

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. — Evacuation successive. — Evacuation 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 regorgement¹.

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.

¹ 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 remarqué¹, 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

¹ SIR HENRY THOMPSON, *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, 2^e édition, précédée des *Leçons cliniques*. Paris, 1881, p. 635.

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 123¹).

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-

¹ THOMPSON, *Traité des maladies des voies urinaires*. Trad. franc., 2^e édition, p. 617. — Un de nos élèves, M. le Dr Vignard, de Nantes, est arrivé aux résultats suivants : 1^o 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^o 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^o 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.)

gueur du parcours urétral, à l'obturation plus ou moins complète de l'entrée du col, s'ajoutent les différences de niveau de cet orifice. La surélévation du col est presque toujours la conséquence de l'hypertrophie, quelle que soit sa forme. Elle a donc une grande importance aussi bien au point de vue du cathétérisme, qu'à celui des difficultés de l'évacuation spontanée de la vessie. Le muscle vésical dissocié, déjà peu capable d'une action régulièrement convergente, doit encore compter avec le changement d'axe de l'orifice d'écoulement.

Parmi les modifications qu'il subit, c'est ce changement de position du col qui doit surtout arrêter l'attention. Celles du canal portent sur sa longueur et sur sa forme. Il est allongé et dévié.

L'allongement se retrouve dans tous les cas. Mesurant la portion prostatique, nous avons trouvé 4 centimètres au moins, et 5 à 6 au plus ; Thompson a mesuré jusqu'à 7 centimètres. Il faut, d'ailleurs, ajouter à la longueur donnée par la mensuration de la pièce étalée sur la table de dissection celle qui résulte du changement de direction. La longueur normale de la portion prostatique de l'urètre, qui est de 3 centimètres en moyenne, peut donc être doublée par l'allongement et la déviation réunis.

La déviation porte sur la paroi inférieure de l'urètre et sur ses parois latérales ; la paroi supérieure n'est pas déformée. La déviation de la paroi inférieure est le plus souvent anguleuse : la paroi se relève brusquement au niveau de la glande et va rejoindre l'orifice vésical de l'urètre qui est remonté. L'urètre est donc plus ou moins coudé, et l'entrée de la vessie reportée en haut et en arrière. La déviation latérale peut être simple ou double, par conséquent uni ou bilatérale.

Lorsqu'elle est unilatérale, elle incline l'urètre à gauche ou à droite, selon le degré d'hypertrophie du lobe droit ou du lobe gauche. L'ouverture vésicale peut donc, dans ces cas de déviation unilatérale, être portée de côté et en même temps en haut, s'il y a à la fois, comme vous en avez des exemples sous les yeux, une hypertrophie prédominante du lobe médian et de l'un des lobes latéraux.

La déviation est, au contraire, bilatérale lorsque l'hypertrophie est totale, et vous ne devez pas oublier que ce sont

les cas les plus fréquents. Il y a alors deux entrées dans la vessie. Elles sont à droite et à gauche, sous forme de larges rigoles creusées entre l'extrémité des lobes latéraux et les côtés du lobe moyen. Vous pouvez même constater que la vessie peut avoir dans ces cas trois entrées. Le lobe moyen est, en effet, presque toujours creusé par une gouttière médiane assez profonde. Vous retrouvez cette gouttière médiane, même dans les cas où l'hypertrophie du lobe moyen est si prédominante que l'hypertrophie latérale est négligeable. Certaines pièces vous montrent des lobes moyens, creusés de gouttières multiples, mais peu profondes. Ces lobes sont aplatis et étalés en forme d'éventail.

Mais, alors même que la vessie offre deux ou trois entrées, toujours, vous le voyez, l'orifice vésical est surélevé.

De telle sorte que ce qu'il y a de plus constant dans les changements imprimés à l'urètre prostatique par l'hypertrophie de la glande, c'est son allongement et la surélévation de l'entrée de la vessie. Et, par opposition, ce qu'il y a de tout aussi constant, quelle que soit la déviation, c'est l'intégrité de forme et de structure de la paroi supérieure.

