

sécurité immédiate et de son efficacité définitive, un résidu urinaire plus ou moins abondant pouvant persister après l'intervention; mais, d'autre part, le cathétérisme est si souvent périlleux, en pareil cas, que nous croyons la prostatectomie appelée, alors, à de croissantes applications.

La prostatectomie peut être pratiquée par le périnée, par l'hypogastre, ou par ces deux voies combinées.

La *prostatectomie périnéale*, bien précisée au point de vue technique par ALBARRAN, PROUST et GOSSET, est descendue actuellement à un faible coefficient de mortalité : 4 à 8 p. 100. La *prostatectomie transvésicale* de FULLER et FREYER entre en parallèle avec elle; et les indications respectives de ces deux voies — haute et basse — ont encore besoin de précision. La voie transvésicale, d'une plus haute mortalité, convient mieux aux grosses prostatites, avec déformation cervicale dominante, aux cas de rétention incomplète, à ceux compliqués de gros calculs. La voie périnéale est mieux indiquée dans les prostatites à volumineuse saillie intra-rectale, aux sujets très obèses, aux cas aggravés par l'infection vésicale, aux glandes petites et scléreuses avec périprostatite.

VI. *Castration*. — En 1893, RAMM et WHITE ont proposé la castration comme moyen de cure radicale de l'hypertrophie prostatique. — Un fait expérimental est constant : la castration double détermine chez tous les animaux une atrophie prostatique rapide, déjà très marquée un mois et demi à deux mois après l'opération; cette atrophie porte surtout sur le tissu glandulaire; les modifications du stroma sont tardives et variables; de ces changements de structure résulte une diminution de volume de l'organe. Cette atrophie est manifeste même lorsqu'on expérimente sur de vieux animaux. L'observation clinique confirme-t-elle ces résultats? La castration double a bien pour effet de diminuer le volume de la prostate hypertrophiée, et ce résultat paraît surtout dû à la décongestion de la glande. Sur la vessie elle-même, sur les symptômes dysurie et rétention, il y a des améliorations signalées. Mais ces résultats médiocres et inconstants, n'ont pas réussi à empêcher le discrédit actuel de la castration, qui, d'ailleurs, n'est point sans dangers chez cette catégorie de malades.

IV. *Réssection des canaux déférents*. — A la suppression de l'organe par la castration, HARRISSON, PAVONE et WHITE ont voulu substituer l'isolement anatomique et physiologique, par la simple réssection des canaux déférents. On a noté, et nous-même avons vu, après cette intervention, la fréquence des besoins diminuer, la miction ou le sondage devenir plus faciles, les douleurs s'apaiser; des actions vasomotrices, décongestionnant l'organe, expliquent ces effets, qui sont peu marqués d'ailleurs dans la rétention chronique complète. Cette intervention est abandonnée.

V. *Angio-neurectomie du cordon*. — Au congrès d'urologie d'octobre 1897, ALBARRAN, se basant sur des expériences faites avec MOTZ, exprimait l'hypothèse que l'angio-neurectomie du cordon qui, chez le chien, amène l'atrophie de la prostate en même temps que celle du testicule, pourrait être appliquée à l'homme. Elle consiste à réséquer, dans une petite étendue, tous les vaisseaux et nerfs du cordon, sauf l'artère déférentielle et une ou deux des veines qui l'accompagnent; le canal déférent est respecté : cette intervention n'est plus même en question.

## ARTICLE III

## CONCRÉTIONS ET CALCULS DE LA PROSTATE

1° *CONCRÉTIONS ET CALCULS D'ORIGINE ENDOPROSTATIQUE*. — Cette variété de concrétions prostatiques interstitielles n'a guère d'intérêt chirurgical : dans la presque totalité des cas, elle ne se traduit par aucun symptôme et ne se constate qu'à l'autopsie. Elle a surtout un intérêt anatomo-pathologique. Il est commun, en effet, après avoir incisé un urètre, d'observer, dans sa portion prostatique, aux environs du verumontanum, et dans les orifices des canaux prostatiques, de nombreux petits corps brunâtres ou noirâtres « dont les plus volumineux, nous dit THOMPSON, ont d'ordinaire la taille de graines de pavot ».

2° CALCULS D'ORIGINE EXTRAPROSTATIQUE. — Les pierres que l'on trouve dans la portion prostatique de l'urèthre sont étrangères à la glande; le plus souvent elles sont venues de la vessie: ce sont, suivant le mot de JULLIEN, des *calculs exotiques*. Il est certains calculs vésicaux *petits et mobiles* qui, lors de la miction, s'engagent dans l'urèthre, mais rentrent dans la vessie: ils demeurent passibles de la lithotritie ou de la taille hypogastrique et n'offrent point un intérêt spécial. — Une variété autrement importante est représentée par les calculs *fixes*. Ces pierres se forment, soit par le grossissement sur place de petits calculs ou de fragments calculeux venus de la vessie et s'enveloppant de couches phosphatiques concentriquement apposées, soit consécutivement à des calculs de l'enfance, constitués à une époque où la prostate n'est pas encore développée. — Les signes sont ceux d'un calcul vésical. Le traitement de choix consiste dans la taille périnéale.

