

anamnestiques, que de fois l'enquête reste muette à ce sujet et ces causes sont véritablement trop banales pour y attacher quelque importance. On doit cependant retenir à leur sujet, que fréquemment, c'est à l'occasion de l'une d'elles que les accidents de l'hypertrophie prostatique se déclarent ou subissent tout à coup un redoublement d'intensité.

Les uréthrites blennorrhagiques répétées et prolongées, les rétrécissements de l'urètre, les corps étrangers du canal, ont été invoqués sans plus de raison. L'observation clinique prouve tous les jours que l'on ne saurait établir aucune corrélation entre ces affections de l'urètre et l'hypertrophie de la prostate, elle ne se rencontre chez le même malade que par simple coïncidence et quelle que soit l'ancienneté de l'urétrite, de la stricture, de l'embarras quelconque du canal, l'hypertrophie n'apparaît que lorsque l'âge du malade lui donne droit à cette maladie. Bien plus il est démontré cliniquement que les rétrécis, grâce au développement de la tunique musculieuse de la vessie résultant de sa lutte constante contre la stricture, échappent longtemps aux effets de l'hypertrophie de la prostate, sinon à la lésion anatomique elle-même.

Les inflammations de la prostate n'ont pu être accusées de produire son hypertrophie, que par ceux qui ont méconnu le processus anatomique de toute phlegmasie qui, loin d'entraîner après soi l'hypertrophie, en amène au contraire l'atrophie. Nous répéterons à propos du rôle que certains auteurs et parmi eux Civiale ont voulu faire jouer aux maladies de la vessie et en particulier aux calculs, ce que nous avons dit à propos des maladies de l'urètre. Ce rôle est nul, et on ne doit voir dans le fait de la coexistence de l'hypertrophie de la prostate et d'une affection de la vessie qu'une simple coïncidence dont l'âge seul du malade est responsable. Vit-on en effet jamais la prostate augmentée de volume chez les jeunes calculeux où la fréquence des pierres oxaliques, la disposition même du col de la vessie, la vie active, rend cependant les réactions de la vessie très vives et fort douloureuses. On ne saurait en définitive raisonnablement trouver la cause de l'hypertrophie prostatique dans les diverses conditions pathologiques des organes urinaux.

L'influence des diverses diathèses, des constitutions ne résiste pas plus à l'examen que l'influence des causes locales. Ce qui prouve bien combien est illusoire leur influence, c'est que toutes les diathèses ont été invoquées : scrofule, tuberculose, rhumatisme, arthritisme, herpétisme, goutte, syphilis. Comme nous l'avons fait remarquer à propos des excès génésiques, des excès de table, des habitudes sédentaires, il est rare qu'on ne trouve pas chez l'individu atteint d'hypertrophie de la prostate les traces de quelqu'une des diathèses précédentes, et on ne saurait raisonnablement établir aucun rapport entre elles et la maladie prostatique. Le développement subit des troubles urinaux après la

disparition d'un eczéma, d'un psoriasis, d'une manifestation cutanée quelconque ne prouve rien non plus en faveur de l'influence étiologique de la diathèse; elle peut, il est vrai, dans certains cas, déterminer une poussée congestive du côté de la glande, mais elle ne peut en quelques heures entraîner les lésions anatomiques caractéristiques de l'hypertrophie de la prostate. Ainsi donc l'observation réduit à néant tout le chapitre étiologique classiquement admis.

Une seule cause que nous n'avons pas encore signalée échappe à la critique la plus sévère, c'est l'âge. Tous les auteurs depuis Brodie sont d'accord pour reconnaître que la vieillesse a une influence incontestable sur la production de l'hypertrophie de la prostate. Mais tous les vieillards n'en sont pas frappés. Il résulte des relevés numériques de Thompson, que l'hypertrophie atteint les personnes âgées de plus de soixante ans dans la proportion de 34 p. 100 et que 46 p. 100 seulement éprouvent les manifestations cliniques de la maladie. De cette faible proportion des vieillards atteints, on doit conclure que le grand âge n'est qu'un facteur étiologique de la maladie. L'autre facteur c'est l'athérome artériel étendu à l'appareil urinaire entraînant la gêne, la stase veineuse de la prostate. Au professeur Guyon revient le mérite d'avoir su découvrir ce nouvel élément pathogénique, sans lequel l'âge est impuissant à provoquer la maladie qu'il a si justement appelée *le prostatisme*.

