

mode d'exploration. Chez un de mes malades, on sentait parfois les calculs avec l'explorateur, tandis que d'autres fois on arrivait à la vessie sans rien sentir.

Traitement. — Le traitement consiste en l'extraction des calculs dont la présence est nuisible.

Certains auteurs, Brodie entre autres, sont intervenus par voie urétrale : ils s'adressaient probablement à des calculs uréthro-prostatiques et non à des calculs logés dans le parenchyme glandulaire.

La voie de choix est l'*incision périnéale*. Mazzoni, Maunder ont pratiqué la taille recto-prostatique, procédé justement abandonné.

Socin recommande l'incision périnéale médiane, Bergmann la taille latérale. L'incision de choix, celle que j'ai suivie dans deux cas, est l'incision prérectale curviligne allant de l'un à l'autre ischion. L'extraction des calculs se fait avec le doigt, avec des tenettes ou avec une curette mousse; je me suis bien trouvé de fortes injections poussées avec la seringue pour faire sortir les petites concrétions. Je crois utile de laisser la plaie périnéale largement ouverte en la bourrant avec de la gaze et, si la muqueuse urétrale est détruite et l'urine infectée, je recommande de drainer directement la vessie par la plaie. On évitera ainsi de redoutables accidents infectieux que la sonde à demeure aussi bien que la cystostomie peuvent être impuissantes à faire disparaître lorsqu'ils se sont développés.

V

HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

L'hypertrophie de la prostate est, parmi les maladies de l'appareil urinaire, celle qui a provoqué le plus de controverses aux points de vue anatomique, pathogénique et thérapeutique. Les auteurs s'accordent à désigner sous le nom d'hypertrophie l'augmentation de volume partielle ou totale de la prostate qui survient chez les individus âgés et s'accompagne de troubles urinaires à lente évolution, allant de la dysurie à la rétention chronique d'urine. Je pense démontrer qu'à cette définition descriptive on peut substituer une définition anatomique. L'hypertrophie de la prostate est une néoplasie d'origine glandulaire se présentant sous des formes anatomiques variées qui sont l'adénome, l'adéno-fibrome et le fibrome glandulaire.

Historique. — Riolan, le premier, signala l'obstruction du col de la vessie déterminée par l'augmentation de volume de la prostate, mais il faut arriver à Morgagni pour voir attribuer à l'augmentation de la prostate l'obstacle à la miction et au cathétérisme chez les vieillards et pour trouver une bonne description anatomique de la maladie :

prostatæ excrescentia ad pyri formam, caruncula, durities magna utroque superficies nigricans, etc. Morgagni reconnaît que l'*uvola* ou *caruncula* était une production pathologique et indique les altérations secondaires de la vessie et des reins. Au commencement de ce siècle, Everard Home décrit l'augmentation de volume du lobe médian et Amussat étudie bien la rétention d'urine dans la maladie que Baillie avait nommée hypertrophie de la prostate. En 1841, paraissent les remarquables travaux de Mercier qui fixe l'anatomie pathologique macroscopique et préconise les premières tentatives opératoires.

En même temps, Civiale insiste sur l'importance de l'inertie vésicale, qui n'est pas toujours secondaire à la lésion prostatique, et montre le grand rôle des altérations rénales. Velpeau assimile ensuite l'hypertrophie prostatique aux fibromes utérins et Thompson, dans ses beaux travaux, confirme cette manière de voir. A Guyon revient le grand mérite d'une étude si approfondie de l'hypertrophie prostatique que son étude d'anatomie macroscopique, le tableau clinique par lui tracé de main de maître et ses indications pour le traitement palliatif n'ont pas été surpassés ni même égalés. D'un autre côté, avec son élève Launois, Guyon soutint au point de vue pathogénique le rôle prépondérant de l'artério-sclérose, et, accentuant les idées de Civiale, il pensa que les lésions vésicales et rénales relevaient, au même titre que l'hypertrophie prostatique, d'une altération primordiale des vaisseaux sanguins. La théorie de Guyon, acceptée partout en France et très répandue à l'étranger, n'est plus guère admise; elle était basée sur les travaux histologiques de Launois qui ont été infirmés un peu partout, par Casper en Allemagne, par Griffiths en Angleterre, par Caminitti et Salomoni en Italie, par Motz, Albarran et Hallé en France.

