

déterminée par l'évacuation incomplète de la vessie, enfin la cystite dans un bon nombre de cas.

Au point de vue clinique, la théorie de l'impuissance primitive de la vessie est étayée sur trois ordres de preuves : 1° il existe des rétentions chroniques sans prostate hypertrophiée et on en voit même chez les femmes ; 2° l'impuissance de la vessie n'est pas en rapport avec le volume de l'hypertrophie ; 3° l'exploration manométrique de la vessie démontre que c'est bien parce que la vessie n'a plus de pouvoir contractile que le malade ne peut bien uriner. Ces arguments ne me paraissent pas valables.

1° Sans doute, il existe des rétentions chroniques sans hypertrophie de la prostate chez l'homme et même chez la femme (1) ; ces cas ont été désignés sous le nom de *prostatisme vésical*, mais cette appellation ne peut être acceptée que si elle ne comporte aucune assimilation pathogénique. L'étude n'est pas encore faite des différentes formes de ces rétentions d'urine qui ne s'accompagnent pas d'obstacle prostatique. Pour mon compte, j'en ai vu chez le vieillard et chez des jeunes sous la dépendance de la neurasthénie urinaire ; j'en ai vu encore consécutives à la cystite et guéries avec elle dans des cas où rien ne justifiait le diagnostic de sclérose vésicale primitive. Je ne mets pas en doute la possibilité de la sclérose vésicale primitive, mais je la crois très rare : tout ce qui la démontre jusqu'à ce jour, ce sont quelques cas cliniques et deux seuls examens anatomiques, l'un de Bohdanovicz, l'autre que j'ai publié en 1888. Dans ces deux observations, d'ailleurs, il existait une cystite intense qui pourrait expliquer les lésions de sclérose. La rareté de ces cas empêche de généraliser et d'en faire un argument en faveur de l'impuissance primitive de la vessie chez les prostatiques ; elle démontre même le rôle prépondérant des obstacles mécaniques dans la production secondaire de la sclérose vésicale, puisque celle-ci est fréquente lorsque la prostate est grosse et exceptionnelle quand il n'y a pas d'hypertrophie prostatique.

2° L'impuissance de la vessie n'est pas en rapport avec le volume de la prostate, dit-on. Cela est vrai en absolu, mais il est de règle que, plus la prostate est grosse, plus l'impuissance vésicale est marquée. Mais il faut surtout considérer que, plus que le volume, la forme, la variété de l'hypertrophie, importent dans l'appréciation de l'obstacle mécanique à la sortie de l'urine : on sait que les hypertrophies dures sont, suivant le mot de Rochet, plus oblitérantes que les hypertrophies molles ; on sait encore qu'avec une prostate petite le développement des glandes sous-cervicales, la saillie intra-urétrale d'un lobe latéral, peuvent constituer de sérieux obstacles au cours de l'urine. Chez les prostatiques jeunes surtout, comme l'a dit Desnos (2),

(1) CHEVALIER, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1891, p. 49.

(2) DESNOS, *Assoc. franc. d'urol.*, 1897, p. 135.

la rétention se trouve habituellement en rapport avec les saillies vésicales de la prostate, plutôt qu'avec l'hypertrophie totale.

3° Les examens manométriques démontrent que chez les prostatiques atteints de rétention chronique la contractilité vésicale est affaiblie ; mais ce fait n'implique pas que ce phénomène ne se soit pas produit consécutivement à l'obstacle mécanique. Les consciencieuses recherches de Genouville (1) démontrent que dans les premiers temps de l'hypertrophie de la prostate la contractilité vésicale est normale ou même exagérée. On sait d'ailleurs que pendant longtemps les prostatiques vident leur vessie.

Je conclus, avec mon maître Guyon (2), que chez les prostatiques l'impuissance vésicale est secondaire et non primitive, mais il ne suffit pas d'avoir démontré que l'impuissance vésicale est secondaire à l'hypertrophie et nous devons nous demander quelle est la cause directe de l'affaiblissement de la contractilité vésicale.

