

vessie ; s'il n'est pas pris dans le sens de sa longueur , il buttera contre le col ; le brise-pierre tournera alors sur son axe du côté du bout le plus court ; desserrez un peu les mors du brise-pierre , et engagez-les légèrement dans le col de la vessie , en les tournant un peu du côté où le corps étranger fait la saillie la plus courte , c'est-à-dire du côté même où le brise-pierre a tourné , vous arriverez ainsi rapidement à produire le redressement. Si vous n'y parvenez pas , laissez le corps étranger retomber dans la vessie , et tâchez de le saisir d'une manière plus convenable. Dans le cas où toutes ces manœuvres sont inutiles ou contrindiquées , vous pratiquerez l'opération de la taille.

DOUZIÈME LEÇON.

De l'Hypertrophie de la Prostate.

MESSIEURS ,

Les maladies de la prostate occupent une place considérable dans l'étude des causes de la dysurie. Je vous ai décrit précédemment les inflammations et les suppurations de cet organe ; je vais vous entretenir aujourd'hui d'autres lésions qui , en modifiant la direction et le calibre de l'urèthre , apportent des troubles très-sérieux dans l'accomplissement des fonctions de l'appareil urinaire.

Les tumeurs malignes de la prostate sont très-rares : on y trouve toutes les formes anatomiques , mais surtout le carcinôme encéphaloïde. Leurs symptômes sont ceux d'une obstruction prostatique à marche rapide ; c'est par voie d'exclusion que l'on peut arriver à établir le diagnostic de ces tumeurs , comme celui des tumeurs de la vessie.

Il n'en est pas de même de l'hypertrophie prostatique , et cette maladie commande toute votre attention par sa fréquence , son allure spéciale , l'ensemble des phénomènes qui l'accompagnent ou qui la suivent , enfin par les indications que son traitement réclame. Elle consiste dans une augmentation de volume , de poids et de consistance de la prostate , sans altération intime de texture ; toutes les causes

qui amènent le sang en plus grande quantité dans l'organe conduisent indirectement à l'hypertrophie prostatique, comme les causes analogues agissent pour produire l'hypertrophie utérine, avec laquelle la maladie dont nous nous occupons offre de nombreuses ressemblances au point de vue pathogénique. Le volume d'une prostate hypertrophiée peut être considérable, et égal à celui du poing. On a observé isolément l'hypertrophie glandulaire, musculaire, et celle des cloisons fibreuses; le plus ordinairement l'hypertrophie est musculo-fibreuse, se rapprochant ainsi de la constitution des corps fibreux de l'utérus. Il n'est pas rare de rencontrer au milieu de la prostate hypertrophiée de petites masses arrondies, composées d'éléments identiques à ceux qui constituent la prostate elle-même; lorsque ces masses se forment dans la portion de l'organe qui avoisine la muqueuse de l'urèthre, elles s'y développent considérablement, et font quelquefois saillie dans le canal, en revêtant l'aspect de polypes plus ou moins pédiculés; telle est l'origine de la plupart des tumeurs dites bénignes et des excroissances de la prostate.

L'hypertrophie peut être générale et uniforme, ou partielle; dans ce dernier cas, elle peut affecter l'un des lobes, ou symétriquement les deux lobes, ou se montrer principalement sur la ligne médiane dans la portion sus-montanale; elle forme alors ce qu'Everard Home a décrit sous le nom d'hypertrophie partielle du lobe moyen; cette hypertrophie sus-montanale, en soulevant la partie inférieure du col de la vessie, constitue la variété la plus commune de ce qu'on appelle barre au col de la vessie, ou, avec Civiale, barrière uréthro-vésicale, ou encore, avec Mercier, valvule uréthro-prostatique; la seconde forme de cette valvule ou barre étant due au refoulement de la muqueuse de la partie infé-

rieure du col, par l'hypertrophie des éléments musculaires et fibreux de la luette vésicale, sous l'influence d'une irritation de longue durée.

La valvule uréthro-prostatique d'origine hypertrophique n'est pas la seule condition anatomique qui rende difficile l'entrée de la sonde dans la vessie; le col est, par le fait même d'une hypertrophie un peu considérable, porté en haut et en arrière de la symphyse; la prostate ne pouvant se déplacer du côté du périnée à cause de la résistance des plans fibreux refoule en haut la vessie; la portion prostatique s'allonge donc dans l'hypertrophie et cet allongement peut atteindre 3 centimètres et plus.

