

Si l'écoulement de l'urine restait difficile, et si la vessie ne se vidait pas, il faudrait évidemment assurer son évacuation ; mais cette éventualité ne se présente pas d'ordinaire. S'il en était ainsi, on aurait, en ne faisant primitivement que l'incision, l'avantage de n'agir que secondairement sur le canal. L'évacuation et le nettoyage préalables du foyer auraient déjà favorablement modifié les conditions capables de déterminer l'infection du tissu spongio-vasculaire qui entoure l'urètre ; c'est le danger à éviter.

Telles sont les règles que nous croyons devoir vous conseiller de suivre dans les rétentions dues à une lésion permanente de l'urètre antérieur. Vous verrez, en poursuivant notre étude, que ces règles sont fort différentes lorsqu'il s'agit de rétention due à une lésion permanente ayant son siège dans la région prostatique.

## SEPTIÈME LEÇON

### RÉTENTION D'URINE CHEZ LES PROSTATIQUES

#### Considérations générales. — Rétention complète

De la rétention de cause prostatique en général. — Prodromes : fréquence et difficultés nocturnes de la miction. — Pathogénie : rôle de la congestion et causes qui la provoquent. — L'inertie vésicale est secondaire et non primitive. Modifications anatomiques apportées à l'urètre prostatique et au col vésical par l'hypertrophie prostatique. — Le diagnostic de la rétention comporte son degré, sa cause, la nature de la déviation. Il doit être fait par les commémoratifs, par le toucher rectal combiné au palper abdominal, et par l'exploration méthodique du canal.

Rétention complète. — Nécessité de l'intervention. — Du choix de l'instrument : sa nature, sa forme, son calibre. — Des règles de l'évacuation. — Évacuation successive. — Évacuation antiseptique. — Cathétérisme répété. — Sonde à demeure. — Traitement consécutif : hygiène locale et générale. — Ponction de la vessie avec canule à demeure ; ponction capillaire avec aspiration. — Fistule suspubienne. — Fistule périnéale. — Prostatotomie et prostatectomie.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES. — La variété de rétention d'urine que nous allons étudier est à la fois la plus commune et la plus importante.

Vous trouverez la preuve de sa fréquence en vous rendant compte du personnel de notre salle des voies urinaires. Sur douze sujets atteints de rétention, actuellement en traitement, nous ne comptons que deux rétrécis et un blennorrhagique ; il y a donc neuf prostatiques. Il ne s'agit pas d'une série exceptionnelle ; ce que vous constatez aujourd'hui est le tableau à peu près fidèle de ce que la pratique vous offrira. La proportion de trois sur quatre, en faveur de la rétention de cause prostatique, est peut-être même un peu au-dessous de la réalité.

La prostate, vous le savez, joue un rôle important dans les rétentions d'urine des jeunes sujets, des blennorrhagiques et des tuberculeux. Il s'agit alors de poussées phlegmoneuses, simples ou superposées à une lésion qui a pris possession du parenchyme de la glande, mais qui assez rarement provoque par elle-même la rétention sans le secours de l'inflammation phlegmoneuse. Chez les prostatiques vrais, chez ceux qui fournissent à la rétention ses plus gros contingents, c'est à l'hypertrophie, à l'augmentation progressive de volume sans inflammation, que nous avons affaire.

Notre but ne saurait être de vous faire, en ce moment, l'histoire de cette altération pathologique. Nous n'avons actuellement à nous occuper que de l'un de ses effets. De l'altération pathologique, nous ne dirons que ce qui est nécessaire pour éclairer la pathogénie et diriger le traitement de la rétention chez les prostatiques.

Le symptôme rétention, qui devient si souvent l'irréfusable témoignage du changement de forme et de volume de la prostate hypertrophiée, n'est pas, tant s'en faut, la première manifestation des modifications subies par le col de la vessie. Ce n'est qu'à la longue, et presque sur le tard, que le prostatique est conduit à la rétention d'urine, ou du moins à la rétention complète. La rétention incomplète elle-même ne s'établit que graduellement et n'arrive que lentement à la période d'état.

