

périprostatiques sont manifestement plus fréquentes que les suppurations intra-prostatiques proprement dites, toutes les fois que la formation du pus reconnaît pour cause une manœuvre opératoire ou toute autre circonstance capable d'offenser directement la muqueuse urthro-prostatique.

CHAPITRE III

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

Lorsqu'on examine une prostate envahie par la suppuration, les lésions se présentent sous trois aspects principaux.

Dans une première série de cas, on constate les altérations d'une simple adénite, d'une prostatite catarrhale. Les glandes sont dilatées, et leurs orifices élargis laissent sourdre, à la pression, une quantité plus ou moins considérable de gouttelettes purulentes (1).

Ailleurs, le parenchyme est encore parsemé de petits

(1) Le liquide ainsi obtenu par l'expression d'une prostate supposée malade doit toujours être examiné avec le plus grand soin, si l'on veut éviter toute cause d'erreur dans son diagnostic anatomo-pathologique. La composition et surtout la coloration physiologique du liquide prostatique normal peuvent, en effet, donner le change et faire croire à l'existence de lésions suppuratives, alors que le tissu glandulaire est absolument sain. Ce fait a été mis en lumière par M. le professeur Robin : « Lorsqu'on vient, dit-il, à prendre sur le cadavre les vésicules séminales et la prostate et qu'on les comprime, de manière à faire sortir du sperme par les canaux déférents et du liquide prostatique par les canaux correspondants, on distingue de suite ces deux liquides : le sperme se fait remarquer par sa coloration d'un gris brunâtre et le liquide prostatique par sa coloration et sa consistance crémeuse ou une teinte légèrement jaunâtre, *analogue à celle du pus*. Cette dernière particularité est assez importante ; car j'ai vu des cas dans lesquels on a pris ce liquide sortant normalement de la prostate, après la compression pendant l'autopsie, *pour du pus dû à une prostatite*... Or cette coloration n'est produite que par des granulations principalement grasseuses et non par des leucocytes. » (*Leçons sur les humeurs*, 2^e édit. 1874, p. 446.)

abcès isolés qui parfois se comptent par centaines (Velpeau). Mais ici la sécrétion purulente siège autour ou dans l'interstice des grains glanduleux, et ceux-ci, gorgés d'un liquide puriforme, ressemblent à « des canaux qu'on aurait injectés avec de la cire ».

Enfin, dans un troisième groupe de faits, on observe la destruction d'une partie ou de la totalité de la glande et la formation d'une sorte de caverne creusée en plein tissu prostatique.

Tels sont les différents caractères anatomo-pathologiques de la prostatite suppurée, tels que la simple observation nécropsique permet de les reconnaître et tels qu'ils ont été décrits par Lallemand et Velpeau.

Les premiers stades de la prostatite sont moins connus; les autopsies sont en effet exceptionnelles à cette période et les examens histologiques font défaut. Voillemier et M. Thompson sont les seuls chirurgiens qui aient décrit avec quelque précision les lésions initiales de la prostatite.

Dans le cas observé par M. Thompson, l'organe tuméfié et volumineux paraissait tendu et dur à la pression, les plexus veineux étaient gorgés de sang, la muqueuse uréthrale participait un peu à cette congestion générale et le parenchyme présentait, à la coupe, une coloration rouge accentuée. La pression des doigts faisait sourdre un fluide rougeâtre assez trouble, « mélangé de lymphé épanché et de sérum, de sang venant des capillaires engorgés, de liquide prostatique et d'une très petite quantité de pus » (1).

(1) THOMPSON, *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, traduit. franç. Paris, 1874, p. 336.