D'après la doctrine courante, la vessie des prostatiques lutte d'abord contre l'obstacle mécanique que l'hypertrophie détermine ; à un moment donné, la vessie impuissante se laisse forcer, d'autant plus facilement que l'âge avancé des malades rend la vessie plus faible : des lésions de sclérose vésicale se développent et avec elles survient une diminution dans la contractilité vésicale. L'impuissance de la vessie, quoique secondaire à la lésion prostatique, est sous la dépendance de ces lésions scléreuses de ses parois et devient définitive.

Cette manière d'envisager les choses est en grande partie juste, mais je pense que « l'affaiblissement de la contractilité vésicale dans les rétentions chroniques des prostatiques n'est pas dû uniquement à la sclérose du muscle vésical : à côté de cette cause permanente, il faut admettre des influences d'ordre dynamique, congestives ou autres ». Si la sclérose seule était en jeu, la contractilité perdue ne devrait jamais revenir ; or, il n'en est pas ainsi. Les examens manométriques démontrent que chez le même malade on trouve parfois, à un second examen, plus de contractilité qu'au début. D'un autre côté, à la suite des opérations pratiquées sur la prostate elle-même, sur les testicules ou les cordons, on voit parfois la contractilité revenir dans des vessies depuis longtemps inertes ; parfois même ce retour commence presque immédiatement après l'opération : c'est ainsi que j'ai vu un prostatique en rétention complète depuis six mois commencer à uriner spontanément cinq heures après la castration double. Il faut donc admettre que d'autres causes que la sclérose, lésion irrémédiable, interviennent dans l'inertie vésicale des prostatiques : la congestion chronique y a peut-être un rôle ; peut-être encore faut-il admettre des phénomènes nerveux d'ordre inhibitoire analogues à ceux qu'on observe dans les plaies des nerfs moteurs des membres.

(1) F.-L. GENOUVILLE, *La contractilité du muscle vésical*, thèse de Paris, 1894.

(2) GUYON, *Leçons cliniques*, 3^e édit., 1874, t. I, p. 165.

2° *Symptômes physiques. — Exploration.* — Les symptômes fonctionnels que nous venons d'étudier peuvent mettre sur la voie du diagnostic, mais seule l'exploration physique des malades permet d'affirmer l'existence de l'hypertrophie et de reconnaître son retentissement sur les différentes parties de l'appareil urinaire.

L'urètre, la prostate elle-même, la vessie et les reins, doivent, chez tous les malades, être minutieusement explorés. L'examen des reins ne présente aucune particularité; celui des portions inférieures de l'appareil urinaire se fait par l'explorateur à boule, l'explorateur métallique, le manomètre vésical, le cystoscope et le toucher rectal.

a. EXPLORATEUR A BOULE OLIVAIRE. — En recueillant avec soin les sensations fournies par cet instrument, on se rend compte en premier lieu de la *longueur de la portion prostatique* de l'urètre. Lorsqu'on introduit l'explorateur d'avant en arrière, on reconnaît, après la traversée de la portion membraneuse, que la portion prostatique commence lorsque la boule de l'explorateur a vaincu la résistance du sphincter : la fin de la portion prostatique est marquée par la sensation de liberté que donne l'instrument lorsqu'il arrive dans la vessie. Lorsqu'on n'a pu bien sentir le niveau où se trouve le col vésical, on peut encore mesurer la longueur de la portion prostatique de l'urètre au retour de la boule exploratrice : le col est indiqué alors par une légère résistance et le sphincter membraneux de l'urètre par un petit obstacle facile à franchir.