Pendant une période souvent très longue, les prostatiques voient complètement leur vessie. A cette première période, purement congestive, succède la période de rétention. Nous savons, par l'étude de la physiologie pathologique, le rôle prépondérant que peut alors jouer la tension de la vessie. Sa pro-

longation entraîne fatalement des accidents ; sa longue durée rend la situation grave. Aussi, les prostatiques qui la subissent pendant des semaines ou des mois, comme il arrive dans une des formes de la rétention incomplète que nous étudierons avec le plus grand soin, forment-ils une classe à part. C'est pourquoi j'ai admis trois périodes dans le prostatisme : période congestive avec possibilité de l'évacuation totale ; période de rétention aiguë et chronique complète ou incomplète, sans tension habituelle ou avec une tension peu prolongée ; enfin, une troisième période où une forte tension est depuis longtemps établie, bien que la rétention soit incomplète, lorsque le malade se présente au chirurgien. Chacune de ces périodes comporte des indications thérapeutiques et un pronostic particuliers. On ne saurait les établir si l'on ne connaît les différences caractéristiques de chacune des trois périodes du prostatisme.

Dans la catégorie des malades que nous étudions, la vessie, aujourd'hui empêchée dans ses fonctions, était depuis longtemps, depuis des mois, et le plus habituellement depuis des années, sous le coup de troubles faciles à reconnaître et à caractériser. Vos patients auront donc tous un passé morbide parfaitement défini, et ce passé morbide suffirait à vous mettre sur la voie du diagnostic exact, si des lésions antérieures du canal ne pouvaient être en quelque sorte masquées par les symptômes prostatiques. Déjà, nous vous avons avertis et vous avons prouvé qu'il y avait de vieux rétrécis ; nous devons encore rappeler à votre attention cette importante coïncidence de lésions.

Quant aux symptômes qui marquent et doivent signaler l'augmentation progressive de volume de la prostate, ils vous sont déjà connus. Nous vous signalions les principaux dans notre dernière leçon, et nous vous invitons surtout à tenir le plus grand compte de la fréquence et de la difficulté nocturnes, de la fréquence et de la difficulté matinales de la miction. Ces troubles acquièrent une véritable valeur pathognomonique lorsque les conditions dans lesquelles s'effectue la miction diurne leur sont opposées. Le décubitus et le sommeil provoquent ou exagèrent la fréquence et la difficulté de la miction, cette difficulté augmente quand le besoin est retenu et retardé ; la station, la promenade donnent aux intervalles des mictions

une plus grande durée ; elles les rendent plus faciles, bien qu'elles soient plus espacées.

Aussi longtemps que l'hypertrophie ne sera pas compliquée de lésions surajoutées, c'est à ces expressions symptomatiques que se réduiront ses manifestations ; elles continueront à régulièrement alterner, à maintenir, dans toute son opposition, leur physionomie peu accusée du jour et leurs traits fort accentués de la nuit et du réveil.

C'est l'état congestif ou l'état inflammatoire, c'est l'évacuation incomplète du réservoir qui, en se surajoutant à l'hypertrophie de la prostate, modifient sa symptomatologie.

Il est rare que la rétention d'urine complète ne soit pas précédée de l'une ou de l'autre de ces complications ; elles en constituent, dans bien des cas, la phase prodromique. C'est à ce titre qu'il nous est nécessaire de les signaler. Nous avons, sans doute, à nous occuper du fait accompli, c'est-à-dire de la rétention. Mais, s'il est nécessaire de définir la conduite que doit tenir le chirurgien pour remédier à la rétention, il est non moins intéressant de la prévoir et de la prévenir : le traitement préventif n'a pas moins de valeur que le traitement curatif.

Les complications congestives peuvent être prostatiques, vésicales et même rénales ; les complications inflammatoires franches sont surtout vésicales.