Les lésions de la période inflammatoire se sont aussi montrées sous une forme intéressante, sur le malade de Voillemier. Voici les détails de l'autopsie publiée par M. Le Dentu (1): « Un homme, atteint de blennorrhagie et de prostatite, succomba à une pneumonie double (Lariboisière). La muqueuse de l'urèthre était enflammée dans toute son étendue, mais surtout dans sa moitié postérieure. Les lobes latéraux de la prostate formaient deux tumeurs allongées, très proéminentes vers le canal, un peu irrégulières, mamelonnées et recouvertes d'une muqueuse fortement injectée. Celle du côté gauche avait 45 millimètres de long et 23 millimètres de large dans son milieu. Elle présentait une douzaine de bosselures dont quelques-unes, très petites, assez régulièrement arrondies ou ovalaires, de volume variable, dont la plus forte mesurait 8 millimètres de diamètre. Celle du côté droit, plus régulière, avait 54 millimètres de long et 22 millimètres dans sa plus grande largeur. Ses bosselures, difficiles à compter, étaient à peu près en même nombre que celles de l'autre lobe, mais les principales occupaient la partie antérieure de l'organe. Les deux lobes faisaient, du côté de la vessie, une saillie de 1 centimètre au moins. A partir du verumontanum jusqu'au col de la vessie, l'urèthre était dévié; à gauche, cette déviation était produite par les deux petits lobes prostatiques, notés par Morgagni et très bien décrits par Jarjavay, qui siègent, en arrière, sur le col vésical. Arrondis, saillants, ces deux lobes avaient, chacun, 1 centimètre de diamètre et formaient deux petites tumeurs indépendantes l'une

(1) LE DENTU, 2^e vol. des *Mal. des voies urinaires*, de Voillemier. Paris, 1880.

de l'autre, ainsi que du lobe droit de la prostate, mais déjetées vers ce dernier et accolées à son extrémité postérieure. La muqueuse, qui les recouvrait, était tirillée et présentait des plis antéro-postérieurs légèrement obliques de dehors en dedans. La membrane muqueuse de la vessie était légèrement injectée près du col. En arrière, du côté du rectum, la prostate formait deux tumeurs allongées, du volume d'une noix, dont l'une, celle de droite, était un peu plus volumineuse que l'autre. » M. Le Dentu fait remarquer que, dans ce cas, la phlegmasie avait certainement débuté par les lobules, mais la tuméfaction générale de l'organe et son changement de forme indiquaient aussi qu'elle avait déjà franchi les limites du tissu glandulaire.

Ces deux autopsies offrent un grand intérêt et font connaître les caractères anatomo-pathologiques fondamentaux de la prostatite aiguë à son début : augmentation de volume générale ou partielle de l'organe avec ou sans lobulations de sa surface, congestion du parenchyme, altérations inflammatoires de la muqueuse.

L'évolution ultérieure du processus est, à son tour, bien connue dans ses différentes modalités : résolution, passage à l'état chronique et suppuration. Mais en définitive, la question du point de départ réel de la phlegmasie reste à déterminer.

Velpeau comparait le mécanisme des inflammations de la prostate à celui des inflammations de la parotide, de la mamelle ou des ganglions lymphatiques. Les unes, disait-il, « ont pour racines le tissu sécréteur et les canaux excréteurs... D'autres fois, l'inflammation débute par les filaments qui forment la trame de la glande et n'arrive

ainsi aux granulations proprement dites que secondairement. Il est possible que la phlegmasie commence par la face interne de la capsule fibreuse et qu'elle ne pénètre que consécutivement dans le parenchyme même de l'organe; on conçoit enfin que l'inflammation ait pour point de départ l'intervalle des lames aponévrotiques qui entourent ou qui avoisinent, soit le bas-fond et le col de la vessie, soit la portion membraneuse, et qu'elle se communique de là à la glande prostate (1). »

La plupart des auteurs qui ont écrit depuis sur l'anatomie pathologique des inflammations prostatiques ont reproduit les divisions de Velpeau et décrit, pour le moins, trois formes de prostatite : la prostatite muqueuse, la prostatite glanduleuse et la prostatite parenchymateuse.

En présence d'un organe quelconque, on peut évidemment dissocier ses éléments constitutifs par la pensée et considérer chacun d'eux comme susceptible de devenir le point de départ d'un processus inflammatoire; mais, lorsqu'on pousse aussi loin l'analyse, les distinctions deviennent purement arbitraires et sont, à coup sûr, dépourvues de toute valeur clinique.

L'inflammation, envisagée d'une manière générale, doit être considérée comme un ensemble de phénomènes propres au tissu vasculaire et reconnaissant pour cause première, constante et caractéristique, un trouble de la circulation (Ch. Robin).

Ce phénomène de fluxion suffit à caractériser l'inflammation, puisqu'il en est la condition pathogénique essentielle; mais, après lui, et comme phénomène consécutif, on

(1) VELPEAU, article *Prostate* in *Dict. en 30 vol.* Paris, 1842.

voit survenir tout un ensemble de phénomènes cellulaires, qui sont « relatifs à une participation plus ou moins active des éléments extra-vasculaires préexistants (1) » (multiplications et néo-formations) et dont il faut tenir compte.

