

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-

sis (1) et d'autres auteurs ont relaté une série de faits qui ne laissent aucun doute sur l'efficacité réelle de cette méthode au début de la prostatite. L'observation suivante, empruntée à la thèse de Dugas (2), nous servira d'exemple :

Dans la nuit du 17 au 18 janvier 1830, M. X..., capitaine aux lanciers de la garde, eut une brusque rétention d'urine, provoquée sans doute par de récentes et copieuses libations. Quelques jours avant, le malade avait supprimé une ancienne blennorrhagie par des injections astringentes et s'était fortement heurté le périnée contre le pommeau de sa selle. Appelé en toute hâte, M. Dugas fait appliquer quarante sangsues au périnée. Il ordonne un bain de deux heures pendant lequel la miction s'effectue seule. La prostate était grosse, douloureuse; il y avait de la fièvre, et le malade souffrait beaucoup. Le 19 et le 20, on renouvelle l'application des sangsues. Le 21, le malade urinait seul, et, le 26, huit jours après le début des accidents, la guérison était complète. La prostate avait retrouvé son volume normal.

Ainsi, au début de la prostatite aiguë, le traitement antiphlogistique est formellement indiqué. Le repos au lit sera rigoureusement prescrit; on conseillera la diète ou, suivant les cas, une alimentation très légère; on usera largement des boissons émoullientes, et tous les efforts seront tentés pour enrayer la marche de l'inflammation.

Les émissions sanguines constituent, à ce point de vue, une arme puissante et trop délaissée. Toutes les fois que

(1) VIDAL DE CASSIS, *Traité de pathologie externe*, 4<sup>e</sup> édit. Paris, 1853, t. IV, p. 639.

(2) DUGAS, *Thèse*. Montpellier, 1832, p. 34.

la chose sera possible, on donnera la préférence aux émissions sanguines locales; c'est sur le périnée que les sangsues seront appliquées, et cela au nombre de vingt à trente. On favorisera l'écoulement sanguin par des bains de siège tièdes de huit à dix minutes et par l'application de larges cataplasmes. Sur les sujets jeunes, vigoureux, alors que le pouls est plein, rapide, la température élevée, ce traitement sera institué avec la plus grande énergie. En général, les phénomènes inflammatoires s'amendent aussitôt, les douleurs diminuent et l'urination redevient normale. Parfois il n'y a qu'un peu d'accalmie, et, suivant l'état général, une nouvelle application de sangsues peut être nécessaire. Comme dans la plupart des phlegmasies aiguës, les émissions sanguines n'ont de valeur que pendant les cinq ou six premiers jours et surtout pendant les quarante-huit premières heures.

Bégin (1), voulant agir plus directement sur la prostate, recommandait d'appliquer des sangsues sur la face postérieure de cet organe à l'aide d'un spéculum spécial. Quelques chirurgiens ont préconisé cette méthode; mais elle est certainement déficiente. M. Le Dentu en a fait récemment l'expérience. Il s'est servi du spéculum de Bégin sur deux malades « dont la prostate n'était cependant pas sensible au toucher » et s'est assuré « qu'il avait de grands inconvénients. Comme il faut nécessairement que le spéculum pénètre jusqu'à la base de la prostate et qu'il reste en place jusqu'à la chute des sangsues, son introduction est toujours extrêmement douloureuse et les malades en supportent très difficilement la présence. De plus, l'échan-

(1) BÉGIN, article *Prostatite*, in *Dict. de méd. et de chir. pratiques*. Paris, 1835, t. XIII, p. 598.

crure du spéculum est trop étroite pour permettre de poser aisément les sangsues et surtout d'en appliquer un nombre convenable (1). » Sur chacun de ces deux malades, M. Le Dentu en a placé quatre « avec grand'peine ». Au surplus, cette soustraction directe du sang sur l'organe malade est inutile. On sait en effet que le périnée, la partie interne des cuisses, la paroi abdominale inférieure, constituent une véritable zone d'élection pour les émissions sanguines que réclament les phlegmasies des organes contenus dans le petit bassin.

