

jour vient où, sous l'influence de la dilatation excentrique de la vessie, le col est forcé; le viscère reste habituellement distendu, et ce n'est que le trop-plein qui s'écoule par une succession de gouttes. Il faut savoir, toutefois, que, comme Bazy l'a remarqué et comme nous l'avons observé, l'incontinence peut se rencontrer chez des prostatiques, dans des cas de stagnation simple sans distension. Alors que, chez le rétréci, l'incontinence est surtout diurne, elle est plutôt nocturne chez le prostatique. A la longue, l'incontinence devient diurne et continue. Les cas sont rares, et nous les avons mentionnés à propos de l'anatomie pathologique, où elle est explicable par la déformation seule de la région cervicale, par l'action du lobe moyen hypertrophié se « coinçant » entre les deux lobes latéraux et créant ainsi une sorte d'insuffisance valvulaire du col. — C'est évidemment un abus de langage que d'employer à la fois le terme d'incontinence pour un état dans lequel la vessie est incapable de contenir et de retenir, et pour un autre dans lequel elle est pleine à déborder; nos vieux auteurs avaient, avec beaucoup de logique et de sens clinique, désigné ce dernier trouble sous le nom de *miction par regorgement*.

Quand l'incontinence vraie apparaît, dénonciatrice de la dilatation vésicale, la situation du prostatique est devenue grave. La distension de la vessie entretient dans le rein une congestion réflexe vive, et la polyurie est l'indice clinique de cette vascularisation rénale exagérée. Guyon et Bazy ont montré que les malades qui ne voient point leur vessie rendent une quantité augmentée d'urine : 2000, 5000 grammes en vingt-quatre heures. La distension une fois supprimée, le chiffre quantitatif des urines se réduit notablement : un rétentionniste dont on met méthodiquement la vessie à sec tombe de 5000 grammes à 4^{kg},500. Tuffier, au surplus, a fourni la démonstration expérimentale de cette congestion vasomotrice réflexe. De même que l'incontinence, la polyurie est donc un signe de rétention : celle qui se rattache à des perturbations vasculaires fugaces ne comporte point une appréciation pronostique grave; il n'en est plus de même de cette « polyurie trouble », bien décrite par Guyon, aux urines copieuses, atteignant 4 et 5 litres, ne se dépouillant pas par le repos des éléments purulents qu'elle tient en suspension, révélatrice de lésions rénales définitives.

Il est exceptionnel qu'un prostatique atteigne cette période sans présenter des troubles généraux plus ou moins graves et de fâcheux augure. Ils sont fébriles ou apyrétiques : parfois, la fièvre apparaît sous le type d'accès francs, répétés; chez d'autres malades, elle est insidieuse, et l'on est surpris de trouver une élévation thermique vespérale montant à 38°,5, 39 degrés, 39°,5. Les troubles digestifs sont presque constants : tantôt, c'est de l'embaras gastrique, de la constipation, tantôt une dyspepsie, dont l'allure est banale, mais dont la ténacité doit attirer l'attention du clinicien. L'état s'accroît : la langue est empâtée et collante, la bouche sèche, la soif vive. Un pas de plus et le malade devient « un grand urinaire » : la langue, sèche et rouge, se rôtit; faute de salive, la mastication est incomplète; l'état de « dysphagie buccale » de Guyon se dessine; le malade ne peut manger le pain et perd l'appétence pour la viande. Les nausées, parfois les vomissements viennent augmenter ce désordre de la nutrition.

Complications. — Trois complications peuvent se surajouter à ce tableau : la néphrite, la cystite, les hématuries. Il y a, chez le prostatique rétentionniste, un état de congestion permanente de toutes les voies urinaires, propice à l'hémorragie ou à l'inflammation.

1° Néphrite chez les prostatiques. — Les reins, doublement menacés par la sclérose et par les congestions réflexes, d'origine vésicale, s'enflamment, parfois spontanément, plus souvent par cysto-néphrite ascendante. L'évolution de ces lésions rénales est quelquefois foudroyante : tel prostatique, bien portant en apparence, est pris de rétention aiguë, ou présente de la rétention chronique; on le sonde méthodiquement; en quatre ou cinq jours la vessie est évacuée; les urines n'ont point tardé à devenir purulentes, dès la seconde ou troisième journée; la cystite éclate, la langue se sèche, la soif est vive, les reins s'endolorissent, le malade tombe dans le coma et meurt d'urémie, ou mieux d'urinémie : à l'autopsie on trouve une néphrite et une cystite suppurée. Cette néphrite n'a point heureusement toujours une marche aussi rapide : les lésions rénales se constituent sur un mode subaigu ou même chronique d'emblée; la fièvre urineuse lente apparaît avec son accompagnement caractéristique de troubles digestifs : un état d'équilibre très instable s'établit, qui reste à la merci d'une imprudence du malade ou d'une faute de thérapeutique.