Si on ne s'entend pas encore sur la nature de l'hypertrophie, on revient de plus en plus à considérer le rôle primordial de l'augmentation de volume de la prostate et la thérapeutique active reprend ses droits : au traitement palliatif succèdent la méthode de Bottini, la prostatectomie avec Mac Gill et Dittel, la castration avec Ramm et White : pourtant l'École lyonnaise, suivant Poncet, ne voit guère de salut que dans la cystostomie, opération palliative. En ce moment, on peut dire que l'accord n'est point fait en anatomie microscopique; qu'au point de vue pathogénique les théories sont très nombreuses et peu satisfaisantes, que la thérapeutique, enfin, ne s'appuyant pas sur des bases solides, reste incertaine. La symptomatologie seule est bien connue et le diagnostic lui-même, qui paraissait si bien établi, vient se compliquer depuis les travaux d'Albarran et Hallé avec la difficulté de distinguer certaines formes d'épithélioma prostatique jusqu'alors négligées.

Anatomie pathologique. — Dans toute hypertrophie de la prostate, la glande est augmentée de volume, mais cette augmentation peut porter uniquement sur la prostate elle-même ou atteindre en même

temps ou isolément le groupe des glandes, indépendant de la prostate, qui se trouve placé au-dessous de la muqueuse au niveau du col de la vessie (Voÿ. p. 526). Dans le premier cas, il s'agit de la variété décrite par les auteurs sous le nom d'hypertrophie des lobes latéraux ; dans le second, de la variété décrite comme hypertrophie du lobe moyen. Ce sont là de mauvaises dénominations consacrées par l'usage, mais basées sur une erreur anatomique. La prostate n'a que deux lobes latéraux et pas de lobe médian.

Depuis Everard Home, on désigne sous le nom de lobe médian la partie de la prostate qui se trouve comprise entre les canaux éjaculateurs et la muqueuse de l'urètre ; on a attribué au développement de cette portion de la glande les saillies souvent pyriformes qu'on peut trouver au niveau du col de la vessie et qu'on désigne sous le nom d'hypertrophie du lobe médian. C'est là une erreur : ces formes d'hypertrophie se développent aux dépens des glandes situées au-dessous de la muqueuse du col de la vessie et non aux dépens de la prostate. Ce qu'on désigne en pathologie sous le nom d'hypertrophie du lobe médian ne correspond pas à l'augmentation de volume de la partie de la prostate qu'on dit en anatomie normale constituer le lobe médian. Il y a là une confusion regrettable et le mieux est d'abandonner cette expression de lobe médian.

Je décrirai séparément l'hypertrophie de la prostate proprement dite et celle des glandes cervicales sous-muqueuses. Ces deux localisations du même processus anatomique sont d'ailleurs souvent associées.

Étude macroscopique. — I. Hypertrophie de la prostate proprement dite (Groupe périphérique des glandes de la portion prostatique de l'urètre).

Cette variété correspond à ce que les auteurs décrivent sous le nom d'*hypertrophie des lobes latéraux*, mais elle comprend en réalité toute la prostate.

VOLUME. — Le volume de la prostate peut être accru dans des proportions considérables. Dans la majorité des cas, la grosseur de la prostate ne représente guère que le double de l'état normal et son diamètre vertical ne passe que de 3 à 6 ou 8 centimètres, mais, chez d'autres malades, la prostate acquiert d'énormes dimensions : Ford, cité par Mercier, en a vu une pesant 270 grammes ; Thompson parle de 300 grammes de poids ; Watson a vu une prostate qui avait 18 centimètres de long, 14 et demi dans son plus grand diamètre transversal et 10 dans le plus petit. Bartholin, dit-on, aurait vu une prostate de la grosseur d'une tête d'homme.

FORME. — La forme de la glande varie suivant que l'hypertrophie l'atteint régulièrement dans son ensemble, ou que certaines portions sont plus développées que d'autres : cette dernière variété est la plus fréquente.

Dans l'hypertrophie régulière et totale, la glande conserve assez bien sa forme, mais elle devient plus globuleuse, plus arrondie ; le bec s'émousse et devient moins pointu ; en arrière, le sillon normal qui sépare les deux lobes est moins prononcé, et le doigt parcourt une surface régulière ; la base de la prostate, en arrière de la vessie, perd sa légère échancrure de l'état normal et paraît droite ou légèrement convexe en haut. Si pourtant, même dans ces hypertrophies régulières et totales, on ouvre la vessie, on voit rarement le réservoir soulevé dans sa paroi postérieure par une seule masse arrondie ; le plus souvent deux lobes se dessinent séparés par une partie légèrement déprimée.