A l'état normal, la portion de l'urètre comprise entre le col et la portion membraneuse est de 3 à 4 centimètres; dans l'hypertrophie de la prostate, on trouve communément de 6 à 8 centimètres, parfois 10, 15 centimètres et même davantage. La saillie que forment dans l'intérieur de l'urètre les *lobes latéraux* de la prostate et les *déviation du canal* qu'elle entraîne sont généralement senties avec l'explorateur à boule dont l'extrémité dévie à droite ou à gauche. L'existence d'une *barre transversale* au niveau du col de la vessie est parfois indiquée parce que la boule, s'enfonçant au-dessous de la saillie, ne peut pénétrer dans la vessie. D'autres fois, on sent que la boule traverse facilement toute la portion prostatique et que, arrivée au col, elle pénètre dans la vessie après un brusque ressaut : cette sensation indique un obstacle formé par l'*hypertrophie des glandes sous-cervicales* (lobe moyen).

b. L'EXPLORATEUR MÉTALLIQUE COUDÉ, dont on se sert pour l'examen des calculeux, peut, dans quelques cas, donner des renseignements intéressants. C'est ainsi qu'on peut se rendre compte de l'inégale saillie que forment dans l'intérieur de la cavité vésicale les *lobes latéraux* en constatant que, enfoncé jusqu'à un certain point, le bec de l'explorateur, tourné à droite ou à gauche, parcourt une étendue plus grande, s'enfonce davantage d'un côté que de l'autre. L'existence d'un *bas-fond* et sa profondeur sont indiquées parce que le bec de l'explora-

teur peut être, à son niveau, dirigé en bas sans abaisser ou même en soulevant le manche de l'instrument, tandis que, au niveau du col, la même manœuvre ne peut être exécutée. On peut encore juger approximativement de la saillie que forment dans la vessie les *glandes sous-muqueuses* en accrochant cette saillie avec le bec de l'explorateur et en mesurant ensuite l'étendue qui sépare ce point du col de la vessie.

L'explorateur à boule et l'explorateur métallique permettent en somme, dans certains cas, de se rendre compte des obstacles situés au niveau du col de la vessie, mais seul l'examen cystoscopique peut renseigner avec quelque exactitude.

c. La CYSTOSCOPIE permet de voir assez bien la saillie formée par les *lobes latéraux* ou par les *glandes sous-muqueuses*, de juger de leur volume, de leur forme et de leur importance. Par elle on peut reconnaître ces *hypertrophies annulaires* qui entourent tout le col de la vessie. Il ne faut pourtant pas se dissimuler que l'examen cystoscopique présente dans ces cas quelque difficulté et qu'il est nécessaire d'avoir une certaine habitude du cystoscope pour bien interpréter ce que l'on voit.

La cystoscopie chez les prostatiques permet encore de se rendre compte de l'existence des *colonnes* et de leur importance, ainsi que de diagnostiquer les *cellules vésicales*. Ce mode d'exploration est encore utile pour la découverte des *calculs*. Sans doute, on reconnaît bien qu'il existe des colonnes avec l'explorateur métallique qui les accroche, mais avec cet instrument on juge mal de leur étendue et de leur importance. Sans doute encore l'exploration métallique suffit en général pour diagnostiquer l'existence des calculs vésicaux chez les prostatiques; mais lorsque les pierres se trouvent cachées au-dessous des saillies pédiculées que peuvent former les glandes sous-cervicales, lorsqu'elles sont logées dans des cellules vésicales, il n'est pas rare qu'elles soient mieux diagnostiquées par l'examen visuel.

d. EXAMEN MANOMÉTRIQUE. — Ce mode d'exploration, dont la technique a été étudiée en grand détail par Duchastelet (1) et par Genouville (2), renseigne sur l'état réel de la contractilité vésicale. D'après les recherches de Genouville, pendant la première période de leur maladie, les prostatiques ont une contractilité vésicale à peu près normale. Lorsqu'il existe de la rétention chronique, la contractilité est diminuée au point de vue de son effet utile pour la miction : la vessie est capable encore de contractions assez puissantes, mais ces contractions ne sont pas assez soutenues pour que le malade puisse bien uriner. La cystite, si commune chez ces malades, augmente la puissance des contractions brusques et courtes. Il faudrait se garder de tirer des conclusions thérapeutiques de l'examen manométrique, même bien fait : la contractilité vésicale peut varier chez un même

(1) DUCHASTELET, Capacité et tension de la vessie. Paris, 1886.

