

CHAPITRE IV

SYMPTÔMES — MARCHÉ — PRONOSTIC

La rétention plus ou moins complète de l'urine et les douleurs de la miction sont les deux symptômes fondamentaux de toute inflammation prostatique. Excessifs ou atténués, ces deux signes ne font, pour ainsi dire, jamais défaut; mais il faut bien savoir que leur intensité et leur marche offrent des variétés nombreuses. Les autres symptômes locaux ou généraux qui accompagnent la suppuration de la prostate se présentent eux-mêmes sous des aspects très différents suivant les cas particuliers, et, pour répondre aux exigences de la clinique, il importe de distinguer deux formes de prostatites: l'une, véritable phlegmon, conduisant rapidement à la suppuration, avec toutes les allures d'une phlegmasie franchement aiguë; l'autre, suppurative à courte échéance comme la précédente, mais plus insidieuse et moins aiguë dans son évolution. Cette dernière forme s'observe de préférence sur les sujets qui souffrent de quelque affection ancienne des voies urinaires. C'est au cours d'un écoulement chronique de l'urèthre, par exemple, que les accidents apparaissent.

CHAPITRE IV

SYMPTÔMES — MARCHÉ — PRONOSTIC

La rétention plus ou moins complète de l'urine et les douleurs de la miction sont les deux symptômes fondamentaux de toute inflammation prostatique.

Excessifs ou atténués, ces deux signes ne font, pour ainsi dire, jamais défaut; mais il faut bien savoir que leur intensité et leur marche offrent des variétés nombreuses. Les autres symptômes locaux ou généraux qui accompagnent la suppuration de la prostate se présentent eux-mêmes sous des aspects très différents suivant les cas particuliers, et, pour répondre aux exigences de la clinique, il importe de distinguer deux formes de prostatites: l'une, véritable phlegmon, conduisant rapidement à la suppuration, avec toutes les allures d'une phlegmasie franchement aiguë; l'autre, suppurative à courte échéance comme la précédente, mais plus insidieuse et moins aiguë dans son évolution.

Cette dernière forme s'observe de préférence sur les sujets qui souffrent de quelque affection ancienne des voies urinaires. C'est au cours d'un écoulement chronique de l'urèthre, par exemple, que les accidents apparaissent.

Le malade éprouve brusquement un peu de pesanteur périnéale, l'émission du jet de l'urine devient plus difficile et provoque une cuisson plus ou moins vive dans le fond du canal; puis ces différents symptômes s'accroissent un peu, la dysurie augmente sans que les besoins d'uriner soient plus fréquents, et l'apparition d'un léger frisson vient parfois signaler la formation du pus. Lorsque l'abcès occupe la partie la plus déclive de la glande, le toucher rectal le fait reconnaître; s'il est situé plus profondément, sous la muqueuse uréthrale, par exemple, on ne peut que soupçonner sa présence. Le cathétérisme vient souvent confirmer le diagnostic, la sonde crève la petite poche; mais il arrive aussi que la collection se vide spontanément dans l'urèthre: un peu de pus, mélangé de sang, s'écoule par le canal, et, si le fait n'est pas observé, l'abcès passe inaperçu. Il est probable que Civiale voulait faire allusion à cette variété d'abcès lorsqu'il disait: « Les abcès de la prostate sont communs, et l'on en découvre fréquemment à l'ouverture des cadavres; seulement on ne les reconnaît pas toujours pendant la vie (1). »

D. Desprès avait aussi noté cette évolution insidieuse, à propos des abcès périprostatiques qui se développent sur les vieillards atteints de cystite chronique ou d'anciens engorgements de la prostate: « Le mal, disait-il, arrive assez souvent d'une manière insidieuse. La rétention d'urine et la constipation sont les premiers phénomènes observés. Il y a un état général adynamique grave qui pour-

(1) CIVIALE, *Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires*. Paris, 1850, 2^e édit., t. II, p. 475.

rait faire croire à une néphrite si l'on ne touchait point par le rectum (1). »

Ces faits sont très utiles à bien connaître et montrent qu'il est, pour ainsi dire, aussi urgent de toucher fréquemment la prostate des urinaires que d'ausculter le cœur des rhumatisants.

Dans les formes aiguës franches de la prostatite et du phlegmon périprostatique, la physionomie générale de la maladie est toute différente. Le malade est pris d'un frisson plus ou moins violent, la température s'élève, il y a de la céphalalgie, une soif vive, et des phénomènes graves surviennent rapidement du côté de la région prostatique. Les douleurs de la miction peuvent être excessives et la rétention complète. Il existe même des cas où l'on est obligé de recourir à la ponction hypogastrique pour vider la vessie.

