou du côté concave de la courbure qui est extrêmement courte, comme celle de la sonde exploratrice figurée à la page 423. En outre, néanmoins, il y avait une autre lame qui devait agir en sens inverse de la première, pour faire

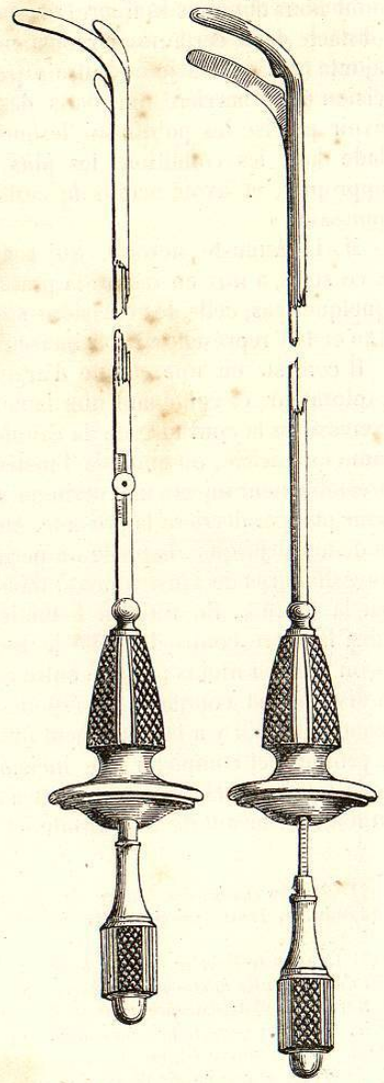


FIG. 126. — Scarificateur de Leroy (d'Étiolles).

avec elle les deux lames d'une paire de ciseaux, dans le but d'exciser une petite excroissance en cas de nécessité (1).

[M. Maisonneuve a imaginé un instrument (fig. 127) pour sectionner la barre au col de la vessie, mais il n'incise que dans un sens.]

M. Civiale dit avoir souvent pratiqué [à l'aide du coupe-bride ou kiotome dont nous donnons la figure] de petites incisions dans des barres faisant obstacle dans certaines circonstances. Après avoir décrit sa méthode, il ajoute (2) : « Mais je ne saurais trop répéter qu'il ne faut recourir à l'incision de la barrière que dans des cas parfaitement déterminés, qu'après avoir précisé les points sur lesquels l'instrument doit agir, placé le malade dans les conditions les plus favorables, au moyen d'un traitement approprié, et avoir acquis la certitude que tout autre moyen est impuissant. »

M. L. Auguste Mercier, qui a apporté une attention toute particulière à ce sujet, a mis en œuvre la pratique des incisions libres, et aussi, dans quelques cas, celle des excisions sur la barre qui fait obstacle. Les figures 130 et 131 représentent son inciseur du col de la vessie (3).

Il consiste en une canule d'argent, ayant la forme de son instrument explorateur, et contenant une lame, qui coupe du côté concave et du côté convexe de la courbure de la canule, comme je l'ai déjà indiqué. Quand la lame est cachée, on emploie l'instrument comme une sonde, après avoir préalablement injecté une seringue d'eau ; le bec est tourné en bas, comme pour plonger derrière la prostate. Au moyen d'une vis située en V', on règle la distance jusqu'à laquelle on permet à la lame de glisser hors du bec, le long du corps de l'instrument : dans la figure, cette distance est indiquée par la lettre L. En retirant à lui le manche arrondi R, l'opérateur incise ainsi la barre contre laquelle le bec demeure, et il divise les tissus d'une façon plus ou moins parfaite entre ce bec et le point L. Pour s'assurer que la division est complète, on repousse la lame dans le bec, et l'on répète la manœuvre, s'il y a lieu. On peut aussi employer l'instrument au devant de la prostate, et compléter une incision commencée en venant de l'intérieur de la vessie, de la façon qui vient d'être décrite, en mettant le bec tourné en haut au devant de la prostate, et en faisant saillir la lame hors de la

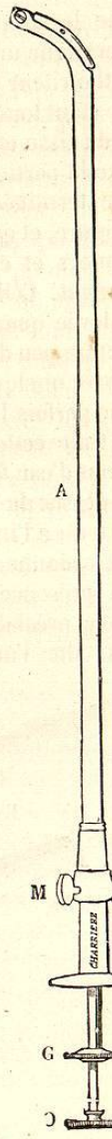
(1) *Comptes rendus des séances de l'Acad. des sciences*, 10 avril 1837, vol. IV, p. 551.

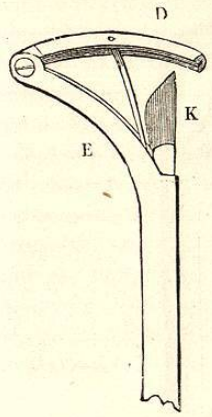
(2) Civiale, *Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires*. Paris, 1858, t. II, p. 171.