(2) GENOUVILLE, thèse de Paris, 1894.

malade suivant différentes circonstances, et j'ai déjà montré qu'on peut voir la contractilité revenir, et avec elle la miction spontanée, dans des vessies depuis longtemps inertes.

En dehors de l'examen manométrique, on peut se rendre à peu près compte de la contractilité vésicale chez un malade en le sondant avec une sonde béquille : on constate dans les rétentions chroniques que le liquide commence à s'écouler avec une certaine force, mais bientôt il coule en bavant et ne sort plus si on élève le pavillon de la sonde au-dessus du pubis ; lorsqu'on baisse le pavillon, le liquide s'écoule comme par un siphon. Suivant l'expression de M. Guyon, la *vessie décante* et ne se vide plus par l'effort de sa paroi musculaire.

e. TOUCHER RECTAL. — Ce mode d'exploration renseigne assez exactement sur le volume de la prostate, en particulier lorsqu'il est associé au palper hypogastrique. Une précaution très utile pour bien apprécier le volume de la prostate est de *pratiquer le toucher à vessie vide*. Lorsque la vessie est pleine, la prostate fait davantage saillie dans le rectum et paraît plus grosse qu'elle n'est en réalité. Par le toucher, on constate la *longueur* de la prostate qu'on apprécie presque toujours bien : il est rare que la prostate soit assez grosse pour que le doigt ne puisse dépasser, en haut, sa base. On note encore sa *largeur* et, bombant dans le rectum, la *saillie* souvent inégale que forment les *lobes latéraux*.

Pour bien apprécier le volume de la prostate, il convient encore de pratiquer le toucher rectal associé au palper hypogastrique. On se rend bien compte dans quelques cas de la saillie que forme la glande dans l'intérieur de la cavité vésicale, par la constatation d'une tuméfaction médiane, ferme, arrondie, située immédiatement en arrière du pubis. Lorsque la prostate est grosse et la paroi abdominale flasque, on peut croire à l'existence d'une tumeur de la vessie, mais celle-ci est rarement aussi exactement médiane et paraît moins ferme au palper.

Dans les cas ordinaires d'hypertrophie prostatique, le toucher rectal fait constater l'existence d'une saillie globuleuse dans laquelle on trouve assez souvent un sillon médian qui la partage en deux lobes dont l'un est habituellement plus gros que l'autre. Sur cette tumeur, la muqueuse rectale glisse facilement. La surface de la saillie prostatique est habituellement lisse, unie, et sa consistance est ferme.

La *consistance* de la prostate hypertrophiée est sujette à de grandes variations : chez certains malades, la prostate, au lieu de présenter la consistance ferme habituelle, donne lieu à une sensation de dureté assez grande, quoique non comparable à celle de la prostate cancéreuse. On ne peut d'ailleurs déduire avec certitude la variété anatomique de l'hypertrophie de sa consistance au toucher. S'il est

généralement vrai que les prostates dures sont plutôt fibro-glandulaires que glandulaires pures, et que ces dernières sont généralement de consistance molle, on peut trouver, comme nous l'avons vu, Motz et moi, des hypertrophies glandulaires de consistance dure. L'*uniformité de consistance* est un des meilleurs caractères de l'hypertrophie prostatique. Dans certains cas pourtant, lorsque les corps sphéroïdes se trouvent près de la surface rectale, la glande paraît plus dure à leur niveau. D'autres fois encore, l'existence de foyers de prostatite change la consistance des différentes parties de la prostate.

Le volume et la consistance de la prostate sont sujets à variation chez le même individu. Pendant les périodes congestives, surtout en cas de rétention complète d'urine, la prostate paraît parfois d'une grosseur double de celle qu'elle présente quelques jours plus tard. En même temps que le volume de la glande augmente, la consistance devient plus ferme, la surface plus régulière. Il est important de connaître ces différences pour ne pas attribuer la diminution rapide de volume de la prostate après certaines opérations à son atrophie, comme cela a été fait par de nombreux auteurs, lorsqu'il ne s'agit que de congestion.

