

quement, au moment de l'éjaculation, une vive douleur s'irradie à l'anus et au périnée. Depuis ce moment, l'érection et même les désirs vénériens réveillaient la douleur. Il y avait eu absence complète de rapprochements sexuels. Du reste, le passage des matières fécales et de l'urine produisait aussi cette douleur. Deux mois après l'accident primitif, le malade n'avait plus de repos; les douleurs se prolongeaient après les mictions devenues très fréquentes. Les urines étaient catarrhales. Au toucher rectal, la vésicule séminale gauche fut trouvée gonflée et dure, mais d'une manière uniforme, sans nodosités à sa surface. La pression sur ce côté était douloureuse. La vessie fut examinée avec un petit lithoclaste explorateur. L'exploration fut négative, mais aussitôt la sortie de l'instrument, un spasme violent de l'urèthre se produisit, qui dura pendant deux ou trois minutes, accompagné de cuisson extrêmement vive dans la verge et dans l'anus. Le malade, rejetant alors le liquide injecté dans la vessie, expulsa avec lui une grande quantité (40 environ) de petits corps de consistance molle, d'un blanc mat, gros comme une petite lentille ou comme une tête d'épingle, présentant des faces planes ou des angles mousses. Les corps examinés par M. le professeur Robin étaient des sympexions beaucoup plus développés qu'à l'état normal, et l'oblitération du conduit éjaculateur gauche était la cause de la distension de la vésicule séminale du même côté. Du reste, après l'expulsion des sympexions, le malade se rétablit parfaitement et les fonctions génito-urinaires revinrent à l'état normal.

Il est parfois difficile de savoir si une collection purulente prostatique renferme oui ou non des *calculs*; mais,

en général, le simple toucher rectal ou l'introduction d'un stylet, lorsqu'il existe un trajet fistuleux, permettront le diagnostic.

L'origine prostatique d'un écoulement purulent urétral est suffisamment caractérisée par le mode d'écoulement du pus en dehors des mictions et par ces sortes d'éjaculations purulentes qui se produisent à intervalles variables. Lorsque le pus vient d'un *abcès vésical* ou d'une autre partie de l'appareil urinaire, son mélange intime avec l'urine empêche toute confusion. L'ouverture vésicale d'un abcès prostatique, terminaison fort rare, pourrait seule prêter à contestation.

La distinction des abcès chauds de la prostate et des *suppurations tuberculeuses* est souvent très difficile. Les symptômes fonctionnels sont parfois identiques, et l'exploration directe ne peut fournir aucun signe différentiel absolu.

Il convient cependant de distinguer ici deux groupes de faits correspondant, les uns au cas de tuberculose primitive de la prostate, et les autres aux cas dans lesquels la diathèse tuberculeuse, déjà vieille en date, s'accuse par des lésions pulmonaires ou génito-urinaires parfaitement accusées.

Dans les faits du deuxième groupe, l'hésitation ne saurait être longue. La suppuration de la prostate survient sans réaction vive sur un sujet déjà miné par les lésions génitales ou pulmonaires de la phthisie, et la nature tuberculeuse de la localisation prostatique s'impose d'elle-même.

Lorsqu'il s'agit au contraire d'une tuberculisation prostatique primitive ou consécutive à une simple tubercu-

lose vésicale, les difficultés du diagnostic deviennent plus sérieuses, et c'est par une étude minutieuse de tous les symptômes qui président à l'évolution du mal, que l'on peut arriver à se faire une idée nette sur la nature des lésions.

On sait avec quelle précision M. Guyon a déterminé les symptômes qui marquent le début de la tuberculisation urinaire. Leur exposition détaillée ne saurait trouver place ici. Il me faudrait, pour être complet, reproduire sans restriction l'étude remarquable que mon ami M. Tapret a faite du sujet, sous l'inspiration de notre commun maître, et je me contenterai de lui emprunter les quelques détails suivants sur la physionomie clinique habituelle de la tuberculisation prostatique primitive. Les différences qui séparent cette affection des suppurations insidieuses, mais non spécifiques de la prostate, apparaîtront ainsi avec netteté.