Fréquemment, une des deux moitiés de la prostate se développe plus que l'autre ; la forme de la tumeur prostatique devient alors irrégulière. Rarement, la portion pré-urétrale de la prostate s'hypertrophie d'une manière notable ; dans la majorité des cas, cette partie est peu ou pas augmentée de volume ; dans quelques-uns, pourtant, elle devient prépondérante. J'ai rencontré cette variété d'hypertrophie pré-urétrale chez un de mes opérés, et Rochet (1) en a figuré un bel exemple.

A côté des déformations de la prostate déterminées par la différence de volume d'une portion de la glande par rapport aux autres, il faut mentionner des irrégularités de la surface déterminées par des bosselures plus petites correspondant à la saillie que peuvent former les noyaux sphéroïdes que nous décrirons bientôt. Ces irrégularités sont plutôt senties au toucher que visibles à la surface de la glande ; Thompson a pourtant vu un de ces corps sphéroïdes énucléé et rattaché par un pédicule à la prostate.

RAPPORTS DE LA PROSTATE AVEC LA VESSIE. — En augmentant de volume, la prostate doit forcément écarter les parois de sa loge. Le diamètre antéro-postérieur peut s'agrandir facilement, parce que, en arrière de la glande, l'aponévrose de Denonvilliers forme une faible barrière et la paroi rectale est dépressible ; le diamètre transverse s'accroît de même aisément par la dépressibilité des bords du releveur de l'anus que doublent les lames aponévrotiques pubo-rectales. Le diamètre longitudinal ne peut s'agrandir que par en haut, du côté de la vessie ; en bas, la forte cloison que constitue l'aponévrose moyenne empêche la prostate de se développer. Il résulte de cette disposition anatomique que toute augmentation de volume de la prostate repousse l'extrémité inférieure de la vessie, et que, en remontant, la base élargie de la prostate soulève le col. Mais la prostate n'entoure qu'en arrière le col vésical ; en avant, l'anneau prostatique manque ; l'hypertrophie ne peut se développer que sur la face postérieure du col qui se trouve ainsi repoussé en avant par le développement exagéré de la prostate.

(1) ROCHET, Traité de la dysurie sénile. Paris, 1899, p. 79.

Lorsque l'hypertrophie prostatique est totale et régulière, lorsqu'elle atteint les lobes latéraux et la portion de la glande comprise au-dessus des canaux éjaculateurs (lobe moyen anatomique), on voit du côté de la vessie une surface plane ou convexe parfois irrégulière qu'un sillon médian peu prononcé partage en deux moitiés. La saillie

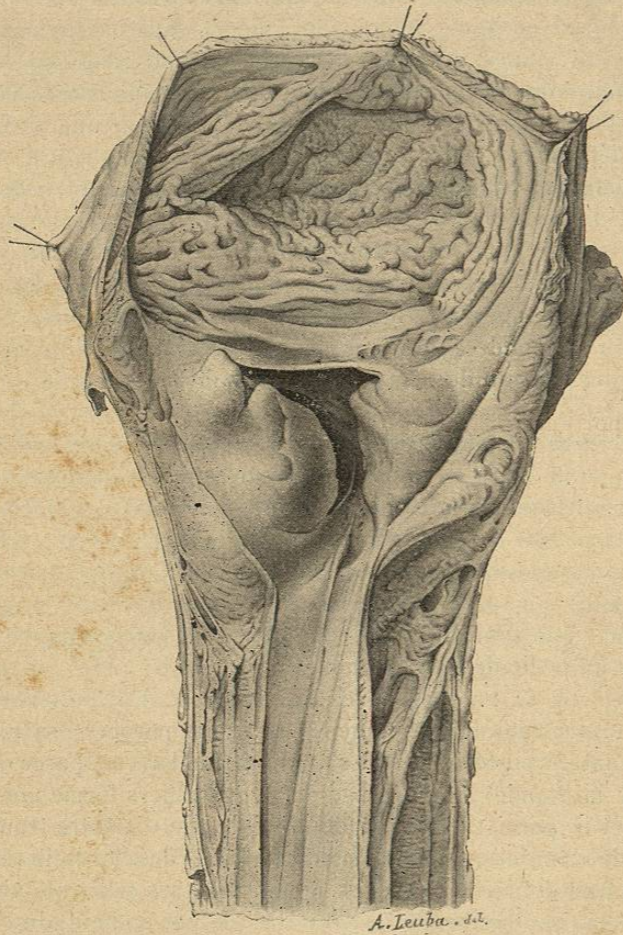


Fig. 157. — Hypertrophie des deux lobes latéraux de la prostate, surtout marquée dans le lobe droit. — Déviation du canal en forme de C. Barre au niveau du col formée par la muqueuse tendue entre les deux lobes (Musée Guyon, n° 184).

