

dilatation, et le vieux prostatique rétentionniste à accès subintrants. La température n'est point un élément décisif du pronostic : les chroniques meurent souvent dans l'apyrexie finale ; la continuité des hautes températures, l'ascension sans arrêt, ou, au contraire, la descente vers l'hypothermie, sont de fâcheux indices ; de même, la faible tension du pouls et son accélération, les respirations sans ampleur et fréquentes, l'émaciation progressive. Il est difficile de prévoir et fixer la durée : des rémissions peuvent interrompre la marche des accidents au moment où ils paraissent les plus menaçants. « Il est de toute évidence, nous dit GUYON, que la fonction des reins chez les néphrétiques chirurgicaux n'est pas rapidement compromise » : tant que la forme urémique de la dyspepsie ne les accompagne pas, on peut guérir des accidents infectieux en apparence graves.

Traitement. — L'asepsie des instruments et des mains, l'antisepsie de l'urèthre et de la vessie : voilà la plus sûre prophylaxie. A cela s'ajoutent les règles opératoires spéciales formulées pour chaque intervention : petite sonde et étroite lame dans les uréthrotomies internes ; évacuation méthodique et progressive chez le prostatique ; abstention de tout contact opératoire violent ou prolongé sur l'urèthre ou la vessie. Le sulfate de quinine est utile avant ou après une intervention. Un urinaire craint le froid : il faut donc fortement le couvrir au lit. Dès qu'il frissonne, tâchez de provoquer la sueur par les bouillottes à ses pieds et à ses côtés, par le thé au rhum très chaud, par les infusions de jaborandi. Une fois l'accès terminé, un purgatif salin aidera à l'élimination toxique complète. Le régime lacté, associé à l'eau de Vichy, et prescrit par petites doses espacées, constitue en même temps un précieux médicament et un aliment. En supprimant la rétention vésicale, on viendra au secours du rein. Ces points se rattachent à la thérapeutique des rétrécissements, de l'hypertrophie prostatique, des calculs vésicaux et de la pyélo-néphrite.

CHAPITRE IV

AFFECTIONS DE LA PROSTATE

ARTICLE PREMIER

DES PROSTATITES

I. — PROSTATITE AIGUE ET PÉRI-PROSTATITE

Étiologie. — L'urétrite postérieure est, dans la majorité des cas, la cause de la prostatite. Les autres facteurs ne sont que des causes secondes favorisant la propagation de l'infection à la prostate. Ce sont : tantôt des lésions traumatiques, comme les chocs, les chutes, l'équitation, la bicyclette, les plaies opératoires, les fausses routes du cathétérisme, l'irritation des bougies et sondes à demeure, les cautérisations. Tantôt il s'agit de conditions congestives prédisposantes, comme les hémorroïdes, l'hypertrophie prostatique, l'excès de coït.

Anatomie pathologique. — 1° MODES DE PROPAGATION DE L'INFLAMMATION. — Quel est le mode de propagation de l'infection uréthrale à la prostate ? — VELPEAU, comparant les inflammations prostatiques aux phlegmasies de la parotide ou de la mamelle, distinguait des formes à débuts variables, soit dans les éléments glandulaires mêmes, soit dans la trame conjonctive de la glande. Les auteurs qui ont écrit après VELPEAU ont adopté ses divisions et étudié une forme *muqueuse*, une forme *glanduleuse*, une forme *parenchymateuse*. Les recherches histologiques contemporaines ont montré que la prostate n'échappe point à la loi commune des tissus glandulaires, que la lésion de l'élément épithélial est primordiale, que les altérations interstitielles, capables de prendre rapidement le caractère suppara-

tif, sont d'ordre secondaire. L'étiologie pouvait déjà faire pressentir ce mécanisme : du canal urétral, la phlegmasie se propage aux conduits glandulaires.

