

prostate est séparée du rectum (par l'incision médiane, ou mieux par celle de la taille prérectale); puis, sa capsule est incisée sur la ligne médiane, et, pendant que la glande est refoulée en bas par les doigts d'un aide dans la vessie, elle est décortiquée de sa capsule; quand un bloc de quelque volume est dégagé, on l'arrache par torsion; les saillies intra-vésicales sont enlevées par la voie sus-pubienne. — Mais, ces manœuvres périnéales ne sont que le complément, quand il est indiqué par le volume des lobes latéraux, de la prostatectomie hypogastrique qui nous paraît rester le premier temps opératoire et souvent la seule opération nécessaire: cette voie a l'avantage de se prêter à un bon drainage, qui est par lui seul une intervention suffisante, si l'excision prostatique est impossible.

Théoriquement, la prostatectomie paraît réaliser les conditions de la cure radicale; pratiquement, elle se heurte à maintes difficultés. D'abord, elle n'est applicable qu'aux malades dont le muscle vésical a conservé ou est capable de retrouver une suffisante valeur contractile; sinon, à quoi sert la levée de l'obstacle? Donc, une question préalable pour juger de la valeur probable de la prostatectomie consiste à déterminer, par la mesure manométrique, la puissance motrice de la vessie. Or, comme le fait remarquer Desnos, un premier examen ne suffit pas pour se prononcer: chez tel malade, un premier cathétérisme donne issue à de l'urine qui sort en bavant; à mesure que les cathétérismes se répètent, le bas-fond se relève, la rétention diminue, le jet reprend sa force, et le degré manométrique est plus élevé. Heureusement, la sclérose vésicale, lésion fixe et irrémédiable, n'intervient point seule: il faut compter, en clinique, avec des diminutions temporaires de la contractilité, nées de la congestion ou de l'infection, et curables par l'évacuation et l'antisepsie régulières. Il ne faut donc pas se hâter de déclarer qu'une vessie a perdu sa contractilité.

Autre question importante: quelle est exactement la forme de l'hypertrophie prostatique? Car la prostatectomie par voie hypogastrique n'est possible que s'il s'agit d'obstacles cervicaux, à présentation vésicale, surtout de l'hypertrophie isolée du lobe moyen, plus ou moins pédiculé. Il est illusoire de prétendre à un diagnostic de précision sur la forme de l'hypertrophie avant l'ouverture de la vessie: ni le toucher rectal, ni le cathétérisme ne permettent de l'affirmer. Il faut donc demander à l'anatomie pathologique dans quelle proportion ces types anatomiques ont chance de se présenter à l'opérateur. Voilà ce qui reste encore indéterminé. Le lobe médian « en croupion » faisant soupape, forme opérable par excellence, est loin de constituer le type fréquent: bien que Belfield ait 57 fois sur 65 cas trouvé une tumeur médiane isolée, les moyennes indiquées par les différents musées montrent une moins grande fréquence (15 pour 100 d'après Thompson; 20 pour 100 dans le musée Civiale; 55 pour 100 dans le musée Dupuytren), et, en clinique, cette espèce est encore plus rarement rencontrée, puisque sur 55 opérés, Poncet ne la signale que 5 fois.

Il semble donc que les formes d'hypertrophie faisant de l'obstruction cervicale, et accessibles à une action radicale, demeurent la minorité, l'exception même, les hypertrophies totales, celles des lobes latéraux qui étendent leur action déformante ou rétrécissante à toute ou presque toute la portion prostatique de l'urètre, demeurant hors d'atteinte opératoire. Une preuve en est fournie par les cas nombreux où il faut joindre à la taille hypogastrique une boutonnière périnéale, permettant la dilatation de l'urètre et le placement d'un gros drain à demeure. Belfield estime que cette opération mixte, périnéo-abdominale, doit devenir la règle. Et les résultats opératoires le confirment.

Dire traitement radical, c'est affirmer le rétablissement de la miction volontaire et normale. Or, combien de ces guérisons idéales? Vignard en compte 6 sur 37 opérations, tant périnéales que sus-pubiennes. Le mémoire de Belfield augmente leur nombre: 29 résultats radicaux sur 155 prostatectomies. Sur 22 interventions, Desnos compte 15 améliorations avec 6 guérisons radicales. Or, les améliorations simples s'expliquent suffisamment par le drainage que crée la cystostomie, premier temps de la prostatectomie sus-pubienne: nous savons sa valeur curative comme drainage des voies urinaires supérieures, comme mesure antiseptique, comme restauration de la contractilité vésicale, comme diminution de l'imperméabilité uréthrale par décongestion.

