

Dans d'autres cas, le jet est retardé dès le début et c'est ce retard qui est le symptôme le plus saillant ; l'urine se fait attendre ; le jet est mou et grêle ; plus tard il peut même arriver que le malade n'expulse plus son urine que goutte à goutte et au prix des plus grands efforts ; bref on constate les signes d'un rétrécissement de l'urèthre augmentant chaque jour, et à une époque plus ou moins reculée, on voit survenir les suites du rétrécissement avec tous ses dangers (hypertrophie vésicale, catarrhe de la vessie, etc.). Enfin le malade reste toujours menacé par la rétention aiguë et avec cette triste perspective, que parfois la sonde ne sera pas seulement impuissante, mais qu'elle pourra faire une fausse route. Les cas de ce genre sont évidemment les plus graves, et malheureusement aussi les plus fréquents ¹.

Formes anatomiques de l'hypertrophie. — L'anatomie pathologique a découvert des formes très diverses d'hypertrophie de la prostate. Dans bien des cas, on ne trouve que certaines parties hypertrophiées, les autres sont normales ; par exemple on trouve les deux lobes latéraux hypertrophiés, tandis que les ponts de substance antérieur et postérieur sont restés normaux. On peut désigner cette forme sous le nom d'*hypertrophie partielle*. Dans d'autres cas, l'organe tout entier est augmenté (*hypertrophie totale*) ; mais il faut encore distinguer deux choses possibles : l'hypertrophie frappe également toutes les parties de la glande, ou bien l'une d'elles est plus grosse que les autres (*hypertrophie totale, régulière ou irrégulière*). Il est rare que l'hypertrophie

(1) Les symptômes de l'hypertrophie prostatique peuvent être groupés en deux périodes (Guyon) : 1° des troubles de la miction sans rétention ; 2° des accidents de rétention, complète ou incomplète, avec ou sans distension. La période de début — qui peut n'être pas suivie de la seconde — se caractérise avant tout par la fréquence nocturne des mictions ; en même temps l'expulsion de l'urine est plus lente, plus laborieuse. Chez ces sujets, c'est souvent une cause occasionnelle (constipation, excès de table ou vénérien, refroidissement) qui, en congestionnant la prostate, fait aggraver ces symptômes et, après un nombre variable d'alertes, conduit le prostatique à un accès de rétention aiguë et totale. Après cet accès, il est possible que la vessie distendue ait définitivement perdu sa force expulsive et que le malade soit voué à la sonde pour le reste de ses jours. Mais cette forme est moins fréquente que celle où la rétention s'installe insidieusement : le malade croit vider bien sa vessie, mais il stagne de l'urine dans le bas-fond et peu à peu s'aggrave cette rétention incomplète, dont le sujet n'a pas conscience, et qu'on met en évidence par un cathétérisme pratiqué aussitôt après la miction. Souvent chez ces malades ce sont des troubles dyspeptiques qui attirent l'attention et sont soignés en vain, jusqu'au jour où un médecin plus avisé explore la prostate et la vessie, diagnostique des accidents digestifs d'origine urinaire et établit un traitement local rationnel.

Les complications, souvent dues à la septicité du cathétérisme, sont la cystite, aiguë ou chronique, la pyélo-néphrite ascendante et l'infection urinaire. (A. B.)

atteigne la portion préurétrale de la glande, tandis que dans la portion postérieure le lobe moyen dépasse très souvent les autres en volume.

Il en résulte que les modifications importantes que subissent l'orifice vésical et la partie prostatique de l'urèthre sont également variables. Dans l'hypertrophie totale régulière, la prostate conserve sa forme ; toutefois c'est en général le lobe moyen qui est plus développé que les autres, de sorte que c'est le diamètre vertical qui prédomine, tandis que les lobes latéraux sont moins prononcés. Si l'on regarde dans la vessie en l'ouvrant par son sommet, on voit alors que la glande proémine sous forme d'un bourrelet arrondi qui entoure circulairement l'orifice vésical. Socin dit qu'elle ressemble un peu à la por-

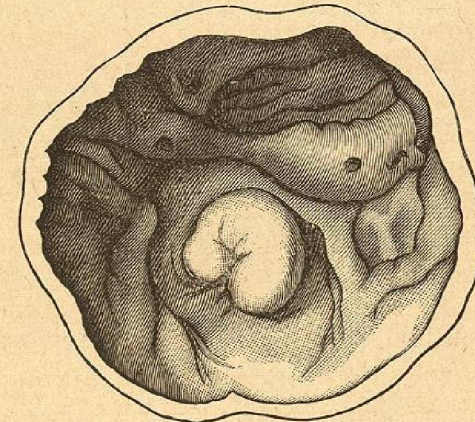


Fig. 236. — Hypertrophie générale de la prostate.

tion vaginale d'un col utérin gonflé (fig. 236). Quand, dans une hypertrophie générale, l'hypertrophie domine sur un lobe plus que sur les autres, on rencontre alors des dispositions fort variées ; il existe quelquefois une bosselure qui comprime l'urèthre d'un côté, ou bien on rencontre un étroit tubercule presque pédiculisé qui s'avance dans la vessie ; ou enfin c'est un bourrelet large qui entoure le col comme un manchon.

La disposition la plus connue et le plus souvent décrite est caractérisée par ce fait que le lobe moyen proémine sous forme de languette dans l'orifice de la vessie (fig. 237), de sorte que ce dernier a la forme d'une fente en Y, verticale et divisée en arrière en deux parties. Vue du côté de l'urèthre, il semble que cette languette soit comme un toit fixé en arrière et qui dominerait la portion prostatique de l'urèthre ; la base de ce toit part du verumontanum et se dirige en haut. Le verumontanum lui-même s'élève de la paroi postérieure de l'urèthre