

OBSERVATION I

Abeès de la prostate chez un malade atteint d'hypertrophie de la prostate. — Ouverture de l'abcès dans la vessie par pression volontaire avec le bec d'une sonde. — Guérison.

M. Lesne, maître en chirurgie. (Paris, 1774, t. III, p. 33.)

M. S. D. M., se traitant lui-même d'une rétention d'urine, s'étoit procuré la faculté d'uriner par l'usage de ses remèdes auxquels il avoit grande foi, parce qu'ils avoient réussi à plus de trente attaques qu'il avoit eues de ce mal, pendant l'espace de trois années; mais il éprouva que, malgré leur efficacité, ils n'étoient pas infailibles; il avoit une si grande répugnance pour les opérations chirurgicales, que non-seulement il ne s'étoit pas fait sonder, mais, ce que l'on aura peine à croire, c'est que, malgré la fâcheuse situation dans laquelle il s'étoit trouvé dans plusieurs de ses accès de rétention, il ne s'étoit jamais déterminé à se faire saigner; cependant, comme il est des répugnances auxquelles on est forcé de céder, il m'envoya prier de passer chez lui; je le trouvai mourant de douleur, le ventre tendu, avec une soif ardente et les yeux égarés; à peine put-il me faire le récit, non pas de toute sa maladie, il eût été trop long; mais seulement du commencement de l'accès dans lequel il étoit; ce qu'il me dit fut suffisant pour me faire juger que la prostate gonflée avoit été la cause de tous ces accès; que jusqu'à celui-ci, par l'usage de ses remèdes, il avoit obtenu une espèce de résolution qui, ayant dégonflé la prostate, lui avoit redonné chaque fois la facilité d'uriner; que cette fois-ci la prostate n'ayant pu se terminer par résolution, s'étoit enflammée et terminée par suppuration. Comme il ne paroissoit rien au dehors, j'introduisis un doigt dans l'anus, et je touchai la prostate, ou, pour mieux dire, une tumeur plus grosse que le poing qui n'étoit pas dure, et dans laquelle je sentis une es-

OBSERVATION I

Abeès de la prostate chez un malade atteint d'hypertrophie de la prostate. — Ouverture de l'abcès dans la vessie par pression volontaire avec le bec d'une sonde. — Guérison.

(J.-L. PETIT, œuvres posthumes de chirurgie, mises au jour par M. Lesne, maître en chirurgie. (Paris, 1774, t. III, p. 33.)

M. S. D. M., se traitant lui-même d'une rétention d'urine, s'étoit procuré la faculté d'uriner par l'usage de ses remèdes auxquels il avoit grande foi, parce qu'ils avoient réussi à plus de trente attaques qu'il avoit eues de ce mal, pendant l'espace de trois années; mais il éprouva que, malgré leur efficacité, ils n'étoient pas infailibles; il avoit une si grande répugnance pour les opérations chirurgicales, que non-seulement il ne s'étoit pas fait sonder, mais, ce que l'on aura peine à croire, c'est que, malgré la fâcheuse situation dans laquelle il s'étoit trouvé dans plusieurs de ses accès de rétention, il ne s'étoit jamais déterminé à se faire saigner; cependant, comme il est des répugnances auxquelles on est forcé de céder, il m'envoya prier de passer chez lui; je le trouvai mourant de douleur, le ventre tendu, avec une soif ardente et les yeux égarés; à peine put-il me faire le récit, non pas de toute sa maladie, il eût été trop long, mais seulement du commencement de l'accès dans lequel il étoit; ce qu'il me dit fut suffisant pour me faire juger que la prostate gonflée avoit été la cause de tous ces accès; que jusqu'à celui-ci, par l'usage de ses remèdes, il avoit obtenu une espèce de résolution qui, ayant dégonflé la prostate, lui avoit redonné chaque fois la facilité d'uriner; que cette fois-ci la prostate n'ayant pu se terminer par résolution, s'étoit enflammée et terminée par suppuration. Comme il ne paroissoit rien au dehors, j'introduisis un doigt dans l'anus, et je touchai la prostate, ou, pour mieux dire, une tumeur plus grosse que le poing qui n'étoit pas dure, et dans laquelle je sentis une es-