Dans l'hypertrophie partielle unilatérale, le canal est dévié; il s'incurve de telle sorte que la convexité de la courbe anormale regarde du côté opposé à celui du lobe hypertrophié. L'irrégularité de l'hypertrophie modifie souvent cette incurvation, et l'on a des déviations bizarres de l'urèthre en demi-lune, en zigzag, non-seulement dans le sens transversal, mais encore dans celui de la verticalité du canal; cela vous donne une idée de la difficulté du cathétérisme. Souvent le calibre du canal est augmenté, surtout dans sa portion sus-montanale, et le col prend une disposition infundibuliforme, avec modifications dans les dimensions, et la disposition de sa partie inférieure en luette vésicale, ainsi que nous l'avons vu plus haut; cette luette, convertie en une véritable valvule ou barre, affecte des formes variées, en rapport avec le développement de la lésion prostatique.

Il n'est pas étonnant que, grâce à ce développement parfois excessif, la prostate exerce des phénomènes de com-

pression sur les organes voisins, et en particulier sur les vésicules séminales, les canaux éjaculateurs, le rectum, et c'est à l'effet de la compression sur ce dernier viscère que les fèces doivent quelquefois leur aspect rubané; gardez-vous toutefois de prendre ce signe comme caractéristique de l'hypertrophie, et soyez persuadés qu'on en a singulièrement exagéré la fréquence et l'importance. Ces phénomènes de compression sont surtout remarquables par les effets qu'ils produisent sur le canal de l'urèthre; je vous ai déjà parlé des déviations du canal; lorsque l'hypertrophie est bilatérale et symétrique, l'axe du canal n'est guère modifié, mais l'urèthre se trouve aplati latéralement; quelquefois même son calibre est en grande partie effacé, lorsque ces deux portions symétriquement développées arrivent en contact; de plus, leur faces correspondantes peuvent s'ulcérer, se souder, et réduire considérablement les dimensions du conduit: on a vu cette soudure former une sorte de pont, séparant horizontalement le canal en deux portions, l'une supérieure, l'autre inférieure.

De pareilles lésions amènent rapidement la dysurie et toutes ses suites; elle sera plus prononcée lorsque l'hypertrophie portera sur la portion sus-montane de la prostate, et occasionnera ainsi la variété principale de valvule uréthro-prostatique, laquelle tôt ou tard produira la rétention d'urine soit absolue, soit avec regorgement; d'ailleurs l'irritation de voisinage déterminera l'hypertrophie des éléments fibro-musculaires du col, cause nouvelle de barrière uréthro-vésicale; la vessie habituellement distendue sera frappée d'inertie, elle ne se videra plus complètement, et vous ne tarderez pas à observer les conséquences de la sta-

gnation de l'urine dont je vous ai parlé en étudiant la cystite chronique. Lorsque le col est dilaté en entonnoir par une hypertrophie générale et excentrique, l'incontinence d'urine peut se produire, mais en général l'incontinence est plus apparente que réelle; habituellement en effet elle traduit le phénomène du regorgement. Vous pouvez maintenant comprendre comment une hypertrophie sus-montane légère peut être suivie de rétention d'urine complète, alors qu'une hypertrophie bien plus considérable, mais uni-latérale, ne déterminera qu'une simple déviation du canal, alors même qu'une prostate énorme, mais uniformément développée, pourra n'amener que de légers troubles dans l'émission de l'urine. Vous comprenez également comment le cathétérisme peut donner la notion exacte du siège et de la variété de l'hypertrophie; le changement de direction du pavillon de la sonde coudée vous fera apprécier la déviation du canal; l'examen de cette déviation et de la profondeur à laquelle elle commence, indiquera le volume et la situation de la tumeur. Si la sonde ne subit pas de changement de direction, mais se trouve serrée et avance difficilement dans l'urèthre, vous songerez à une hypertrophie latérale et symétrique; dans l'hypertrophie sus-montane, l'obstacle vous paraîtra plus profond que dans l'hypertrophie latérale, moins profond que dans la valvule uréthro-prostatique simple: vous reconnaîtrez cette dernière au mouvement brusque de secousse que vous sentirez au moment où la sonde retirée de la vessie franchit l'obstacle, secousse qui fait défaut lorsque la tumeur est constituée par une simple saillie du lobe moyen: néanmoins vous n'oublierez pas que souvent ces deux états se confondent, et qu'ordinairement la valvule uréthro-

prostatique reconnaît comme cause l'hypertrophie du lobe moyen de la prostate.

