

prolongements en forme de corne du côté des vésicules séminales vient éclairer le diagnostic; 4° je signale encore l'envahissement ganglionnaire constaté directement par la palpation des fosses iliaques ou indirectement par l'œdème unilatéral des jambes ou par des douleurs névralgiques dans les membres inférieurs.

**TUMEURS DE LA VESSIE.** — Lorsque chez les prostatiques il existe d'abondantes hématuries, on peut penser à un néoplasme de la vessie, d'autant plus facilement que l'hématurie est spontanée, non influencée par les mouvements ou le repos et qu'elle ne s'accompagne pas de douleurs, tous caractères qui se retrouvent dans les hématuries néoplasiques. Dans certains cas, le diagnostic est vraiment difficile; il en est ainsi lorsque la prostate, saillante dans la vessie, fait constater par le double palper l'existence d'une véritable tumeur. Dans presque tous les cas, on peut arriver à différencier l'hypertrophie d'une tumeur vésicale: 1° parce que l'hématurie, lorsqu'elle est abondante, est presque toujours provoquée par des accidents de rétention d'urine; 2° par la moindre persistance du saignement que le séjour d'une sonde à demeure arrête presque toujours rapidement; 3° parce que la tumeur prostatique est médiane, plus arrondie et plus dure que ne le sont habituellement les néoplasmes de la vessie; 4° enfin la cystoscopie, en ayant soin d'employer l'irrigation pendant l'examen, permet de voir s'il s'agit ou non d'une tumeur vésicale.

**RÉTENTIONS CHRONIQUES D'URINE.** — Toute difficulté de la miction chez les individus ayant un certain âge, toute rétention d'urine complète ou incomplète, doit faire penser à l'hypertrophie de la prostate. Je crois inutile de passer en revue toutes les causes de rétention et je me contente d'indiquer parmi les rétentions chroniques celles qui le plus fréquemment donnent lieu à des erreurs de diagnostic; ce sont les rétentions des rétrécissements méconnus des vieillards, celles des névropathes, des affections médullaires, et enfin celles qui dépendent d'une sclérose vésicale. Dans tous ces cas, et d'autres analogues, les malades peuvent éprouver tous les symptômes et se plaindre de toutes les incommodités des vrais prostatiques, mais l'erreur n'est possible que par défaut d'examen: il suffit de passer un explorateur à boule dans le canal et de pratiquer le toucher rectal pour mettre la prostate hors de cause.

*Diagnostic de la part que prennent dans la rétention des prostatiques l'impuissance de la vessie et l'obstacle mécanique déterminé par l'hypertrophie.* — Ce diagnostic, toujours intéressant, devient indispensable lorsqu'on se propose de pratiquer une intervention opératoire.

Dans certains cas, on constate facilement en sondant le malade que l'urine est rejetée avec force par la contraction vésicale, indiquant ainsi que si la rétention existe elle est exclusivement due à l'obstacle prostatique.

Dans d'autres cas, on voit au contraire que l'urine coule en bavant par la sonde, que l'écoulement s'arrête si on soulève tant soit peu le pavillon de l'instrument et que la vessie ne peut arriver à se vider que lorsqu'on presse fortement avec la main sur l'hypogastre. On pourrait penser alors que la part principale revient à l'impuissance de la vessie et que l'obstacle mécanique signifie peu de chose. Il faut pourtant se rappeler alors ce que nous avons déjà indiqué: l'inertie vésicale peut être temporaire et secondairement due à la distension déterminée par la rétention aiguë ou chronique. Il est nécessaire de vider régulièrement la vessie de ces malades et d'attendre plusieurs jours avant de croire à une impuissance vésicale réelle; si, malgré les soins donnés, la contractilité vésicale reste toujours dans le même état, on pourra penser que l'atonie vésicale est bien la cause principale de la rétention. Il faut pourtant se rappeler que la contractilité disparue depuis des mois et même des années a pu revenir chez certains opérés.