Les symptômes vésicaux et les symptômes prostatiques ne sauraient être confondus, tant qu'ils ne sont pas fusionnés. Avec un état congestif, ou même, vous le savez, avec un état inflammatoire franc de la prostate, la difficulté de la miction s'accroît. Le retard à l'issue de l'urine est plus prononcé, le malade fait de plus en plus effort, la porte s'ouvre difficilement, ou, pour parler scientifiquement, la paroi épaissie du col oppose à la poussée vésicale et à la pression de l'urine une plus grande résistance ; il faut attendre, il y a effort, mais cet effort pénible n'a rien de douloureux, la fréquence est la même. La miction est retardée et difficile.

La vessie entre-t-elle en scène, la fréquence s'accroît, et la douleur apparaît. La fréquence est encore surtout nocturne ; mais la fréquence diurne augmente aussi. La douleur se montre avant et après la miction. Le besoin est impérieux, violent. Il

ne vous a pas plutôt averti qu'il faut de gré ou de force le satisfaire à l'instant. A moins qu'elle ne soit modifiée, l'urine parcourt le canal sans déterminer de sensation ; mais la fin de la miction est douloureuse. Elle avait hâte de commencer et ne sait pas finir ; elle a eu lieu, et cependant la vessie continue à exercer sur ses propres parois une pression douloureuse. Les contractions ne sont pas plus volontaires au départ qu'à l'arrivée.

La difficulté du départ peut ne pas être amoindrie malgré l'exagération de la contraction vésicale ; l'effort initial persiste, se prolonge et s'accompagne de douleurs. Ce sont ces malades qui souffrent à la manière des femmes en couches, qui préludent au travail par des douleurs répétées, vives et non encore expulsives.

Il est difficile que l'état congestif de la prostate ne réagisse pas sur la vessie ; les plexus veineux de la glande reçoivent une plus grande quantité de sang, et les plexus veineux de la vessie participent à cette surabondance. La fréquence, les difficultés nocturnes et matinales augmentent, l'atténuation diurne des symptômes est moins complète et se fait plus attendre.

C'est par une exagération fonctionnelle que le rein manifeste sa sympathie morbide. La sécrétion urinaire augmente. Cette augmentation est presque exclusivement nocturne, et il nous a paru difficile de rattacher à une autre cause qu'à la congestion cette exagération nocturne de la sécrétion de l'urine.

L'évacuation imparfaite ne modifie pas beaucoup les phénomènes nocturnes dus à l'hypertrophie prostatique ; elle augmente cependant la fréquence de la miction pendant la nuit, mais, fait important, elle neutralise presque complètement les bénéfices que donne aux prostatiques indemnes de complications l'état d'activité qui correspond à la veille. Il s'établit même une sorte de régularité d'horloge dans les besoins nocturnes et diurnes. Cette régularité vient témoigner de l'état de déplétion incomplète du réservoir, qui demande à évacuer son trop-plein, dès que la quantité expulsée est remplacée par une quantité équivalente d'urine.

L'évacuation imparfaite n'exclut pas les autres complications locales, et en particulier la cystite. Elle prédispose évidemment

à l'inflammation de la vessie. Il ne faudrait cependant pas se laisser aller à croire que la déplétion incomplète de la vessie et la cystite soient en corrélation nécessaire. Il y a nombre de rétentions incomplètes sans cystite ; il n'y a même pas souvent apparence de cystite dans les rétentions incomplètes qui s'accompagnent d'une extrême distension, alors que la vessie ne s'évacue partiellement que par regorgement<sup>1</sup>.

Les rétentions incomplètes peuvent si bien évoluer sans déterminer de cystite, qu'elles passent par cela même inaperçues. Elles passent inaperçues, parce qu'elles ne sont pas douloureuses ; elles ne sont pas douloureuses, parce qu'elles ne sont pas compliquées de cystite. Il y a cependant des troubles de la miction, puisqu'il y a fréquence et difficulté. On a si souvent entendu dire que, passé un certain âge, il faut se résigner à uriner fréquemment ; on a si souvent entendu raconter les fâcheuses aventures du cathétérisme, exagérer ses maléfices ; on se trouve si privilégié de ne pas avoir de rétention d'urine et de ne pas souffrir, que l'on ne croit pas devoir tenir compte de ces fréquences et de ces difficultés, quelque incommodes qu'elles soient. Il peut même se faire que l'on croie prudent de n'en rien dire, afin de ne pas être sondé ; à quoi bon s'y exposer, puisque l'on ne souffre pas, puisque l'on croit ne pas avoir de rétention !