Dans l'étude de l'anatomie pathologique nous envisagerons non seulement les lésions offertes par la prostate, mais encore celles de la vessie, des urètres et des reins. En effet, dans l'enchaînement des symptômes qui constituent la maladie dite hypertrophie de la prostate, une part presque aussi importante revient aux altérations des départements supérieurs de l'appareil urinaire qu'aux lésions de la glande elle-même.

Du côté de la prostate la lésion capitale est l'augmentation de volume. Mais si grande que soit sa fréquence, l'hypertrophie n'est cependant pas constante, et chez des individus ayant présenté tout le complexe symptomatique de l'affection, on peut trouver une glande présentant un volume normal ou même inférieur à la normale. En général le volume de la prostate est égal à celui d'une châtaigne, d'une mandarine, d'une petite pomme, exceptionnellement il atteint celui d'une noix de coco, comme dans la pièce déposée par Ch. Bell au musée d'Edimbourg. Thompson donne comme moyenne du poids de la prostate hypertrophiée 33 à 45 grammes; ce chiffre se rapproche de celui de Desnos, qui a trouvé 46^{gr}, 85.

En égard au siège occupé par le tissu hypertrophié, il y a lieu d'admettre deux formes de la maladie : a, *une forme excentrique ou rectale*; b, *une forme uréthro-vésicale*. Souvent ces deux formes coexistent.

En général l'hypertrophie, qu'elle soit rectale ou uréthro-vésicale, porte sur toute la glande également, elle est *générale et symétrique*.

Mais elle peut être limitée seulement à une de ses parties, elle est alors dite *partielle*.

Dans ce cas le plus souvent l'augmentation de volume est limitée à ce qu'on nomme improprement *le lobe médian*; moins souvent elle frappe les lobes latéraux. Un des lobes peut être plus développé que l'autre, l'hypertrophie est alors *asymétrique*.

Quelques auteurs ont signalé l'existence de l'hypertrophie du tissu glandulaire situé au-dessus de l'urèthre; c'est là un fait possible mais rare; dans l'immense majorité des cas l'hypertrophie porte exclusivement sur le tissu situé au-dessous du canal.

Une première conséquence forcée de l'augmentation de volume de la prostate est *la déformation de l'urèthre*, et la connaissance de ce fait a un intérêt capital dans la pratique, puisque c'est à travers ce canal déformé que le chirurgien devra conduire les instruments destinés à combattre un des accidents les plus ordinaires de l'affection, la rétention d'urine. Une autre conséquence du développement si fréquent du lobe moyen, c'est *la déformation du col de la vessie*: sa connaissance ne présente pas un moindre intérêt que celle de la déformation du canal de l'urèthre.

Si, pour la facilité de la description, nous considérons à l'urèthre prostatique quatre parois, une supérieure, une inférieure et deux latérales, nous trouverons que la déformation de ce canal peut porter sur toutes ses parois. Très rarement, si même elle l'est jamais, la paroi supérieure est déformée, car elle est doublée par une lamelle de tissu prostatique qui, ainsi que nous l'avons vu, ne s'hypertrophie presque jamais. Beaucoup plus fréquentes et presque constantes sont les déformations des parois latérales. Si l'hypertrophie porte sur un seul lobe, la paroi de l'urèthre correspondant au lobe hypertrophié est convexe, tandis que l'autre est concave, et l'axe du canal est ainsi dévié latéralement. Lorsque les deux lobes latéraux sont développés inégalement et à des niveaux différents, le canal est dévié en S.