C'est sur la paroi inférieure que se trouvent encore les lacunes prostatiques, quelquefois fort larges et dont l'une de nos pièces vous offre un bel exemple.

C'est l'hypertrophie bilatérale qui modifie le moins le canal ; elle lui donne la forme d'une fente haute et étroite. Mais, dans ces cas, un certain degré de développement du lobe moyen ou une commissure qui unit l'extrémité vésicale des deux lobes comme sur cette pièce, où les deux lobes latéraux également hypertrophiés ressemblent à des amygdales, surélève l'entrée de la vessie.

Vous nous entendrez souvent comparer les lobes latéraux de la prostate à des amygdales. Cela peut être vrai au point de vue de la forme, cela est plus vrai encore au point de vue pathologique. Ce sont le plus souvent des amygdalites vésicales, c'est-à-dire des congestions inflammatoires de la glande qui entoure son col, qui sont la cause déterminante des rétentions d'urine.

Comme le tissu amygdalien, le tissu prostatique peut s'indurer ou devenir friable. Ces deux états pathologiques créent des difficultés à l'introduction des instruments. L'induration rend

pénible le cathétérisme métallique, en s'opposant au redressement du canal prostatique, qui doit toujours, dans une certaine mesure, s'accommoder à la forme de l'instrument. La friabilité permet la déchirure de la région prostatique sous la seule pression des instruments souples, et c'est dans ces cas que l'on voit facilement creuser des fausses routes et déterminer, même avec une bonne manœuvre, un écoulement de sang abondant. La prostate saigne facilement et saigne beaucoup.

Remarquez encore, avant d'abandonner l'examen de ces pièces, combien se creuse le bas-fond vésical derrière ces déformations qui surélèvent le col; vous comprendrez dès lors comment se prépare et s'établit la stagnation de l'urine, et comment, même avec la sonde, il peut être difficile de vider complètement certaines vessies, si l'on ne prend soin, avant de la retirer, de rapprocher son extrémité oculaire du col. Il est facile, vous le voyez, et vous ne devriez pas l'oublier, de se faire illusion sur la réalité de l'évacuation complète de la vessie. C'est cependant la garantie de sa santé toujours menacée lorsqu'elle ne s'accomplit pas régulièrement et complètement même à l'état aseptique, sûrement compromise lorsque l'urine a été infectée.

Le diagnostic de la rétention d'urine chez les prostatiques doit avoir pour but non seulement d'établir l'espèce de la rétention, mais d'en reconnaître la variété et le degré, enfin de déterminer le genre d'obstacle formé par l'hypertrophie de la glande.

Si la rétention est complète, quelques questions suffisent pour établir qu'elle est d'origine prostatique. Vous connaissez assez la valeur sémiologique des troubles antérieurs de la miction pour que je n'aie plus à y insister. Mais vous savez aussi que ces troubles de la miction peuvent passer inaperçus, tant que la rétention n'est pas complète. Le malade ne vous en parlera pas, ou ne les indiquera qu'en passant; c'est à vous de l'obliger, par des questions précises, à définir sa situation. Je vous rappellerai la valeur presque pathognomonique des troubles digestifs. Associés à des troubles de la miction, ils sont presque toujours indicatifs d'une évacuation imparfaite de la vessie, c'est-à-dire d'une rétention incomplète.

La rétention ne saurait toutefois être diagnostiquée d'une

façon absolue que par un examen local. Ce n'est cependant pas au cathétérisme qu'il convient de recourir pour savoir si la vessie ne se vide pas, ou du moins ce n'est pas d'emblée qu'il y a indication d'user de cette manœuvre. Le toucher rectal, combiné avec le palper hypogastrique, vous permettra toujours de savoir s'il y a de l'urine dans la vessie et d'estimer approximativement quelle est la quantité d'urine retenue. Vous pouvez, en effet, en prenant la vessie entre le doigt et la main, juger de son volume; avec un peu d'habitude, il est assez facile d'apprécier ce qu'elle contient.