2° Cystite. — La déchéance trophique de la paroi, et la stagnation urinaire progressive, voilà des conditions opportunes pour « appeler et retenir » l'inflammation sur la vessie des prostatiques. Aussi, chez eux, la cystite se présente-t-elle avec une fréquence que ne connaît point la vessie des rétrécis, bien défendue par sa musculature.

La cystite des prostatiques est parfois spontanée, ou tout au moins ne reconnaît comme cause appréciable qu'une de ces influences hyperémiantes que nous avons mentionnées : un excès de régime, un abus sexuel, une poussée congestive vers le petit bassin. Souvent la cystite éclate après le cathétérisme : la décompression vésicale trop soudaine qui hyperémie les plexus de la paroi privés de contre-pression; le traumatisme d'une sonde mal dirigée; l'insuffisante asepsie de l'instrument surtout : telles sont les causes efficientes de l'inflammation vésicale. Cela devient, nous dit Guyon, « l'étincelle qui met le feu aux poudres et inaugure la série des plus graves accidents ».

Deux formes s'observent : la cystite aiguë et la cystite chronique. La première vient soudainement aggraver un état prostatique jusqu'alors tolérable : ce malade, qui vidait spontanément sa vessie par mictions répétées ou qui l'évacuait régulièrement à la sonde, voit brusquement les envies se rapprocher, impérieuses, demandant, sous peine de fausse incontinence, satisfaction immédiate; la poussée vésicale s'augmente et s'endolorit; les urines se troublent. Puis, peu à peu les phénomènes aigus s'amendent : dans les cas favorables et bien traités, l'urine se clarifie, les mictions se régularisent, le retour à l'état antérieur s'opère.

Mais, le plus souvent, l'affection passe à l'état chronique : cette chronicité peut d'ailleurs s'établir d'emblée. Le trouble croissant des urines en est le symptôme dominant : c'est le catarrhe vésical qui se constitue avec ses glaires purulentes, épaissies par la transformation ammoniacale, visqueuses et odorantes. Si l'on a affaire à un malade qui ne vide point sa vessie, on voit, vers la fin de l'évacuation par la sonde, le jet s'affaiblir, puis se faire goutte à goutte, de plus en plus sale; si alors on abaisse le pavillon au-dessous de l'horizontale, un siphon s'établit et évacue cette « lie » trouble qui « décante » dans le bas-fond. C'est dans ces circonstances que des calculs, de formation rapide, peuvent venir compliquer la scène. Des épisodes aigus, nés de poussées hyperémiques,

jour vient où, sous l'influence de la dilatation excentrique de la vessie, le col est forcé; le viscère reste habituellement distendu, et ce n'est que le trop-plein qui s'écoule par une succession de gouttes. Il faut savoir, toutefois, que, comme Bazy l'a remarqué et comme nous l'avons observé, l'incontinence peut se rencontrer chez des prostatiques, dans des cas de stagnation simple sans distension. Alors que, chez le rétréci, l'incontinence est surtout diurne, elle est plutôt nocturne chez le prostatique. A la longue, l'incontinence devient diurne et continue. Les cas sont rares, et nous les avons mentionnés à propos de l'anatomie pathologique, où elle est explicable par la déformation seule de la région cervicale, par l'action du lobe moyen hypertrophié se « coïncant » entre les deux lobes latéraux et créant ainsi une sorte d'insuffisance valvulaire du col. — C'est évidemment un abus de langage que d'employer à la fois le terme d'incontinence pour un état dans lequel la vessie est incapable de contenir et de retenir, et pour un autre dans lequel elle est pleine à déborder; nos vieux auteurs avaient, avec beaucoup de logique et de sens clinique, désigné ce dernier trouble sous le nom de *miction par regorgement*.