Le point vraiment intéressant du diagnostic serait de déterminer si l'impuissance vésicale est vraiment définitive ou si, l'obstacle prostatique enlevé, on a chance d'observer ce retour de la contractilité dont je viens de parler. Malheureusement, nos moyens d'investigations actuels ne nous permettent guère ces prévisions. L'examen manométrique et la cystoscopie peuvent pourtant donner quelques indications.

Lorsque l'examen manométrique est pratiqué chez un malade depuis longtemps régulièrement sondé et qu'on constate la nécessité d'injecter une grande quantité de liquide pour éveiller la contraction de la vessie, si la contraction provoquée est peu forte et de courte durée, on est en droit de mal augurer de la contractilité future de la vessie. Si dans les mêmes conditions d'examen la contraction, même peu puissante, est de plus longue durée, on peut mieux penser de l'avenir, on le peut surtout si les sondages réguliers améliorent la puissance contractile.

La cystoscopie n'est pas seulement utile pour indiquer les différents caractères des saillies prostatiques au niveau du col ou dans l'intérieur de la vessie; elle nous renseigne encore sur l'état de la paroi vésicale. Si les colonnes sont disséminées, nombreuses et saillantes, s'il existe des cellules et des diverticules vésicaux, on peut penser à bon droit que la sclérose vésicale déjà avancée entre pour beaucoup dans la perte de la contractilité vésicale et que celle-ci n'aura guère chance d'amélioration. Si au contraire on voit la muqueuse vésicale sans signes de cystite, sans reliefs ni dépressions, il est probable que la couche musculaire est peu atteinte.

**Pronostic.** — On regarde trop souvent l'hypertrophie de la prostate comme une infirmité légère de la vieillesse avec laquelle il faut se résigner à vivre. Or, la presque totalité des malades présente à



un moment donné des phénomènes d'infection, toujours sérieux, souvent fort graves et qui déterminent leur mort. En dehors même de toute complication grave, l'hypertrophie prostatique oblige les malades à des soins incessants et, les rendant tributaires de la sonde jusqu'à la fin de leurs jours, en fait de véritables infirmes. Notons encore la redoutable éventualité du développement d'un cancer de la prostate et on comprendra la gravité réelle de la maladie, la nécessité urgente d'un traitement bien compris.

**Traitement.** — Nous étudierons en premier lieu les moyens palliatifs qui peuvent être employés chez les prostatiques pour permettre l'évacuation de l'urine; nous verrons ensuite les différents procédés qui s'attaquent à l'hypertrophie elle-même pour essayer de diminuer ou de faire disparaître l'obstacle prostatique. Pour chaque procédé, nous dirons les résultats obtenus et, cette étude finie, nous pourrons, en connaissance de cause, essayer d'établir les difficiles indications du traitement des prostatiques.

**I. Traitement palliatif sans action directe sur l'hypertrophie prostatique.** — 1° **PRÉCAUTIONS HYGIÉNIQUES.** — Dans toutes les périodes de l'hypertrophie de la prostate et quelque traitement qu'on se propose d'employer, les précautions hygiéniques ont une grande importance : pendant les premières phases de la maladie, avant qu'il y ait rétention d'urine, ces précautions sont habituellement seules employées. Le malade doit éviter toute cause de congestion et en particulier celle des organes pelviens; il évitera le froid, la station assise prolongée, le trop long séjour à table et au lit. On lui recommandera une vie régulière, l'exercice modéré sans fatigue; dans l'alimentation, on évitera l'alcool, la bière, les aliments excitants en général et les copieux repas. On recommandera les frictions aromatiques sur la peau, l'usage des lavements froids, et on insistera surtout sur le danger de rétention lorsqu'on retient trop longtemps les envies d'uriner.

