

et inférieure de la fente déviée, restent ordinairement situées sur la ligne médiane.

Le **changement de direction de l'urètre** est surtout appréciable sur une coupe verticale antéro-postérieure. Il devient particulièrement évident si l'on compare la fig. 128 (fig. réduite, d'après SOCIN), avec une coupe normale du bassin (fig. 59). L'urètre, dans sa portion prostatique, est bien plus fortement recourbé qu'à l'état normal; il forme un arc de cercle beaucoup plus long avec un rayon plus petit. Lorsque le lobe médian est fortement développé, et que la lumière du conduit s'étend vers la base des lobes latéraux hypertrophiés, la paroi postérieure de l'urètre peut se trouver coudée presque à angle droit.

La **perméabilité de l'urètre** pour les instruments que l'on peut être appelé à y introduire, est troublée par le fait de la coudure que nous venons de décrire, et qui, souvent, oppose au cathétérisme un obstacle insurmontable. Habituellement, la sonde pénètre dans la vessie le long de l'une des deux gouttières que forme l'urètre de chaque côté du lobe médian, et qui, sur une coupe transversale, sont représentées par les deux jambages courts de l'X. Parfois, c'est par cette voie également que sort l'urine.

Quant à la **paroi antérieure de l'urètre**, elle subit peu d'altérations, surtout dans sa direction. C'est donc le long de cette paroi que l'on devra guider le bec de la sonde. Un fait également très important, c'est que **l'orifice urétral de la vessie paraît fortement reporté en avant**. La partie de la vessie située en arrière de cet orifice, est dilatée; le trigone siège sur le rebord postérieur du bourrelet que forme la prostate hypertrophiée, et la plus grande partie du bas-fond de la vessie constitue une excavation en arrière de la tumeur prostatique. Cette disposition anatomique est d'une très grande importance dans les rétentions subites d'urine.

Les **nombreuses veines qui recouvrent les faces de la prostate** (plexus veineux prostatique), sont souvent fortement variqueuses, dilatées, et elles peuvent, par stase et exsudation, donner lieu à des rétentions d'urine et à de fortes hémorragies, lorsqu'elles ont été blessées par des instruments introduits dans la cavité vésicale. Autrefois, on faisait jouer un rôle très important aux « hémorroïdes de la vessie », dans l'étiologie de l'hypertrophie de la prostate.

En ce qui concerne les autres altérations anatomiques, nous avons déjà parlé longuement de l'hypertrophie excentrique de la vessie, ainsi que des affections consécutives des uretères et des reins (§ 247); il en est de même des processus inflammatoires dépendant de la stagnation de l'urine. SOCIN mentionne encore, comme une complication fréquente, l'oblitération des conduits éjaculateurs ayant pour conséquence l'aspermisme et la dilatation des vésicules séminales.

Les **causes de l'hypertrophie de la prostate** sont inconnues. Di-

sous seulement que cette affection s'observe rarement avant la 50<sup>e</sup> année.

Quant à la **symptomatologie** et au **diagnostic**, nous avons à décrire en premier lieu les **troubles subjectifs**, qui sont ici d'une grande importance. Ils ne font presque jamais défaut, et ils ne sont très peu prononcés que dans la première forme de la maladie, c'est-à-dire dans l'hy-