2° LÉSIONS DE LA PHASE DE SUPPURATION. — Quand le processus évolue vers la suppuration, les lésions peuvent se présenter sous trois types anatomiques. Dans une première série de cas, nous dit SEGOND, on constate les *altérations d'une simple adénite* : les glandes sont dilatées et leurs orifices élargis laissent sourdre à la pression une quantité plus ou moins considérable de gouttelettes purulentes. — Une deuxième forme correspond aux *foyers de suppurations miliars* : ce sont pour la plupart des collections intraglandulaires. Leur nombre et leur volume sont très variables. LALLEMAND a vu une prostate ainsi criblée de trente locules purulentes. — Entre cette forme multiloculaire et la troisième, *abcès prostatique* creusé par destruction en plein parenchyme, tous les types de transition peuvent être observés ; la confluence progressive des abcès miliars explique la création de ces cavités amples, anfractueuses, traversées de brides celluleuses.

3° PÉRI-PROSTATITE ET PHLEGMON PÉRIPROSTATIQUE. — Le travail suppuratif franchit souvent les limites de la glande : l'espace cellulaire compris entre le rectum et l'aponévrose prostatopéritonéale lui constitue un foyer secondaire favorable. Cette propagation de l'infection se fait suivant divers modes : par cellulite ; par voie veineuse ; par voie lymphatique.

Avec SEGOND et GUYON, il faut admettre deux formes de phlegmons péri-prostatiques. Dans la première, *phlegmon par diffusion*, la collection purulente intraprostatique rompt l'aponévrose postérieure et vient faire irruption dans le tissu cellulaire environnant. La seconde forme est représentée par le *phlegmon par propagation*, que celle-ci soit lymphatique, veineuse ou cellulaire. Le phlegmon par diffusion produit, en général, des collections peu étendues. Au contraire, le phlegmon par propagation tend à gagner tout l'étage supérieur du petit bassin, en décollant les organes et les muscles.

Symptomatologie. — Au cours d'une urétrite, vers la troisième semaine en général, le processus blennorragique a

envahi la muqueuse urétrale postérieure : la prostate, la vessie, les vésicules séminales, les épидидymes sont dès lors exposés à une propagation de l'infection. Celle-ci peut parfois envahir, en un coup, tous ces organes ; ou bien, l'urétrite postérieure précède ces complications d'un temps plus ou moins long. La prostate participe à l'inflammation de l'urètre rétro-membraneux suivant quatre types cliniques que nous admettons avec FINGER parce qu'ils sont superposables aux formes anatomiques : 1° la *congestion de l'organe* ; 2° la *folliculite aiguë* ; 3° la *prostatite parenchymateuse* ; 4° le *phlegmon périprostatique*.

1° CONGESTION DE LA PROSTATE. — Dans une forme atténuée, qui doit répondre à la simple hyperhémie de l'organe, le malade éprouve de la pesanteur vers le rectum : la défécation est douloureuse ; il y a un peu de dysurie. Le toucher rectal montre la prostate uniformément augmentée de volume, chaude, sensible au doigt. L'épreuve des deux verres montre un trouble des deux portions de l'urine. Après cette manifestation sommaire et brève, la maladie peut tourner court.

2° FOLLICULITE AIGUE. — La symptomatologie n'y prend point un caractère bien décisif, et le meilleur signe qui puisse permettre d'affirmer l'existence de cette forme, c'est la constatation de nodosités, du volume d'un pois, nous dit FINGER, tranchant par leur consistance dure sur le parenchyme de la prostate tuméfiée.

3° PROSTATITE PARENCHYMATEUSE. — La symptomatologie est plus marquée : à la sensation de lourdeur périnéo-anale succède une douleur continue que le malade rapporte souvent au col, mais qui peut présenter des irradiations de voisinage vers les cuisses, les lombes, la verge ; la pression exercée sur le périnée est insupportable, aussi les malades évitent-ils de s'asseoir. Cette douleur augmente lorsque le malade va à la selle. « Il lui semble, disait J.-L. PETIT, et non DESAULT, à qui les classiques attribuent à tort cette comparaison, il lui semble avoir besoin de rendre un gros tampon de matières fécales qu'il s' imagine être toujours prêt à sortir du rectum. » La miction est gênée par la tuméfaction de la glande : le jet est mince et la durée de l'acte accrue d'autant, ce qui prolonge la douleur de

la miction. Le besoin normal résultant de l'irritation des premières gouttes d'urine sur le segment postérieur de l'urèthre prostatique, les envies de miction deviennent plus nombreuses et plus impérieuses. Si l'inflammation parenchymateuse de l'organe évolue vers la résolution, les symptômes tendent à s'apaiser vers la fin de la première semaine.