pèce de fluctuation que j'aurois pu croire être la fluctuation de l'urine, si ce qui se trouvoit entre le fluide et mon doigt eût été plus épais. Il y avoit près de trois jours qu'il n'avoit rendu d'urine; je le sondai sans lui causer de douleur; je lui tirai beaucoup d'urine assez puante et boueuse, et, quand je crus avoir tout tiré, je tournai ma sonde à droite et à gauche, comme on fait lorsqu'on cherche une pierre; en faisant ces mouvements je sentois quelque résistance que je crus être la tumeur que formoit la prostate; et en effet, appuyant un peu, ce qui résistoit obéit, et dans l'instant la vessie, qui étoit vuide d'urine, me fournit par la sonde environ une chopine de pus très fluide et extrêmement fétide; c'étoit l'abcès de la prostate qui s'étoit crevé. Je laissai la sonde malgré l'opposition du malade, et, l'ayant bien assujettie, je le quittai, lui promettant de le revoir bientôt. Étant revenu, il se trouvoit si bien, qu'il m'appela son sauveur. Il me pria de lui ôter la sonde, et je lui dis que je venais exprès pour lui ôter celle qu'il avoit et lui en remettre une autre; c'est ma sonde en S, que je lui ai mis à la place de la première. On sait que cette sonde n'a pas besoin d'être assujettie par des liens, et qu'au moyen d'une seringue dont le bout est courbé de bas en haut, on peut faire tant que l'on veut et avec facilité des injections dans la vessie; ce furent ces injections faites cinq ou six fois par jour qui le guérirent complètement: il y contribua beaucoup en se prescrivant lui-même un régime qu'il observa exactement; car, outre l'intérêt personnel, il étoit un des plus habiles que je connusse en son art. J'oubliois de dire que les injections furent variées selon les tems, on doit le présumer.

OBSERVATION II

Abcès de la prostate développé au cours d'une chaudépisse et à la suite d'un excès de boisson chez un homme de trente-cinq à quarante ans ayant eu plusieurs chaudépisses antérieures. — Ouverture dans la vessie (?) pendant un effort de vomissement. — Guérison.

(J.-L. PETIT, loc. cit., t. III, p. 36.)

Un homme de 33 à 40 ans, qui avoit déjà passé plus de vingt ans dans la débauche, étoit à sa cinquième chaudépisse qui, selon lui,

étoit presque guérie; il fit un excès de vin et se trouva la nuit réveillé par une pressante envie d'uriner qu'il ne put satisfaire. La douleur lui donnant quelques relâches, il se remit au lit, dormit quelques heures et fut réveillé par un semblable besoin; les douleurs plus vives le déterminèrent d'envoyer chercher son chirurgien qui le saigna et voulut lui passer la sonde, ce qu'il refusa; le matin, ne se trouvant pas soulagé, il fut resaigné; on lui proposa de nouveau de passer la sonde, et il n'y voulut point consentir. Quatre ou cinq heures après, il fut resaigné et, après beaucoup d'instances qui lui furent faites par son chirurgien, il consentit d'être sondé. Celui-ci, quoique sage, prudent et des plus habiles, ne put parvenir à introduire la sonde dans la vessie. Il introduisit son doigt dans l'anus et reconnut que la prostate étoit dure, douloureuse et formoit une tumeur si considérable qu'il n'hésita pas à croire qu'elle étoit la cause de la rétention d'urine; il le resaigna sur le soir, le fit mettre dans le bain et fit de nouvelles mais d'inutiles tentatives pour passer la sonde. Les boissons adoucissantes et huileuses n'opérèrent rien et ne pouvoient même faire beaucoup d'effet dans un ventre farci de ragouts épicés, de vins et autres liqueurs. La fièvre augmenta et fut très violente pendant la nuit. On lui donna des lavements, il fut resaigné, rien ne le soulagea. Une troisième tentative pour la sonde fut aussi infructueuse que les autres. Il eut une sueur urineuse, quelques frissons légers peu distants les uns des autres, mais accompagnés de grincements de dents. Un délire assez considérable détermina le chirurgien et un médecin qui y fut appelé à le saigner du pied: cette saignée diminua un peu le délire, mais les autres symptômes augmentèrent. Plusieurs chirurgiens furent mandés pour le sonder et ne réussirent pas mieux que le chirurgien ordinaire. Tous convinrent de rendre les lavements purgatifs, et de faire prendre en deux parties trois onces de manne et trois onces d'huile d'amande douce, ce qui ne produisit aucune évacuation. Enfin le malade tomba dans le sommeil léthargique; mais, lorsque le médecin et les chirurgiens étoient sans espérance, le malade eut quelques envies de vomir; on lui donna quelques grains d'émétique qui étoient bien indiqués, et qui firent si bien leur effet, que le malade vomit abondamment et à plusieurs reprises. Il sortit de son assoupissement, eut envie d'uriner, et rendit deux pintes, soit d'urine, soit de pus; il dormit quatre ou cinq heures de suite, et, pendant ce sommeil, il sua considérablement. A son réveil, il rendit beaucoup