2° **EMPLOI DES MÉDICAMENTS.** — Il n'est aucun des médicaments employés qui ait une action directe sur l'hypertrophie. Les iodures de potassium ou de sodium qu'on emploie souvent ne donnent, à mon avis, aucun résultat.

L'*opothérapie* a été d'abord employée par Reinert, qui observa après quelques semaines de traitement la diminution de volume de la glande avec amélioration de la dysurie : des résultats assez bons ont été aussi signalés par Bazy, par English et par Oraison (1) qui essaya l'extrait aqueux ou glycéринé dans huit cas avec cinq bons résultats. Ce dernier auteur recommande de ne pas dépasser la dose journalière de 10 à 15 centimètres cubes d'extrait glycéринé ou de 50 centigrammes de poudre desséchée qu'on administre en pilules. La plupart des au-

(1) ORAISON, thèse de Bordeaux, 1897.

teurs qui ont employé l'*opothérapie* disent ne pas avoir obtenu de résultats : il semble nécessaire, dans quelques-uns des succès enregistrés, de faire la part de la suggestion du malade. C'est ainsi qu'Helperich (1) a cité le fait de malades très satisfaits du traitement, qui ne prenaient pas des tablettes prostatiques comme ils le croyaient, mais des tablettes de vésicules séminales : il y avait eu erreur dans la fabrication.

Les différents médicaments qui ont été employés pour réveiller la contractilité vésicale : strychnine, ergot de seigle, etc., n'ont donné aucun résultat appréciable.

Les seules médications qui aient quelque influence chez les prostatiques sont celles qui visent à diminuer l'irritabilité de la vessie pendant les poussées congestives ou celles qui s'adressent à certaines complications. Parmi les médicaments capables de diminuer la dysurie congestive, je citerai l'*hamamelis virginica*, les suppositoires et les petits lavements calmants, en particulier les lavements d'*antipyrine*.

3° **MASSAGE.** — Le massage de la prostate hypertrophiée a dû souvent être pratiqué, mais on en trouve peu de relations dans la littérature médicale, assez bonne preuve de ce que les résultats obtenus n'ont pas été très satisfaisants. Parmi les auteurs qui ont publié de bons résultats, je citerai : Swinburg (2), qui a fait construire un doigtier pour masser les grosses prostates; Weltz, qui, en deux mois, aurait guéri un malade âgé de soixante-deux ans et qui se sondait depuis trois ans; Motz, pour qui le massage a pour effet de décongestionner la prostate et de faire résorber les infiltrations embryonnaires si fréquentes dans la prostate hypertrophiée. A côté de ces auteurs, il convient de mentionner les recherches négatives de Noguès qui n'a pas obtenu par le massage direct la décongestion de la prostate, tandis que par le massage abdominal il améliorait ses malades. J'ai employé moi-même le massage chez quelques prostatiques à hypertrophie molle, lorsqu'il n'existait pas encore de rétention d'urine : un seul de mes malades éprouvait réellement un soulagement de sa dysurie, quoique la prostate ne diminuait pas de volume; chez les autres, j'ai échoué. Dans deux cas de prostatite chronique surajoutée à l'hypertrophie, le massage m'a donné des résultats temporaires satisfaisants.

Hogge (3) (de Liège) a employé avec succès, dans cinq cas d'hypertrophie au début, l'*électro-massage*, dont la technique a déjà été étudiée page 561. Les séances d'électrisation duraient de cinq à dix minutes avec une intensité de courant de 15 milliampères au plus. L'électrode négative est mise en communication avec le doigtier

(1) HELPERICH, *Soc. allem. de chir.*, Berlin, 21 avril 1897.

(2) SWINBURG, *Journ. of Cutan. and gen.-urin. Dis.*, 1896, p. 55.

