

Lorsqu'on veut, au contraire, tenter l'injection par la muqueuse uréthro-prostatique, on obtient peu ou pas de résultat; leur ténuité est extrême à ce niveau, et, pour mon compte, je n'ai pu réussir qu'à injecter le réseau veineux sous-muqueux du col. « Nés de chacune des granulations de la glande, les lymphatiques prostatiques se dirigent vers sa base et sa face postérieure qu'ils recouvrent de leurs anastomoses. Quatre troncs principaux partent de ce plexus périphérique : deux latéraux et volumineux, qui se portent presque transversalement en dehors, pour se terminer dans un ganglion situé sur les parties latérales inférieures de l'excavation pelvienne; deux supérieurs, en général assez grêles, qui se rendent à un ganglion situé entre le trou sous-pubien et le détroit supérieur (1). »

Jamais M. Sappey n'a vu les lymphatiques gagner des ganglions plus rapprochés, et jamais, du reste, il n'a vu de ganglions entre la prostate et le rectum.

Je poursuis actuellement quelques recherches sur les lymphatiques de cette région, mais elles sont trop peu nombreuses encore, pour jouer un rôle dans cette discussion. Je puis dire cependant que, jusqu'à présent, elles sont restées négatives en ce qui regarde l'existence de ganglions prostatiques. Une seule fois, j'ai trouvé à l'autopsie d'un sujet jeune, mort avec une suppuration tuberculeuse de la prostate, une série de six à sept petites nodosités dures, nettement isolées, grisâtres et situées contre la paroi antérieure du rectum, en arrière de la région prostatique. J'ai cru d'abord à l'existence de

(1) SAPPEY, *Recherches sur la conformation extérieure et la structure de l'urèthre de l'homme*. Paris, 1854, p. 84.

ganglions tuberculeux, mais l'examen histologique a démontré à mon collègue M. Chambard qu'il s'agissait tout simplement de petits grumeaux de tissu cellulaire, indurés et infiltrés de pus.

D'ailleurs, il me suffit amplement d'avoir rappelé l'opinion de l'autorité la plus considérable en pareille matière, celle de M. le professeur Sappey. Le fait anatomique est celui-ci : il n'y a pas de ganglions lymphatiques périprostatiques. Par conséquent, jusqu'à preuve du contraire, nous ne pouvons pas admettre de lymphadénite périprostatique.

Certes, l'hétérotopie ganglionnaire réserve souvent des surprises. M. Lannelongue possède même un certain nombre d'observations très curieuses à cet égard, mais des considérations aussi instables ne pourraient en tout cas servir à étayer une théorie pathogénique.

En définitive, la lymphangite, la phlébite et le phlegmon simple sont les trois seuls modes pathogéniques que l'on puisse admettre, à propos du phlegmon périprostatique.

Ces variétés dans la pathogénie du phlegmon périprostatique méritaient quelques développements. Mais, il faut le reconnaître, elles modifient peu ou pas la physionomie symptomatique du phlegmon périprostatique, et, en tout cas, elles ne donnent pas prise au diagnostic. Au point de vue clinique, on doit admettre seulement deux formes de phlegmon périprostatique :

1° *Le phlegmon périprostatique par propagation*. Tantôt la prostate est simplement hyperémiée ou légèrement enflammée; on est en présence d'un véritable *phlegmon d'emblée*. Tantôt, au contraire, la prostate participe active-

ment à la phlegmasie, la suppuration envahit simultanément ou à quelques jours d'intervalle le parenchyme de la glande et le tissu cellulaire qui l'entoure, et c'est là ce qu'il faut appeler, avec M. Guyon, *la prostatite phlegmoneuse diffuse*.

2° *Le phlegmon par diffusion*, c'est-à-dire celui qui se développe lorsque la collection purulente intra-prostatique vient à faire irruption dans le tissu cellulaire environnant.

Pour terminer ce chapitre, je dirai quelques mots des abcès chroniques de la prostate. Je dois le faire, en raison de l'évolution froide que présentent souvent les abcès chauds de l'organe, comme le disait Chassaignac.

M. Thompson (1) admet quatre classes d'abcès chroniques :

1° « L'abcès aigu peut ne pas guérir, mais se terminer, et cela indéfiniment, par la forme chronique.

2° « Un abcès, chronique dès le début, peut se former sous l'influence d'une inflammation chronique de l'organe ou des parties avoisinantes.

3° « Un dépôt tuberculeux dans la prostate peut se ramollir, s'ouvrir au dehors, et donner lieu à un abcès chronique.