d'urine mêlée de pus sans douleur; il n'évacua pas moins par les selles; enfin il n'étoit plus question de rétention; mais, comme le malade rendoit beaucoup de pus avec les urines, il fallut injecter la vessie pour guérir l'ulcère de la prostate, car il n'y a pas lieu de douter qu'un abcès ne se fût formé dans cette partie, et que, s'étant crevé dans la vessie, il restoit un ulcère qu'il falloit consolider: on le fit; et, après la consolidation, on continua le traitement de la chaudepisse qui couloit encore abondamment.

OBSERVATION III

Abcès de la prostate développé à la suite d'un excès de table chez un jeune homme de vingt-cinq ans, au cours d'une blennorrhagie. — Ouverture spontanée dans le rectum. — Écoulement du pus mal assuré. — Phlegmon périprostatique par diffusion. — Incision par le rectum. — Le soir même, ouverture spontanée dans l'urèthre. — Fièvre avec exacerbation accusée le soir pendant dix-huit jours. — Incontinence passagère. — Guérison.

(Observation personnelle.)

Le nommé Legouaille (Pierre), âgé de 25 ans, entre le 8 octobre 1879 à l'hôpital Necker (salle Saint-Vincent, service de M. Guyon).

Ce malade, blond et lymphatique, s'est toujours bien porté. Ses antécédents héréditaires ne présentent rien de spécial à relever. Sa première chaudepisse date de trois ans. L'écoulement s'est compliqué d'orchite, puis, sous l'influence d'un traitement bien dirigé, il a complètement disparu au bout de deux mois. Il y a deux mois environ, deuxième chaudepisse. Cette fois, le traitement a été très négligé et l'écoulement persiste encore. Il y a dix ou douze jours, à la suite d'un excès de boisson, le malade a éprouvé quelques frissons, un peu de pesanteur périnéale et quelques douleurs pendant la miction. Les frissons n'ont plus reparu, mais les phénomènes douloureux se sont accentués et, depuis cinq jours, la miction est impossible sans le secours de la sonde. Il y a deux jours enfin, une cuillerée

à café environ de pus a été rendue spontanément par l'anus. Depuis, les douleurs et les difficultés de la miction ont diminué.

Actuellement, l'écoulement du pus par le rectum est très peu abondant. Le malade arrive à pisser sans se sonder, mais la miction est toujours douloureuse. La défécation l'est beaucoup moins. La prostate est très grosse; le lobe gauche est surtout volumineux; vers sa partie centrale, on constate un point fluctuant, ou pour mieux dire un point dépressible. Il n'y a pas d'empatement périprostatique; il s'agit d'un abcès prostatique proprement dit.

Le 19 et le 20 octobre, aucun incident nouveau n'est survenu; il n'y a pas de fièvre.

Le 21, les difficultés de la miction reparaissent, la température s'élève à 38° le matin et à 38° 5 le soir. Le toucher rectal fait toujours percevoir un point dépressible sur le lobe gauche de la prostate, mais les limites de la glande ne sont plus reconnaissables, toute la région est empâtée; en un mot, il y a diffusion périprostatique. M. Guyon pratique aussitôt l'incision par le rectum et donne issue à une quantité notable de pus crémeux, inodore et bien lié. Tous les phénomènes douloureux disparaissent aussitôt pour ne plus revenir. Dans la soirée, en dépit de l'incision rectale, l'abcès s'ouvre dans l'urèthre pendant un effort de défécation.

L'écoulement de pus par le rectum cesse au bout de six jours.

L'écoulement de pus par l'urèthre se prolonge assez abondant jusque vers le 7 novembre. A cette époque, il cesse à peu près complètement; le malade conserve seulement un écoulement léger, analogue à celui qui existait lors du début de la prostatite. Mais il se produit en même temps un nouveau symptôme: lorsque le malade marche et éprouve le besoin de pisser, il perd son urine goutte à goutte. Cette incontinence persiste, assez accusée d'abord, très atténuée ensuite, jusqu'au 21 novembre. Le malade quitte l'hôpital à cette époque.