(3) HOGGE, *Assoc. franç. d'urol.*, 1900, p. 278.



spécial qu'on introduit dans le rectum, pour le promener à la surface de la prostate en pressant sur elle; l'électrode positive est placée dans l'intérieur de l'urètre ou dans le périnée. Dans tous les cas où il a employé l'électro-massage, Hogge a obtenu la plus grande facilité et la diminution du nombre des mictions, mais le traitement devait être continué pendant longtemps par des séances rapprochées au début et de plus en plus éloignées ensuite.

4° CATHÉTÉRISME. — Le cathétérisme est le plus important des moyens palliatifs employés dans l'hypertrophie de la prostate; il a été si bien étudié par mon maître Guyon que les règles par lui établies sont à peu près unanimement suivies. Je ne puis que résumer rapidement son enseignement dans ses plus immédiates applications pratiques.

*Instruments.* — Les sondes dont on se sert pour le cathétérisme évacuateur des prostatiques sont la sonde molle de Nélaton (fig. 171), la sonde à béquille de Mercier, coudée ou bicoudée, les sondes mé-



Fig. 171. — Sonde Nélaton.

talliques. Chez tous les prostatiques pourtant, avant de choisir un instrument, il convient de pratiquer le cathétérisme explorateur avec la bougie à boule qui indiquera la variété de sonde préférable.

*Sonde molle.* — Lorsque la bougie exploratrice pénètre sans difficulté dans la vessie, la sonde molle passe aussi facilement; elle passe encore lorsque l'explorateur a quelque peine à pénétrer, tandis qu'il est de règle de la voir échouer ou pénétrer difficilement si l'explorateur se trouve arrêté dans un point quelconque de l'urètre. Lorsque l'exploration montre un canal rigide à parois dures, dans lequel la boule chemine avec peine, la sonde molle est contre-indiquée: cet état du canal peut se voir dès le premier cathétérisme ou consécutivement à l'irritation que détermine le passage souvent répété des sondes. Dans ces cas, il faut avoir recours aux sondes à béquille. La sonde molle présente en général le grand avantage d'être facile à introduire, de déterminer peu de douleur et de ne pas effrayer le malade; elle est en outre inoffensive presque toujours, et facile à stériliser par ébullition. A côté de ces avantages, elle a l'inconvénient de présenter un petit calibre par rapport à son volume et, par ce défaut, constitue un mauvais instrument pour les lavages.

*Sonde à béquille.* — La coudure de l'extrémité vésicale de ces sondes facilite beaucoup leur introduction chez les prostatiques: nous avons vu que dans l'hypertrophie de la prostate les difficultés du cathétérisme sont dues à la déformation des parois inférieure et latérale de l'urètre; la sonde à bec relevé suit la paroi supérieure, évitant ainsi ces obstacles.

La forme la plus utile des sondes à béquille est représentée dans la figure 172, mais il faut, suivant les cas, choisir un bec différent. Lorsque l'explorateur à boule passe facilement, on choisit un bec court et assez ouvert; si l'obstacle est plus prononcé, avec déviation latérale du canal, le bec un peu plus long sera utile; quand l'obstacle n'a pu être franchi par l'explorateur, il faut choisir une sonde très coudée et à bec court.

En cas d'échec avec les instruments à coudure simple, on emploie la sonde bicoudée en gomme, ou mieux encore une béquille ordi-



Fig. 172. — Sonde béquille.

naire portée sur *mandrin*. On peut se servir du mandrin courbe ordinaire pour lequel Guyon recommande la coudure du béniqué, ou du mandrin coudé de Guyon (fig. 173). Ces mandrins augmentent la courbure des sondes et leur donnent de la rigidité, ce qui permet de les mieux introduire: la sonde en gomme pénètre alors comme une sonde métallique et présente sur celle-ci le précieux avantage de pouvoir