4° « Les abcès peuvent se développer à la suite de l'irritation produite par les corps étrangers, tels que les calculs emprisonnés dans la prostate ou au milieu des tumeurs malignes. »

La troisième classe de Thompson et les abcès développés « au milieu des tumeurs malignes » ne sauraient

(1) THOMPSON, *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, traduit. franç. Paris, 1874, p. 348.

m'occuper ici. Je me suis déjà expliqué sur ce point. Je parlerai seulement des deux premières classes et des abcès renfermant un ou plusieurs calculs.

Ces derniers ne sont pas très rares. En 1860, M. Leroy d'Étiolles (1) a présenté à la Société anatomique une prostate très hypertrophiée au sein de laquelle on avait trouvé un abcès renfermant plusieurs calculs. Dans certains cas, toute la prostate est détruite. L'enveloppe fibreuse résiste seule et constitue une loge remplie de pus et de calculs en nombre variable. M. Malteste (2) a publié dans sa thèse un exemple intéressant de ce genre de lésion. Le malade, étudiant en droit, souffrait depuis six ans, lorsqu'il fut examiné par M. Duplay en 1873. Plusieurs fistules existaient au périnée, et le diagnostic était possible par le toucher rectal. M. Duplay pratiqua l'extraction des calculs par le périnée et guérit son malade.

A propos des abcès qui succèdent à une inflammation aiguë et de ceux qui sont chroniques d'emblée, M. Thompson dit avoir observé des cavités capables de renfermer 3 à 5 grammes de liquide, situées dans un des deux lobes ou en partie dans les deux. Les parois de ces cavités sont en général tapissées « par une sorte de membrane pyogénique grisâtre ou verdâtre inégale et flocculente à sa surface, avec du pus concrété çà et là ». M. Thompson ajoute que, parfois, la plus grande partie de la glande peut être détruite par la suppuration, puis il cite deux faits de suppuration chronique à la suite de laquelle le canal de l'u-

(1) LEROY D'ÉTIOLLES, *Bull. Soc. anat.*, 1860, 35<sup>e</sup> année, t. V de la 2<sup>e</sup> série, p. 220.

(2) MALTESTE, *Des calculs de la prostate*. Th. Paris, 1876.

rèthre, isolé de ses connexions anatomiques normales, traversait le foyer de part en part, baigné de tous côtés dans le pus.

Ces poches à contenu purulent sont très différentes, au point de vue anatomo-pathologique, des seuls kystes de la prostate dont l'existence soit bien établie, c'est-à-dire des kystes par rétention, soit qu'ils naissent des follicules distendus, soit qu'ils résultent de l'oblitération de l'orifice de l'utricule prostatique (Le Dentu).

La nature seule de leur contenu suffit à les distinguer. Mais, si la différence est ici tranchée, l'interprétation devient peut-être plus difficile lorsqu'on se trouve en présence d'une cavité kystique contenant du pus. M. Le Dentu est le premier qui ait apporté quelque clarté dans la description de ces divers états de la prostate. D'après lui, c'est tout à fait à tort que certains auteurs ont décrit, sous le nom de kystes purulents, les abcès chroniques plus ou moins enkystés qu'on a parfois trouvés dans l'épaisseur de la prostate. En tout cas, les faits observés jusqu'ici ne légitiment en aucune manière l'assimilation qu'on a voulu établir entre ces collections et les kystes proprement dits. Ainsi, dans la première observation de M. Thompson, il est dit que l'abcès qui contenait 16 à 20 grammes de liquide avait détruit la muqueuse uréthrale dans l'étendue d'un florin, en sorte que le plancher seul du canal subsistait. Dans la seconde observation, l'abcès offrait à peu près les mêmes caractères : « Dans la portion prostatique, on apercevait l'ouverture du sac d'un abcès formé par la capsule de la prostate, exactement semblable à celui que je viens de décrire dans l'observation précédente ; le plancher de l'urèthre formait un pont au

dessus. » Il ne s'agit donc pas là d'abcès enkystés, car les collections s'ouvriraient dans le canal par une large perte de substance, et la cavité devait être considérée bien plus comme une caverne que comme une sorte de kyste. Dans les cas, au contraire, où l'on se trouve en présence d'un véritable kyste à contenu purulent, l'aspect général des lésions est un peu différent et le mode de communication de la cavité avec le canal paraît offrir quelques caractères spéciaux.