Si, au contraire, la suppuration se prépare, les douleurs augmentent et prennent un caractère pulsatile. Chez de vieux urinaires atteints de cystite chronique ou de blennorrhée, l'inflammation peut aboutir insidieusement à la formation d'un abcès prostatique : de là ce précepte de GUYON et SECOND considérant comme aussi urgent de toucher fréquemment la prostate des urinaires que d'ausculter le cœur des rhumatisants. Mais les formes aiguës franches sont généralement observées. La fièvre peut se présenter suivant des modalités que GUYON a bien distinguées. Le mouvement fébrile de la prostatite simple et du phlegmon périprostatique peu étendu est rarement intense : une élévation thermique brusque de 1 à 2 degrés se maintient pendant quelques jours et descend franchement à la période de défervescence. S'il arrive, plus tard, que la fièvre se prolonge avec des ascensions vespérales et des rémissions au matin, c'est que l'évacuation des abcès n'est point totale et qu'il y a des stagnations purulentes : c'est le type de la fièvre de rétention. La soif est vive, la langue se couvre d'un enduit saburral ; les douleurs augmentent et un foyer très douloureux se dessine sur le raphé entre le bulbe et l'anus ; le croisement des jambes et la position assise éveillent de vives souffrances.

4° PHLEGMON PÉRIPROSTATIQUE. — La symptomatologie est identique : douleur périnéale ; troubles de la miction ; troubles de la défécation. La différence ne s'accuse que par l'inégale intensité des phénomènes : la dysurie est peut-être moindre, la sensation de pesanteur plus diffuse, la défécation plus gênée dans la périprostatite que dans la prostatite. Mais ce ne sont que des nuances, incapables de fixer le diagnostic, et il faut le toucher rectal pour établir ici une distinction. L'index doucement mené trouve, dans la prostatite simple, la glande grossie, tendue,

douloureuse, mais seule malade et gardant ses limites. Il rencontre, au contraire, dans le phlegmon périprostatique, une plaque empâtée qui masque le contour de l'organe : des battements artériels sont perceptibles à ce niveau.

3° FORMES SUPPURÉES. — « La persistance des phénomènes aigus, les battements profonds, « cadencés », comme dit GUYON, succédant à la tension gravative des premiers jours, le frissonnement répété signalent la formation probable du pus. Le toucher rectal fait-il percevoir un point mou, dépressible, à bords nets, dont la sensation « ressemble beaucoup à celle que donnerait un carré d'étoffe mal tendue sur un petit cadre rigide » : c'est que le doigt a rencontré un foyer de suppuration. Si, à côté, on sent une tumeur dure et convexe rappelant nettement le contour de la glande, c'est que la suppuration est intraprostatique. Trouve-t-on, au contraire, une nappe diffuse à limites lointaines, c'est que la collection est périprostatique.

Il est fréquent de voir les abcès intraprostatiques se faire jour par l'urèthre : SECOND a noté cette terminaison 55 fois sur 115 observations. Ordinairement, la collection purulente se crève spontanément, ou sous l'influence d'un effort ; souvent aussi, c'est le bec de la sonde qui bute contre l'abcès en saillie et qui l'ouvre. Un abcès de la glande ainsi ouvert dans l'urèthre comporte souvent un pronostic bénin ; en quelques semaines, la cavité se comble. Le pus des abcès intraprostatiques traverse parfois l'aponévrose prostatopéritonéale. Une fois dans l'espace cellulaire périrectal, le pus prend des chemins différents : il tend surtout à se porter vers la partie inférieure de la loge et gagne le périnée antérieur ; en arrière, il peut perforer la paroi rectale ; en avant et en bas, il peut doubler la face postérieure de la prostate et gagner ainsi l'urèthre membraneux. SECOND, analysant 77 observations, distingue : des cas fréquents (ouvertures rectales et uréthrales, fusées périnéales et ischio-rectales) ; des cas rares (fusées inguinales et obturatrices) ; des cas exceptionnels (ouvertures péritonéales, propagation préperitonéale, fusées vers l'ombilic, la grande échancrure sciatique et même vers les fausses côtes).