Dans ces derniers temps, les Allemands, se fondant sur les données de l'embryogénie, ont cru pouvoir décréter l'indépendance absolue de ces deux ordres de phénomènes, de telle sorte qu'il faudrait distinguer les inflammations, quelles qu'elles soient, en circulatoires et en cellulaires. Les trois feuilletts du blastoderme conserveraient ainsi leur individualité, jusque dans les faits pathologiques de toute la durée de l'existence, le feuillet moyen ou mésoblaste présidant aux inflammations circulatoires, et les feuilletts internes et externes présidant aux proliférations épithéliales ou épidermiques.

Ces différentes hypothèses ont été soumises aux exigences d'une analyse vraiment scientifique par M. le professeur Charcot, et le point de vue particulier auquel il a dû se placer, pour mener à bien ce travail de contrôle, nous intéresse directement.

Envisageant d'une manière spéciale l'évolution des phénomènes cellulaires de l'inflammation, au sein d'un parenchyme glandulaire quelconque, M. Charcot s'est surtout attaché à résoudre les questions suivantes : « L'épithélium est-il affecté en premier lieu et les lésions dont il souffre se communiquent-elles secondairement aux tissus sous-jacents ; ou bien l'altération de la gangue conjonctive précède-t-elle, au contraire, celle dont l'épithélium est le siège ; ou bien, enfin, les deux éléments

(1) CHARCOT, *Progrès méd.*, 1877, p. 800.

anatomopathologiques sont-ils contemporains et faut-il leur accorder la même valeur pathogénique (1) ? »

C'est en reproduisant artificiellement (ligature du canal cholédoque, etc.) les inflammations glandulaires qui résultent de l'oblitération des canaux excréteurs (calculs salivaires, calculs biliaires, pyélo-néphrite par l'obstruction urétrale, etc.), que M. Charcot a pu acquérir la conviction que, dans ces phlegmasies à la fois épithéliales et interstitielles, la lésion du tissu épithélial est la première en date. Il a de plus constaté que ces lésions interstitielles secondaires peuvent affecter très rapidement le caractère suppuratif. Des abcès miliaires se forment alors en grand nombre autour des vaisseaux et peuvent, en se rassemblant, donner lieu plus tard à une collection purulente plus volumineuse.

Or, pour moi, les choses ne se passent pas autrement dans l'inflammation prostatique, et l'histoire des phlegmasies de cette glande vient, en définitive, confirmer une fois de plus les conclusions générales de M. le professeur Charcot.

L'analyse des observations nécropsiques de Lallemand suffirait à le démontrer. On trouve, en effet, dans son ouvrage sur les pertes séminales (2), une série d'autopsies qui permettent de suivre nettement la propagation au tissu cellulaire ambiant, de l'inflammation des follicules muqueux, qui sont alors « gorgés d'un liquide visqueux, puriforme, et ressemblent à des canaux qu'on aurait injectés avec de la cire ».

(1) CHARCOT, *Des cirrhoses viscérales épithéliales en général*. Progrès médical, 1878.

(2) LALLEMAND, *Des pertes séminales involontaires*. Paris, 1836 à 1842.

De son côté, Velpeau nous a laissé quelques documents très démonstratifs; ainsi, à l'autopsie d'un homme mort dans le service de J. Cloquet, à la suite d'une inflammation de la prostate et du col de la vessie, « on trouva l'encéphale et les viscères thoraciques dans l'état sain... le canal de l'urèthre était dans l'état normal jusqu'à sa portion membraneuse; mais, à partir de là, sa membrane muqueuse était épaissie et offrait des traces incontestables d'inflammation, qui allaient en augmentant jusqu'à la base du trigone vésical, pour disparaître ensuite insensiblement dans le corps de la vessie. La prostate était aussi grosse qu'un œuf de poule et renfermait une grande quantité de pus qui se trouvait infiltré dans son parenchyme et non rassemblé en foyer: c'est-à-dire que ce pus se présentait sous la forme de petits grains disséminés, au nombre de plusieurs centaines, *autour ou dans l'interstice* des granulations de l'organe. De telle sorte même que, si ces grains fussent passés à l'état concret, la prostate n'eût pas manqué de paraître criblée de tubercules (1).»

Cette dernière autopsie faite par Velpeau est particulièrement concluante. Mais il m'est possible de fournir, à l'appui des idées que je cherche à défendre, une preuve plus décisive encore: c'est leur démonstration histologique.