La tuberculose primitive ou isolée de la prostate affecte deux formes cliniques distinctes :

- 1° Une forme uréthrale ou uréthro-cystique (1) ;
- 2° Une forme rectale ou circonférentielle.

Dans la première, les granulations se montrent d'abord dans les portions qui avoisinent l'urèthre et le col de la vessie. Les manifestations ordinaires sont : l'hématurie précoce, les douleurs pendant la miction et le cathétérisme, la blennorrhée ou la prostatorrhée, la rétention spasmodique d'urine ; en un mot, les symptômes attribués généralement à la cystite ou à l'urétrite tuberculeuse.

Dans la forme rectale, la maladie passe longtemps

(1) TAPRET, *Arch. de méd.*, 1878, t. I de la VII^e série, p. 522.

inaperçue et les sujets affectés ne réclament souvent les conseils d'un médecin que pour des affections concomitantes : cystite, urétrite, induration de l'épididyme. Chez d'autres, le premier symptôme est une constipation mécanique ou du ténesme rectal. L'exploration méthodique de la prostate la montre alors hypertrophiée ou indurée, parfois normale dans une de ses moitiés et altérée dans l'autre. Ça et là, on y trouve des points durs, des bosselures acuminées, des foyers limités de ramollissement.

Dans certains cas, la glande est farcie d'un semis de granulations offrant au toucher la sensation de grains de plomb incrustés dans un parenchyme élastique ou rénitent.

Lorsque la lésion est plus avancée, lorsqu'une partie de la prostate est détruite par la suppuration, elle paraît au toucher diminuée de volume, mal limitée et scléreuse.

Dans la forme rectale ou même centrale, le cathétérisme ne donne aucun renseignement. Parfois cependant, comme l'a dit M. Delfau (thèse 1874), il se montre un gonflement du col de la vessie, la sonde est arrêtée au niveau de la prostate. Enfin, le bec de la sonde peut pénétrer dans une caverne prostatique et lever tous les doutes.

Le toucher rectal n'accuse rien dans la tuberculose de la portion uréthrale ; c'est à peine si, par ce moyen, on peut provoquer une légère douleur.

La tuberculose reste parfois limitée à la prostate. Béraud et Robin mentionnent un cas dans lequel elle mit six ans avant de se propager. Chez presque tous les malades, la granulation marche vers la caséification, et en dernier lieu la prostate se creuse de cavernes. Le professeur

Broca a rapporté un cas de transformation calcaire de toute cette glande, terminaison salutaire mais insolite.

En général, la maladie aboutit à la formation de trajets fistuleux qui s'ouvrent dans l'urèthre, à l'intérieur du rectum ou sur le périnée. C'est probablement ce qui a fait dire à Ricord, Dufour, Lebert, que beaucoup d'abcès de la marge de l'anus surviennent à la suite d'une prostatite tuberculeuse suppurée.

Lorsque les *kystes de la prostate* deviennent le siège de phénomènes inflammatoires, le diagnostic exact est difficile ou même impossible. L'histoire clinique de ces kystes prostatiques se réduit d'ailleurs à très peu de notions précises, et je ne puis que signaler ce point spécial.

Pour terminer cette étude, il me reste à parler des signes qui permettent de reconnaître les *suppurations périprostatiques*.

Le diagnostic du phlegmon périprostatique se confond avec celui de la prostatite. Les symptômes fonctionnels de ces deux maladies sont les mêmes. L'intensité variable des phénomènes vésicaux est la seule différence symptomatique à relever, et, pour l'une comme pour l'autre, le toucher rectal peut seul, en montrant le siège précis du mal, fournir les éléments du diagnostic général et différentiel. Ma tâche actuelle se résume donc à rechercher les signes qui séparent les *abcès périprostatiques* des *abcès intra-prostatiques* proprement dits.