Les ventouses trouvent ici leur indication, et ce n'est qu'une question de topographie qui peut leur faire préférer les sangsues.

M. Jullien a préconisé tout récemment l'emploi de la glace dans le traitement de la prostatite à son début. « Renfermée dans un sac de baudruche bien graissé, la glace doit être introduite dans le rectum où elle est maintenue et renouvelée pendant dix-huit ou trente heures. » Mais l'auteur nous apprend lui-même que sa méthode, « dictée par le raisonnement et l'analogie, n'a point encore reçu la sanction de la pratique (2) ».

Les émissions sanguines restent donc, pour la prostatite, le seul traitement abortif efficace ou démontré tel, et c'est le seul que nous puissions adopter.

Une deuxième indication à remplir au début d'une prostatite, c'est de combattre les troubles fonctionnels locaux. Les souffrances sont parfois intolérables. Les suppositoires à l'extrait thébaïque, à l'extrait de belladone, sont d'une application difficile en raison de l'éréthisme

(1) LE DENTU, *loc. cit.*

(2) JULLIEN, *Traité pratique des maladies vénériennes*. Paris, 1879, p. 133.

douloureux de l'extrémité rectale inférieure. On aura plus facilement recours à l'emploi des pommades calmantes. Mais les larges cataplasmes, les grands bains et les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine fourniront ici les résultats les meilleurs.

La constipation est habituelle à cette époque, et les matières fécales accumulées dans le rectum augmentent les douleurs. Il faut donc veiller avec soin à la régularité des fonctions intestinales, et maintenir la liberté du ventre à l'aide de purgatifs légers (l'huile de ricin de préférence).

Enfin, les phénomènes de rétention doivent être combattus par les moyens appropriés.

La rétention n'est pas toujours complète, et le malade souffre parfois d'une dysurie qui ne laisse écouler l'urine que goutte à goutte. « Quelque pressant que soit le besoin d'uriner, disait J.-L. Petit, il faut commencer par faire une grande saignée au malade; on la réitère même une demi-heure après, et quelques moments ensuite on essaye la sonde, qui pour l'ordinaire passe avec facilité (1). » Lallemand formule le même précepte. Le *modus faciendi* de ces grands chirurgiens ne saurait être suivi, l'indication formelle est de vider la vessie.

Le cathétérisme n'est point toujours facile, et J.-L. Petit avait parfaitement reconnu ces difficultés. « La prostate, dit-il, est le plus ordinaire obstacle que puisse rencontrer la sonde en arrivant au col de la vessie; c'est pour cela que, pour faire entrer la sonde, il faut baisser son bout externe, pour faire glisser l'autre bout sur la prostate, qui la dirige sous l'os pubis. Tous ceux qui se mêlent

(1) J.-L. PETIT, *loc. cit.*

de sonder ne pensent pas de même : plusieurs s'imaginent que le bout de la sonde heurte contre un pli, d'autres croient heurter contre une excroissance ou carnosité ou contre le verumontanum, et ceux qui accusent la prostate craignent de la blesser, ce qui arriverait effectivement s'ils ne baissaient le bout externe du côté de l'arcade de l'os pubis, faisant passer avec douceur le dos de la sonde sur la prostate. *Ce mouvement de la sonde est ce qu'il y a d'essentiel dans l'art de sonder.* »

Il est difficile d'expliquer plus clairement la nature des obstacles qui s'opposent à la pénétration de la sonde dans la vessie, en cas de tumeur prostatique.

L'usage des instruments métalliques doit être ici pros- crit. Il faut recourir aux sondes molles et peu volumineu- ses (sondes en caoutchouc ou sondes en gomme). Les sondes coudées que Leroy d'Étiolles a fait construire en gomme, d'après le modèle de Mercier, et que l'on désigne sous le nom de sondes à béquilles rendront de précieux services. On peut les employer seules ou armées d'un mandrin coudé. « L'usage du mandrin permet un artifice que plusieurs chirurgiens ont préconisé depuis De- sault et dont Dupuytren faisait fréquemment usage (1). » Cette petite manœuvre consiste à faire glisser la sonde sur le mandrin maintenu immobile dès qu'on est arrivé sur l'obstacle prostatique. Agissant ainsi, « on conduit une sonde rigide jusqu'à la prostate, et on transforme la sonde rigide en une sonde molle susceptible de se prêter à une direction irrégulière du canal de l'urèthre dans la prostate, pour le moment où l'on franchit la prostate » (2).