(3) L. Auguste Mercier, *Recherches sur le traitement des maladies des organes urinaires considérés chez les hommes âgés*, Paris, 1856, p. 216, et *Gaz. méd. de Paris*, 1850 et 1852. M. Mercier a écrit, dans une analyse étendue de mes travaux (*Étude sur divers points, etc.* Paris, 1860 ; et *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1860, divers articles), que dans la première édition de ce livre, je ne lui avais pas rendu justice sur ses vues et ses procédés, et que j'avais décrit son instrument et son opération comme de simples modifications de ceux de Leroy (d'Étiolles). Après avoir réexaminé la chose, je conclus définitivement que la différence est essentielle, et que, malgré une certaine ressemblance dans la forme des instruments, le procédé de M. Mercier est original et distinct des scarifications pratiquées par Leroy. Je regrette infiniment de m'être trompé, en omettant d'attribuer toute leur valeur aux travaux d'un des plus originaux et des plus sagaces observateurs, pour lequel j'ai le plus profond respect.

canule, sur le côté convexe, comme on le voit dans la figure, indiqué par un astérisque. Dans ce cas, on tourne d'abord la vis V' pour régler le mouvement. De cette manière, l'incision se trouve pratiquée : c'est la méthode recommandée par M. Mercier, quand la barre est étroite ou mince et saillante.

FIG. 127. — Sécateur de la lèvre inférieure du col vésical (Maisonneuve).





Kiotome de Civiale.

FIG. 129. — Son extrémité vésicale (*). FIG. 128. — Ensemble de l'instrument.

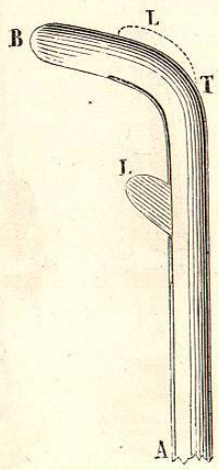


FIG. 130 et 131. — Inciseur du col de la vessie de L. Aug. Mercier (**).

(*) On voit la partie mobile de la branche articulée portée en arrière et la tige qui la fait mouvoir, l'espace triangulaire qui résulte de cet écartement où vient se placer la valvule avant que la lame soit poussée, et celle-ci sortant de la gaîne, comme cela a lieu dans l'opération. Au moment de l'exploration, la lame est retirée, mais par un côté se trouve une partie pleine qui s'applique contre la face antérieure de la valvule, pendant que la branche mobile presse contre sa face postérieure et la ramène en avant, de telle sorte que la barrière est embrassée et même comprimée par l'instrument. (Civiale, t. II, p. 167.)

(**) B V, gaîne de l'instrument ; L R, lame intérieure dont la partie tranchante sur toute la circonférence est représentée en L'' ; L, lame tirée comme dans le premier mode d'agir ; L', lame poussée comme dans le second mode d'agir et saillante sur le talon T de la seconde figure ; V, V, vis réglant la course de la lame, l'une dans un sens, l'autre dans le sens opposé.

Si la barre est arrondie et épaisse, comme le sont presque tous les engorgements prostatiques en cet endroit, il pratique une excision au moyen d'un instrument à peu près semblable à un lithotriteur (fig. 132 et 133), avec lequel, le bec étant tourné en arrière, il saisit un morceau du tissu entre les mors de l'instrument, fixe la partie saillante au moyen d'une aiguille terminée en flèche, que l'on voit dans la figure, et qui l'immobilise; puis il ferme les mors et excise ainsi la partie qu'ils renferment. Celle-ci, fixée par l'aiguille, est enlevée quand on retire l'instrument. Souvent un peu de sang s'écoule après cette manœuvre; quelquefois il y en a beaucoup, et même parfois l'hémorrhagie est inquiétante. On traite cette complication par de petites injections d'eau froide, par l'élévation du bassin au-dessus du niveau de la tête, ou par des astringents à l'intérieur. Après l'opération, il faut ordonner au malade de vider sa vessie, en présence du chirurgien, de l'eau qu'on y a préalablement injectée. Il est important, dit l'auteur, qu'il puisse

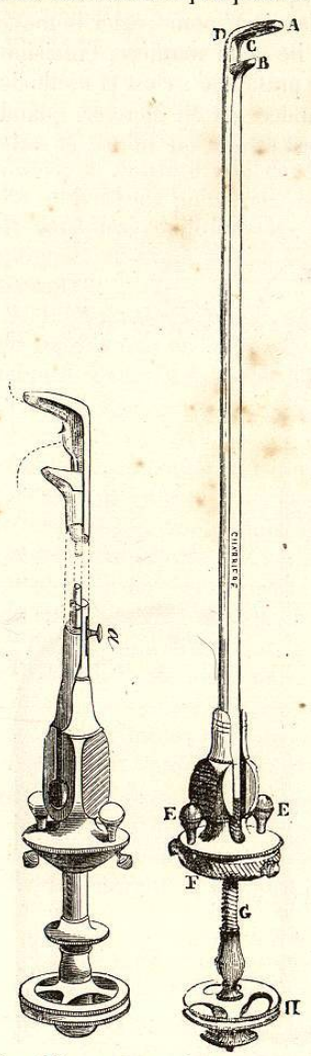


FIG. 132. — Exciseur de Mercier, ensemble de l'instrument.