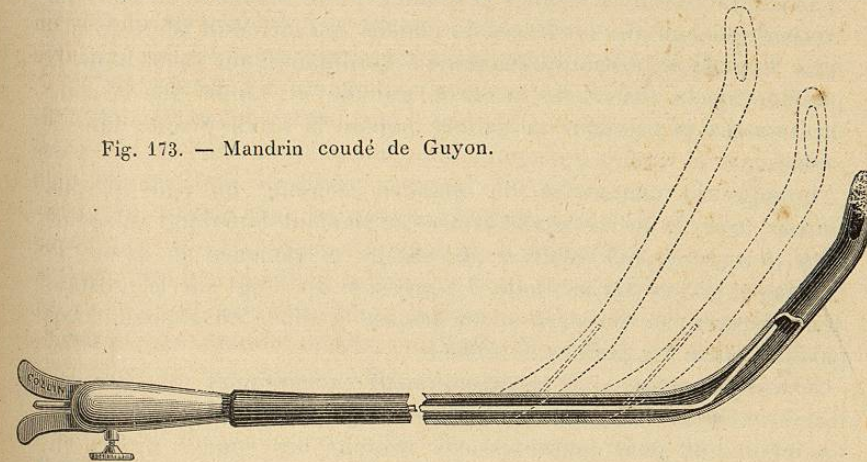


Fig. 173. — Mandrin coudé de Guyon.

être laissée à demeure une fois le mandrin retiré. L'emploi du mandrin présente encore l'avantage de permettre de relever le bec et de changer la courbure de la sonde, à un moment quelconque de l'introduction de l'instrument: en effet, lorsqu'une sonde porte un mandrin et qu'on retire cette armature métallique de 2 ou 3 centimètres, on voit le bec de la sonde se relever davantage: on donne à ce mouvement, connu depuis Hay, le nom de *manœuvre du mandrin*.

Pour se servir d'une sonde armée du mandrin, il convient que celui-ci soit introduit de manière que sa pointe n'arrive pas au bec de la sonde; en ne le poussant que jusqu'à ce que la pointe se trouve



entre les deux yeux de la sonde, on conserve à l'extrémité vésicale la forme coudée tout en donnant à la sonde une forme courbe et la rigidité désirable. Pour que le mandrin conserve la position voulue, il faut bien enfoncer dans le pavillon de la sonde la pièce métallique en forme de cône qui se trouve sur le manche du mandrin. Cette pièce peut glisser sur la tige du mandrin tout en se fixant par une vis de pression dans l'endroit que l'on désire. Le cathétérisme avec les sondes armées de mandrin se pratique de la même manière que le cathétérisme avec des instruments métalliques curvilignes, mais, dans les cas difficiles, il convient d'exécuter en outre la *manœuvre du mandrin* lorsque le bec de la sonde, ayant dépassé la portion membraneuse, a pénétré dans la portion prostatique du canal. Cette manœuvre ayant pour résultat d'élever le bec de la sonde qui doit franchir l'obstacle, il est nécessaire de l'exécuter lorsque ce bec se trouve déjà dans la portion prostatique; d'un autre côté, il ne faut pas que le bec soit trop enfoncé parce que, en se relevant, il accrochera contre l'obstacle sans pouvoir le franchir. Souvent on réussit après avoir échoué, en ramenant un peu en avant le bec de la sonde avant de commencer la manœuvre.

Pour exécuter avec aisance la manœuvre du mandrin, on place un coussin qui soulève les fesses du malade; on introduit la sonde jusqu'à la portion prostatique comme à l'ordinaire; on saisit alors le pavillon de la sonde de la main gauche et, tandis que la main droite retire le mandrin, la gauche pousse la sonde jusque dans la vessie.

Lorsque la manœuvre du mandrin échoue, on peut parfois réussir avec la même sonde armée, en s'aidant d'un doigt introduit dans le rectum pour soulever davantage et ramener en avant de l'obstacle le bec de la sonde. La pression du doigt sur la prostate doit s'exercer au moment où on pousse la sonde en abaissant son pavillon entre les jambes du malade.