La déformation de la paroi inférieure est la plus fréquente, et elle résulte de l'hypertrophie du lobe médian, qui participe presque dans tous les cas au développement pathologique de toutes les autres parties de la glande. Au lieu de décrire la courbe régulière à grand diamètre dont Gely a déterminé le rayon, elle tend à se relever de plus en plus et peut même arriver à former au point où le lobe médian se détache des lobes latéraux un coude brusque. L'extrême courbure de la paroi inférieure de l'urèthre et souvent sa coudure, telle est sa déformation caractéristique dans l'hypertrophie. Nous verrons quelles précautions impose cette déformation dans le cathétérisme et quels instruments elle réclame sous peine de fausses routes. L'hypertrophie portant le plus souvent sur les trois lobes de l'organe, on observe presque toujours simultanément les déformations des parois latérales et de la paroi inférieure de l'urèthre. Le lobe moyen enclavé entre les deux lobes latéraux donne

naissance de chaque côté, au point où il rencontre ces deux lobes, à une gouttière, et le canal a la forme d'un γ ouvert du côté de la vessie. C'est dans une de ces gouttières plus accusée que l'autre et rarement dans les deux que passe l'urine.

En même temps que l'urèthre est dévié par la déformation de ses parois, il est allongé, surtout suivant sa paroi inférieure qui peut aller à 5, 6, 8 et même 9 centimètres. De plus, son calibre est déformé, mais, fait important, il n'est jamais rétréci.

Les déformations du col de la vessie, du méat interne, résultent de la saillie que fait le lobe médian dans le réservoir. Elles portent donc exclusivement sur sa lèvre inférieure et varient suivant le volume, la forme de ce lobe médian. On peut avec Guyon les ramener à trois types: 1° la déformation en croupion de poulet, constituée par une petite masse triangulaire ou arrondie rattachée au reste de la glande par un pédicule plus ou moins grêle, qui parfois mais rarement lui permet de venir s'appliquer sur le méat interne en manière de clapet; 2° la déformation en éventail formée par une grosse saillie triangulaire, sessile, présentant de chaque côté une gouttière; 3° la déformation en *barre* consistant dans l'hypertrophie du tissu situé au-dessus du veru montanum (portion sus-montanale de Mercier) qui s'étend sous forme d'un repli épais d'un lobe à l'autre.

De la déformation de la lèvre inférieure du col résulte, on le comprend, une déformation de l'embouchure de l'urèthre dans la vessie: au lieu d'être déprimé et arrondi, il est remplacé par une fente curviligne plus ou moins dentelée; cette fente peut être inclinée à droite ou à gauche, en croissant, etc.

Avant d'en finir avec ces altérations de forme du col, n'oublions pas de dire que la prostate hypertrophiée surélève l'embouchure du canal au-dessus du bas fond et qu'elle prédispose ainsi à la rétention incomplète pour peu que les fibres musculaires de la vessie rapidement altérées ne soulèvent plus le bas-fond jusqu'à sa hauteur.

On trouve dans les auteurs la plus grande divergence d'opinions touchant la nature histologique du tissu qui constitue l'hypertrophie. Tous les éléments constitutifs de la glande normale ont tour à tour été regardés comme la caractéristique anatomique de l'affection.

Pour Cruveilhier, Rokitansky, Rindfleisch, etc., l'hypertrophie est due à la dilatation, au développement de l'élément glandulaire (sorte d'adénome). Pour Förster, Zacabianchi, Ordonnez, Dodeuil, Paget, Harrison, elle reconnaît pour substratum anatomique l'hypergenèse du tissu musculaire, et il se développe dans la prostate des myomes comme dans l'utérus. Cette analogie entre les myomes de la prostate et de l'utérus, qui ne peut se soutenir au point de vue de l'anatomie, est encore, nous le verrons, moins défendable sur le terrain de l'évolution clinique de l'affection.

Nélaton enfin place l'origine de l'hypertrophie de la prostate dans l'hyperplasie du tissu cellulaire interstitiel; mais il admet aussi que certaines variétés sont dues au développement exagéré du tissu glandulaire et du tissu musculaire; d'où trois variétés d'hypertrophie. Thompson portant plus loin l'analyse en admet quatre variétés constituées: 1° par le développement exagéré de tous les éléments de la glande; 2° par l'excès de développement du stroma sur l'élément glandulaire; 3° inversement par l'excès de développement de l'élément glandulaire sur le stroma; 4° enfin par l'agencement nouveau des éléments normaux de l'organe.