formée dans l'intérieur de la cavité vésicale par les deux lobes, ou par un seul des lobes prostatiques, peut être très considérable et se trouve recouverte par toute l'épaisseur de la paroi vésicale, c'est-à-dire par la muqueuse et la musculuse. Je reviendrai sur ce point important.

Du côté du col, dans l'hypertrophie des deux lobes latéraux, il

n'existe pas de saillie médiane, mais la muqueuse cervicale, tendue entre les deux moitiés de la prostate, peut former un repli transversal : c'est là une variété de la déformation du *col en barre* (fig. 157). La barre dans ce cas est formée par un simple repli de la muqueuse et ne contient pas de tissu glandulaire hypertrophié.

RAPPORTS DE LA PROSTATE AVEC L'URÈTRE. — Du fait de l'hypertrophie de la prostate, la portion de l'urètre que traverse la glande subit des modifications dans sa longueur, dans sa forme, dans sa direction.

La longueur de l'urètre prostatique est toujours augmentée; de 3 centimètres à l'état normal, la

traversée prostatique atteint facilement 6 à 8 centimètres, souvent plus. La forme et le calibre du canal peuvent être grandement modifiés. Lorsque l'hypertrophie est régulière, nous avons déjà dit que la portion anté-urétrale de la prostate prend généralement peu



Fig. 158. — Coupe transversale d'une prostate normale au niveau du verumontanum.

de part à l'augmentation de volume; il en résulte que la paroi antéro-supérieure du canal n'est pas déformée et que les modifications portent sur la paroi postérieure. C'est là une notion de la plus haute importance pratique.

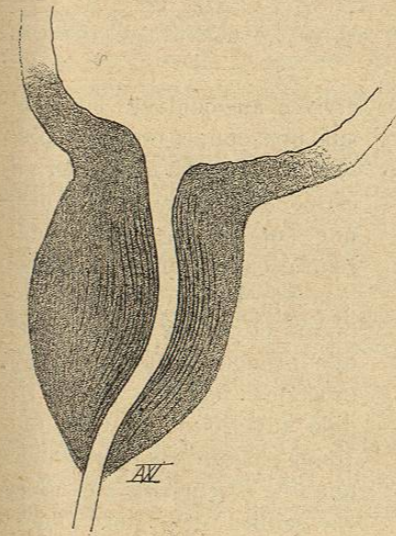


Fig. 159. — Déviation du canal par hypertrophie d'un seul lobe latéral (schéma).

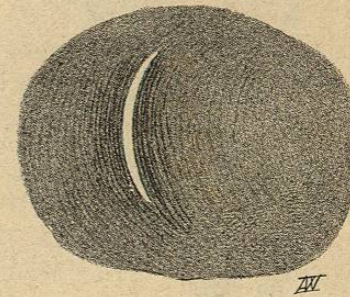


Fig. 160. — Coupe transversale de la prostate. — Hypertrophie d'un seul lobe (schéma).

La prostate en augmentant de volume se développe du côté du rectum, la paroi postérieure de l'urètre se trouve ainsi entraînée et le calibre du canal augmente d'avant en arrière : il est fréquent de voir un diamètre antéro-postérieur de 20 à 30 millimètres. La gouttière ainsi formée peut présenter des parois latérales verticales ou encore

saillantes, convexes en dedans : et dans ce dernier cas la forme et la direction de l'urètre prostatique se trouvent modifiées.

Lorsqu'un seul des lobes latéraux fait saillie dans l'intérieur de l'urètre, le canal, examiné d'avant en arrière sur une coupe horizontale, décrit une courbe à concavité droite ou gauche, tandis que sur une coupe verticale il présente la forme d'un C (fig. 159 et 160). Lorsque les deux lobes latéraux, à manière d'amygdales, font saillie dans l'urètre, il existe trois variétés principales de déformation : 1° si les deux lobes se correspondent par des surfaces convexes, qui peuvent

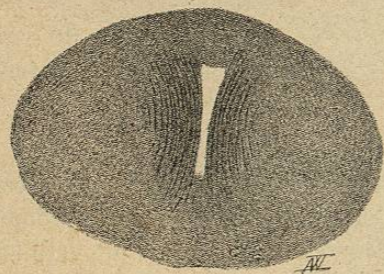


Fig. 161. — Coupe transversale de la prostate. — Hypertrophie des deux lobes latéraux (schéma).