J'ai pu le revoir quinze jours après: l'incontinence avait disparu, la blennorrhée persistait peu abondante, la région prostatique avait récupéré sa souplesse. La prostate était dure, petite, et présentait une petite dépression anfractueuse au niveau de son lobe gauche.

Je me suis réservé de signaler, en terminant, deux points importants dans cette observation:

A. La marche de la température;

B. La modalité de l'écoulement du pus prostatique par l'urèthre.

A. La fièvre a persisté du 20 octobre au 7 novembre. Elle a été remarquable par les rémissions presque complètes du matin et les ascensions souvent très élevées du soir.

	Matin.	Soir.
Le 21 octobre. Température axillaire.	38°	38°5
Le 22 — — — — —	37°5	38°4
Le 23 — — — — —	37°5	38°5
Le 24 — — — — —	37°	38°4
Le 25 — — — — —	37°2	38°2
Le 26 — — — — —	37°2	38°
Le 27 — — — — —	37°	38°
Le 28 — — — — —	37°	38°
Le 29 — — — — —	37°4	39°
Le 30 — — — — —	37°	39°4
Le 31 — — — — —	37°6	38°4
Le 1 ^{er} novembre. — — — — —	37°	38°4
Le 2 — — — — —	37°	38°4
Le 3 — — — — —	37°	38°4
Le 4 — — — — —	37°	37°6
Le 5 — — — — —	37°	37°5
Le 6 — — — — —	37°	38°
Le 7 — — — — —	37°	37°4

A partir du 7 novembre, le mouvement fébrile du soir ne s'est pas reproduit.

B. L'écoulement du pus prostatique par l'urèthre ne se faisait pas goutte à goutte. Il était intermittent : tous les quarts d'heure, toutes les demi-heures, le malade éjaculait une demi-cuillerée environ de pus crémeux. Dans l'intervalle de ces sortes d'éjaculations, il ne sortait pas de pus par le méat ; l'émission du pus ne s'accompagnait d'aucune sensation spéciale. Le malade sentait tout simplement son « pus couler ».

Au moment des mictions, le jet de l'urine chassait devant lui une quantité variable de pus et devenait parfaitement limpide aussitôt après.

OBSERVATION IV

Prostatite phlegmoneuse diffuse chez un homme de vingt-huit ans, mal guéri d'une blennorrhagie antérieure. — Incision par le rectum. — Trois jours après, ouverture spontanée dans l'urèthre. — Guérison de l'abcès en un mois et demi. — A cette époque, persistance d'une incontinence légère survenue dans les derniers jours du traitement.

(Observation personnelle.)

Le nommé Heuchel (Léon), âgé de 28 ans, maréchal-ferrant, entré à l'hôpital Necker le 7 août 1879 (salle Saint-Vincent, service de M. Guyon).

Ce malade s'est toujours bien porté. Il y a quatre ans environ, il a contracté une chaudepisse qu'il a mal soignée et dont il s'est mal guéri. Il y a trois mois, et sans cause appréciable, il a éprouvé quelques pesanteurs périnéales ; la miction est devenue fréquente, douloureuse, difficile, et les urines troubles contenaient, dit-il, des « petits fils blanchâtres ».

Il y a trois semaines, ces différents symptômes persistant toujours, on a fait une cautérisation de la région prostatique ; mais, à partir de ce moment, les phénomènes douloureux se sont accentués davantage. La défécation est devenue douloureuse, et des phénomènes de rétention ont, à plusieurs reprises, nécessité le cathétérisme. (Il n'y a pas eu de frisson.)

Actuellement, 7 août, les symptômes douloureux sont très intenses. La miction est impossible sans le secours de la sonde, les envies d'uriner sont très fréquentes et provoquent, toutes les heures environ, des crises douloureuses très pénibles, localisées à la région prostatique, sans irradiations. Le pouls bat 100 fois par minute et la température axillaire monte à 37°8. Localement, les symptômes sont caractéristiques : la région périnéale antérieure est tendue et douloureuse spontanément. A la palpation, on délimite un point douloureux maximum, nettement localisé sur la ligne médiane, entre le bulbe et l'anus ; à ce niveau, le périnée bombe légèrement, mais il n'y a ni fluctuation ni œdème. Par le toucher rectal, on constate, au niveau de la région prostatique, une plaque phlegmoneuse effaçant les limites de la glande. Cette plaque phlegmoneuse, nettement limitée à sa partie inférieure, au niveau du bec de la prostate,

s'étend par le haut entre les vésicules séminales, et empiète sur la région latérale gauche du rectum, au niveau de la fosse ischio-rectale correspondante. Il n'y a pas de poulx rectal et, nulle part, on ne peut percevoir de point ramolli. Le 7 au soir, 38° dans l'aisselle.