Pour donner une idée bien nette de ces différences, je rapporte ici la relation d'un fait communiqué par M. Le Dentu à la Société de chirurgie, en novembre 1878. Il s'agissait d'un kyste prostatique recueilli sur un sujet mort à l'hôpital Saint-Louis. Le malade était entré dans le service de M. Le Dentu, pour une hématurie légère. Il urinait sans difficulté, et quelques graviers prostatiques avaient été rendus par l'urèthre. Les lésions prostatiques se présentaient sous l'aspect suivant : « La prostate, très hypertrophiée en avant du canal, se prolongeait de près de 3 centimètres en arrière du verumontanum et formait un lobe moyen saillant dans la vessie. Presque toute la partie inférieure de l'organe était convertie en une vaste poche, de la grosseur d'une petite mandarine, qui se terminait, en avant, immédiatement derrière la portion membraneuse du canal, et, en arrière, au point où normalement les vésicules séminales pénètrent entre les deux lobes. Les conduits éjaculateurs étaient indépendants de cette poche. Cette dernière communiquait avec la portion prostatique du canal par plusieurs orifices qui n'étaient autres que ceux des canaux excréteurs des glandes disparues. La membrane limitante de cette poche, lisse sur

sa face externe, était sillonnée à sa face interne par d'innombrables petites crêtes anastomosées, d'un tissu friable, circonscrivant des espaces irréguliers très légèrement déprimés et remplis d'une substance molle d'un brun rougeâtre, facile à enlever et disposée en couches très minces. » En présence de cette dégénération particulière de la prostate, M. Le Dentu n'avait pas hésité à considérer cette pièce comme un exemple de kyste prostatique. « La dégénération, disait-il, a dû commencer par la dilatation kystique dans un grand nombre de glandules, les tissus intermédiaires et les parois mêmes des culs-de-sac ont dû disparaître graduellement par atrophie. Ainsi s'expliquent le volume du kyste devenu uniloculaire, son développement régulier à droite et à gauche de la ligne médiane et la communication avec la portion prostatique du canal par plusieurs orifices situés de chaque côté du verumontanum, principalement vers sa partie postérieure. »

Depuis, M. Le Dentu a étudié à nouveau cette question, et il insiste sur ce fait que, dans la poche précédemment décrite, les orifices de communication avec l'urèthre étaient tout à fait distincts des canaux éjaculateurs ainsi que de l'utricule, qu'ils étaient seulement un peu plus grands que dans l'état normal, et qu'ils n'avaient rien de commun avec la perte de substance unique qui, dans les observations de Thompson, s'était produite par ulcération, aux dépens de la muqueuse du canal.

Le liquide contenu dans cette poche avait enfin des caractères spéciaux : visqueux et brun rougeâtre, il paraissait être un mélange de sang, de mucus et peut-être de pus. L'examen microscopique y montra des leucocy-

tes en grand nombre et des globules sanguins, les uns et les autres déformés par la putréfaction qui semblait avoir agi sur le mélange avant la mort.

Le sang était le résultat des hématuries. Quant aux leucocytes, ils avaient été exhalés par les parois de la poche, mais, à cause de la régularité de cette paroi et de sa communication avec le canal par plusieurs orifices, il y avait lieu de penser que la poche était un kyste à contenu muco-purulent plutôt qu'un abcès enkysté dans le lobe prostatique.

C'est à cette dernière interprétation que M. Le Dentu s'est avec raison définitivement arrêté.

Tous les éléments de ce chapitre sont empruntés au mémoire que j'ai déposé le 15 août 1879 à l'Assistance publique.

Depuis cette époque, M. Mauriac est arrivé à des conclusions semblables aux miennes en ce qui regarde l'oblitération glandulaire : « Tous les abcès péri-uréthraux, dit-il, quel que soit le point du canal sur lequel ils se développent, présentent la même pathogénie et peuvent passer par les différentes phases suivantes :

1<sup>o</sup> Inflammation catarrhale ou purulente, pouvant se propager du canal à toutes les glandes ou glandules, depuis les acini simples jusqu'aux glandes conglomerées de Méry et jusqu'à la prostate ;

2<sup>o</sup> Compression et oblitération du canal, distension de la glande par les produits sécrétés et propagation de l'inflammation à son stroma ;

3<sup>o</sup> Extension en dehors du stroma et phlegmon périglandulaire, tantôt se dirigeant en dehors et finissant par constituer un abcès qui s'ouvre à l'extérieur par un orifice cutané ; tantôt, au contraire, se faisant jour par l'urèthre, soit par simple distension du conduit excréteur, soit par ulcération de la partie voisine de la paroi uréthrale. »

C'est au moment de mettre sous presse que j'ai lu ce passage intéressant des leçons de M. Mauriac dans la *Gazette des hôpitaux* du mardi 17 février 1880. (Leçons recueillies et rédigées par M. Guiard, interne du service.)