C'est pourquoi nous continuons à penser que, devant la minorité des cures radicales, devant la léthalité de l'opération que les statistiques fixent à 15 pour 100, il faut attendre pour l'intervention une indication formelle. Une cystite rebelle, des crises graves de cystalgie, des difficultés persistantes du cathétérisme, des hématuries, des menaces du côté des reins ont rendu nécessaire l'incision vésicale: on profitera de l'ouverture vésicale pour reconnaître l'obstacle prostatique et tenter sa suppression, si elle est réalisable et ne comporte pas un traumatisme chirurgical trop grave chez un malade de résistance amoindrie ou très exposé à l'infection. Car, chez un vieux prostatique, dont les reins sont malades et l'urine infectée, l'intervention devient dangereuse, en ouvrant large voie à l'infection. Si l'ablation de l'obstacle est reconnue impossible, on s'en tiendra à la fistulisation palliative: à défaut de résultat radical, l'intervention aura du moins été très secourable.

Pour cette taille hypogastrique, on laissera, comme l'a conseillé Vignard, le ballon de Pétersen à demeure pendant toute l'opération; la région du col est ainsi facilement abordée. On mettra le malade en position de Trendelenburg. La vessie est ouverte et deux fils suspenseurs en écartent les bords: l'œil et le doigt reconnaissent l'obstacle. Est-ce un lobe moyen, à pied étroit: excisez-le d'un coup de ciseaux, comme l'ont fait Mac Gill, Atkinson, Mayo Robson. La tumeur a-t-elle une assise large, l'anse galvano-caustique assurera une diérèse exsanguine, comme l'ont vu Kummel, Schmidt et Guyon. L'incision préalable de la muqueuse et de la capsule facilite singulièrement l'énucléation des lobules en saillie et des masses fibreuses interstitielles; Mayo Robson y insiste. Plus malaisée est l'ablation de l'hypertrophie prostatique en forme annulaire; Mac Gill conseille d'inciser l'anneau en haut et en bas; chacune des moitiés latérales est alors enlevée aux ciseaux courbes ou énucléée avec le doigt.

5° **Castration** (1). — En avril 1895, Ramm, de Christiania, reprenant une vieille idée de Velpeau admise par Thompson, et assimilant l'hypertrophie prostatique aux fibromes utérins, proposa et fit la castration chez les prostatiques. Le 11 juin 1895, White, de Philadelphie, lut à l'Association chirurgicale américaine un travail qui proposait la castration comme moyen de cure radicale, et

(1) RAMM, *Centralbl. für Chir.*, 2 sept. 1895, t. XX, p. 79, et 1894, t. XXI, p. 587. — LAUNOIS et PIQUOIS, *Bulletin méd.*, juin 1895. — WHITE, *Annals of Surgery*, 1895. — GUYON, LEGUEU, ALBARRAN, Congrès franç. de chirurgie, 1895. — LÉSINE, *Medicinskoié Obosrénéi*, 1894, fasc. 8. — PRZEWAŁSKI, *Wratch*, 1895, n° 41 et 45. — BRUNS, *Mittheil. aus den Grenzgeb. der Med. und Chir.*, 1895. — FLOERSHEIM, Thèse de Paris, 1896. — BAZY, ESCAT et CHAILLOUX, *Archives des sciences médicales*, sept. et nov. 1896, janv. 1897. — CARLIER, Rapport à la 2<sup>e</sup> session de l'Association française d'urologie, octobre 1897. — MOTZ, *Recherches expérimentales et cliniques sur l'hypertrophie de la prostate*. Congrès d'urologie, 1897. — ALBARRAN et MOTZ, *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, janvier, février et mars 1898.



apporta à l'appui un nombre considérable d'expériences entreprises sur son conseil par Kirby. Dès 1884, Launois, en France, avait oralement fait la même proposition en se basant sur des recherches anatomiques pratiquées chez des animaux mâles châtrés ou non, sur des castrations expérimentales et sur des faits histologiques.

La question, en effet, se débat sur un double terrain. D'abord sur une argumentation théorique qui invoque des faits anatomiques, tératologiques et expérimentaux; en second lieu, sur le terrain clinique, qui pour nous est décisif.

Sur le premier point, en effet, tout a été dit et rien n'est absolument démonstratif: le mémoire de Bazy, Escat et Chailloux nous paraît clore le débat. L'assimilation établie entre l'hypertrophie prostatique et le fibro-myome utérin n'est qu'une comparaison contestable, non un argument. L'anatomie comparée montre que dans certaines espèces — ruminants — il y a un rapport inverse entre le volume du testicule et celui de la prostate. L'embryologie enseigne l'indépendance originelle de ces deux segments de l'appareil génital. Pendant la vie embryonnaire il n'y a aucune solidarité entre le testicule et la prostate. A la période de croissance, cette solidarité n'est pas constante, puisque, chez les monorchydes, l'asymétrie prostatique ne s'observe pas toujours. Donc l'embryologie et la tératologie n'apportent point d'argument décisif à la méthode de White.

Si l'on étudie maintenant l'influence de la castration, il faut distinguer absolument la suppression unilatérale et l'ablation des deux testicules. A l'état adulte, la *castration unilatérale* est loin d'entraîner, de façon habituelle, l'atrophie du lobe prostatique correspondant; les recherches de Gould, de Przewalsky, de Fenwick confirment ce point important. Les expériences sur les animaux montrent que l'atrophie de la glande est peu marquée et peut manquer. On en peut conclure au rejet de la castration unilatérale dans le traitement de l'hypertrophie prostatique.