*Sondes en métal.* — Il est absolument exceptionnel que par les manœuvres décrites on ne puisse sonder un prostatique; si pourtant on échoue, on peut encore essayer l'emploi des sondes rigides en métal. On se sert alors d'une sonde à grande courbure, la sonde de Gely. J'ai fait construire pour ces cas une sonde métallique ayant la forme d'un béniqué, qui m'a rendu des services: à l'extrémité de cette sonde peut se visser un conducteur, ce qui permet, dans des cas exceptionnels, de pratiquer le *cathétérisme à la suite*.

Lorsqu'on connaît bien les ressources du cathétérisme, lorsqu'on emploie successivement la sonde molle, une béquille bien choisie, la manœuvre du mandrin, enfin, au besoin, une sonde en métal, le cathétérisme est presque toujours possible chez les prostatiques, même s'il existe une fausse route. Depuis douze ans que je suis à l'hôpital Necker, je n'ai jamais fait ni vu faire une ponction

pour vider la vessie d'un prostatique; toujours le cathétérisme nous a suffi.

*INDICATIONS ET EMPLOI DU CATHÉTÉRISME.* — Pendant la première période, lorsque la rétention d'urine n'existe pas, point n'est besoin de cathétériser les malades, sauf en cas d'infection de la vessie. On emploiera alors les instillations ou les lavages s'il existe de la cystite, comme cela se fait dans les cystites banales (Voy. article *Vessie* par Legueu, p. 158). Le cathétérisme évacuateur chez les prostatiques doit être employé dans tous les cas de rétention aiguë ou chronique, complète ou incomplète.

*Rétention aiguë.* — On se rappellera la grande facilité de l'infection et ses graves dangers et on prendra les plus minutieuses précautions d'asepsie. L'exploration ayant été faite, on emploiera d'emblée la sonde molle ou la sonde à béquille, comme il a été dit plus haut. Si la rétention est de quelque durée, si la vessie est fortement distendue, *il ne faut pas l'évacuer trop rapidement ni trop complètement*, parce qu'on pourrait déterminer un afflux trop considérable de sang dans la vessie et une *hémorragie ex vacuo*. Il convient, pour la première évacuation, de se servir d'une sonde Nélaton n° 16 ou 18, qui a un petit débit, ou d'une béquille n° 16 à un seul œil: on laissera couler l'urine spontanément, sans presser sur la vessie. Si la rétention ne date que de quelques heures et s'il n'existait pas auparavant une rétention incomplète, on peut du premier coup vider complètement la vessie. Dans les autres cas, il vaut mieux laisser une partie du liquide et ne vider complètement que dans vingt-quatre ou quarante-huit heures. Dans les jours suivants, il faudra encore continuer à sonder le malade trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures jusqu'à ce que la vessie reprenne sa contractilité spontanée. Les malades veulent d'habitude essayer trop tôt d'uriner et les efforts qu'ils font leur sont nuisibles; la contractilité vésicale reprend vite et mieux en évitant les efforts, en faisant régulièrement et en cessant graduellement les cathétérismes en même temps qu'on emploie les moyens adjuvants dont j'ai déjà parlé pour diminuer la congestion. Il est inutile de pratiquer des lavages si l'urine est aseptique, mais je crois utile, jusqu'à ce que la vessie soit complètement vidée, d'injecter par la sonde 20 grammes de nitrate d'argent au 1/1000<sup>e</sup> qu'on laisse mélangés à l'urine: on se met ainsi mieux en garde contre l'infection.

Si l'urine était infectée, il faut, tout en la retirant de la vessie, obéir à la règle de ne pas vider d'un seul coup une vessie distendue. Pour cela, après qu'une partie de l'urine s'est écoulée par la sonde, on injecte une seringue de liquide antiseptique, on laisse couler une quantité pareille du mélange de ce liquide et de l'urine qui s'est fait dans la vessie et on recommence ainsi jusqu'à ce que le liquide qui sort soit limpide. Si l'infection est légère, sans fièvre, on peut se con-



tenter de l'emploi de l'eau boriquée jusqu'à évacuation complète et se servir alors des lavages au nitrate d'argent. Il est plus prudent et, si l'infection est sérieuse, il est nécessaire, d'employer dès le début la solution de nitrate d'argent.