Lorsque l'inflammation envahit d'emblée ou consécutivement le tissu cellulaire périprostatique, la tumeur phlegmoneuse qui fait saillie dans le rectum est toujours plus étendue que dans la prostatite simple; elle semble plus près de la muqueuse rectale dont la souplesse a dis-

paru. Les limites de la glande sont effacées: c'est un empatement diffus, une plaque phlegmoneuse qu'on a sous le doigt. Ce dernier caractère est, on peut le dire, pathognomonique.

La fluctuation présente, à son tour, certains caractères spéciaux qui sont d'ailleurs communs aux suppurations extra et intra-prostatiques. Le pus se collecte souvent par points isolés comme dans les nappes purulentes diffuses, et, lorsque le doigt rencontre un foyer, il n'a pas la sensation d'un flot. On perçoit un point mou, dépressible, à bords nets, et la sensation qu'on éprouve ressemble beaucoup à celle que donnerait un carré d'étoffe mal tendu sur un petit cadre rigide. Ce caractère de la fluctuation s'observe presque toujours dans les périodes suppuratives initiales. Plus tard la quantité de pus augmente, des décollements étendus se produisent et la fluctuation est franche. A une époque plus avancée de la maladie, lorsque survient la période fistuleuse, cette sensation particulière d'étoffe mal tendue se retrouve et donne alors des notions précises sur le degré de destruction des tissus et sur l'étendue des décollements.

Lorsque la suppuration est exclusivement intra-prostatique, les sensations fournies par le toucher sont tout autres. La paroi rectale a conservé sa souplesse. La glande est seule malade, et, si volumineuse qu'elle puisse être, il est presque toujours possible de retrouver ses limites. Si la fluctuation se laisse reconnaître, c'est encore une dépression molle, avec bords abrupts, qui cède sous la pulpe du doigt explorateur. Mais, à côté d'elle, on sent, comme le dit M. Le Dentu, une tumeur dure et convexe. On reconnaît en un mot la glande, et rien ne rappelle l'em-

pâtement et la plaque phlegmoneuse de la prostatite phlegmoneuse diffuse.

Les caractères de la tumeur rectale sont donc très différents dans les deux cas et le diagnostic n'offre pas de difficulté. On distinguera toujours un abcès intra-prostatique d'une suppuration périprostatique.

Il est en revanche beaucoup plus difficile de reconnaître la coexistence d'une collection intra-prostatique et d'une collection extra-prostatique. Dans certains cas, le toucher rectal permet de surprendre à ses débuts la diffusion d'une suppuration jusque-là exclusivement intra-prostatique (*voir obs. III*), mais c'est l'exception. En présence d'un phlegmon suppuré périprostatique, on peut donc parfois affirmer la participation de la glande au processus suppuratif; mais il est presque toujours impossible de la nier résolument.

Au surplus, la précision absolue du diagnostic dans les cas de ce genre n'a pas d'utilité pratique. La suppuration intra-prostatique, si elle existe, importe peu. Le phlegmon périprostatique domine la scène au double point de vue du pronostic et du traitement, et c'est lui seul qu'il faut savoir reconnaître.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le rôle important qui revient aux causes occasionnelles dans l'étiologie des abcès de la prostate montre que les malades atteints d'écoulements uréthraux doivent observer certaines règles générales, principalement basées sur la proscription de tout ce qui peut être un excès. Il y a, en un mot, comme une sorte de traitement prophylactique des abcès de la prostate que je dois signaler sans insister davantage. Il suffit, pour l'embrasser dans l'ensemble et le détail, de jeter un coup d'œil sur l'étiologie accidentelle des suppurations prostatiques.

Le traitement applicable aux phlegmons prostatiques doit être envisagé à deux époques différentes de la maladie. Il faut étudier les indications thérapeutiques qui surgissent au début de la phlegmasie et celles que réclame la période suppurative.

Pour terminer, je parlerai du traitement des complications et je passerai en revue les différents moyens préconisés pour la cure des fistules prostatiques.

Lorsque des phénomènes phlegmasiques francs se déclarent du côté de la prostate, il faut d'emblée recourir à un traitement antiphlogistique énergique. Vidal de Cas-