(1) GUYON, *Éléments de chirurgie clinique*. Paris, 1873, p. 413.

(2) DESPRÈS (A.), *la Chirurgie journalière*. Paris, 1877, p. 463.

A l'aide de ces différents moyens, on réussit presque toujours à vider la vessie. Mais, « plus que jamais, la main du chirurgien doit obéir : c'est le canal qui dirige la sonde, et la main n'a qu'une influence directrice très bornée. Alors même que la déviation du canal a été reconnue, c'est par la forme et la nature de l'instrument, beaucoup plutôt que par la manœuvre, que l'on obtient telle ou telle direction dans la marche de la sonde (1) ».

Si, par exception, l'obstacle prostatique était insur- montable ou paraissait demander une violence quelcon- que de manœuvre, la ponction aspiratrice de la vessie avec une aiguille capillaire trouverait immédiatement ses indications. Un cathétérisme dans lequel les règles de la plus excessive douceur ne sont pas scrupuleusement ob- servées est toujours une opération détestable. Quant à la ponction aspiratrice, elle constitue une méthode par- faitement inoffensive qui peut être répétée à plusieurs reprises sans le moindre danger pour le patient.

En résumé, combattre les phénomènes douloureux, éviter les phénomènes de rétention, lutter contre la mar- che du processus inflammatoire par une médication an- tiphlogistique générale et les émissions sanguines locales, telles sont les bases du traitement initial des phlegmasies prostatiques.

Si les phénomènes inflammatoires persistent, la sup- puration s'établit, et, dès le début de cette période, la nécessité d'une intervention hâtive et complète s'impose comme indication première. Elle peut seule prévenir les fusées purulentes, les décollements étendus et s'oppo-

(1) GUYON, *Éléments de chirurgie clinique*. Paris, 1873, p. 407.

ser en un mot au cortège des accidents graves qui, 23 fois sur 115 observations, ont entraîné la mort. (Voir p. 232.)

Le pus des abcès prostatiques est accessible dans trois régions : dans le canal de l'urèthre, dans le rectum et au périnée. De là, trois variétés de l'intervention chirurgicale, trois opérations qui doivent être exécutées suivant certaines règles utiles à préciser dès maintenant.

L'ouverture des abcès prostatiques dans l'urèthre est, nous le savons, fréquente, mais elle se produit le plus souvent spontanément, ou accidentellement pendant le cathétérisme. Lorsqu'on est conduit, par exception, à provoquer volontairement l'ouverture uréthrale, le procédé opératoire est le suivant : la saillie fluctuante étant reconnue, on introduit l'index dans le rectum, et, tandis qu'on « pousse la prostate d'arrière en avant, de manière à la faire saillir du côté de l'urèthre, on pratique le cathétérisme de l'autre main. La sonde ne tarde pas à être arrêtée par la saillie que fait la prostate, et il suffit de la presser contre l'obstacle pour qu'elle pénètre dans l'abcès (1) ». Quant à la sonde conique proposée par Velpeau, elle doit être repoussée. L'emploi d'un instrument aussi puissant ne pourrait être légitimé que par l'épaisseur des tissus à traverser ; et, lorsque la paroi uréthrale des abcès est épaisse, l'ouverture par le canal est contre-indiquée.

Nous ne parlons pas de l'ouverture vésicale, parce que l'ouverture préméditée des abcès prostatiques par la vessie est tout à fait exceptionnelle. Depuis le fait remarquable de J.-L. Petit, plusieurs cas de ce genre ont été publiés. Mais, en lisant avec soin les observations, on voit, sui-

(1) LE DENTU, *loc. cit.*

vant la remarque de M. Le Dentu, « que le chirurgien explorait la vessie sans avoir d'intention bien arrêtée ; que, sentant une tumeur, il exerça sur elle une pression très modérée, et que, s'il ouvrait l'abcès, c'est que celui-ci était tout près de s'ouvrir spontanément. »

L'incision périnéale, lorsqu'elle est indiquée, doit être pratiquée avec hardiesse et réunir, par ses dimensions, toutes les conditions nécessaires au libre écoulement du pus. Les incisions courtes ou les ponctions dont parle Otto Stoll (1) sont des opérations toujours inutiles et souvent dangereuses. Les règles opératoires sont les mêmes que dans le premier temps de la taille prérectale.