Dans la rétention incomplète, le diagnostic peut donc être posé sans que le cathétérisme évacuateur intervienne. C'est là un fait important. Le cathétérisme évacuateur doit, dans ces cas, être surtout réservé au traitement; ses indications sont délicates, et il ne saurait, en thèse générale, être accepté à titre de manœuvre d'exploration. S'il n'est pas l'agent indispensable du diagnostic, le cathétérisme évacuateur est souvent le premier acte du traitement. Il sera temps à ce moment de compléter, par des résultats plus précis, les renseignements fournis par le toucher et la palpation.

La combinaison du toucher rectal et de la palpation de l'hypogastre pourra, à plus forte raison, faire confirmer le diagnostic de la rétention complète.

C'est seulement à l'aide du cathétérisme que l'on peut apprécier la nature de l'obstacle formé par la prostate. A ce point de vue, le toucher rectal n'a aucune valeur. Ce qu'il perçoit à travers la paroi intestinale n'est, en aucune façon, indicatif de ce qui sera senti en parcourant l'urèthre. C'est seulement par l'urèthre que doivent être cherchés les renseignements nécessaires à l'application du traitement.

C'est à l'explorateur olivaire souple que nous vous conseillons d'avoir recours. Aucun autre instrument ne vous donnera des renseignements plus utilisables et ne vous les fera obtenir à moins de frais. La manœuvre de l'explorateur est douce et inoffensive. On n'en pourrait dire autant des instruments métalliques. Vous pouvez choisir un explorateur d'un volume de 18 à 21 par exemple. Il faut que la partie de la tige que précède l'olive n'ait pas une trop grande rigidité, qu'elle puisse doucement s'infléchir sous l'influence d'une faible pression. Si le

canal était à la fois le siège d'un rétrécissement et d'une hypertrophie de la prostate, l'olive vous ferait reconnaître l'obstacle ou les obstacles uréthraux, et l'exploration du col ne pourrait être faite. Si le canal est libre, l'olive arrivera dans la portion membraneuse, qu'elle reconnaîtra aisément. C'est alors que commence la partie délicate de l'exploration.

L'instrument doit être très doucement conduit afin de tout sentir. S'il y a une hypertrophie bilatérale, il passera très facilement sans être arrêté un instant. Vous sentirez, cependant, que les parois sont touchées par l'olive, qu'elles s'écartent pour la laisser cheminer et passer. Si le canal est dévié, vous sentirez parfaitement que l'olive se dirige à droite ou à gauche avant de tomber dans le vide vésical. Si l'un des lobes fait dans l'urètre prostatique une saillie plus ou moins abrupte, l'olive sera arrêtée. Une pression un peu plus prononcée déterminera souvent son engagement et son entrée dans la vessie. Mais vous aurez parfaitement la sensation d'un obstacle contourné et franchi, et c'est pour opérer cette manœuvre qu'il est nécessaire que le col de l'olive soit d'une souplesse parfaite. Malgré la continuité de la pression, votre explorateur pourra, dans certains cas, ne plus avancer, rester appliqué contre l'obstacle prostatique et ne pas pénétrer dans la vessie.

Vous aurez alors toute raison d'admettre qu'un des lobes est fortement hypertrophié ou que vous avez butté contre une valvule du col.

Si la région prostatique est ramollie et vascularisée, le passage de l'olive en témoignera, en déterminant, même sous sa pression mesurée, l'écoulement d'un peu de sang ramené sur son talon.