Toutes ces opinions en apparence opposées et contradictoires sont vraies en partie, et si des auteurs systématiques ont cru admettre l'une à l'exclusion des autres, tandis que certains éclectiques ont été conduits à admettre l'existence simultanée de plusieurs altérations histologiques, c'est que leurs observations ont porté sur des phases diverses de l'évolution de la maladie. Launois ayant suivi les modifications que subit la prostate aux divers âges, a démontré que les lésions de l'hypertrophie sont toujours semblables à elles-mêmes et consistent dans le développement autour des culs-de-sac glandulaires dilatés des éléments conjonctifs et musculaires qui forment la charpente de la prostate. Un plus ou moins grand nombre de glandes devient le point de départ de cette hyperplasie des éléments qui les entourent, s'isole du reste du tissu prostatique et forme ces petites tumeurs énucléables caractéristiques. En un mot l'hypertrophie prostatique résulte du développement dans la glande d'*adéno-fibro-myome* ou, comme dit plus simplement Launois, de *fibrome glandulaire*.

A côté des altérations du tissu de la prostate lui-même, nous devons porter notre attention sur les lésions des vaisseaux sanguins qui s'y distribuent. Les artères présentent un épaississement de leur paroi et une diminution de leur calibre intérieur, qui parfois même est complètement effacé. Elles sont le siège en un mot d'endopériartérite, et ces lésions d'athérome se retrouvent non seulement dans les autres organes urinaires, mais dans toute l'économie, les prostatiques étant essentiellement des athéromateux (Guyon). Par contre les veines sont dilatées et leurs parois sont amincies. Elles forment des dilatations, des sinus où se rencontrent souvent des phlébolithes. Ces altérations des veines portent non seulement sur les plans qui entourent la prostate, mais sur les veines qui serpentent au milieu du parenchyme et principalement sur celles qui rampent sous la muqueuse de l'urèthre. Il y a ainsi un contraste très grand entre les lésions du système artériel et celles du système veineux, et c'est là ce qui permet d'interpréter les phénomènes congestifs qui sont la caractéristique de l'évolution de la maladie des prostatiques.

Pour compléter ce qui a trait aux lésions anatomiques observées

dans l'hypertrophie de la prostate, il reste à mentionner les altérations de la vessie, des uretères et des reins. Ces lésions ont une très grande importance, car, ainsi que le fait remarquer Desnos, elles tiennent sous leur dépendance la marche et le pronostic de l'affection. Du côté de la vessie c'est d'abord la déformation résultant de la surélévation du méat interne et qui détermine la production d'un bas-fond considérable. La capacité du réservoir est rarement diminuée, à moins qu'il se développe de la cystite ou une grande irritabilité de la vessie; elle est plutôt augmentée, et cela tient surtout au développement du bas-fond. Ses parois sont exceptionnellement amincies; au contraire elles sont épaissies mais inégalement, les fibres musculaires hyperplasiées se groupant en faisceaux saillant du côté de la cavité vésicale où elles forment ce qu'on appelle des colonnes. Jean, qui a très bien étudié ces vessies à colonnes des vieillards, a montré qu'elles constituent une sorte de couronne sur le bas-fond formée d'anses dirigées en haut et en avant, qui soulèvent le bas-fond en se contractant. Entre les colonnes la couche musculaire est très amincie et même parfois a disparu, condition qui permet la production des hernies tuniquaires de Cruveilhier. La muqueuse est normale, adhérente seulement au tissu sous-jacent. Au microscope les colonnes musculaires sont plus ou moins envahies par le tissu fibreux et les artères sont, comme celles de la prostate, le siège d'endopériartérite, les veines sont aussi dilatées et variqueuses.

Les uretères subissent deux sortes d'altérations, suivant qu'il y a eu inflammation ou non. Ils ont leur calibre augmenté, et dans leurs parois épaissies on voit au microscope l'hypertrophie et l'hypergenèse des fibres musculaires lisses avec augmentation du tissu conjonctif s'ils n'ont pas été enflammés. S'ils ont été la proie de l'inflammation, les uretères se dilatent jusqu'au volume de l'intestin grêle et offrent par places des rétrécissements annulaires séparant des dilatations ampullaires. Les bassinets subissent des altérations analogues, et souvent il sont entourés d'une épaisse couche de tissu graisseux (lipomatose). Les reins sont petits et présentent des lésions de néphrite interstitielle, mais sans localisations fixes de leurs lésions histologiques. D'après Launois, ces altérations des reins jouent un rôle considérable dans le pronostic de l'affection.