L'incision par le rectum s'exécute à l'aide d'un bistouri droit que l'on dirige avec l'index gauche. L'emploi d'un spéculum est inutile et ne permet pas de choisir avec toute la précision nécessaire le point sur lequel on doit inciser. Il faut, comme le fait M. Guyon, placer le malade en travers sur son lit, les jambes tenues par deux aides. L'opérateur, placé entre les cuisses du malade, introduit, jusqu'au point fluctuant de la prostate, son index préalablement enduit de cérat et prend, de la main droite, un bistouri droit ordinaire dont la pointe, cachée dans une boulette de cire, est en outre limitée par quelques tours d'une bandelette de diachylon. Il glisse à plat, sur son index gauche, l'instrument ainsi préparé, puis, abaissant le manche et relevant la pointe que la pulpe du doigt pousse et dirige, il pratique une incision aussi étendue que possible à la poche fluctuante. Cette incision rectale peut être suivie d'hémorragies inquiétantes. Sur un

(1) OTTO STOLL, *Zur pathologie und therapie des acuten prostataabscesses*. Zurich, 1877.

malade de M. Guyon (*voir obs. XIX*) il fallut recourir au tamponnement pour arrêter l'hémorrhagie; M. Le Dentu relate un fait analogue. Lorsque l'écoulement sanguin acquiert de semblables proportions, il est certainement d'origine artérielle. Les artères de la région, très grêles et incapables de fournir une hémorrhagie durable à l'état normal, peuvent en effet se distendre sous l'influence du processus inflammatoire, et donner au doigt cette sensation de pouls rectal dont j'ai parlé. Dans ces conditions, la possibilité d'une hémorrhagie sérieuse s'explique facilement. Le sang peut aussi provenir des veines hémorrhoidales et s'écouler en quantité notable; mais ici l'hémorrhagie s'arrête spontanément ou sous l'influence de quelques irrigations froides.

Ces faits montrent qu'on ne doit jamais ouvrir un abcès de la prostate par le rectum sans avoir minutieusement exploré la région. Il faut toujours s'assurer, par le toucher, qu'il n'existe *aucun battement* là où le tranchant va porter.

Telles sont les trois méthodes opératoires applicables à l'ouverture des abcès prostatiques. Envisagées au point de vue de leur valeur intrinsèque, elles doivent être considérées comme trois méthodes susceptibles de donner de bons résultats.

Que l'incision soit pratiquée par l'urèthre, par le rectum ou par le périnée, le pronostic d'un abcès prostatique reste bénin toutes les fois que l'intervention chirurgicale satisfait à cette condition expresse d'être précoce.

Il faut savoir, cependant, que la valeur comparative des trois procédés est loin d'être la même. Les observations

démontrent qu'une incision précoce, par le rectum ou par le périnée, place le malade dans des conditions bien supérieures à celles qui existent lorsque le pus trouve son chemin du côté de l'urèthre. De ce fait clinique, il est malheureusement impossible de déduire une règle absolue pour le choix de l'une des trois méthodes au détriment des deux autres.

Malgré les avantages considérables de l'ouverture périnéale, par exemple, on ne saurait, de parti pris, fendre le périnée d'un malade pour une suppuration prostatique *présumée*. Pour que l'intervention par le bistouri soit légitime, il faut un diagnostic certain; il faut être sûr de trouver du pus, et le chemin qu'on doit lui tracer est, dès lors, subordonné à des indications variables, suivant les cas particuliers. Il faut surveiller ses malades avec le plus grand soin, les toucher, les explorer attentivement, et, la seule règle absolue, c'est d'inciser à temps, là où le premier *indice de suppuration* se laissera percevoir.