Sans doute, vous n'aurez pas les dimensions de la prostate, et vous n'aurez plus, une fois dans la vessie, la moindre notion sur la saillie et le relief qu'elle peut avoir dans cette cavité. Mais, au point de vue du cathétérisme évacuateur, vous n'avez que faire de ces renseignements. Vous avez, au contraire, absolument besoin de prévoir dans quelles conditions peut s'effectuer le passage de vos instruments d'évacuation.

Nous n'entrerons pas en ce moment dans la partie technique. L'étude du cathétérisme nous donnera l'occasion de vous l'exposer dans tous ses détails. Mais nous sommes dès à présent

en mesure de vous fournir les indications qui vous permettront de vous armer en toute connaissance de cause et d'employer en toute confiance un instrument bien approprié. Avant d'aborder le traitement, nous avons cependant à vous entretenir de la marche et des terminaisons des rétentions de cause prostatique.

A cet égard encore, la rétention complète et la rétention incomplète, malgré leurs affinités, diffèrent essentiellement, et nous vous exposerons successivement ce qui se rapporte à l'une et à l'autre, aussi bien pour la marche et les terminaisons que pour le traitement.

RÉTENTION COMPLÈTE. — Abandonnée à elle-même, la rétention complète de cause prostatique aurait toute chance de se terminer par la mort. Il y a, sans doute, des cas où le malade a fini par uriner par regorgement; mais cette terminaison ne fait que diminuer l'embarras du chirurgien; elle n'écarte pas le danger, car la vessie reste plus ou moins en tension.

Lorsqu'elle est traitée, la rétention complète se termine: par le passage à l'état chronique; par un changement de forme, en devenant incomplète; par la guérison; par la mort.

L'anatomie pathologique et la clinique vous ont déjà rendu compte des raisons qui empêchent d'espérer la terminaison spontanée des rétentions de cause prostatique. L'étendue de l'obstacle, la résistance du col si épaissi, l'affaiblissement préalable de la vessie sous l'influence de la lutte que depuis longtemps déjà elle soutient pour ouvrir à l'urine un passage à travers l'orifice vésical; l'habitude déjà ancienne de la congestion simple qui s'est renouvelée peu à peu chaque nuit et qui prépare les voies à la congestion inflammatoire, à la congestion durable, telles sont les raisons qui ne permettent pas de compter sur une guérison spontanée.

L'intervention chirurgicale, l'intervention immédiate, est donc de règle dans les rétentions d'urine de cause prostatique. L'indication est précise, elle se pose d'elle-même: c'est au cathétérisme évacuateur qu'il faut avoir recours. Il ne saurait y avoir d'incertitude et de difficulté que dans le choix des moyens et dans l'exécution des manœuvres qui permettent d'y satisfaire.

L'exploration méthodique, pratiquée avec l'explorateur olivaire, permettra de déterminer d'une façon très précise à quel instrument il convient de recourir et fera certainement apprécier à l'avance les difficultés qui pourront surgir.

L'exploration préalable du canal est donc la règle générale et absolue que nous vous recommandons. Nous poserions volontiers encore une seconde règle générale, qui exclurait les instruments métalliques au profit des instruments souples.

Cette seconde règle ne peut être aussi absolue que la première. Il est des cas où la rigidité de l'instrument peut seule permettre à l'opérateur de sûrement le conduire. Cependant l'instrument métallique n'est pas un bon instrument évacuateur ; lorsque la sonde évacuatrice devra être rendue rigide, il est préférable de se servir d'un mandrin, afin de pouvoir vider la vessie à travers un instrument souple.

Si la nature de l'instrument évacuateur est importante, sa forme ne l'est pas moins. En principe, les instruments droits ne sauraient être acceptés. L'étude du cathétérisme nous apprendra que c'est le long de la paroi inférieure de l'urèthre que cheminent les instruments de cette forme. Or nous savons que c'est sur les parois inférieure et latérale que siègent les obstacles dus à l'hypertrophie de la prostate. Rien de plus logique et de plus pratique que de chercher à éviter leur rencontre.