## ARTICLE IV

## TUBERCULOSE DE LA PROSTATE

**Anatomie pathologique.** — Le tubercule évolue, dans la prostate, suivant le processus général: la granulation grise est la formation initiale, mais il est rare de l'observer; la granulation jaune, en voie de ramollissement, est plus fréquemment rencontrée; ces nodules s'agglomèrent en masses caséuses d'un blanc jaunâtre qui, habituellement, se liquéfient en un magma puriforme, constituant un abcès tuberculeux.

Le voisinage de l'urèthre et du rectum fait l'intérêt de ces lésions. Des amas de granulations grises, auxquels succèdent promptement des plaques de matières caséuses, occupent parfois la portion sous-muqueuse de l'urèthre prostatique et soulèvent par places l'épithélium qui bientôt se perforé. Ailleurs, une cavernule à marche progressive vers l'urèthre a fini par s'ouvrir dans le canal. Petites ou grandes, ces ulcéra-

tions uréthrales n'ont aucune tendance à l'oblitération spontanée: la porte reste ouverte aux infections septiques secondaires.

Quand le processus évolue en pleine glande, vers le rectum plus que vers l'urèthre, le ramollissement des noyaux tuberculeux peut cribler la prostate de menus abcès, ou plus fréquemment et par leur confluence progressive, la creuser d'une ou plusieurs poches aux parois anfractueuses. Des fistules se forment dont les directions sont multiples: on en a vu — trajets rares — aboutir à l'hypogastre, à l'abdomen; plus souvent, le rectum est perforé; la grande majorité est constituée par les fistules périnéales, dont les orifices tendent à se rapprocher du pourtour de l'anus.

La localisation primitive et isolée dans la prostate est possible. Dans la plupart des cas, les malades qui ont des tubercules dans la prostate en ont aussi dans l'épididyme et le testicule, sans qu'il soit possible de préciser quel organe a commencé.

**Symptômes et diagnostic.** — La forme uréthrale se traduit par les signes d'une uréthrite postérieure chronique. L'examen bactériologique de l'écoulement, recueilli avec l'explorateur à boule, peut fixer le diagnostic de nature en montrant le bacille de Koch. Les douleurs sont celles de l'uréthro-cystite: les envies sont fréquentes; la fin de la miction douloureuse. L'hématurie est quelquefois précoce, analogue à l'« hémoptysie vésicale » des cystites tuberculeuses: généralement ce sont quelques stries sanglantes teintant les dernières gouttes.

Dans la forme rectale, l'affection passe longtemps inaperçue: c'est pour une arrière-uréthrite, une induration épididymaire, une cystite, que les malades consultent le médecin. On note quelquefois du ténisme rectal, de la pesanteur au périnée, de la constipation, une douleur plus ou moins vive au passage du bol fécal. Le toucher rectal établit le diagnostic: le doigt constate l'augmentation de volume totale ou partielle de l'organe; ça et là, il peut trouver des points durs, des bosselures, des foyers limités de ramollissement, de vrais abcès.

**Traitement.** — Si l'état général ou la gravité des lésions

locales ne créent point de contre-indication, on peut aborder la glande soit par l'incision médiane, soit par la taille pré-rectale, soit par le débridement des trajets fistuleux existants, et gratter à la curette les clapiers et les points fongueux.

## ARTICLE V

## CANCER DE LA PROSTATE

**Anatomie pathologique.** — Le cancer prend, dans la prostate, ces deux formes anatomiques : 1° le sarcome ; 2° l'épithélioma. — Le sarcome s'observe surtout chez l'enfant. L'épithélioma de la prostate s'observe surtout chez le vieillard, et cela s'explique par la transformation de l'hypertrophie prostatique en épithélioma. HALLÉ et ALBARRAN ont établi que cette transformation est moins rare qu'on ne pensait et que, depuis l'adénome jusqu'à l'épithéliome alvéolaire, on pouvait observer toutes les phases de l'évolution.