La *castration double*, pratiquée dans l'enfance, arrête le développement de la prostate. Si la castration double a été pratiquée après l'époque de la puberté, la prostate, ainsi qu'il appert des recherches de Godart, Bilhartz et Pelican, subit une régression manifeste et demeure aux dimensions de la prostate d'un enfant. Mais ces faits sont passibles d'une objection: c'est qu'alors la castration a été faite avant le développement complet de la prostate et l'on n'en saurait conclure ce qu'elle produit chez l'homme adulte ou surtout au déclin de son activité génitale. Albarran et Motz estiment que, par analogie avec l'atrophie expérimentale produite chez l'animal adulte ou vieux, des résultats analogues seraient observés chez l'adulte ou le vieillard; mais cette constatation directe fait défaut.

La castration expérimentale chez les animaux apporte à la solution de la question un résultat constant, contrôlé par l'examen microscopique. La castration double détermine chez tous les animaux une atrophie rapide, déjà très marquée un mois et demi à deux mois après l'opération; cette atrophie porte surtout sur le tissu glandulaire; les modifications du stroma sont tardives et variables; de ces changements de structure résulte une diminution de volume de l'organe. Cette atrophie est manifeste même lorsqu'on expérimente sur de vieux animaux.

L'observation clinique confirme-t-elle que la prostate hypertrophiée, au déclin de la vie génitale, subisse, de la double castration, une influence analogue à

celle qu'une prostate jeune et saine éprouve de la suppression de deux testicules en pleine activité sexuelle? La preuve-anatomo-pathologique n'en est point fournie. Il n'existe que cinq examens de prostate hypertrophiée, traitée par la castration: aucun ne démontre l'atrophie de la glande et même celui de Bryson établit l'absence de cette atrophie quatorze mois après la castration double. — Cliniquement, la diminution de volume de l'organe, produite quelques jours après l'intervention, ne saurait être attribuée à un processus d'atrophie: ce sont phénomènes de décongestion observés aussi après le cathétérisme, la ponction vésicale ou la cystostomie; seules, peuvent diminuer avec cette promptitude les prostatites molles, rénitentes, turgescents. Autre chose sont les faits de rétraction lente, progressive, de la prostate, tels que les ont observés Horwitz, Innersy, Bryson (4 mois), Ramm (1 an), Albarran: ils sont conformes à l'évolution nécessaire du processus atrophique et ont une valeur indéniable, bien qu'il faille émettre des réserves sur l'estimation précise de ces réductions de volume, appréciées par le toucher rectal. Les statistiques méritent discussion; et nous ne faisons point un fonds solide sur celle de Bruns, qui, sur 148 cas, note l'atrophie de l'organe dans une proportion de 58 pour 100, non plus que sur celle de White, qui croit à la production de cette atrophie dans 87 pour 100 des cas.

Au surplus, une chose est très frappante: réduction anatomique de l'organe et améliorations symptomatiques sont deux résultats loin d'être connexes. Ce n'est point chez les malades dont la prostate a le plus diminué que la miction s'est le plus améliorée: il en est qui, gardant une prostate volumineuse, ont reconquis une évacuation normale; chez d'autres, malgré la diminution de la glande, la miction est restée douloureuse, difficile et fréquente. C'est que vraisemblablement la castration a un effet partiel sur la contractilité vésicale et sur la congestion de l'organe.

Au point de vue thérapeutique, d'ailleurs, ces modifications des symptômes nous intéressent bien autrement que les variations anatomiques de l'organe. — Les malades opérés pour simple dysurie ou pour rétention aiguë sont rares; le rétablissement de la miction spontanée, chez eux, ne prouve rien et la castration ne saurait ici lui apporter qu'une action décongestive, plus simplement acquise par d'autres procédés. — Les prostatiques atteints de rétention chronique incomplète forment une catégorie plus nombreuse et plus intéressante: quelques heureux ont regagné, par décongestion ou par action dynamogénique exercée sur la vessie, une miction spontanée; la grosse majorité n'est qu'amendée, voyant le cathétérisme ou la miction devenir plus facile, mais continuant en général à garder un résidu vésical. Comme l'indique Carlier, la plupart de ces observations sont mal rédigées, au point de vue de la constatation de l'urine résiduelle. — Un petit nombre de prostatiques avec rétention chronique complète a été amélioré et chez quelques-uns la miction spontanée et totale est revenue. — Enfin, chez des malades dont l'appareil urinaire était infecté, la castration a parfois amené la diminution ou même la disparition du pus dans les urines, peut-être en produisant une déturgescence et surtout en diminuant la rétention, si propice à l'infection. C'est aussi par évacuation et par diminution du résidu vésical qu'on s'explique l'influence de la castration sur la cystite et les phénomènes douloureux.

De son récent rapport, Carlier conclut que « rien ne permet au chirurgien de supputer à l'avance les chances de succès d'une castration double ». Albarran, au contraire, écrit: « Les résultats de la castration nous paraissent tels que, s'il