En résumé les lésions anatomiques que l'on rencontre à l'autopsie des gens frappés pendant leur vie des accidents divers de l'hypertrophie de la prostate portent non seulement sur la glande, mais encore sur tout l'appareil urinaire et consistent essentiellement dans la sclérose des tissus constituant ces organes. On a discuté pendant longtemps sur l'ordre d'apparition et l'enchaînement de ces altérations.

Pour les uns, Velpeau, Mercier, Nélaton, Thompson, les lésions vésicales, uretérales et rénales ne sont que le résultat de l'obstacle apporté

par la prostate à l'émission des urines; pour d'autres, et c'est surtout Civiale qui défend cette opinion, les altérations de la vessie sont primitives et indépendantes de la déformation prostatique. L'hypertrophie de la glande et l'atonie de la vessie coexistent, mais sont deux maladies n'ayant aucune communauté d'origine. Ce n'est que dans ces dernières années qu'une juste interprétation des lésions anatomiques de la maladie rapprochées des symptômes offerts par le malade a permis de bien saisir la relation qui existe entre les altérations de tout l'appareil urinaire. Ces lésions ne sont pas subordonnées les unes aux autres, elles ne se succèdent pas dans un ordre chronologique, mais sont contemporaines. Elles résultent de la sclérose qui porte tout à la fois sur la prostate, la vessie, les uretères et les reins. C'est au professeur Guyon que revient le mérite d'avoir fait de l'hypertrophie de la prostate, jusqu'alors regardée comme une affection locale et dont tous les troubles relevaient d'obstacles mécaniques, à l'émission des urines, une maladie générale s'étendant d'emblée à tout l'appareil urinaire et dont les symptômes dépendent plus du trouble fonctionnel de cet appareil que de la lésion prostatique elle-même. C'est pour rappeler cette conception nouvelle de la maladie que Guyon a proposé le nom de *prostatisme*.

On peut rapporter à deux périodes la succession des symptômes très nombreux de l'hypertrophie de la prostate : 1° une période prémonitoire; 2° une période d'état ou de la maladie confirmée. La première période est caractérisée par des troubles nombreux, vagues, mal définis résultant surtout des *phénomènes congestifs* que la sclérose provoque dans l'appareil urinaire; la seconde période est caractérisée par des symptômes plus nets (rétention complète ou incomplète, incontinence, distension de la vessie) produite surtout par l'obstacle prostatique. Les phénomènes de la première période sont d'ordre purement dynamique, ceux de la seconde période sont à la fois d'ordre dynamique et mécanique.

Le premier et principal symptôme de la période prémonitoire de l'hypertrophie de la prostate est la fréquence des mictions. Cette fréquence est nocturne et se manifeste surtout dans la seconde moitié de la nuit, persiste quelques heures encore après le réveil pour cesser ensuite. Elle est due à la congestion que détermine dans l'appareil urinaire le décubitus dorsal. Le sommeil semble aussi avoir une certaine influence sur cette fréquence, car si le malade se repose le jour dans son lit, les besoins se répètent moins souvent. Après le symptôme fréquence des mictions on doit noter la dysurie, consistant dans de la difficulté à émettre les urines, de la lenteur, du retard du jet se faisant aussisentir la nuit et dans les premières heures de la matinée pour disparaître après une courte promenade, un léger exercice. La fatigue, les longs voyages en voiture, en chemin de fer, les dîners prolongés, l'in-

gestion de grandes quantités de liquide, la rétention volontaire d'urine, toutes les causes qui congestionnent les organes pelviens rappellent les difficultés de la miction. Parmi ces causes aucune n'a plus d'influence que l'impression du froid. La déformation du jet n'a aucune signification pour la symptomatologie. Par contre la diminution de sa force de projection a une valeur importante. La vessie ne se contractant qu'insuffisamment, l'effort que fait le malade pour y suppléer par la contraction de la paroi abdominale déprime le réservoir vers la cavité du petit bassin au-dessous de l'embouchure de l'urètre. A cette première période les malades se plaignent souvent d'être tourmentés par des érections qui surviennent la nuit lorsque le réservoir est plein d'urine. Ces érections n'ont à la vérité rien de génésique, elles consistent dans une turgescence de la verge qui permet rarement le coït. Tels sont les seuls symptômes de la première période de l'hypertrophie de la prostate, et il convient de faire remarquer que les urines conservent tous leurs caractères; parfois leur quantité est augmentée, mais même cela est rare; il n'y a pas de cystite, pas de fièvre; les fonctions digestives se font régulièrement, cependant il existe un peu de tendance à la constipation.