Quand l'incontinence vraie apparaît, dénonciatrice de la dilatation vésicale, la situation du prostatique est devenue grave. La distension de la vessie entretient dans le rein une congestion réflexe vive, et la polyurie est l'indice clinique de cette vascularisation rénale exagérée. Guyon et Bazy ont montré que les malades qui ne vident point leur vessie rendent une quantité augmentée d'urine : 2000, 5000 grammes en vingt-quatre heures. La distension une fois supprimée, le chiffre quantitatif des urines se réduit notablement : un rétentionniste dont on met méthodiquement la vessie à sec tombe de 5000 grammes à 4^{kg},500. Tuffier, au surplus, a fourni la démonstration expérimentale de cette congestion vasomotrice réflexe. De même que l'incontinence, la polyurie est donc un signe de rétention : celle qui se rattache à des perturbations vasculaires fugaces ne comporte point une appréciation pronostique grave; il n'en est plus de même de cette « polyurie trouble », bien décrite par Guyon, aux urines copieuses, atteignant 4 et 5 litres, ne se dépouillant pas par le repos des éléments purulents qu'elle tient en suspension, révélatrice de lésions rénales définitives.

Il est exceptionnel qu'un prostatique atteigne cette période sans présenter des troubles généraux plus ou moins graves et de fâcheux augure. Ils sont fébriles ou apyrétiques : parfois, la fièvre apparaît sous le type d'accès francs, répétés; chez d'autres malades, elle est insidieuse, et l'on est surpris de trouver une élévation thermique vespérale montant à 38°,5, 39 degrés, 39°,5. Les troubles digestifs sont presque constants : tantôt, c'est de l'embarras gastrique, de la constipation, tantôt une dyspepsie, dont l'allure est banale, mais dont la ténacité doit attirer l'attention du clinicien. L'état s'accroît : la langue est empâtée et collante, la bouche sèche, la soif vive. Un pas de plus et le malade devient « un grand urinaire » : la langue, sèche et rouge, se rôtit; faute de salive, la mastication est incomplète; l'état de « dysphagie buccale » de Guyon se dessine; le malade ne peut manger le pain et perd l'appétence pour la viande. Les nausées, parfois les vomissements viennent augmenter ce désordre de la nutrition.

Complications. — Trois complications peuvent se surajouter à ce tableau : la néphrite, la cystite, les hématuries. Il y a, chez le prostatique rétentionniste, un état de congestion permanente de toutes les voies urinaires, propice à l'hémorragie ou à l'inflammation.

1° Néphrite chez les prostatiques. — Les reins, doublement menacés par la sclérose et par les congestions réflexes, d'origine vésicale, s'enflamment, parfois spontanément, plus souvent par cysto-néphrite ascendante. L'évolution de ces lésions rénales est quelquefois foudroyante : tel prostatique, bien portant en apparence, est pris de rétention aiguë, ou présente de la rétention chronique; on le sonde méthodiquement; en quatre ou cinq jours la vessie est évacuée; les urines n'ont point tardé à devenir purulentes, dès la seconde ou troisième journée; la cystite éclate, la langue se sèche, la soif est vive, les reins s'endolorissent, le malade tombe dans le coma et meurt d'urémie, ou mieux d'urinémie : à l'autopsie on trouve une néphrite et une cystite suppurée. Cette néphrite n'a point heureusement toujours une marche aussi rapide : les lésions rénales se constituent sur un mode subaigu ou même chronique d'emblée; la fièvre urinaire lente apparaît avec son accompagnement caractéristique de troubles digestifs : un état d'équilibre très instable s'établit, qui reste à la merci d'une imprudence du malade ou d'une faute de thérapeutique.

2° Cystite. — La déchéance trophique de la paroi, et la stagnation urinaire progressive, voilà des conditions opportunes pour « appeler et retenir » l'inflammation sur la vessie des prostatiques. Aussi, chez eux, la cystite se présente-t-elle avec une fréquence que ne connaît point la vessie des rétrécis, bien défendue par sa musculature.

La cystite des prostatiques est parfois spontanée, ou tout au moins ne reconnaît comme cause appréciable qu'une de ces influences hyperémiantes que nous avons mentionnées : un excès de régime, un abus sexuel, une poussée congestive vers le petit bassin. Souvent la cystite éclate après le cathétérisme : la décompression vésicale trop soudaine qui hyperémie les plexus de la paroi privés de contre-pression; le traumatisme d'une sonde mal dirigée; l'insuffisante asepsie de l'instrument surtout : telles sont les causes efficientes de l'inflammation vésicale. Cela devient, nous dit Guyon, « l'étincelle qui met le feu aux poudres et inaugure la série des plus graves accidents ».