*Rétention chronique incomplète, sans distension de la vessie.* — A mon avis, tout prostatique en rétention incomplète doit faire régulièrement l'évacuation de sa vessie, même en cas de rétention légère et aseptique. C'est là le meilleur moyen palliatif d'arrêter les progrès du résidu. Si la quantité d'urine qui reste dans la vessie après la miction spontanée ne dépasse pas 80 ou 100 grammes et si l'urine est aseptique, un seul sondage par vingt-quatre heures le matin ou le soir peut être suffisant. Si le résidu est plus grand, il faut, au moins, deux ou trois cathétérismes par jour. Chez ces malades, on emploie souvent la sonde molle, mais il n'est pas rare qu'après un certain temps le canal devienne irritable et l'instrument trop pénible à passer : il vaut mieux alors avoir recours à une sonde béquille de petite coudure.

Dans les rétentions incomplètes sans distension, on peut en général vider complètement la vessie dès le premier cathétérisme ; chez certains malades, pourtant, on observe à la fin de l'évacuation des douleurs vives ; chez eux, il vaut mieux ne vider qu'en plusieurs temps. L'emploi des lavages sera réglé d'après l'état des urines : inutiles en cas d'asepsie, ils sont nécessaires lorsqu'il existe de l'infection. En thèse générale, on doit faire les lavages, parce que les malades sont presque tous, ou deviennent vite, des infectés vésicaux.

*Rétention chronique avec distension.* — Plus encore que dans les cas de rétention aiguë, il faut éviter ici de vider trop complètement et trop brusquement la vessie ; pour que le réservoir revienne sur lui-même, il faut évacuer lentement et régulièrement. On ne peut donner de règle précise s'appliquant à tous les cas ; généralement, il convient de sonder trois ou quatre fois par jour et de vider complètement la vessie dans un intervalle de trois à six ou huit jours. Chez les distendus, on suivra les mêmes règles techniques indiquées dans la rétention aiguë.

*Sonde à demeure.* — Dans tout ce qui précède, j'ai supposé que le cathétérisme est facilement pratiqué aussi souvent qu'il en est besoin ; mais il peut arriver que la manœuvre du sondage soit pénible et dans ces cas on devra avoir recours à la sonde à demeure. Celle-ci trouvera encore son indication dans certaines complications, notamment dans l'infection et les hémorragies ou en cas de très grande polyurie chez les prostatiques distendus.

Les sondes qu'on laisse à demeure chez les prostatiques sont les sondes béquille à deux yeux, qu'on fixe à la verge avec de petits fixateurs en caoutchouc (fig. 174) ou avec des fils d'après le procédé

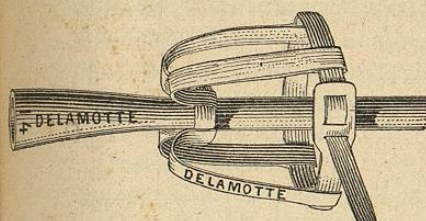


Fig. 174. — Fixateur en caoutchouc.

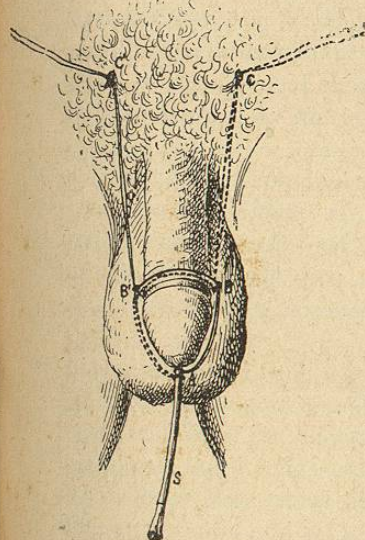


Fig. 175. — Sonde à demeure fixée. Fixateur Guyon.