Il faut donc que nous connaissions, non seulement les symptômes vésicaux qui préparent et annoncent la rétention d'urine, mais encore les symptômes généraux, en apparence étrangers, qui en témoignent.

Ces symptômes sont la *polyurie nocturne* et les *troubles digestifs persistants*, que ne peut expliquer l'état des organes de la digestion. Nous les étudierons ailleurs avec tout le soin qu'ils méritent, mais nous voulons dès à présent vous habituer à en tenir compte. Un malade qui a des fréquences et des difficultés nocturnes, qui rend pendant la nuit un litre ou plus d'urine, est presque toujours porteur d'une vessie mal vidée.

<sup>1</sup> Il faut, en effet, pour que la cystite éclate, qu'une contamination s'effectue. Le microbe, on le sait, détermine la cystite lorsqu'elle a été déjà préparée par un ensemble de modifications pathologiques. Ces lésions préexistantes ont une si grande influence sur l'apparition, sur les symptômes, sur l'évolution des cystites et sur leur traitement, que ce sont elles, et non les espèces microbiennes, qui doivent servir à les caractériser.

Un malade qui a ces mêmes fréquences et ces mêmes difficultés, dont les fonctions digestives sont troublées d'une façon persistante et résistante, a, lui aussi, un réservoir qui se laisse mettre en tension, par l'urine incomplètement expulsée.

L'augmentation de volume de la prostate est donc la condition prédisposante de la rétention. Elle peut, sans autre adjuvant et par le seul fait de son progrès continu, la déterminer. Mais habituellement ce sont les complications locales qui se joignent si facilement à l'hypertrophie et lui font cortège, qui font entrer en scène la rétention d'urine. Ces complications ne se bornent pas à imprimer à la prostate une modification passagère, elles donnent à son développement et à sa résistance pathologique un nouvel essor; bien souvent la rétention aiguë n'a d'autre terminaison que le passage à l'état chronique.

Chez les prostatiques, tout ce qui favorise la congestion ou l'inflammation peut conduire à la rétention. Il faut surtout noter les infractions à l'hygiène et à l'obéissance que tout homme averti par les symptômes que vous connaissez doit à sa vessie. Le décubitus prolongé, l'absence d'exercice, l'alimentation trop abondante, les mets ou les boissons excitants, les repas de trop longue durée, les refroidissements et en particulier le refroidissement des pieds, la résistance au besoin d'uriner, telles sont les influences ennemies. Nous n'y avons pas rangé le coït. Son influence a pu être considérée comme favorable, parce qu'il rend momentanément plus facile l'expulsion de l'urine; mais, en réalité, ni l'hypertrophie prostatique, ni l'âge où elle se montre, ne peuvent servir d'indication à l'activité sexuelle. Si le prostatique ne doit pas entièrement se condamner à la retraite, il fera bien de n'en sortir que rarement.

C'est surtout la nuit que se montre l'impossibilité d'uriner; ce n'est plus le retard plus ou moins prolongé auquel ces malades sont sujets, c'est l'empêchement absolu.

L'échec qui a suivi la première tentative se renouvelle aux suivantes; malgré les efforts volontaires et prémédités, malgré les efforts bientôt commandés par les contractions spontanées de la vessie, le malade ne peut uriner. Toutes les phases de la rétention se succéderont, s'il n'est pas secouru. La rétention des prostatiques n'a, en effet, aucune disposition à cette termi-

naison spontanée, favorable, que nous vous avons signalée avec insistance chez les rétrécis. La rétention serait définitive, s'il n'y avait pas intervention, et si cette intervention n'était pas chirurgicale. Ce n'est pas un ou deux cathétérismes, ce n'est pas un petit nombre d'évacuations artificielles qui sont devenues nécessaires; c'est, sauf de rares exceptions, pendant plusieurs jours, pendant plusieurs semaines et plusieurs fois par jour que le malade est soumis à l'introduction de la sonde.