Ailleurs, le début est moins brutal et les symptômes moins alarmants; mais il y a toujours de la fièvre et une sensation de pesanteur ou de tension gravative vers le périnée et l'anus. L'un des malades de M. Guyon traduisait son malaise en disant: « J'ai des inquiétudes partout là-dedans. »

La fièvre de la prostatite simple et du phlegmon périprostatique peu étendu est rarement très intense; elle se caractérise, en général, par une élévation de température de 1 à 2 degrés; l'ascension thermique est brusque; elle se maintient sans oscillations manifestes pendant les premiers jours de la maladie, et, lorsque survient la déferves-

(1) A. DESPRÈS, *Diagnostic des tumeurs*. Paris, 1868, p. 320. Appendice au *Traité du diagnostic des maladies chirurgicales* de A. Foucher. Paris, 1866.

cence, celle-ci est franche et rapide. C'est là un premier type nettement caractérisé. Nous verrons plus tard que, lorsque les abcès prostatiques se vident mal, la défervescence n'a pas ce caractère, la fièvre se prolonge plus ou moins longtemps, remarquable par les rémissions du matin et les ascensions du soir, si bien que, dans cette deuxième forme de la fièvre, le chirurgien doit trouver les indications d'une intervention plus active. Mais, dès le début de la prostatite, et ce point doit seul nous occuper actuellement, la fièvre peut s'écarter beaucoup de son type habituel.

Dans certains cas, on la voit monter brusquement, atteindre d'emblée un chiffre très élevé et inspirer des craintes sérieuses. Il faut savoir que ces prostatites, à température initiale excessive, ne présentent pas de gravité spéciale. Le plus souvent, il s'agit de prostatites traumatiques.

La fièvre de début traduit uniquement l'accès urinaire développé sous l'influence de la cause déterminante (cathétérisme brutal, injection poussée avec violence, etc.). Le traumatisme produit simultanément et la prostatite et l'accès urinaire spécifique; puis celui-ci cède, et la fièvre habituelle de la prostatite reste seule avec tous ses caractères d'évolution thermique moyenne (*voir obs. 14*).

Enfin, lorsque les veines prostatiques participent à l'inflammation, lorsqu'on est en présence d'une prostatite pyohémique, la fièvre vient toujours annoncer le début de la complication; c'est la fièvre de l'infection purulente qu'on a sous les yeux, avec ses frissons et ses autres caractères.

M. le professeur Guyon attire souvent l'attention sur ces quatre formes de la fièvre. Leur distinction est fort

importante et permet de donner une grande précision au pronostic des phlegmasies prostatiques à leur début.

La maladie se confirmant, les autres symptômes persistent et ne font que s'accroître. Il y a de l'inappétence, une soif vive avec enduit saburral de la langue, de l'insomnie et de l'agitation; les douleurs augmentent, le périnée devient sensible au toucher, avec point douloureux maximum sur le raphé entre le bulbe et l'anus; les mouvements et la marche deviennent impossibles, le croisement des jambes et la position assise éveillent des souffrances très vives que les efforts de défécation viennent encore augmenter. Les patients ne savent parfois quelle situation prendre pour atténuer les battements douloureux qu'ils éprouvent dans toute la région malade. On les voit se pelotonner, s'accroupir sur leur lit et affecter diverses attitudes, qui ne sont pas sans analogie avec celles que prennent les femmes torturées par les douleurs du cancer utérin. Dans certains cas, la douleur est plus diffuse et plus profonde; elle rappelle beaucoup celle de la pelvi-péritonite.

Lorsqu'il existe un écoulement urétral, il n'est pas rare, comme le dit M. Fournier (1), de le voir disparaître complètement au début de la complication pour reparaitre plus tard.

La dysurie est souvent excessive; l'urine n'est plus évacuée qu'au prix d'efforts très grands. Elle sort en jet grêle, intermittent, ou même goutte à goutte et provoque, à son passage, une sensation de brûlure dans la profondeur du canal. Un fait très important à relever, c'est

(1) FOURNIER, article *Blennorrhagie*, in *Nouv. Dict. de médecine et de chirurgie pratique*, t. V. Paris, 1866.

que, dans la prostatite, la fréquence des mictions n'est pas augmentée.