L'étude du cathétérisme nous apprendra encore que les instruments courbes ou coudés peuvent être maintenus par leur extrémité le long de la paroi supérieure. Ce n'est pas, vous le savez, la seule voie d'entrée dans la vessie des prostatiques ; mais c'est la voie qui sûrement reste libre, c'est la voie qui conduit à l'orifice vésical déplacé et surélevé.

L'obstacle prostatique ne saurait être abordé de front ; l'instrument doit être choisi et conduit de telle sorte qu'il arrive à le franchir ou à le contourner. Il le franchit en passant par-dessus la prostate, en suivant le chemin de la paroi supérieure ; il le contourne en s'engageant dans l'une des voies latérales que ménagent les hypertrophies à trois lobes. Un instrument souple pourra contourner sans les froisser les saillies de la prostate ; un instrument métallique, méthodiquement dirigé, ou bien un instrument rendu rigide par un mandrin, sera surtout appro-

prié pour les franchir en suivant invariablement la paroi supérieure.

Vous seriez cependant dans l'erreur si vous comptiez toujours avoir à contourner ou à franchir le relief d'une saillie intra-urétrale de la prostate. Pour se produire, la rétention d'urine n'exige pas une telle déformation. Il suffit que l'équilibre soit rompu, et que la force de la vessie ne suffise plus à vaincre la résistance du col. Ce que la vessie ne pourra plus faire, votre sonde pourra très aisément l'effectuer. Dans nombre de cas, la pénétration de l'instrument dans la vessie s'opère sans la moindre résistance.

C'est alors que la forme de l'instrument peut devenir indifférente ; c'est alors que vous réussirez, et que vous verrez les malades réussir, avec des instruments droits. Si vous n'étiez prévenus par l'étude d'ensemble du sujet, vous pourriez même être tentés de conclure que les instruments droits sont parfaitement appropriés au traitement des rétentions d'urine de cause prostatique. Un nouveau cas ne tarderait pas à troubler vos illusions.

Au surplus, l'exploration méthodique vous aura avertis et renseignés. Si l'olive a pénétré sans rencontrer d'obstacle, sans subir de déviation appréciable, vous réussirez avec toute espèce d'instrument, mais toujours mieux et plus sûrement avec les instruments non rigides. Si l'olive, au contraire, n'a pénétré qu'après avoir rencontré et constaté un obstacle, après l'avoir contourné ou franchi, si surtout elle a été complètement arrêtée, votre choix n'est plus libre.

C'est aux instruments courbes, c'est aux instruments coudés et bicoudés, c'est quelquefois à des instruments armés de mandrins que vous devrez avoir recours. C'est à ce prix seulement que vous agirez avec sécurité.

Parmi les instruments droits et souples, il en est un, dont nous voulons vous parler dès maintenant. Ce qui nous y engage, c'est à la fois sa valeur très réelle, son incontestable utilité, ses grands services, mais aussi la confiance non justifiée que souvent on lui accorde à tout propos.

Vous connaissez tous la sonde en caoutchouc vulcanisé que nous devons à Nelaton. Son admirable flexibilité, la douceur extrême de son contact sont bien faites pour rassurer les plus

circonspects. De plus, il est parfaitement prouvé que, dans bon nombre de cas, son introduction est absolument simple et facile. Nous n'hésitons jamais à l'employer et à la prescrire, à lui accorder une préférence absolue, toutes les fois que nous avons constaté que la voie est libre, que l'explorateur s'est engagé sans le moindre effort ou après avoir facilement contourné un obstacle et que l'urèthre antérieur est souple. Les résultats sont alors excellents. Mais dans ces cas privilégiés, il peut arriver qu'au bout d'un certain nombre de jours, l'introduction devienne pénible, difficile, impossible.