Le siège et la nature de l'obstacle peuvent expliquer ces tendances à la rétention définitive qui se rencontrent chez les prostatiques. Nous étudierons dans un instant les déformations du col, et nous verrons combien est épais et long l'obstacle que doit déplacer l'urine, pour se frayer passage. Ainsi qu'on l'a justement remarqué<sup>1</sup>, il n'y a pas chez le prostatique cette force emmagasinée que représente chez le rétréci la colonne d'urine engagée dans le bout postérieur de l'urèthre. La force qui pousse l'urine vers le col, pour en obtenir l'ouverture, est dispersée sur toute la surface du liquide, sur lequel s'appliquent les parois de la vessie. Mais il faut surtout reconnaître que, contrairement à ce qui est observé chez les rétrécis, le muscle vésical a beaucoup perdu de sa puissance.

C'est cette perte de puissance, qui se traduit par une moindre contractilité, que l'on a désignée sous le nom d'*inertie* et que l'on qualifierait d'une façon plus exacte en employant le terme: d'*insuffisance*. La contractilité persiste en effet dans tous les cas; le muscle vésical n'a pas disparu, il ne cesse pas d'agir, mais il est modifié anatomiquement et physiologiquement. Les auteurs les plus recommandables ont pensé que cette inertie pouvait être *primitive*. Civiale, en particulier, fait jouer à l'inertie primitive un rôle prépondérant dans les rétentions incomplètes, qu'il a étudiées avec tant de soin sous le titre de: *Stagnation de l'urine*.

Si nous demandons à l'anatomie pathologique de nous renseigner, nous constatons tout d'abord que la plupart des sujets porteurs de lésions uréthrales ou prostatiques ont la vessie épaissie. En examinant de plus près, il est facile d'établir que

<sup>1</sup> Sir HENRY THOMPSON, *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, 2<sup>e</sup> édition, précédée des *Leçons cliniques*. Paris, 1881, p. 655.

cet épaissement porte sur la couche musculaire. Chez les prostatiques, l'épaississement musculaire se rencontre au minimum dans les deux tiers des cas ; il est plus habituel encore chez les rétrécis. Mais, si les vessies des prostatiques et des rétrécis présentent à considérer une hypertrophie véritable de leur couche musculaire, elles offrent cependant, sauf pour quelques cas exceptionnels de part et d'autre, les plus sensibles différences.

Chez les rétrécis, la vessie est généralement peu distendue, plutôt petite que grande ; son épaisseur est augmentée, mais d'une façon uniforme et régulière, il n'y a pas de colonnes ou elles sont courtes, peu prononcées, à peine isolées.

Chez les prostatiques, la vessie est presque toujours agrandie ; examinée dans son ensemble, la couche musculaire est hypertrophiée, mais cette hypertrophie est irrégulière. Aussi l'épaisseur des parois vésicales n'a-t-elle rien d'uniforme ; de nombreuses colonnes séparées par des sillons très accusés, le plus souvent assez profonds, font relief sur la face interne du réservoir ; l'élément musculaire est très développé au niveau de ces saillies ; par contre, il fait presque entièrement défaut dans les intervalles qui les séparent. Dans ces points, la paroi vésicale, réduite à la muqueuse et aux couches adventices représentées par la celluleuse et le péritoine, est singulièrement amincie.

L'hypertrophie de la couche musculaire est donc à peu près constante. Elle peut, il est vrai, être totale ou partielle ; mais cet accroissement de l'élément musculaire est le témoignage irrécusable de son activité. Que l'hypertrophie soit totale ou partielle, elle n'a pu se produire que sous l'influence des efforts tentés par la vessie pour vaincre l'obstacle au libre écoulement de l'urine. Le muscle vésical, comme tout autre muscle, se développe en raison directe du travail auquel il doit suffire.