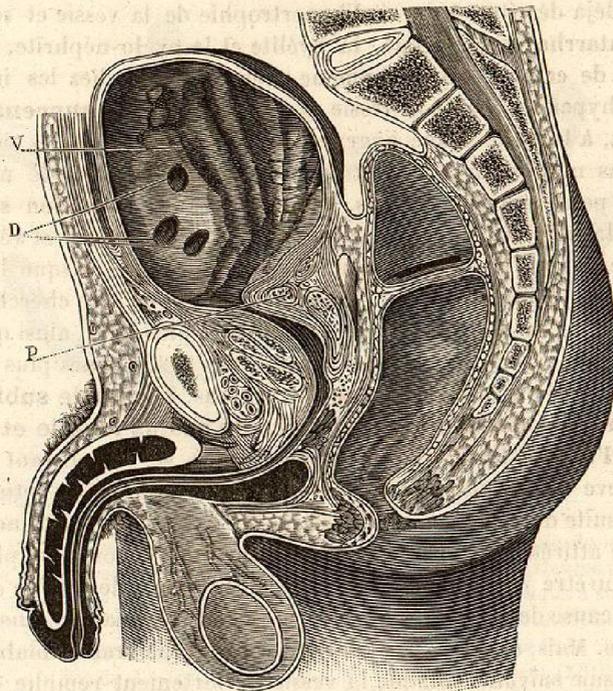


Fig. 128. — Coupe du bassin dans l'hypertrophie de la prostate d'après SOCIN. — P. Prostate. — D. Orifices de diverticules de la vessie. — V. Vessie.

pertrophie tout à fait régulière de la prostate. Par contre, dans les deux autres formes, il s'aggrave continuellement et réclame, dès le début, les plus grands soins de la part du chirurgien.

Dans une série de cas, dans lesquels, grâce à l'hypertrophie générale ou bilatérale de la prostate, les sphincters sont plus ou moins gênés dans leurs fonctions, on observe les symptômes déjà décrits (§ 252) de l'**énurésie**, symptômes qui, peu à peu, font place à ceux de l'ischurie paradoxale (**miction par regorgement**), c'est-à-dire que la vessie étant privée de son appareil d'occlusion, l'urine s'écoule goutte à goutte dès qu'elle atteint le niveau de l'orifice urétral qui se trouve reporté en avant, tandis qu'une partie de ce liquide reste en arrière de la tumeur prostatique, dans le cul-de-sac décrit plus haut. Dans une autre catégorie de cas, c'est le lobe médian hypertrophié qui bouche l'orifice urétral;

la maladie débute alors par des symptômes de **dysurie**. Le jet d'urine est mince, tordu, divisé, et plus tard, ce n'est que par des efforts répétés que le malade parvient à chasser un peu d'urine de la vessie. Souvent, à l'état de repos, l'urine s'écoule plus facilement et en plus grande quantité. Dans nombre de cas, il survient ensuite une **rétenction complète d'urine**. Un autre groupe de symptômes se rapporte aux altérations consécutives déjà décrites, à savoir l'hypertrophie de la vessie et sa dilatation, le catarrhe de la vessie, la pyélite et la pyélo-néphrite, enfin la formation de calculs. Un phénomène très fréquent chez les individus affectés d'hypertrophie de la vessie, c'est une **ischurie survenant subitement**, à la suite d'une aggravation aiguë des obstacles déjà existants; dans nombre de cas, c'est cette ischurie qui engage le malade à consulter, pour la première fois, le médecin. Cette rétenction subite se produit à la suite de refroidissements, d'excès alcooliques et vénériens, parfois même chez des malades qui n'avaient présenté jusque là aucun trouble des fonctions urinaires; la cause doit alors en être cherchée dans une hyperémie des plexus veineux mentionnés plus haut, ainsi que dans une imbibition séreuse de la muqueuse et des tissus situés plus profondément. Mais, dans la grande majorité des cas, **l'ischurie subite survient à la suite d'une rétenction plus ou moins longue et volontaire de l'urine**. SOCIN admet que la vessie, se remplissant rapidement, s'élève toute entière au-dessus de la symphyse et retombe en avant par suite du relâchement des parois abdominales; en même temps, la prostate attirée en avant et en haut, augmente la courbure physiologique de l'urètre jusqu'à déterminer l'occlusion complète de ce conduit. Une autre cause de rétenction, c'est la paralysie des parois musculaires de la vessie. Mais, selon nous, l'obstacle est dû, plus vraisemblablement, au mécanisme suivant: lorsque la vessie est fortement remplie d'urine, le cul-de-sac situé en arrière du lobe médian de la prostate qui fait saillie dans la cavité vésicale, se distend tout particulièrement et refoule en avant le lobe en question, qui vient alors fermer, à la manière d'une valvule, l'orifice urétral. Les muscles de la vessie étant insuffisants ou complètement inactifs, la pression exercée sur toute la vessie par la contraction des muscles abdominaux, aura pour effet de rendre cette occlusion encore plus hermétique. ROSER et BUSCH donnent une explication analogue. Le fait suivant, observé par nous, est particulièrement démonstratif sous ce rapport: un individu atteint d'ischurie depuis 10 heures, et faisant des efforts continuels de pression abdominale, fut soumis à l'action du chloroforme; dès que nous eûmes ainsi obtenu le relâchement des muscles de l'abdomen, l'urine s'écoula en jet par la seule action des muscles de la vessie. Nous prescrivîmes au malade de vider régulièrement sa vessie, et dès lors, il n'eut plus de rétenction d'urine.