Deux formes s'observent : la cystite aiguë et la cystite chronique. La première vient soudainement aggraver un état prostatique jusqu'alors tolérable : ce malade, qui vidait spontanément sa vessie par mictions répétées ou qui l'évacuait régulièrement à la sonde, voit brusquement les envies se rapprocher, impérieuses, demandant, sous peine de fausse incontinence, satisfaction immédiate; la poussée vésicale s'augmente et s'endolorit; les urines se troublent. Puis, peu à peu les phénomènes aigus s'amendent : dans les cas favorables et bien traités, l'urine se clarifie, les mictions se régularisent, le retour à l'état antérieur s'opère.

Mais, le plus souvent, l'affection passe à l'état chronique : cette chronicité peut d'ailleurs s'établir d'emblée. Le trouble croissant des urines en est le symptôme dominant : c'est le catarrhe vésical qui se constitue avec ses glaires purulentes, épaissies par la transformation ammoniacale, visqueuses et odorantes. Si l'on a affaire à un malade qui ne vide point sa vessie, on voit, vers la fin de l'évacuation par la sonde, le jet s'affaiblir, puis se faire goutte à goutte, de plus en plus sale; si alors on abaisse le pavillon au-dessous de l'horizontale, un siphon s'établit et évacue cette « lie » trouble qui « décante » dans le bas-fond. C'est dans ces circonstances que des calculs, de formation rapide, peuvent venir compliquer la scène. Des épisodes aigus, nés de poussées hyperémiques,

peuvent de temps en temps aviver cet état chronique ; tous les soins doivent tendre à désinfecter la vessie et à en écarter ces influences congestives. Grâce à ces précautions, un prostatique dont la vessie suppure peut être tenu dans une position de résistance, mais bien précaire : à plus ou moins longue échéance, l'inflammation ascendante risque de gagner le rein. Dans quelques cas, les phénomènes douloureux de la cystite l'emportent sur l'état catarrheux : c'est alors le type de la « vessie irritable » ; à l'autopsie, on la trouve, à parois épaissies, à cavité réduite : nous en avons vu un bel échantillon dans la collection de Thiersch à Leipzig.

5° **Hématurie.** — L'hématurie est, après la rétention, une des complications les plus fréquentes de l'hypertrophie prostatique. Elle est rare pendant la première période de la maladie : elle apparaît le plus souvent alors que le prostatique ne vide plus sa vessie et que l'urine stagne dans le bas-fond. Elle peut apparaître spontanément comme traduction symptomatique de l'état congestif des organes. A la suite d'une fatigue, d'une retenue prolongée, d'un excès de boisson ou de coït, un prostatique pisse du sang : ces hématuries spontanées sont plus fréquentes que ne l'indiquent les classiques. Nous croyons, avec Bazy, que ces hémorragies sont plus souvent d'origine prostatique que d'origine vésicale. La prostate n'est-elle point un des organes les plus hémorragiques ? « Dans les cas que j'ai opérés, nous dit Bazy, j'ai vu sur la prostate une petite artériole donnant du sang, j'ai vu et senti cette prostate faisant saillie dans la vessie à la façon d'un énorme col utérin, j'ai vu sa couleur et son aspect violacé, j'ai senti sa mollesse, elle ressemblait à une tumeur érectile ; l'état de la vessie, qui était à peine congestionnée et n'offrait pas ces suffusions sanguines qu'on observe chez les individus dont la vessie saigne, plaiderait encore en faveur de l'origine prostatique. »

Le diagnostic se pose entre ces hémorragies et celles qui révèlent les néoplasmes vésicaux : comme ces dernières, elles sont d'ordre congestif, et, par conséquent, mobiles ; mais elles n'en ont généralement ni l'abondance, ni la soudaineté. « Quand on peut faire, nous dit Bazy, l'examen cystoscopique, ce qui est possible avec les hémorragies passagères ou intermittentes, ce diagnostic devient facile ; quand cet examen ne peut être fait, à cause de l'hémorragie, parce que le contenu vésical est trouble et ne peut être éclairci, c'est bien souvent par le toucher rectal combiné au palper hypogastrique, par la palpation bimanuelle, en un mot, qu'on fait ce diagnostic. Si avec une hémorragie continue, ne permettant pas la cystoscopie, il n'y a pas de tumeur appréciable, on ne peut songer, en dehors de l'hypertrophie prostatique, qu'à un papillome simple et il est rare qu'un papillome donne lieu à une hémorragie continue assez abondante pour empêcher la cystoscopie, surtout quand on l'observe au début et même assez loin du début. Plus tard, il peut en être autrement : mais ce n'est guère que quand le papillome s'est transformé que ces hémorragies deviennent graves et persistantes : donc, diagnostic facile en cas de papillome. — Ce sont surtout les néoplasmes infiltrés et en particulier les cancers qui donnent lieu à ces hémorragies. Or, dans ces cas, la tumeur qu'ils forment est appréciable à la palpation bimanuelle ; on constate alors que cette tumeur est plutôt latérale que médiane, qu'elle peut en général être séparée de la prostate ; cette dernière est peu volumineuse ou d'un volume moyen. Dans les cas d'hémorragie prostatique, la prostate est volumineuse ;