Si la rétention d'urine n'est pas complète dès le début des accidents, elle peut le devenir plus tard et déterminer alors toute la série des symptômes graves qui lui sont propres (tension hypogastrique, épreintes, anxiété très vive, etc.).

Cette rétention d'urine, que l'obstruction du canal par la prostate tuméfiée vient presque toujours expliquer, peut trouver aussi sa raison d'être dans un spasme réflexe du sphincter vésical.

Les garde-robes sont en général accompagnées et suivies d'une douleur anale très pénible; le ténesme rectal est plus ou moins violent, et les malades ont la sensation d'un corps étranger, « d'un gros tampon de matière fécale prêt à sortir du rectum », comme le disait Desault (1).

Lallemand et Verdier ont signalé le priapisme comme autre signe de la prostatite. Ils ont observé sur quelques-uns de leurs malades des érections douloureuses suivies d'un suintement visqueux par le canal. Ce symptôme est sans doute fort rare : M. Guyon ne l'a pas observé jusqu'ici. Il est probable que, chez les malades dont parle Lallemand, les vésicules séminales participaient à l'inflammation. On sait, en effet, que l'éjaculation d'un sperme rouillé ou strié de sang, les érections fréquentes et les pollutions nocturnes ont été notées au nombre des symptômes de cette affection.

Tous les symptômes généraux et locaux que nous venons d'énumérer s'observent aussi bien dans la prostatite

(1) DESAULT, *Journal de chirurgie*. Paris, 1794, t. II, p. 485.

simple que dans le phlegmon périprostatique. La différence, lorsqu'elle existe, porte uniquement sur le degré d'intensité des symptômes vésicaux; ils sont parfois très atténués dans le phlegmon périprostatique; mais c'est par le toucher rectal que l'on peut seulement reconnaître les signes propres à l'une ou à l'autre de ces deux maladies.

Dans la prostatite simple, la prostate est grosse, tendue et très douloureuse. La tuméfaction est parfois générale et donne à l'organe une forme carrée (1); d'autres fois, l'augmentation de volume est partielle et porte seulement sur l'un des deux lobes. Mais toujours les tissus périprostatiques conservent leur souplesse; la glande seule est malade; ses limites sont appréciables; la capsule emprisonne le mal.

Dans le phlegmon périprostatique, au contraire, les tissus prérectaux sont empâtés et infiltrés. Le doigt tombe sur une plaque phlegmoneuse plus ou moins étendue qui dépasse les limites de la glande, efface tous ses contours et proémine dans le rectum. Ces derniers caractères de la tumeur phlegmoneuse sont, on le conçoit, parfaitement identiques dans le phlegmon périprostatique simple et dans la prostatite phlegmoneuse diffuse. Ils sont comparables à ceux que l'on perçoit en pratiquant le toucher rectal chez les femmes atteintes de phlegmon péri-utérin. L'analogie se complète souvent par l'existence de battements artériels qui viennent rappeler les caractères du pouls vaginal. Ce pouls rectal présente, comme nous le verrons plus loin, une importance considérable au point de vue du lieu d'élection de l'incision chirurgicale.

(1) VIDAL DE CASSIS, *Traité de pathologie externe*. Paris, 1855, 4^e édit., t. IV.

Le cathétérisme, seul ou combiné avec le toucher, pourrait aussi fournir des renseignements sur l'augmentation de volume de la prostate; mais cette exploration, horriblement douloureuse, est parfaitement inutile. Elle peut même, comme le dit M. Le Dentu (1), présenter certains dangers en provoquant une déchirure au milieu de tissus que l'inflammation a privés de leur élasticité et de leur résistance habituelle. Ces remarques s'appliquent au cathétérisme purement explorateur; on est bien obligé de vider la vessie lorsque la rétention d'urine est complète; mais il faut alors prendre toutes les précautions exigées en pareille occurrence.

Vers le sixième, le huitième ou le dixième jour de la maladie, les symptômes généraux et locaux de la phlegmasie prostatique conservent encore toute leur intensité. A ce moment, si la résolution doit se faire, la fièvre tombe, les douleurs s'apaisent, la miction devient plus facile, et le toucher rectal permet de suivre le retour graduel de la glande à ses dimensions normales, ou la disparition de la tumeur phlegmoneuse au cas de périprostatite.