Complications. — Nous étudierons deux ordres de complications, les complications aseptiques et les complications infectieuses.

I. Complications aseptiques. — Ce sont les hématuries, les fausses routes, la néphrite aseptique et la transformation de l'hypertrophie en épithélioma.

a. HÉMATURIES. — Il n'est pas rare d'observer chez les prostatiques de petites hématuries, notamment pendant les accès de rétention aiguë ; parfois ces hématuries deviennent très abondantes ; elles peuvent même être mortelles.

Lorsqu'il n'existe pas de rétention d'urine, pendant la première phase de l'hypertrophie, j'ai observé l'hématurie dans les périodes congestives, mais il s'agit alors de quelques rares gouttes de sang émises à la fin de la miction.

Dans les accès de rétention aiguë complète, qui surviennent à un moment quelconque de l'hypertrophie, on peut voir des hématuries très abondantes. Lorsqu'on sonde ces malades, on trouve dans la vessie de l'urine teintée de rouge ou fortement sanglante et contenant de nombreux caillots qui empêchent l'évacuation par la sonde. L'hématurie dure parfois pendant plusieurs jours, et cède habituellement à l'emploi de la sonde à demeure prolongé pendant trois ou quatre jours. Dans ces cas, l'hématurie est surtout d'origine vésicale, mais toute l'étendue de l'appareil urinaire, de l'urètre au rein, peut saigner. M. Guyon et moi (1) avons démontré expérimentalement la congestion énorme qui accompagne les rétentions complètes prolongées ; nous

(1) GUYON et ALBARRAN, Arch. de méd. expér., 1890.

avons vu les épithéliums tomber et des ecchymoses étendues de l'urètre au rein. La participation du rein à ces hématuries n'est pas démontrée que par l'expérimentation ; nous avons publié deux autopsies qui la démontrent et Escat(1) en a vu deux autres exemples avec contrôle d'autopsie.

Chez les prostatiques atteints de rétention chronique incomplète sans distension de la vessie, j'ai observé à plusieurs reprises d'abondantes hématuries, malgré des cathétérismes assez réguliers. Chez un malade qui avait un résidu habituel de 200 à 250 grammes, j'ai vu une énorme hématurie qui dura pendant cinq jours : dans ce cas, il y avait ceci de particulier, que non seulement l'urine était sanglante, mais que, en dehors de toute miction, il s'écoulait par l'urètre une très grande quantité de sang : il y avait à la fois hématurie et urétrorragie. Je n'ai vu que chez ce prostatique l'urétrorragie spontanée.

Chez les prostatiques en rétention incomplète avec distension de la vessie, l'hématurie spontanée est rare, mais l'hématurie provoquée peut acquérir une grande importance. Lorsqu'on évacue brusquement, d'un seul coup, l'urine contenue dans la vessie de ces malades, on peut voir, dans la journée même, une hématurie de grande abondance qui se prolonge les jours suivants ; plus rarement, comme chez un des malades d'Escat, le saignement n'a lieu que deux ou trois jours après l'évacuation.

Dans la physiologie pathologique des hématuries chez les prostatiques, il faut faire une part prépondérante aux phénomènes mécaniques. La rétention détermine une congestion énorme pouvant aller jusqu'à l'hématurie. C'est encore par une action mécanique que M. Guyon explique l'hématurie des distendus dont la vessie est trop rapidement évacuée : la vessie reste flasque et saigne par l'afflux de sang dans les capillaires dont la paroi n'est plus soutenue par la pression du liquide intravésical : c'est une hémorragie *ex vacuo*. A côté de ces causes mécaniques, il est certains malades chez qui les altérations du sang déterminées par l'infection peuvent influencer l'hématurie (Escat).