Si la vessie du rétréci nous montre que la lutte n'épuise que rarement sa résistance, si la cavité se distend médiocrement, et si la paroi reste régulière et homogène, il n'en est plus de même pour la vessie du prostatique. La cavité s'agrandit, et peu à peu la couche musculaire cède sur certains points. A côté du terrain perdu pour la résistance, la couche musculaire peut,

par un dernier effort, augmenter encore la somme de ces éléments contractiles ; mais cette force partielle ne saurait suppléer à la résistance d'ensemble. La jonction entre les forces voisines ne peut plus s'opérer, et, tandis qu'elles agissent isolément, l'affaiblissement des points intermédiaires devient de plus en plus irrémédiable.

A la contraction totale et régulière, se substituent des contractions partielles et irrégulières qui malgré leur force, souvent fort grande, n'aboutissent qu'à d'imparfaits résultats. L'urine n'est plus uniformément et vigoureusement pressée par un muscle, dont l'action puissante converge régulièrement vers le col vésical ; elle ne s'y engage qu'avec difficulté et ne le franchit plus en totalité. La réplétion fait des progrès, et bientôt la rupture d'équilibre entre la force de la vessie et la résistance du col est un fait accompli. A travers une sonde, cette vessie à contractilité irrégulière et incomplète chassera encore assez énergiquement le liquide urinaire, elle se videra lentement, mais complètement, même dans le décubitus à plat et alors que la sonde est maintenue au niveau de l'horizontale ; mais elle est incapable de lui faire écarter les parois épaissies du col. Elle se contracte donc encore, elle est même, au besoin, susceptible d'un effort prononcé, parfois violent ; mais elle n'aboutit, en somme, qu'à un résultat imparfait : elle est insuffisante.

Nous avons donc sur les pièces pathologiques le témoignage, tout à la fois, de la résistance de la vessie à l'obstacle, et du triomphe progressif de cet obstacle. Nous constatons la persistance des fibres musculaires, voire leur augmentation partielle et l'irrémédiable atteinte portée au muscle vésical, par la dissociation de ses éléments contractiles. La lutte se continue probablement pendant longtemps ; mais, tandis que chez les rétrécis la vessie reste en état d'agir, elle cède chez le prostatique. C'est sans doute l'âge des malades, les conditions si différentes de la nutrition des tissus aux différentes périodes de la vie, les modifications qu'ils subissent aussi bien dans leurs éléments que dans leur texture, plus encore que la nature et le siège des obstacles, qui peut nous expliquer les inégales conditions de la résistance de la vessie. Chez l'adolescent et chez l'adulte, elle a les ressources et la force voulues pour continuer

la lutte, elle en subit sans pertes graves la prolongation; elle reprend toute son activité fonctionnelle, dès que l'obstacle est levé. C'est ce que nous voyons chaque jour chez les rétrécis. Chez le vieillard prostatique, au contraire, elle finit un jour ou l'autre par se laisser vaincre; sa première défaite, parfois irrémédiable, devient le point de départ d'une rétention chronique. Elle est trop bien préparée aux défaillances pour que la diminution ou la suppression de l'obstacle lui rendent à coup sûr le fonctionnement normal.

A moins de lésions du système nerveux, nous ne croyons donc pas que l'on puisse admettre l'hypothèse de l'inertie primitive de la vessie.

Cela ne veut, en aucune façon, dire que le clinicien n'ait pas à tenir le plus grand compte de l'inertie de la vessie. *L'inertie secondaire* mérite, en effet, toute notre attention, car elle est fréquemment observée. Il y a quelquefois à s'en préoccuper chez les rétrécis, on la constate dans le plus grand nombre des cas chez les prostatiques; les cystites la favorisent et peuvent la déterminer même chez de jeunes sujets. Il faut en tenir compte au point de vue de la pathogénie et au point de vue du traitement. Mais, au point de vue de la pathogénie, comme au point de vue du traitement, c'est la période de la vie où s'est constitué l'obstacle qu'il convient de maintenir au premier rang. C'est aussi son siège. On possède ainsi la meilleure interprétation des causes de la rétention et les plus certaines indications de son traitement.