L'hypertrophie prostatique n'offre pas toujours à son début les mêmes symptômes : tantôt ce début est brusque, et il se traduit immédiatement par la rétention d'urine ; le plus souvent la dysurie est progressive ; la projection du jet est moins forte, et si vous me permettez cette expression triviale, le malade pisse sur ces bottes ; plus il pousse, et plus il a de la difficulté d'uriner, parce que le liquide refoulé par la vessie chasse au-devant de lui la valvule uréthro-prostatique, qui vient fermer l'orifice urétral à la manière d'une soupape. Des phénomènes inverses s'observent dans le rétrécissement de l'urètre, où le calibre du jet est diminué bien plus que la force de projection, qui croît au contraire avec les efforts du malade. Habituellement il y a de la douleur avant la miction, douleur qui cesse immédiatement après, contrairement à ce qui a lieu dans la prostatite chronique et les calculs de la vessie ; l'urine ne contient jamais de sang à la fin de la miction. Les envies d'uriner sont fréquentes, surtout la nuit ; une certaine chaleur au col de la vessie, des besoins répétés de défécation accompagnés d'une sensation particulière de pesanteur à l'anus, des douleurs vagues irradiées au périnée et dans tout le bassin, tels sont les principaux phénomènes subjectifs qui traduisent l'hypertrophie prostatique. Selon le mode de production et de développement de la lésion, on peut avoir la rétention, l'incontinence ou le regorgement d'urine ; de ces trois formes l'incontinence vraie est la plus rare et semble nécessiter une hypertrophie généralisée uniforme et de longue date ; le regorgement est très-fréquent et d'autant plus important

à connaître qu'il est souvent trompeur, et laisse croire à une incontinence ; les conséquences d'une pareille méprise sont graves ; vous avez heureusement dans le cathétérisme le moyen de l'éviter. Le toucher rectal permet d'apprécier le degré de l'augmentation de volume, et il peut se faire que dans une hypertrophie considérable le doigt n'arrive pas à atteindre la partie supérieure de la prostate. Combiné avec le cathétérisme, le toucher rectal peut fournir des renseignements utiles pour l'appréciation de la variété d'hypertrophie.

La cystite chronique par stagnation de l'urine est une des complications les plus habituelles de l'hypertrophie prostatique ; elle devient à son tour la cause d'états pathologiques divers parmi lesquels on rencontre la production de calculs phosphatiques. Le plus souvent, ces calculs ont une certaine consistance ; mais quelquefois, ils sont constitués par une matière molle ressemblant à du mortier ; ils viennent se cacher dans le cul de sac formé par le bas fond de la vessie derrière la prostate hypertrophiée, et leur diagnostic peut être difficile ; le changement de position du malade, l'emploi simultané du toucher rectal et de la sonde sont parfois des moyens utiles à employer pour en établir la certitude. L'hypertrophie prostatique est encore une source de difficultés dans l'opération de la taille, ou dans la lithotritie.

Bien des causes ont été invoquées pour expliquer la pathogénie de l'hypertrophie de la prostate ; la plupart d'entre elles l'ont été gratuitement ; ainsi, l'inflammation ne saurait être une cause d'hypertrophie, puisque les produits plastiques qu'elle engendre sont d'ordinaire rétractiles : voyez

plutôt les rétrécissements fibreux de l'urèthre ; la stase veineuse n'est pas non plus une cause d'hypertrophie , car elle n'augmente guère l'activité nutritive d'un tissu ; l'influence de la goutte, du rhumatisme, de la syphilis n'est nullement démontrée, mais je ne saurais admettre le même raisonnement pour les excès vénériens ; ces excès facilitent incontestablement l'apport du sang artériel dans les organes génitaux, et sollicitent les contractions des éléments musculaires de la prostate : ces deux phénomènes, par leur répétition, sont de nature à favoriser le développement hypertrophique de la prostate.

L'hypertrophie prostatique appartient à un âge avancé ; sur vingt hommes âgés de 55 à 65 ans, il y en a au moins un qui est atteint de cette affection : rarement elle débute après 65 ans. (THOMPSON.)