Le canal, comme il arrive souvent, s'est enflammé, irrité; sous l'influence des contacts multipliés qu'exige le cathétérisme, il est devenu moins souple. Cela suffit, pour que la sonde en caoutchouc soit gênée ou arrêtée dans sa progression. Aussi, verrez-vous souvent des malades, auxquels vous aviez confié une sonde en caoutchouc, vous revenir avec une sonde en gomme; ils ont été obligés de substituer à un instrument complètement flexible un instrument demi-résistant, avec lequel ils se sondent avec plus de facilité et de douceur.

Ce que vous observez alors secondairement vous arriverait probablement dès la première tentative, si vous vouliez pénétrer quand même avec la sonde en caoutchouc, alors que l'explorateur vous a révélé quelque difficulté de passage, alors qu'un obstacle prostatique a nettement arrêté l'explorateur, ou que le canal a résisté à son passage dans un point quelconque. Vos tentatives ne seraient pas seulement inutiles, elles pourraient être nuisibles. Souvent, l'extrémité de la sonde en caoutchouc fléchit au niveau de l'œil; elle se double et n'est retirée qu'avec effort, en provoquant de la douleur et du saignement.

Par contre, il est des malades qui se servent habituellement et indéfiniment de la sonde en caoutchouc; ce ne sont pas les plus nombreux, mais il suffit que cet instrument puisse être ainsi employé dans des cas bien déterminés pour le préférer en pareille occurrence à tout autre, comme agent d'évacuation. Il convient aussi de savoir qu'il n'est pas toujours utilisable dans les cas où s'offrent de moyennes ou même de petites difficultés. Nous devons cependant ajouter que les progrès de la fabrication, en donnant un peu plus de consistance à la sonde de caoutchouc, sans lui faire rien perdre de sa souplesse, ont

étendu sa sphère d'application, et que cette extension est toute au bénéfice des malades. Nous avons même su franchir aisément, avec des sondes en caoutchouc ordinaires ou coudées en béquille, des prostatites qui nous avaient offert les plus grandes difficultés avec les instruments en gomme bicoudés ou armés de mandrins à grande courbure.

Les sondes en soie, de fabrication anglaise, ont à la fois une grande souplesse et une résistance plus prononcée que le caoutchouc. Ce sont des instruments d'autant plus recommandables que la minceur de leurs parois permet de conserver un calibre intérieur fort large et d'avoir une grande ouverture oculaire. Ces sondes sont souvent utilisables chez les malades qui n'arrivent plus à faire pénétrer les instruments en caoutchouc.

C'est avec les instruments en gomme, courbés, coudés ou bicoudés, avec ou sans mandrins, que vous arriverez à triompher des grandes difficultés du cathétérisme chez les prostatiques. Nous ne faisons ici que poser l'indication de leur usage thérapeutique; nous définirons leur emploi chirurgical, en étudiant le cathétérisme. Nous ne saurions, cependant, passer sous silence les admirables résultats obtenus à l'aide des instruments coudés et bicoudés. La pratique les doit à Mercier, qui, en les créant, a rendu à l'exploration et à la thérapeutique les plus grands services.

Nous ne vous avons pas signalé, parmi les agents du cathétérisme évacuateur pour les cas difficiles, le cathétérisme sur conducteur. Son indication est, en effet, assez rare, et ce mode de cathétérisme trouvera place auprès des méthodes exceptionnelles proposées pour les cas particulièrement difficiles qui, malheureusement, pourront quelquefois vous échoir.

La combinaison de difficultés qui résultent d'un canal, autrefois rétréci, resté dur, élastique et d'une hypertrophie prostatique, mérite surtout d'être signalée. C'est plus spécialement dans ce cas que le cathétérisme sur conducteur pourra trouver ses indications. La seule introduction de la bougie conductrice et son séjour à demeure, comme dans les cas de rétrécissement, a même pu nous permettre d'obtenir, dans ces cas complexes, l'évacuation de l'urine, puis la possibilité ultérieure de l'introduction des instruments ordinaires.