Pour bien prouver l'influence prépondérante des obstacles apportés à la miction sur la production de la rétention d'urine complète ou incomplète et de l'inertie consécutive, il suffirait, d'ailleurs, de voir ce qui s'observe chez la femme. Jamais on n'a signalé chez elle de rétention sénile, jamais on n'a vu sa vessie atteinte d'inertie primitive. A quoi peuvent tenir ces immunités, si ce n'est à la rectitude et à la perméabilité de l'urèthre, qui restent intactes malgré les progrès de l'âge, et qui si rarement sont modifiées par rétrécissement.

Il est maintenant nécessaire de nous rendre compte des modifications qu'imprime au col de la vessie et à l'urèthre prostatique l'hypertrophie de la glande qui l'entoure. Vous comprendrez mieux le mécanisme de la rétention, et vous

serez pourvus des données indispensables à l'application du traitement. Les nombreuses pièces de notre collection serviront aussi à cette nouvelle démonstration; nous ne voulons encore indiquer que les points essentiels, sans chercher une description complète.

L'hypertrophie peut atteindre : le lobe moyen, les lobes latéraux, les trois lobes. En réalité, le développement isolé de l'un des lobes ne s'observe pas. Sur toutes les pièces, vous verrez que la glande tout entière subit un accroissement de volume. Cependant, la prédominance dans le développement de l'une des parties de la glande est un fait pathologique indiscutable, et qui, en clinique, a une grande importance. Sur 25 pièces de notre collection particulière, nous trouvons : l'hypertrophie de tous les lobes, 9 fois — du lobe médian, 5 fois — des deux lobes latéraux, 6 fois — du lobe latéral gauche, 3 fois — du lobe latéral droit, 2 fois. Le lobe moyen a donc un développement véritablement exagéré, dans plus de la moitié des cas, et la forme d'hypertrophie que l'on rencontre le plus souvent, est celle où les lobes latéraux et la portion médiane sont à peu près régulièrement développés. C'est l'hypertrophie générale. Cela résulte de ce que nous avons vu et, d'une façon plus frappante encore, des dissections de sir H. Thompson (74 cas sur 123<sup>1</sup>).

L'urine trouve donc devant elle dans la majorité des cas, deux sortes d'obstacles : au col elle rencontre la saillie du lobe moyen; dans la portion prostatique de l'urèthre, celle des lobes latéraux. Après avoir franchi un promontoire pour pénétrer dans le col, il faut qu'elle chemine à travers un défilé pour sortir de l'urèthre. Il se peut qu'un seul de ces obstacles se présente, mais alors c'est au défilé qu'elle aura surtout affaire. A cette difficulté presque constante créée par la lon-

<sup>1</sup> THOMPSON, *Traité des maladies des voies urinaires*. Trad. franç., 2<sup>e</sup> édition, p. 617. — Un de nos élèves, M. le D<sup>r</sup> Vignard, de Nantes, est arrivé aux résultats suivants : 1<sup>o</sup> dans l'hypertrophie de la prostate, l'obstacle à la miction existe, pour le plus grand nombre des cas, au même degré sur toute la longueur de l'urèthre prostatique : 16 cas sur 28; — 2<sup>o</sup> dans un certain nombre de cas, l'obstacle siège principalement à l'orifice vésical de l'urèthre, mais est étendu en même temps à toute sa portion prostatique : 9 cas sur 28; — 3<sup>o</sup> dans des cas tout à fait exceptionnels enfin, la traversée de l'urèthre prostatique est libre, l'obstacle est limité à la région du col : 3 cas sur 28. (*Prostatotomie et prostatectomie*, thèse de Paris, 1890, p. 67.)