D'après JURIÉ la rétenction d'urine n'est que rarement due à la compression

ou occlusion de l'orifice urétral par le contenu liquide de la vessie. Selon cet auteur, si l'évacuation de la vessie est possible à l'état normal, elle le doit aux muscles longitudinaux externes qui jouent le rôle d'antagonistes puissants du sphincter. Ces faisceaux longitudinaux passent entre les fibres du sphincter et arrivent sur la capsule de la prostate et la partie musculaire de l'urètre; à ce niveau ils décrivent des arcs de cercle dont la convexité est tournée vers l'urètre.

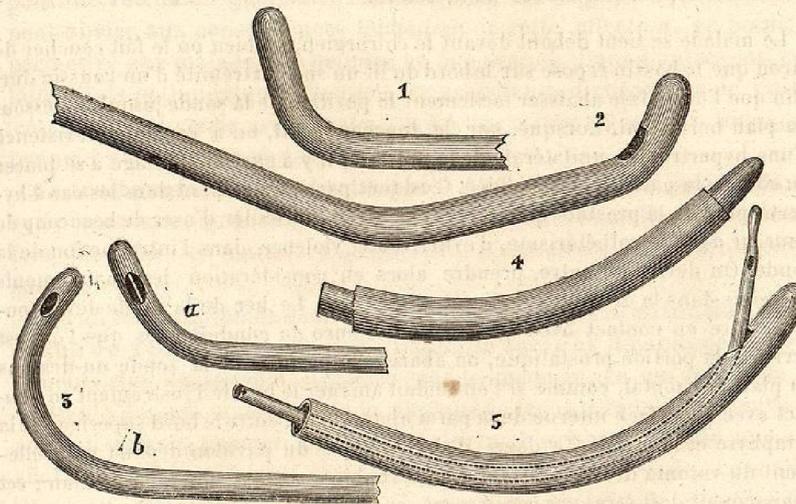


Fig. 129. — Instruments servant au cathétérisme dans l'hypertrophie de la prostate; formes de sondes permettant d'éviter les fausses routes déjà existantes (le pavillon et la partie moyenne n'ont pas été dessinés). — 1. Sonde prostatique à simple courbure de MERCIER. — 2. Sonde à double courbure ou bicoudée de MERCIER. — 3. Sonde élastique; a) avec mandrin, b) le mandrin ayant été retiré (procédé de cathétérisme de HEY). — 4. Sonde élastique contenue dans un tube d'argent (THOMPSON). — 5. Sonde élastique mince introduite dans une sonde rigide munie d'une fenêtre au niveau de la concavité de sa courbure terminale (MERCIER).

La tension de ce muscle a donc pour effet d'écarter le sphincter ainsi que les parois de la prostate. Dans l'hypertrophie de cette dernière, les fibres du sphincter sont, en général, considérablement augmentées, la portion prostatique de l'urètre est allongée, ses parois épaissies et plus résistantes; les faisceaux longitudinaux externes décrivent ainsi des arcs relativement moins étendus qu'à l'état normal et perdent de leur force dilatatrice. A ces causes de difficulté ou d'impossibilité de la miction s'en ajoute une autre: après avoir vaincu la résistance du sphincter, le contenu de la vessie est obligé de franchir un urètre dilaté, il est vrai, dans son diamètre antéro-postérieur, mais comprimé par des parois épaissies qui mettent obstacle à l'écoulement de l'urine.

Comme tous ces symptômes peuvent se montrer également dans d'autres affections déjà décrites des voies urinaires, on ne parviendra à poser un diagnostic sûr que par la **palpation de la prostate par voie rectale**, suivie de l'**exploration de l'urètre à l'aide d'une sonde**,