J'ai recueilli, en septembre 1879, la prostate d'un homme de 47 ans, mort de broncho-pneumonie double à l'hôpital Necker. Ce malade était soumis à la dilatation pour un rétrécissement bulbaire très serré, et,

(1) VELPEAU, *Arch. gén. de médecine*, 5^e année, t. XIV, p. 500. Paris, 1827.

quelques jours avant sa mort, il avait présenté des symptômes de prostatite aiguë. Mon ami M. Brissaud a bien voulu faire l'examen histologique de la pièce. La prostate, durcie par fragments dans l'alcool et la gomme, a été sectionnée dans le sens perpendiculaire à l'axe de l'urèthre. Les coupes, colorées au picro-carmin et montées dans la glycérine, lui ont permis de constater ce qui suit:

Les tubes glandulaires (Pl. I, fig. 2, *a*) en très grand nombre, dirigés parallèlement les uns aux autres, sont le siège d'une inflammation d'intensité variable, suivant les points. La paroi interne de ceux qui sont le plus altérés se confond avec le tissu musculaire de la glande, par une formation plus ou moins confluyente de noyaux inflammatoires, formant des trainées vivement colorées par le carmin et interposées aux éléments musculaires; mais, ce qu'il faut signaler surtout à ce point de vue, c'est l'inégalité du processus inflammatoire. Il se concentre par place sur certains groupes de canaux, tandis qu'il épargne absolument des groupes voisins. Dans cette partie de la glande, il n'y a pas de suppuration.

Dans la partie périphérique, c'est-à-dire dans la région des culs-de-sac, on observe des altérations analogues, quoique beaucoup plus prononcées, et, là encore, on reconnaît que certains groupes de culs-de-sac sont restés sains, alors que d'autres, tout à fait contigus, mitoyens, ont subi des modifications profondes. La paroi épithéliale (Pl. I, fig. 2 et 3 *b, b*), représentée à l'état normal par une couche de cellules emboîtées les unes avec les autres, est ici remplacée par une agglomération considérable d'éléments jeunes, très fortement colorés par le réactif et

dont la masse remplit quelquefois tout le cul-de-sac glandulaire; sur certains points, même, cette prolifération intra-glandulaire a subi une transformation régressive qui ne permet plus de reconnaître, dans le détritus intra-glandulaire, aucun élément à configuration précise. (Désintégration cellulaire, au milieu de laquelle on distingue quelques globules de pus.)

Ces lésions des culs-de-sac dans la région périphérique de la prostate, ne sont pas les seules qu'on observe. Dans le tissu interglandulaire, formé de fibres musculaires enchevêtrées en tous sens, on constate une néoplasie nucléaire des plus abondante, infiltrée au pourtour des culs-de-sac. Sur certains points (Pl. I, fig. 3 c), le processus présente une intensité très remarquable, et cependant les vaisseaux sanguins artériels ou veineux sont rares. Par place, cette multiplication nucléaire interglandulaire s'est terminée de la même façon que dans l'intérieur même des culs-de-sac, et l'on peut ainsi assister à la formation de petits abcès miliaires disséminés dans le tissu charnu de la glande. Quelques préparations font voir la communication de plusieurs de ces abcès interglandulaires avec la cavité des culs-de-sac (Pl. I, fig. 3 d).

La marche du processus inflammatoire est, on peut le voir, aussi nette que possible dans ce cas particulier, et je n'insisterai pas davantage.

L'importance de la lésion glandulaire, bien mise en lumière autrefois par Lallemand, négligée depuis, est en résumé primordiale, à mon avis. Il ne faut pas seulement, comme l'ont fait tous les auteurs depuis Lallemand et Velpeau, lui donner une place dans l'énumération des diverses localisations primitives de la prostatite; il faut

la considérer comme le point de départ habituel, et pour ainsi dire constant, de toutes les phlegmasies de la glande.

Nous savons déjà que presque toutes les prostatites reconnaissent pour cause première un état inflammatoire du conduit urétral, et, si l'on ajoute à la notion de propagation par continuité, bien connue de tous, la notion de propagation à distance, telle que l'avait entrevue Velpeau et telle que je cherche à la caractériser, en la rapprochant des inflammations glandulaires consécutives à l'oblitération (1) de leurs conduits excréteurs, on arrive à cette conviction logique, que la prostatite glandulaire domine absolument l'histoire des phlegmasies prostatiques.