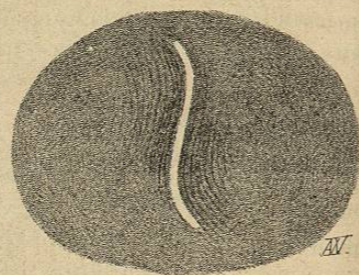


Fig. 162. — Coupe transversale de la prostate. — Déviation en S par hypertrophie des deux lobes (schéma).

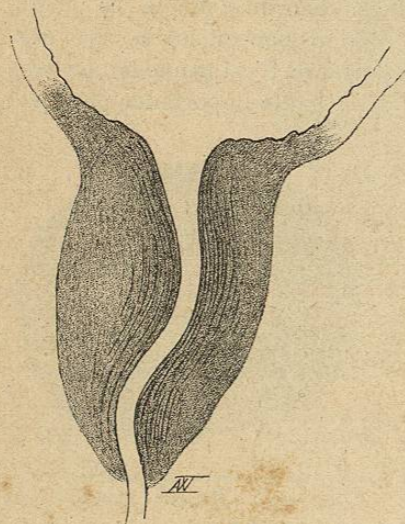


Fig. 163. — Déviation de l'urètre par hypertrophie des deux lobes latéraux (schéma).

arriver au contact, le canal sur une coupe verticale présente la forme d'un sablier ; il est constitué par deux rigoles, une supérieure, l'autre inférieure, celle-ci plus ou moins encombrée par le verumontanum et parfois par la saillie que forment les glandes juxta-urétrales : dans ces cas, la rigole supérieure est celle qui donne passage à la plus grande quantité d'urine (fig. 161) ; 2° si les saillies des deux lobes s'emboîtent l'une au-dessus de l'autre, la coupe verticale de l'urètre représente un S (fig. 162) ; 3° si les deux lobes s'emboîtent d'avant en arrière, l'urètre dans sa traversée de la prostate devient tortueux et décrit une courbe sinueuse (fig. 163).

La direction de l'urètre est, comme je viens de le dire, souvent

modifiée par des courbures dans le plan horizontal situées à droite ou à gauche. Dans tous les cas, l'urètre subit un autre changement de direction dans le plan vertical dont l'importance est plus grande que celle des déviations latérales. Dans toutes les hypertrophies de la prostate, la courbure normale antéro-postérieure du canal se trouve augmentée et cette augmentation se fait surtout aux dépens de la paroi postérieure. Ce résultat est dû : d'un côté à la surélévation du col et à son rapprochement de la symphyse pubienne, alors que la pointe de la prostate conserve sa position primitive ; d'un autre côté à la protrusion en arrière de la paroi postérieure du canal. Lorsque l'hypertrophie porte sur la prostate elle-même, sans que les glandes sous-muqueuses du col se soient développées, la courbe est régulière et seule la muqueuse du col, tendue entre les deux lobes, peut former une barre transversale souple à l'entrée de la vessie. Lorsque les glandes accessoires sous-cervicales se développent et forment le lobe médian pathologique, le sommet de la courbe urétrale devient plus ou moins anguleux (Voy. p. 591).

Dans toute la description qui précède, je n'ai pas tenu compte des modifications imputables aux glandes accessoires que nous allons étudier, et j'ai supposé que la saillie formée par les lobes prostatiques dans le canal était régulière. Il n'en est pas toujours ainsi ; les noyaux fibro-glandulaires, que nous décrirons bientôt, peuvent déformer et bosseler la surface des lobes prostatiques et la traversée de l'urètre présente alors des irrégularités et des sinuosités surajoutées.