Deux types anatomiques du cancer prostatique peuvent être décrits : ou bien la néoplasie n'a point eu le temps de sortir hors de la loge de la glande ; ou bien, au contraire, la tumeur a diffusé dans tout le petit bassin. — Dans le premier cas, on trouve une masse circonscrite, du volume moyen d'un œuf de poule, d'une mandarine, d'une grosse orange, de surface habituellement irrégulière, bosselée de larges lobes. Dans le second cas la tumeur est énorme. La prostate est une éponge lymphatique, aussi la diffusion est rapide : les ganglions pelviens dégénérés forment des chaînes qui confinent à la tumeur prostatique. En quelques mois, on peut voir ces masses néoplasiques emplir le petit bassin, s'extérioriser hors du pelvis, pousser des prolongements vers le périnée, contracter même des adhérences avec la paroi osseuse.

**Symptomatologie.** — Le début est quelquefois insidieux, surtout constitué par de la dénutrition, de l'amaigrissement coïncidant avec des envies fréquentes d'uriner, une constipa-

tion opiniâtre, du ténesme rectal ; des hématuries ; le toucher rectal montre une tumeur prostatique volumineuse. — Ordinairement, la *dysurie* marque le début de l'affection : les mictions sont devenues fréquentes et difficiles ; dans quelques cas rares, c'est par une rétention complète que la maladie s'annonce. — Les *hématuries* sont variables : il s'agit parfois de pissements sanglants très légers accompagnant la fin de la miction ; ailleurs, symptôme plus caractéristique, un caillot moulu dans l'urètre prostatique est expulsé par le premier jet ; quelquefois, le mélange noirâtre du sang et de l'urine est plus intense et cela tient à ce que le sang de l'urètre prostatique a reflué dans la vessie. Ces hématuries ont les caractères des hématuries néoplasiques : spontanées, abondantes.

Les *douleurs* spontanées sont significatives. Chez quelques malades, on les rencontre à la région sacrée ; presque continues, elles sont encore augmentées par les efforts de défécation. Elles se localisent, chez d'autres, au niveau du périnée, de l'hypogastre et de la verge ou bien n'apparaissent que vers la fin de la miction et s'irradient vers le gland. Elles s'associent maintes fois à des irradiations caractéristiques, suivant le trajet du sciatique et de ses branches importantes et traduisant la compression du plexus sacré par la masse néoplasique.

Le toucher rectal, qui doit se pratiquer à vessie vide et combiné à la palpation hypogastrique, fixe le diagnostic. Ordinairement, le doigt rencontre un néoplasme massif, développé vers la concavité du sacrum, parfois adossé solidement aux deux branches ischio-pubiennes, et dont les limites postéro-supérieures sont maintes fois inaccessibles. Le néoplasme se montre composé de gros lobes. La consistance est uniformément dure, surtout au début : mais la désintégration ne tarde point à ramollir partiellement la masse.

**Diagnostic.** — Les néoplasmes du bas-fonds vésical se distingueront, grâce au double toucher : la glande reste indemne et se retrouve souple et régulière au-devant de l'induration du plancher vésical ; la néoplasie ne s'étend que par progrès lents, ayant le temps de tuer par hémorragie ou par néphrite

avant de former une tumeur massive, et respecte les ganglions. Entre un cancer de la prostate et une tumeur maligne de la paroi antérieure du rectum, l'hésitation est parfois possible surtout dans ces formes rares où l'obstruction intestinale prime tout symptôme. Dans les cas habituels, ce sont les troubles de la miction qui éclairent sur le siège prostatique de la néoplasie; l'index reconnaît d'ailleurs la souplesse et la liberté de la muqueuse rectale; la paroi est refoulée, non envahie.

**Traitement.** — Pour une tumeur limitée, la prostatectomie périnéale serait applicable; mais, à cette phase précoce, le diagnostic de nature est rarement posé.

## DIXIÈME PARTIE

### AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

#### CHAPITRE PREMIER

#### AFFECTIONS DU TESTICULE

##### ARTICLE PREMIER

##### ANOMALIES DU TESTICULE

Les malformations du testicule portent, soit sur le développement de l'organe, soit sur sa migration. — De là, depuis le travail de LE DENTU, leur classement en deux groupes : 1<sup>o</sup> *anomalies de développement*, portant soit sur le *nombre*, soit sur le *volume* des testicules; 2<sup>o</sup> *anomalies de migration*, qui comprennent les *arrêts* anormaux de la glande en un point quelconque de son trajet (anomalies de situation), ou bien les *déviations* de l'organe hors de sa route normale (anomalies de direction).

##### I. — ANOMALIES DE DÉVELOPPEMENT

1<sup>o</sup> *Anomalie de nombre.* — L'existence de testicules surnuméraires n'est établie, sauf peut-être le cas de BLASIUS, par aucun fait probant : cette prétendue *polyorchidie* répond ordinairement à la présence de kystes du cordon que leur dureté et leur forme font confondre avec un testicule. — L'absence