Traitement. — Au début, il est utile de prescrire des lavements à 50 degrés, ou 55 degrés, de recouvrir la région périnéale de compresses de tarlatane trempées d'eau à la même température. S'il y a de la rétention, il faut sonder avec une petite sonde béquille, à un seul œil, n^{os} 14, 15 ou 16. Il faut chercher chaque jour par le toucher rectal s'il n'y a pas de point ramolli, sinon fluctuant; inciser au plus tôt et en bonne place. Dans la grande majorité des cas, on abordera la collection purulente par une incision périnéale, comme dans le premier temps de la taille prérectale ou de la prostatectomie.

II. — PROSTATITE CHRONIQUE

Étiologie. — La blennorragie est vraisemblablement la seule cause de la prostatite chronique. Toutefois, le microbe pathogène n'est point ordinairement le gonocoque. Plus souvent, il s'agit d'une infection secondaire post gonococcique (staphylocoques, streptocoques, diplocoques, colibacilles), qui, de l'urèthre postérieur, se propage (infection glandulaire ascendante) aux orifices glandulaires, aux glandules elles-mêmes, à la trame ambiante. Il y a donc urétrite postérieure, puis uréthro-prostatite; le col lui-même peut se mettre de la partie, la forme se complique: c'est une uréthro-prostato-cystite, aux symptômes combinés.

Anatomie pathologique. — Gross disait, en 1860, que l'anatomie pathologique de cette affection n'existait pas; LE DENTU a précisé cette étude anatomique; FINGER a décrit les altérations que subissent la muqueuse de l'urèthre prostatique, le *verumontanum*, les glandes de l'organe et les conduits éjaculateurs. Au niveau de la muqueuse, on voit évoluer, comme dans l'urétrite chronique, un processus qui, siégeant dans le tissu conjonctif sous-épithélial, passe par un premier stade d'infiltration cellulaire pour aboutir à une seconde phase de cirrhose conjonctive. — Ce même processus se présente dans le *verumontanum*: sa sclérose peut entraîner l'oblitération des conduits éjaculateurs et de l'utricule. C'est le long des glandes et de leurs conduits excréteurs que se fait la propagation de

l'inflammation dans la profondeur. Dans le cas de catarrhe simple, on trouve à la coupe de nombreuses glandes remplies d'épithélium desquamé, au milieu d'autres glandes paraissant encore saines. Dans le cas de catarrhe purulent, on rencontre, dans les cavités glandulaires, outre les éléments cellulaires normaux, des leucocytes polynucléés en plus ou moins grand nombre qui remplissent parfois presque complètement ces cavités.

Symptomatologie. — 1^o SYMPTÔMES OBJECTIFS. — *Prostatorrhée, spermatorrhée.* — Voilà les deux symptômes objectifs par lesquels se manifeste l'inflammation chronique de l'organe; et il s'agit, plus souvent, de catarrhe des glandes prostatiques que d'écoulement de sperme, à l'encontre de l'opinion des malades qui se croient atteints de pertes séminales et en sont très frappés.

Il est, cependant, des cas réels de spermatorrhée: celle-ci peut être latente et l'on rencontre parfois des spermatozoïdes isolés dans l'urine des blennorrhéens; habituellement, elle se produit à l'occasion des défécations et de la miction et s'explique parce que les orifices des canaux éjaculateurs, infiltrés et rigides, laissent échapper le sperme à la moindre poussée abdominale.

La prostatorrhée tient au catarrhe simple ou purulent des glandes prostatiques. Tantôt elle est assez copieuse pour apparaître au méat en petites gorgées intermittentes d'un liquide trouble, épais et muqueux, que les intéressés prennent pour du sperme et qu'expulsent les dernières contractions de la miction, ou les efforts d'une défécation, ou la pression du doigt sur la prostate: il renferme d'abondantes cellules épithéliales, cylindriques ou polygonales, des corpuscules amyloïdes, des grains de leucine et les cristaux spermatiques de BOTCHER, en aiguilles ou en prismes. Tantôt les bouchons de muco-pus qui obstruent les glandes sont assez fixés pour n'être entraînés que dans les dernières portions d'urine, — second verre — sous forme de filaments courts, denses, en forme de crochets: ce sont les fameuses *virgules de Fürbringer*, constituées par deux couches de cellules cylindriques superposées.