La deuxième période est tout d'abord caractérisée par de la rétention des urines. Cette rétention, préparée de longue main par les progrès de l'obstacle prostatique et surtout par l'affaiblissement de la force contractile de la vessie, se révèle brusquement à la suite d'une de ces poussées congestives dont nous avons déjà révélé les causes, c'est la *rétention aiguë*, ou bien elle s'établit lentement, c'est la *rétention chronique*.

La *rétention aiguë* se caractérise ici comme dans toutes les dysuries par l'impossibilité d'uriner, des douleurs parfois horribles, angoissantes, la saillie du globe vésical à l'hypogastre, etc.

La *rétention chronique* est *complète* ou *incomplète*. La rétention chronique complète entraîne tout le cortège des symptômes de la rétention aiguë; se reproduisant toutes les fois que l'urine accumulée dans la vessie met en jeu sa distension, et le seul moyen d'y remédier est de pratiquer le cathétérisme évacuateur, que l'on est parfois obligé de répéter jusqu'à la fin du malade.

La rétention chronique incomplète s'établit sourdement, lentement. Le retard des mictions, leur fréquence primitivement nocturne, se montrent également pendant le jour et la quantité des urines émises à chaque miction va en diminuant. Des troubles digestifs apparaissent peu prononcés mais significatifs pour un médecin prévenu: inappétence, sécheresse de la bouche, soif, digestion pénible, constipation. Ces phénomènes sont sous la dépendance de la dépuration incomplète du sang résultant du processus scléreux qui se passe du côté du rein comme du côté de la prostate et de la vessie. L'examen de l'urine montre en effet qu'elles sont pâles, aqueuses, et leur analyse chimique révèle

leur faible minéralisation. De plus elles sont rendues en très grande quantité (polyurie), mais cette polyurie n'est pas tant le résultat de l'inflammation chronique des reins que le résultat de l'excitation réflexe qui, partie de la vessie se vidant incomplètement, excite le fonctionnement du filtre rénal. En effet si on vide le réservoir la quantité d'urine diminue. Enfin la congestion nocturne contribue encore à la polyurie.

25 A la longue, du fait de la surdistension de la vessie les urines s'échappent au dehors à l'insu du malade et le phénomène d'incontinence est constitué. Cette *incontinence vraie* diffère de la *fausse incontinence*, en ce que dans cette dernière le malade sent le besoin d'uriner, mais est impuissant à s'y soustraire et qu'il a conscience que ses urines s'échappent dans ses vêtements. Dans l'incontinence vraie c'est le trop-plein de la vessie qui force le sphincter urétral, le malade, comme on l'a si bien dit, pisse par regorgement. D'abord exclusivement nocturne, l'incontinence vraie se manifeste bientôt même pendant le jour. Pour certains auteurs l'apparition du phénomène d'incontinence marque une phase nouvelle de l'affection pendant laquelle les phénomènes généraux jusqu'alors peu accusés s'accroissent et précipitent le dénouement. Bien qu'elle ne soit pas constante, la fièvre figure souvent parmi leur cortège. Elle consiste soit dans des accès francs aigus et bruyants, soit dans des accès latents qui minent sourdement la santé du malade, et sans réaction apparente entretiennent chez lui une température presque constante de 38° à 39°. Les troubles digestifs ne font jamais défaut; ils consistent dans de la dyspepsie, de l'anorexie, de la sécheresse de la bouche rendant la mastication et la déglutition très difficiles (dysphagie buccale, Guyon), des nausées, rarement des vomissements, des alternatives de diarrhée et de constipation, mais surtout de la constipation. Tels sont les symptômes qui caractérisent l'hypertrophie de la prostate débarrassée bien entendu des complications qui se mettent si souvent à la traverse de son évolution régulière et que nous étudierons à part. Leur constatation doit provoquer la recherche des signes physiques que nous allons maintenant étudier. Ces signes physiques sont fournis par la palpation et la percussion abdominales, par le toucher rectal seul ou combiné avec la palpation hypogastrique, par le cathétérisme.