La résolution n'est pas rare dans le phlegmon périprostatique; j'en connais plusieurs exemples, et tout récemment M. Guyon a observé ce mode de terminaison dans un cas de périprostatite développée sans cause appréciable, sur un homme adulte. Elle est très fréquente dans la prostatite proprement dite.

Il se peut aussi que la poussée aiguë devienne le point de départ d'un engorgement chronique, comportant avec lui toute une série de conséquences sur lesquelles je

(1) LE DENTU, *loc. cit.*, 2^e vol. des *Maladies des voies urinaires*, de Voilemier. Paris, 1880.

n'ai pas à insister. Je rappellerai seulement que l'état subinflammatoire, qui survit souvent, constitue une épine locale dont nous connaissons l'importance au point de vue de la production ultérieure d'accidents inflammatoires et suppuratifs.

Si les phénomènes aigus persistent, tous les signes de la suppuration apparaissent. « On reconnaît que la rétention d'urine est entretenue par le gonflement de la prostate en suppuration, lorsque les symptômes de l'inflammation se sont continués au-delà du huitième jour de son invasion, qu'après avoir toujours été en croissant jusqu'à cette époque, ils ont ensuite semblé diminuer pour s'accroître de nouveau, que la fièvre a été avec des redoublements vers le soir et souvent précédée de frissons. » Ces quelques lignes, empruntées au journal de Desault, rendent un compte très fidèle des signes qui caractérisent la formation de l'abcès. Presque toujours on voit, à cette période de la maladie, les troubles généraux changer de caractère; des battements profonds, plus cadencés, pour ainsi dire, succèdent à la tension gravative des premiers jours, la langue est sèche et de petits frissons répétés signalent la formation du pus. La collection purulente fait saillie dans le canal, la rétention persiste, et le toucher rectal fait reconnaître soit une tumeur périprostatique, soit une augmentation de volume souvent excessive de la prostate avec sensation de fluctuation plus ou moins franche, suivant le siège exact de l'abcès.

Tels sont les différents symptômes qui accompagnent la formation des abcès prostatiques et périprostatiques. Je les ai étudiés dans leur ensemble, en prenant le soin

d'opposer les cas les plus graves à ceux qui évoluent sans bruit, montrant ainsi tous les degrés qui peuvent s'observer en clinique, depuis les formes bénignes jusqu'aux formes graves et franchement phlegmoneuses.

Quelques auteurs pensent qu'il doit y avoir des abcès dont la formation est ignorée du malade et du chirurgien. Le pus serait alors repris et éliminé insensiblement. Ce n'est là qu'une hypothèse restée jusqu'ici sans vérification. On a dit aussi que plusieurs de ces abcès pouvaient rester stationnaires, acquérir, grâce à leur membrane d'enveloppe, une véritable indépendance, donner naissance à une sorte de kyste renfermant une matière caséuse, ou même se transformer en un véritable kyste purulent. Je ne connais pas d'exemple démontrant la réalité de ces différentes éventualités, et nous avons vu, en étudiant l'anatomie pathologique, ce qu'on devait penser de la plupart des kystes dits purulents.

Ce qu'il faut seulement retenir, c'est que, l'abcès une fois formé, le pus tend à se faire jour au dehors; voilà la règle.

Dans les cas heureux, l'abcès est incisé par le chirurgien, un soulagement énorme se produit aussitôt, les douleurs disparaissent, la miction se rétablit et la guérison survient rapidement.

Cette terminaison peut s'observer aussi lorsque l'abcès s'ouvre spontanément dans l'urèthre ou le rectum. L'évacuation du pus continue quelques jours; puis le foyer revient peu à peu sur lui-même, ses parois bourgeonnent, s'adossent, et la cicatrisation est assurée.

Mais bien souvent les choses ne se passent pas avec autant de simplicité. Soit que le chirurgien n'intervienne

pas assez vite, soit que la suppuration dépasse les limites de la loge prostatique, on peut voir survenir une série d'accidents fort graves. Ce sont là tout autant de terminaisons qu'il nous faut maintenant étudier en détail, en envisageant successivement les abcès intraprostatiques proprement dits et les suppurations périprostatiques.

C'est le plus souvent dans l'urèthre que s'ouvrent les abcès de la prostate. Sur 115 observations (voy. p. 231), ce mode d'ouverture est noté 35 fois, 28 fois spontanément et 7 fois pendant le cathétérisme. On peut observer aussi l'ouverture vésicale. L'observation de J.-L. Petit (voy. obs. I) en fournit un bel exemple, mais ce mode de terminaison est très rare.