Nous repoussons à dessein le mot de *fluctuation*. Attendre la fluctuation vraie pour intervenir, c'est inciser trop tard. Du côté du rectum, le premier indice de suppuration se traduira par cette sensation de dépressibilité spéciale, analogue à celle que donnerait un petit carré d'étoffe mal tendu sur un cadre rigide. C'est un petit point mou, que la pulpe du doigt rencontre, en explorant la plaque dure du phlegmon ou la convexité non moins résistante de la prostate enflammée. La propagation périnéale se révélera au doigt, par l'extension des limites inférieures de l'empâtement périprostatique, au-dessous du niveau de l'aponévrose moyenne. L'intensité du point douloureux prérectal sera de même très significative, et,

lorsqu'il existe en même temps de l'œdème périnéal, on ne doit conserver aucun doute. Quant aux sensations perceptibles par le cathétérisme, elles se réduisent à la notion d'une sorte de rénitence kystique difficile à bien apprécier. L'état général du malade, l'acuité des douleurs, l'apparition de petits frissons, l'intensité de la fièvre, devront, à leur tour, contribuer au diagnostic.

Il m'est difficile de préciser davantage, et la détermination plus absolue du moment où l'intervention s'impose, reste question d'initiative personnelle et de tact chirurgical.

Dans l'interprétation des faits particuliers, on se rappellera qu'il faut inciser par le périnée ou par le rectum toutes les fois que les circonstances le permettent.

Pour les phlegmons périprostatiques, cette manière de procéder s'impose d'elle-même, et l'on ne peut hésiter qu'entre l'ouverture rectale et l'incision périnéale. L'une et l'autre fourniront d'excellents résultats. Si la collection pointe vers le rectum et n'offre *aucune tendance* à fuser vers le périnée, on lui donnera issue par l'intestin. Dans le cas, au contraire, où le pus, tout en laissant percevoir sa présence par le rectum, semble vouloir dépasser le niveau de l'aponévrose moyenne, on incisera par le périnée. En procédant ainsi, Demarquay a obtenu la guérison d'un phlegmon périprostatique en neuf jours (*voir obs. 46*).

En cas d'abcès intra-prostatique reconnaissable par le toucher rectal, et malgré l'absence complète de toute diffusion prostatique, on incisera par le rectum sans jamais se fier à la bénignité relative des ouvertures uréthrales spontanées.

Enfin, dans le cas où le cathétérisme ferait percevoir

une petite poche fluctuante au niveau de la région prostatique, on ne sera autorisé à l'ouvrir volontairement par cette voie que si l'exploration de la face postérieure de la glande restait absolument négative. La réunion de ces deux conditions est, on le conçoit, rarement observée; car il est difficile qu'un abcès assez volumineux pour se laisser percevoir par le cathétérisme échappe entièrement au toucher rectal. Les indications de l'ouverture uréthrale sont donc exceptionnelles. L'évacuation par l'urèthre est presque toujours accidentelle ou spontanée; sur les malades bien observés, elle ne se produira que pour les abcès sous-muqueux peu volumineux, et c'est d'ailleurs le seul cas où son pronostic soit réellement bénin.

Le rôle du chirurgien ne se borne pas à donner issue au pus, et lorsque les abcès prostatiques sont incisés ou se sont ouverts spontanément, il faut surveiller attentivement la marche ultérieure de la maladie, lutter contre les complications toujours possibles, et activer la cicatrisation.

Les accidents qui surviennent du côté de la vessie, du rectum, des reins ou du péritoine, réclameront une médication appropriée sur laquelle je n'ai pas à insister.

L'infection purulente et la péritonite suraiguë resteront, le plus souvent, au-dessus des ressources de l'art. En outre, il faudra puiser largement à la médication reconstituante pour permettre au malade de faire face aux frais de suppurations souvent excessives ou prolongées.

Les fusées purulentes seront surveillées avec la plus grande attention et devront être incisées vite et largement. Le libre écoulement du pus sera, dans tous les cas, assuré par les moyens d'usage. Les injections détersives et désinfectantes rendront de précieux services. Elles ont