Ainsi, abstraction faite des circonstances où la filiation pathologique est évidente, je pense qu'un abcès de la prostate étant donné, il faut encore attribuer sa formation, dans presque tous les cas, à la coalescence de plusieurs foyers développés dans le tissu prostatique interstitiel, sous l'influence d'une lésion primitive de l'élément sécréteur.

Cette assertion n'a toutefois rien d'absolu, et c'est une simple question de fréquence que je cherche à faire prévaloir. On ne saurait, en effet, contester la possibilité d'une lésion interstitielle primitive. Les suppurations

(1) On sait, à ce propos, que, pour M. le professeur Robin, « on n'a jamais constaté jusqu'à présent les caractères propres au liquide prostatique dans un écoulement quelconque de l'urèthre. Toutes les humeurs qui en sortent dans les affections décrites sous les noms de prostatite chronique, de prostaticorrhée, écoulements urétraux prostatiques, ont ou bien les caractères du mucus urétral devenu purulent, ou ceux du liquide des glandes de Méry, purulent ou non. » Ch. ROBIN, *Leçons sur les humeurs*, 2^e édit. Paris, 1874, p. 445.

prostatiques qui succèdent à une plaie directe de l'organe, ou qui se développent sous l'influence de l'infection purulente par exemple, sont là pour le démontrer.

En dernière analyse, les analogies établies par Velpeau se trouvent confirmées, et, de même qu'il y a lieu d'admettre une parotidite catarrhale et une parotidite phlegmoneuse (Duplay), il faut aussi distinguer deux formes de prostatite :

1° La prostatite glanduleuse ou catarrhale, caractérisée par la réplétion inflammatoire des éléments glandulaires ;

2° La prostatite phlegmoneuse interstitielle, presque toujours consécutive à la précédente, plus rarement primitive, et constituant l'origine vraie des abcès chauds de la prostate.

Le nombre et le volume des abcès de la prostate est variable. Lallemand en a compté jusqu'à 30, et l'on peut, en somme, observer tous les intermédiaires depuis ces petits abcès miliaires qui viennent farcir la glande jusqu'à ces collections excessives qui détruisent la totalité du tissu glandulaire et convertissent en un foyer unique la loge prostatique.

Le pus qu'ils renferment est en général visqueux, collant et très souvent mélangé de sang.

Leur siège, pour ainsi dire constant, est au niveau des lobes latéraux de la prostate; tantôt l'abcès y est d'emblée cortical, tantôt il se collecte au centre même du parenchyme; ailleurs enfin il se montre au-dessous de la muqueuse uréthrale et rappelle les abcès péri-uréthraux qui se développent sur d'autres points du canal.

Il est tout à fait exceptionnel de voir la collection purulente siéger dans la bande prostatique pré-uréthrale.

Cette localisation singulière a été observée une seule fois, par M. Heath (1), sur un malade mort de péritonite. L'abcès siégeait au niveau de la paroi supérieure de l'urèthre, à l'entrée de la région prostatique, et ne communiquait pas avec le canal. Son évolution lente avait donné lieu pendant la vie « aux symptômes cliniques et aux complications d'un rétrécissement organique de l'urèthre ».

Ce fait unique n'a d'autre intérêt que celui de la curiosité. La portion de tissu prostatique qui entoure l'urèthre en avant n'a pas plus d'importance ici que dans les autres chapitres de l'histoire anatomo-pathologique de la prostate, et l'on peut dire, avec M. le professeur Guyon, qu'au point de vue chirurgical, il n'y a pas de prostate en avant de l'urèthre.

La forme des abcès de la prostate n'est généralement pas régulière; leurs cavités, presque toujours anfractueuses, rappellent beaucoup les cavernes tuberculeuses, et l'analogie se complète encore par la présence de brides celluluses qui traversent la cavité purulente. Cette disposition était très nette dans un cas observé par M. Guyon (*voy. obs. VI*). Dans les abcès ainsi creusés en loges inégales, il est évidemment rationnel d'admettre la fusion de plusieurs foyers primitivement distincts.

La collection purulente communique presque toujours avec l'urèthre, et les dimensions de l'orifice sont, comme l'observe M. Le Dentu, généralement proportionnées à celles du foyer. Dans certains cas, cependant, on a pu voir la muqueuse uréthrale, parsemée de petits pertuis,

(1) HEATH, *Med. Tim. and Gazette*, t. II, p. 463, oct. 1873.