si on sent dans la vessie une tumeur, celle-ci est médiane et se continue avec la prostate et elle n'est pas douloureuse comme l'est en général la tumeur vésicale. »

C'est parfois après le premier cathétérisme, dans un cas de rétention aiguë, que se fait l'hématurie. Quelquefois encore, c'est au cours d'une évacuation méthodiquement conduite, dans une rétention chronique, que l'hématurie apparaît : l'urine s'est parfois écoulee d'abord claire, puis rosée, puis sanguinolente, enfin c'est du sang pur qui est évacué. En pareil cas, l'on peut bien parler d'hémorragie *ex vacuo* par décompression brusque. Mais, habituellement, la totalité des urines est colorée et la cause déterminante de l'hématurie doit être placée dans la congestion prostatique et vésicale.

La meilleure démonstration de ce rôle de la congestion, c'est que le plus sûr moyen de faire cesser l'hémorragie est de mettre la vessie au repos par l'emploi de la sonde à demeure : Guyon et Bazy l'ont bien établi. Il faut veiller à ce que la sonde soit bien placée : si elle sort, la vessie se distend et saigne à nouveau. Nous employons ordinairement une sonde béquille en gomme, à deux yeux, dont l'un est placé sur la portion recourbée, non au contact de la paroi vésicale, à large calibre intérieur, de gros numéro — 22 à 25. Par cette sonde, on fera des irrigations, doucement poussées, avec l'eau à 50 degrés, avec la solution d'antipyrine à 1/50, avec le sérum gélatiné de Carnot, ou avec 100 grammes d'une solution de tannin à 1/100. Si des caillots obstruent la sonde et distendent la vessie, on en fera l'aspiration par la seringue. Il est nécessaire, dans les cas où les caillots sont abondants, de recourir aux grosses sondes en argent qui servent à l'aspiration après la lithotritie : tirez sur le piston sans brusquerie ; les caillots viennent mieux sous une traction continue, ayant besoin de s'accommoder au canal rigide qu'ils vont traverser. La sonde en gomme qui a servi à l'évacuation peut être laissée à demeure ou remplacée par un instrument de moindre calibre, si l'on a choisi un gros numéro : leur consistance est assez ferme pour que la prostate se modèle sur elles sans les déprimer. Les sondes de Pezzer, avantageuses par leur capuchon qui fixe la mise au point, ont des parois plus dépressibles. La persistance et l'aggravation de l'hématurie peuvent devenir une indication à la taille hypogastrique.

Diagnostic. — Un homme vieux pisse plusieurs fois dans la seconde moitié de la nuit ; son jet est retardant et sans portée ; sa dysurie nocturne est très sensible aux causes d'hypérémie pelvienne ; la quiétude des journées tranche avec l'état des nuits : il s'agit, sans nul doute, d'un prostatique à la première période qui vide encore sa vessie. Cette pollakiurie nocturne a une valeur significative, moindre chez un sujet jeune. L'artério-sclérose prend un rôle majeur ; et, de fait, le nombre est grand des hommes jeunes qui ont des artères dures. Nous venons d'observer un jeune soldat atteint d'ulcère perforant de l'estomac, polyurique, forcé de se lever trois à quatre fois par nuit ; cependant, la prostate ne montrait chez lui aucune hypertrophie, rectalement appréciable ; s'agit-il, en pareil cas, comme on l'a dit, d'un « état prostatique sans hypertrophie », d'une sclérose vésicale en avance sur la lésion prostatique ? La chose est vraisemblable.

Un malade est arrivé à la période de stagnation vésicale. Le diagnostic, comme le dit Bazy, peut se poser dans deux conditions différentes : tantôt nous y sommes conduits directement par des troubles urinaires nets ; tantôt