Lorsque l'abcès est abandonné à lui-même, l'évacuation peut être assez tardive. On assiste, comme le disait Chassaignac, à l'accroissement froid d'un abcès chaud. Civiale parle d'un abcès qui n'aboutit à se crever spontanément chez un septuagénaire que trois ans après l'action de la cause à laquelle on le rapportait. Il y a peut-être là un peu d'exagération, mais le fait de la marche lente n'en est pas moins exact. Il est certain que le pus peut séjourner dans le tissu même de la prostate, pendant un temps plus ou moins long, sans révéler sa présence par des symptômes accentués.

Dans les cas ordinaires, l'évacuation du pus est beaucoup plus rapide; la collection purulente, aussitôt formée, fait saillie dans l'urèthre et crève spontanément ou sous l'influence d'un effort; en général, il s'agit d'un effort de défécation.

Souvent aussi l'ouverture est provoquée par le cathétérisme, involontairement ou volontairement; le bec de l'in-

strument butte au niveau de la région prostatique, « ce qui résiste obéit », comme le disait J.-L. Petit, et l'on voit aussitôt sortir, par le canal ou par la sonde, une quantité plus ou moins considérable de pus. L'abcès une fois ouvert, l'écoulement persiste pendant un certain temps. A chaque miction, le jet de l'urine chasse devant lui une quantité variable de pus et devient limpide ensuite; mais l'évacuation se produit aussi en dehors des mictions et présente alors certains caractères importants à connaître. Le contenu de l'abcès, comme tous les liquides pathologiques de provenance uréthro-prostatique, est arrêté par le sphincter qui entoure la portion membraneuse de l'urèthre et ne peut s'écouler goutte à goutte. L'écoulement est intermittent, et c'est à des intervalles variables (un quart d'heure, une demi-heure) que les malades éjaculent, pour ainsi dire, le pus accumulé derrière leur sphincter membraneux. Cette modalité de l'écoulement purulent est caractéristique (*voir obs. III*); elle montre une fois de plus combien il est nécessaire de distinguer les affections qui siègent au-dessus ou au-dessous de la portion membraneuse. Il y a, suivant l'expression de M. Guyon, un urèthre postérieur et un urèthre antérieur dont les maladies distinctes font surgir des indications thérapeutiques différentes.

Ces éjaculations purulentes ne peuvent plus se produire lorsque les malades portent une sonde à demeure, et, dans les cas de ce genre, on voit le pus sourdre, à tout instant, entre les parois du canal et celles de l'instrument évacuateur.

L'ouverture exclusivement uréthrale des abcès prostatiques peut, quand elle est précoce, comporter un pronos-

tic bénin. La guérison survient au bout de trois ou quatre semaines et la cavité prostatique se cicatrise. Si l'ouverture est plus tardive ou le foyer prostatique trop volumineux, le pronostic devient plus grave. Sur 35 observations d'abcès avec ouverture uréthrale, j'ai relevé sept morts dont trois par infection purulente (*voy. p. 233*).

La cicatrisation trop hâtive des lèvres de l'ouverture peut aussi retarder la guérison. Dans ces conditions, la sécrétion du pus continuant, la cavité ne tarde pas à se remplir; la cicatrice récente se laisse distendre et cède pour se refermer ensuite. Ces alternatives de réplétions et d'évacuations incomplètes persistent plus ou moins longtemps, la température reste élevée avec des rémissions passagères le matin; et, si l'intervention chirurgicale ne vient pas assurer le libre écoulement du pus, on peut voir survenir des phénomènes de diffusion avec trajets fistuleux et caverne prostatique consécutive.

Le pus des abcès intra-prostatiques peut suivre d'autres chemins. Il traverse parfois l'aponévrose prostatopéritonéale, ulcère la paroi rectale et se déverse dans le rectum. Si le travail ulcératif s'est effectué lentement, le tissu cellulaire prérectal s'indure de bonne heure, de solides adhérences s'élèvent contre l'irruption du pus, et la cicatrisation peut survenir assez rapidement. Mais les faits de ce genre n'appartiennent plus à l'histoire des abcès intra-prostatiques proprement dits. En fait, il y a diffusion périprostatique. Si limitée qu'elle soit, elle expose néanmoins à des désordres locaux étendus, à des trajets fistuleux intarissables. Les symptômes de la prostatite s'effacent nécessairement, le phlegmon périprostatique domine l'évolution ultérieure de la maladie, et c'est lui