Nous venons de voir que la conséquence la plus sérieuse de l'hypertrophie prostatique est la stagnation de l'urine dans la vessie ; c'est d'elle que découle l'indication principale du traitement. Je ne reviendrai pas sur la manière de pratiquer le cathétérisme, ni sur les instruments dont vous devez vous servir : je vous renvoie à nos leçons sur le cathétérisme ; mais je vais résumer en quelques mots les indications principales du traitement de l'hypertrophie prostatique. Videz complètement la vessie au moins une fois par jour ; apprenez au malade à se sonder, car il ne doit jamais se séparer de sa sonde : autant que possible, servez-vous de sondes molles : ne laissez jamais de sonde à demeure, à moins de nécessité absolue, comme lorsqu'il s'agit de redresser une déviation (je vous démontrerai plus tard la possibilité du fait) : si l'état du canal le permet, le

traitement mécanique par le passage fréquent de grosses sondes sera utile : rappelez-vous que l'évacuation rapide d'une grande quantité d'urine, le malade étant debout, peut être suivie d'accidents graves, parfois de mort subite : rappelez-vous encore que la fièvre est souvent le résultat d'une modification brusque de la vessie, à la suite de l'évacuation totale de l'urine dans les cas de rétention extrême. Néanmoins, ne temporez jamais lorsque vous vous trouverez en présence d'une rétention complète ; l'opium, les bains chauds, les antiphlogistiques pourront vaincre une rétention d'urine d'origine inflammatoire, mais ils aggraveront presque toujours la rétention d'origine prostatique ; dans ces cas, si le cathétérisme demeure impossible, pratiquez la ponction de la vessie. Contre les complications vésicales si fréquentes dans l'hypertrophie de la prostate, employez la série des moyens que je vous ai indiqués en parlant de la cystite chronique : il en sera de même du traitement général.

Vous devez compter pour peu de chose l'action des médicaments dits fondants et résolutifs ; quant à la faradisation localisée et aux courants continus, vous pouvez les essayer, puisqu'on a publié des cas d'amélioration ; je vous ferai toutefois remarquer que l'électricité agit surtout sur les tuméfactions d'origine inflammatoire qui se développent avant l'âge auquel apparaît l'hypertrophie ; je vous ai dit, dans mon cours de médecine opératoire de l'année dernière, quel merveilleux parti on a su tirer, depuis quelques années, de l'emploi de l'électricité dans le traitement de l'inflammation chronique en général.

Je vous parlerai, en terminant, de l'incision de la valvule

uréthro-prostatique. Depuis longtemps, M. Mercier a préconisé cette opération qu'il a pratiquée un grand nombre de fois avec succès : je vous présente les instruments dont il se sert pour inciser ou exciser cette valvule et remédier ainsi à la dysurie, qui est le résultat de son développement.

Cette opération me paraît appelée à rendre des services très-réels, principalement dans les cas où une cystite chronique par stagnation vient compliquer la maladie première. Je vous ai dit que l'on avait proposé la cystotomie comme traitement curatif des cystites rebelles à tous les autres moyens; peut être arriverait-on au même résultat par la simple incision de la barre au col de la vessie, avec l'instrument de Mercier : l'avenir nous démontrera la valeur du procédé.

TREIZIÈME LEÇON.

Poches urineuses. — Infiltration d'urine.
Abcès urinaire. — Fistules urinaires.

Messieurs,

Les poches urineuses, l'infiltration d'urine, les abcès urinaires, les fistules urinaires constituent souvent une série d'actes pathologiques qui paraissent comme les degrés successifs d'une même affection. Néanmoins chacun de ces états peut se montrer isolément, et sans trait d'union pathogénique avec ceux qui le précèdent ou qui le suivent.

Les poches urineuses sont des diverticules des parois de l'urèthre, ou des cavités anfractueuses qui communiquent avec l'intérieur du canal. Les unes résultent d'une simple dilatation du canal derrière un obstacle comme l'atésie du méat, ou un rétrécissement, un calcul de l'urèthre, un corps étranger. La stagnation de l'urine peut, surtout lorsqu'il existe une inflammation de la muqueuse, y déterminer la formation de dépôt calcaire, et nous avons vu dernièrement qu'un certain nombre de calculs de l'urèthre reconnaissent cette origine. En général, la disparition de l'obstacle fera disparaître la poche urineuse par dilatation. Les autres ont pour point de départ une perforation du canal soit par un instrument, dans le cas de fausse route, soit