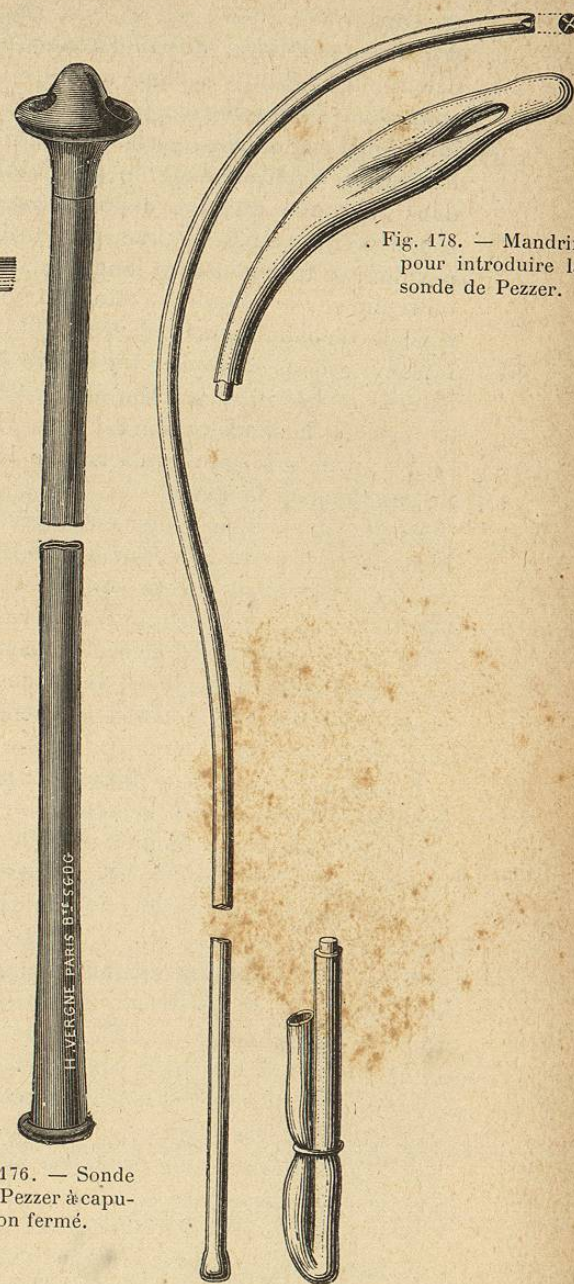


Fig. 176. — Sonde de Pezzer à capuchon fermé.

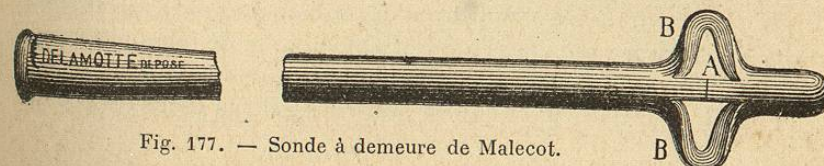


Fig. 177. — Sonde à demeure de Malecot.

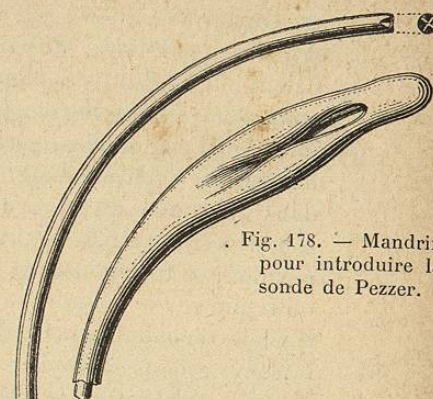


Fig. 178. — Mandrin pour introduire la sonde de Pezzer.