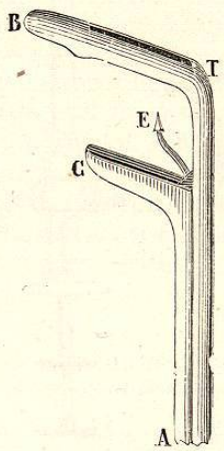


FIG. 133. — Les becs (grandeur naturelle) (*).

le faire étendu sur le côté et sans efforts. Si l'écoulement ne se fait pas, on passera une grosse sonde, munie d'yeux volumineux. On ne doit pas laisser une sonde dans la vessie, parce qu'elle provoque du spasme, des envies d'uriner fréquentes, et qu'elle favorise ainsi l'écoulement sanguin :

(*) Le bec de la branche femelle, long de 25 millimètres, est quadrilatère à son extrémité et percé d'une fenêtre près du coude T. Le bec C de la branche mâle a des bords aigus qui s'engagent exactement dans le bec de la branche femelle.

il est préférable d'introduire un instrument de temps à autre, quand le malade ressent une envie d'uriner. Après quelques remarques approfondies sur l'hémorrhagie, M. Aug. Mercier ajoute : « C'est jusqu'à présent le seul accident un peu sérieux que j'aie observé. Je répète qu'à l'aide des moyens indiqués, j'en ai jusqu'à ce jour constamment triomphé, et mon expérience repose déjà sur une base assez large, car mes opérations s'élèvent au moins au nombre de 300, certains de mes malades ayant été opérés plusieurs fois (1). » Plus récemment, il a affirmé qu'il y a moins à craindre sous ce rapport d'une excision que d'une incision, parce que les vaisseaux sont plutôt déchirés par le premier procédé, et qu'ils sont coupés net dans le second. Six jours environ après l'opération, il passe une sonde flexible, en y mettant le plus grand soin, de crainte d'exciter une hémorrhagie, et, suivant les circonstances, mais en général vers le dixième ou le onzième jour, après avoir introduit la même sonde, il passe dans son intérieur un mandrin d'acier, pour presser avec lui sur le siége de la blessure et en prévenir la réunion, et il augmente la force qu'il emploie dès la seconde à la troisième semaine qui suit l'opération. Il parle en termes très-précis du bénéfice qui a suivi cette pratique dans beaucoup de cas, et il en rapporte 15 comme preuves. Il y a joint les noms et demeures de ces malades; dans la plupart des cas, l'opération s'est faite en présence d'un ou plusieurs des chirurgiens les plus distingués de Paris; cinq fois des malades ont été examinés par la commission du prix d'Argenteuil. Ce qu'il rapporte peut donc être l'objet de corrections, si l'auteur a manifesté trop de partialité pour son procédé. De ces malades, deux succombèrent, l'un à une dysenterie, l'autre à une « fièvre ». Tous deux semblent s'être présentés dans un état de santé déplorable, et leurs antécédents, à Londres, auraient paru à beaucoup de chirurgiens contre-indiquer toute opération qui n'eût pas été absolument indispensable. Dans cinq cas, où l'on observait de grandes complications du côté de la miction, telles que de la rétention et de la dysurie habituelles, il produisit un soulagement considérable, qui se maintint chez l'un quatre ans, chez un autre deux années. Sept furent améliorés à un degré variable, quelques-uns d'une façon très-considérable; l'auteur rapporte ces derniers comme des cas de guérison. Dans un cas, l'opération n'a pas influé sur la miction, mais on pouvait introduire une sonde, ce qui était impossible auparavant. Tels sont les résultats, à en juger par l'examen de quinze observations de M. Mercier (2), que l'on peut prendre comme un bel exemple de pratique.

(1) L. Auguste Mercier, *Recherches sur le traitement des maladies des organes urinaires considérés chez les hommes âgés*. Paris, 1856, p. 240.

(2) M. Blandin, dans une leçon sur un cas de rétention d'urine par suite d'une barre au col de la vessie, faite à l'Hôtel-Dieu, parle hautement de la méthode par incision de Mercier, qu'il préfère à l'excision, comme plus certaine et aussi efficace. (*Gazette des hôpitaux*, 23 janvier 1849, p. 35.)

M. Demarquay, chirurgien de la Maison municipale de santé, a pratiqué l'excision dix ou douze fois. On dit qu'il a perdu un malade d'hémorrhagie. On indique deux cas dans l'un desquels l'opération a été suivie d'orchite, finalement tous deux guérirent. (*Gazette des hôpitaux*, 14 mars 1861.)