26 La palpation hypogastrique et la percussion faite à ce niveau servent à apprécier la façon dont se vide la vessie. Lorsqu'il y a de la rétention complète, la main sent se dessiner au-dessus du pubis le globe vésical dans toute son ampleur. Lorsque la rétention est incomplète, le liquide s'accumulant dans le bas fond de la vessie, il est bien rare que l'on puisse constater sa rétention par le palper abdominal et, c'est, nous le verrons, le toucher rectal qui permet de constater ce phénomène. Le toucher rectal, que l'on doit toujours pratiquer comme le toucher utérin chez la femme, c'est-à-dire le malade étant couché dans le décubitus dorsal, renseigne sur trois choses : le volume de la prostate et sa confi-

guration, l'état de la vessie, celui des vésicules séminales. La prostate forme en général une tumeur plus ou moins saillante dans le rectum et dont le doigt ne parvient pas parfois à atteindre la limite supérieure; elle est symétriquement ou asymétriquement développée; sa surface est en général lisse, et très rarement lobulée. Dans certains cas la glande ne paraît pas hypertrophiée, soit que le développement soit purement central, soit que la prostate ait conservé ses dimensions normales, les troubles s'expliquent alors exclusivement par l'état de sclérose de la vessie. Lorsqu'il existe de la rétention incomplète, le doigt rencontre au-dessus de la prostate le bas-fond de la vessie distendu par l'urine résiduelle et si le sujet assez maigre possède une paroi abdominale suffisamment flasque, le toucher rectal combiné à la palpation hypogastrique peut permettre de sentir le lobe hypertrophié. Le cathétérisme employé au diagnostic de l'hypertrophie de la prostate doit toujours être pratiqué avec douceur, prudence et dans des conditions de parfaite asepticité, car toutes les causes sont ici réunies pour que la vessie s'enflamme et suppure. On le pratiquera tout d'abord avec la sonde à boule, afin de bien reconnaître le terrain. De cette manière on apprécie à l'aller comme au retour de la boule l'irrégularité du canal prostatique, ses déviations, sa longueur presque toujours augmentée et pouvant atteindre 6, 7, 8 centimètres et plus. Pour apprécier l'état de la vessie on a recours à la sonde métallique et on doit choisir à cet effet pour pénétrer sans danger à travers la prostate la sonde coudée de Mercier ou de Leroy d'Étiolles, ou la sonde à petite courbure de Guyon. Le bec dégagé dans la vessie et promené par un mouvement circulaire autour du col révélera les saillies qui le déforment; enfoncé jusqu'au contact de la paroi postérieure, il indiquera la profondeur parfois énorme de la vessie, enfin mis en rapport avec les diverses parois du réservoir, il renseignera sur leurs irrégularités, leurs saillies et leurs dépressions (vessie à colonnes).

27 A côté des symptômes réguliers, qui caractérisent l'hypertrophie de la prostate, il convient de signaler un certain nombre de phénomènes susceptibles de survenir au cours de l'affection et faisant pour ainsi dire partie de son tableau clinique le plus ordinaire. Ce sont l'hématurie, la cystite, la prostatite, la néphrite.

28 L'hématurie survient parfois spontanément à la suite d'un décubitus prolongé, d'un refroidissement, d'un excès alcoolique; d'autres fois elle est provoquée par un traumatisme léger au cours d'un cathétérisme. Mais le plus souvent elle se montre à la suite d'une évacuation trop rapide de la vessie, depuis longtemps distendue, amenant la décompression brusque des parois veineuses. Dans quelques cas, elle reconnaît pour cause l'existence d'une cystite chronique, au cours de laquelle des néo-membranes riches en vaisseaux, à parois embryonnaires et friables se sont développées sur la paroi interne du réservoir. La cystite est la complication la plus fréquente de l'hypertrophie de la prostate. Elle