

grande partie et quelquefois dans la totalité de la portion prostatique, puisque la pression de l'urine refoulerait toute la tumeur contre l'urèthre.

Kohlrausch avait déjà émis des idées de ce genre en faisant remarquer qu'en général la contraction de la vessie pouvait comprimer l'urèthre quand l'orifice de ce dernier proéminait fortement dans la vessie. L'idée première appartient donc à Kohlrausch.

Jurié fit quelques objections aux idées de Busch. Tout d'abord il soutint que les formations de la prostate sur lesquelles Busch fonde ses théories étaient fréquentes, relativement à l'ischurie sénile. De plus il fit observer que le fait que les vieillards vident souvent incomplètement leur vessie ne saurait être expliqué par l'hypothèse de Busch. Enfin il remarque que les dépressions de la vessie ne sont pas immédiatement en rapport avec la prostate, mais qu'elles se trouvent en arrière du trigone. Jurié invoque donc d'autres causes. La facilité plus ou moins grande avec laquelle le col de la vessie est franchi dépendrait — sans compter la pression — d'abord de l'énergie de l'occlusion, et d'autre part de la force de ses antagonistes. Or, dans l'hypertrophie de la prostate, la portion prostatique serait allongée, entourée de parois beaucoup plus résistantes, et sa lumière formerait une fente sagittale qui ne pourrait être distendue que si la prostate était pressée contre la symphyse, parce qu'une dilatation latérale serait empêchée par le manque de place. Par ce mécanisme, l'occlusion serait donc plus complète. Or, en raison de l'augmentation de volume de la prostate, les arcs qui forment les faisceaux externes du muscle vésical seraient moins longs, et leur puissance de dilatation serait diminuée. L'antagoniste de la force qui produit l'occlusion même de l'orifice vésical serait donc affaibli. Dans la lutte contre ces difficultés, les forces de la vessie s'épuisent et la pression abdominale devient impuissante.

D'après ce qui vient d'être dit, on peut déduire que dans l'hypertrophie de la prostate l'ischurie peut être due à des mécanismes différents. L'ischurie d'ailleurs n'est pas non plus le seul symptôme de l'hypertrophie de la prostate. On voit aussi quelquefois les malades perdre leur urine goutte à goutte ; toutefois on n'est pas encore d'accord sur l'interprétation de ce symptôme.

En se basant sur des recherches anatomiques, Dittel pense que le lobe moyen, en subissant une augmentation de volume, vient s'insinuer entre la muqueuse de l'urèthre et le sphincter, de sorte que toute la partie postérieure de l'anneau musculaire est en quelque sorte enroulée autour du lobe moyen hypertrophié. Au début, le muscle pourrait encore fonctionner, et le lobe s'accoler à la partie antérieure de l'orifice vésical ; quand ce lobe est très développé, le demi-anneau musculaire serait trop aplati en arrière, ce qui entraverait ses fonctions. Mais Socin s'élève contre cette manière de voir, en invoquant également ses recherches anatomiques. Selon lui, le lobe hypertrophié porterait le sphincter en haut et en avant ; ce que Dittel considère comme le sphincter refoulé, ne serait autre chose que les étages les plus inférieurs des fibres circulaires de la vessie et appartiendrait par conséquent à la musculature du fond de la vessie. Socin pense plutôt que les proliférations des tissus prostatiques étoufferaient le sphincter.

Que les choses se passent selon l'une ou l'autre de ces théories, nous pouvons toujours nous représenter comment elles se passent.

Il est tout aussi facile de se représenter une occlusion incomplète mais en même temps un obstacle au cours de l'urine, de sorte que l'écoulement goutte à goutte de l'urine se combine à ce que la vessie ne peut plus se vider complètement.

Traitement. — Le traitement de l'hypertrophie de la prostate est symptomatique ; le traitement radical n'a guère été que proposé, ou du moins il n'a été entrepris que dans un bien petit nombre de cas¹.

Le but principal du *traitement symptomatique* est de prolonger la vie du malade en écartant ou en calmant les complications dangereuses de cette maladie ; le remède principal est le *cathétérisme*, pour lequel le premier principe à observer est la prudence et la propreté.

Le cathétérisme chez les prostatiques exige souvent des instruments spéciaux et une technique à part. La rétention d'urine chronique est le principal symptôme ; comme dans ce cas le cathétérisme est en général facile, l'évacuation systématique de la vessie au moyen d'une sonde peut se continuer pendant longtemps et donner de bons résultats, et un malade intelligent, pourvu de bons instruments, peut se soigner lui-même. A cet égard, le cathéter de Nélaton est une heureuse invention.

Quand on est parvenu à faire comprendre au malade combien un instrument malpropre peut facilement infecter la vessie et qu'en conséquence ce malade observe les plus grands soins de propreté, il n'y a aucun inconvénient à le laisser se soigner lui-même. Les sondes élastiques anglaises ne sont pas aussi inoffensives qu'on le croit généralement ; elles ne doivent être employées que dans les cas très légers, car on a vu des malades se blesser en les utilisant ; on ne peut confier ces sondes qu'à des malades très intelligents, prudents et adroits de leurs mains ; ils s'aideront alors du mandrin qui produit la courbure

(1) A la période des troubles fonctionnels sans rétention, le traitement hygiénique a une importance réelle : régime sobre, proscription des excès alcooliques et vénériens, exercice modéré et régulier, éviter les refroidissements, vider souvent la vessie et ne pas résister au besoin, combattre la constipation. C'est à la période de rétention seulement qu'il faut recourir au cathétérisme, non seulement en cas de rétention aiguë, moment où l'intervention s'impose d'urgence, mais encore dès la période de simple stagnation, même méconnue par le malade. Il faut en effet empêcher le reste d'urine de distendre peu à peu la vessie, et on y parvient en l'évacuant par la sonde, d'abord toutes les trois ou quatre heures, puis à intervalles plus espacés et enfin une ou deux fois par jour seulement ; et il n'est pas rare que ces sujets retrouvent à un moment donné la miction normale. Le cathétérisme, toujours facile, sera pratiqué avec la sonde molle de caoutchouc rouge. En cas de rétention incomplète avec distension, la moindre infection devient très dangereuse, et dans ces conditions il faut redoubler de précautions antiseptiques ; de plus, il faut vider la vessie lentement et progressivement. (A. B.)