L'exploration rectale ne doit jamais être négligée. Il est des sujets chez qui elle ne révèle aucune lésion ; habituellement, on trouve deux types, bien distingués par KEERSMECKER : tantôt la prostate demeure régulièrement tuméfiée, molle, sans noyaux durs, peu sensible, forme qui répond à une prostatorrhée assez copieuse ; tantôt la glande est moins volumineuse, mais irrégulière, à noyaux durs, et cela répond aux formes moins sécrétantes, à virgules dans le second verre.

2° SYMPTÔMES FONCTIONNELS. — Les symptômes fonctionnels peuvent être réduits au minimum. Un peu de pesanteur à l'anus ; parfois une irridiation douloureuse dans l'urètre ; chez quelques malades, une sensation de vraie souffrance au moment de l'éjaculation ; quelque fréquence dans les besoins de miction ; des érections incomplètes ; une émission de sperme qui est très hâtive ou retardante : c'est à peu près le tableau ordinaire. Mais sur cette symptomatologie atténuée vient s'exercer le travail grossissant de l'imagination, de la nervosité, des lectures extra-scientifiques, et l'on voit fréquemment des malades qui, obsédés par leur écoulement, arrivent à une véritable psychopathie sexuelle.

Il est, cependant, des troubles réels de la miction, de l'excrétion prostatique et des fonctions génitales, que FINGER et FURBRINGER ont bien analysés. On observe des besoins plus fréquents et plus impérieux d'uriner ; après chaque défécation, de faux besoins peuvent persister, dus à l'excitation née du passage du bol fécal. Au moment de l'éjaculation, une douleur lancinante peut être ressentie dans les parties profondes de l'urètre ou du côté du rectum : elle tient vraisemblablement au rétrécissement de l'orifice des conduits éjaculateurs par l'infiltration ou l'hyperplasie conjonctive.

Traitement. — Le traitement est d'abord un traitement moral. « Déclarez nettement, conseille GUYON, aux névropathes qu'ils ne sont pas prostatiques, et aux prostatiques qu'ils ne sont pas voués, par une insignifiante lésion, aux maux que subissent les névropathes. » Hydrothérapie tiède, plein air, exercice ; lavements très chauds ; suppositoires mercuriels ou iodurés. Dans le cas de lésion nette du verumontanum, la

médication topique peut être portée directement avec l'endoscope. Les instillations au nitrate d'argent sont plus souvent employées. La dilatation mécanique par les gros béniqués est utile. THURE BRANDT, SCHLIFKA, ROSENBERG, KEERSMECKER ont vanté les bons effets du massage intrarectal.

ARTICLE II

HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

Anatomie pathologique. — 1° ÉTUDE MACROSCOPIQUE. — Les formes de l'hypertrophie prostatique se rattachent à deux types. Tantôt l'hypertrophie est générale : la glande est développée en masse. Tantôt, au contraire, la tuméfaction est partielle ou tout au moins offre une localisation dominante, soit sur le lobe moyen, soit sur les lobes latéraux : la glande est plus déformée que grossie, le canal prostatique se dévie ou l'orifice du col s'encombre.

1. *Déformations du canal prostatique.* — L'élément « déformation » prime de beaucoup l'élément « hypertrophie ». Or, cette action déformante peut porter, suivant la localisation anatomique du processus, soit sur le tronçon prostatique du canal, soit sur le méat interne et la région cervicale de la vessie. C'est à EVERARD HOME que nous devons cette distinction capitale opposant les lésions intra-vésicales de l'hypertrophie prostatique aux lésions uréthrales. Sans doute, les acquisitions récentes ont modifié, au point de vue anatomique, la conception d'EVERARD HOME : à l'état normal, il n'y a pas de lobe moyen, mais une simple commissure joignant les deux lobes latéraux ; à l'état pathologique, ce sont, comme l'ont établi les travaux de JONES et d'ALBARRAN, les glandes juxta-cervicales, qui créent cette déformation, à saillie endo-vésicale. Mais, quelle que soit son origine, le *lobe moyen*, anatomiquement non préexistant, est cliniquement fréquent.

Une modification de l'urètre est à peu près constante : c'est l'allongement. Et cela s'explique : les hypertrophies, même