J'ai indiqué que tous les segments de l'appareil urinaire peuvent contribuer au saignement. La muqueuse de la portion prostatique de l'urètre peut saigner très abondamment, comme le montrent les ecchymoses qu'on y trouve à l'autopsie et quelques observations. Plusieurs auteurs et moi-même nous avons vu l'hémorragie provenir directement des vaisseaux dilatés qui rampent au niveau du col de la vessie. La vessie elle-même est souvent le siège de l'hémorragie ; enfin les reins peuvent y participer pour une large part.

A côté de ces hémorragies dans lesquelles le traumatisme ne joue aucun rôle, on observe fréquemment chez les prostatiques des

(1) ESCAT, thèse de Paris, 1897.

hématuries provoquées directement par le passage de la sonde. Sans parler des fausses routes, qui peuvent saigner beaucoup, il est fréquent de rencontrer des malades chez qui le simple passage d'une sonde molle suffit à déterminer du saignement ; il en est même chez qui un cathétérisme simple et bien fait peut déterminer de l'hématurie assez abondante.

b. FAUSSES ROUTES. — J'ai déjà signalé, à propos des traumatismes de la prostate, les fausses routes qu'on observe souvent dans les cas d'hypertrophie. La fausse route peut intéresser les lobes latéraux ou la tumeur formée par les glandes sous-muqueuses du col : elle peut se borner à la simple déchirure de la muqueuse, pénétrer dans le tissu hypertrophié ou même traverser de part en part le lobe médian, creusant un tunnel entre la vessie et l'urètre (fig. 169). Les anciens recommandaient dans certains cas de pratiquer ainsi le cathétérisme forcé pour pénétrer dans la vessie à travers la prostate. Cette détestable pratique est complètement abandonnée.

Presque toujours la fausse route se trouve sur la paroi postérieure de l'urètre, parce que presque tous les obstacles au cathétérisme siègent à ce niveau. J'ai pourtant vu un opérateur malhabile crever la paroi antérieure de l'urètre avec un lithotriteur dans un cas d'hypertrophie prostatique.

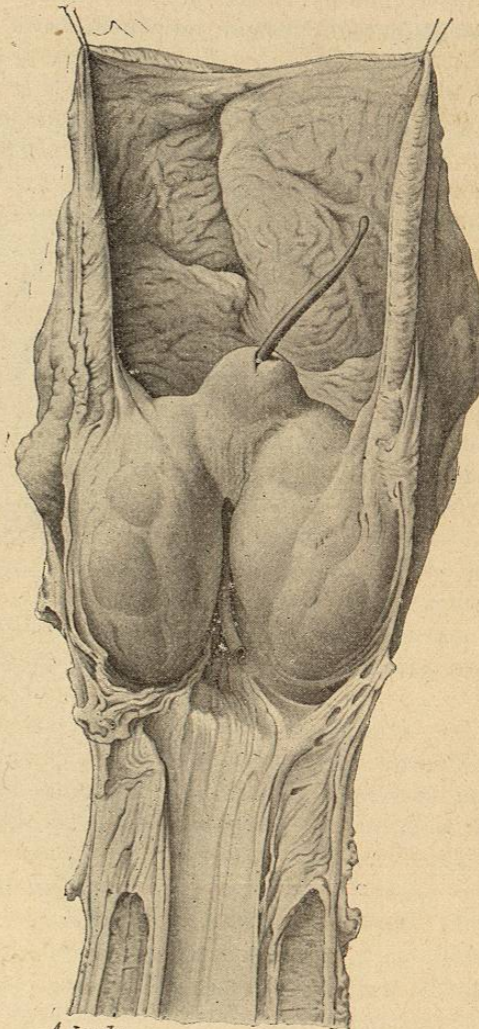


Fig. 169. — Hypertrophie totale de la prostate à forme urétrale. — Les glandes sous-cervicales forment une barre et un lobe médian à travers lequel existe une fausse route (Musée Guyon, n° 379).