II. Hypertrophie des glandes sous-muqueuses juxta-cervicales. — Les lésions hypertrophiques peuvent être exclusivement limitées aux glandes juxta-cervicales ou accompagner celles de la prostate elle-même. Ce dernier cas est le plus fréquent, mais il est difficile d'évaluer la proportion des prostatiques chez qui le développement excessif de l'hypertrophie au niveau du col est cause principale de l'obstacle au cours de l'urine : Vignard l'évalue à 43 p. 100, tandis que Watson arrive à 90 p. 100 et que Belfield, sur 63 opérés, constate 37 fois une tumeur médiane, 5 fois une tumeur médiane et latérale, 7 hypertrophies en collier et 9 fois seulement l'hypertrophie exclusive des lobes latéraux. Réunissant les statistiques de Thompson, de Prédal, de Motz, les pièces des musées Dupuytren et Guyon, je trouve :

Hypertrophies de la prostate seule, sans lobe moyen.....	86
Hypertrophies de tous les lobes (participation des glandes sous-cervicales).....	119
Hypertrophie des glandes cervicales seule ou prédominante..	88
Total.....	293

Cette statistique nous montre sur 293 prostates hypertrophiées des lésions du lobe moyen dans 207, soit une proportion de 71 p. 100. Lé

lobe moyen seul était en cause ou prédominant 88 fois, soit en proportion de 36 p. 100. Tout en faisant la part des causes d'erreur inhérentes à toute statistique médicale, ces chiffres démontrent la part importante et prépondérante que prennent les glandes cervicales dans l'hypertrophie prostatique.

L'hypertrophie des glandes cervicales se présente sous quatre formes principales : annulaire, transversale, sessile et pédiculée.

Dans l'hypertrophie *annulaire*, de beaucoup la plus rare, tout le pourtour du col vésical est surélevé par un bourrelet qui lui donne

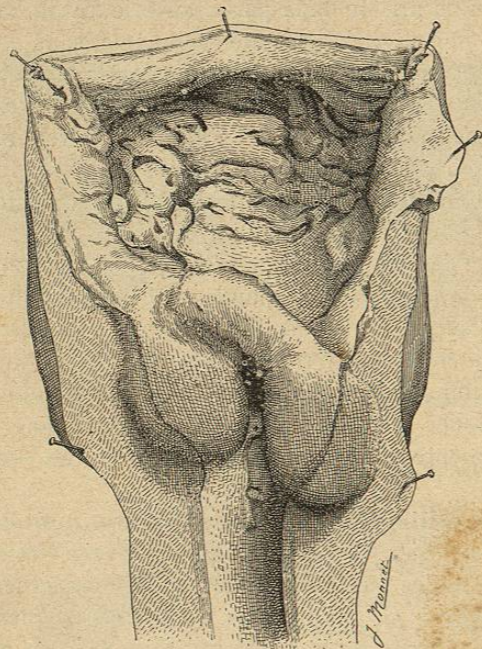


Fig. 164. — Hypertrophie totale de la prostate : les glandes sous-cervicales forment par leur développement une *barre glandulaire*.

une grossière analogie avec un bourrelet hémorroïdal : parfois l'anneau est un peu bosselé, souvent il est plus développé sur la lèvre inférieure du col.

Dans les trois autres formes d'hypertrophie, les glandes cervicales ne se développent que sur la partie inférieure du col vésical.

L'hypertrophie *transversale* forme sur la lèvre inférieure du col une épaisse saillie transversale surélevée au-dessus du plancher urétral (fig. 164) : c'est ce qu'on décrit sous le nom d'hypertrophie *en barre* ou plutôt une des variétés de cette barre ; nous avons déjà dit que la barre de la lèvre inférieure du col peut être simplement formée par la muqueuse tendue entre les deux lobes latéraux augmentés de volume, sans que les glandes sous-cervicales soient en cause.

L'hypertrophie *sessile* est la plus fréquente. On voit alors, soulevant plus ou moins la lèvre inférieure du col et la muqueuse contiguë du trigone, une saillie de volume et de forme variables. Fréquemment le *volume* de la production nouvelle atteint la grosseur d'une noisette ; il n'est pas rare d'en observer d'aussi grosses qu'un marron et on en voit qui peuvent atteindre et dépasser le volume d'une manda-



Fig. 165. — Hypertrophie totale de la prostate avec développement considérable des glandes sous-muqueuses du col (lobe moyen sessile) (Musée Guyon, n° 204).

rine. La saillie constituée par la néoformation est le plus souvent *pyriforme*, à sommet dirigé vers le col, à base arrondie du côté de la vessie (fig. 165). Sa surface, recouverte par la muqueuse, est lisse, légèrement bosselée, parfois parcourue par des sillons divergents qui convergent vers le col : dans ce dernier cas, c'est bien, comme dit Guyon, une hypertrophie *en éventail*.

Dans la forme d'hypertrophie *pédiculée* (fig. 166), la néoformation constitue une saillie rattachée au col par un pédicule de largeur