Le 8 août, même état : 38° le matin, 38°⁴ le soir.

Le 9 août, 38° le matin. Le toucher rectal laisse percevoir un point ramolli vers la région gauche de la plaque phlegmoneuse. On a tout à fait la sensation que donnerait un petit cadre rigide dont la toile mal tendue se laisserait déprimer. Il n'existe pas de battements au voisinage de ce point ramolli. M. Guyon incise le foyer par le rectum; l'incision donne issue à une grande quantité de pus (100 grammes environ); soulagement immédiat très grand. La pression exercée sur la région périnéale n'éveille plus aucune douleur entre le bulbe et l'anus.

Le 9 au soir, le malade a pissé seul, la température axillaire est tombée à 37°⁵.

Le 10 et le 11, la défécation est toujours douloureuse, du pus sort en assez grande abondance par le rectum. Il n'y a pas de fièvre. Le matin et le soir, la température monte à 37°⁵ seulement.

Le 12, tout mouvement fébrile a disparu. Dans la journée, une quantité considérable de pus sort par l'urèthre.

Le 18 août, il y a toujours un peu de pus rendu avec le premier jet de l'urine à chaque miction; mais il n'y a plus d'écoulement purulent par le rectum. L'empâtement phlegmoneux de la région prostatique a presque complètement disparu, les tissus ont retrouvé leur souplesse, il reste seulement un point induré vers la partie latérale gauche de la prostate.

Le malade est resté à l'hôpital jusqu'au 22 septembre. L'écoulement de pus par l'urèthre n'a cessé définitivement que vers le 10 septembre (jamais l'urine ne s'est écoulée par le rectum); la guérison était complète dès cette époque. Je dois signaler cependant un léger degré d'incontinence survenu dans les premiers jours de septembre. L'issue involontaire de quelques gouttes d'urine se produisait toutes les fois que le malade commençait à marcher, pour cesser complètement dans la situation assise et couchée. L'électrisation de la partie membraneuse n'a pu triompher de ce symptôme, et l'incontinence, très atténuée, il est vrai, persistait encore lorsque le malade a quitté l'hôpital, le 22 septembre, un mois et demi après son entrée.

OBSERVATION V

Blennorrhagie chez un jeune homme de vingt-deux ans. — A plusieurs reprises, phénomènes inflammatoires du côté de la prostate, sous l'influence de causes occasionnelles diverses (excès de table, marche forcée, contusion périnéale, etc.). — Abscès de la prostate. — Ouverture spontanée dans l'urèthre et le rectum. — Fusée purulente dans le triangle ischio-bulbaire, fistule périnéale.

(Observation inédite communiquée par M. Guyon.)

M. X..., âgé de 22 ans, réclame les soins de M. Guyon à la fin du mois de juillet 1879 pour se faire soigner d'une fistule périnéale dont le début remonte au mois de janvier dernier. Le malade s'est toujours bien porté et ses antécédents héréditaires ne présentent rien de spécial; sa mère est morte d'une fièvre typhoïde et son père jouit d'une excellente santé. En octobre 1878, il a contracté une chaudepisse. On lui a ordonné des boissons émoullientes et des bains. Le 11 octobre, le malade a dû quitter la ville de province où il avait passé ses vacances pour venir à Paris. La veille de son départ, il lui a fallu assister à un festin d'adieu, et, pour n'éveiller aucun soupçon, il a bu copieusement vin, champagne et café. Il ne s'en est suivi aucun accident, et, même, l'écoulement a paru cesser le 25 octobre. Vers cette époque, M. X... s'est beaucoup fatigué (courses nombreuses... etc.), et, dans les premiers jours de novembre, l'écoulement a reparu. Il y avait en outre une sensation de pesanteur douloureuse de la région périnéale que la station assise rendait encore plus pénible. La miction provoquait une douleur très vive dans la profondeur du canal. Il fallut prendre le lit et consulter un médecin. Le toucher rectal ne fut pas pratiqué. On dit au malade qu'il avait probablement une prostatite; des sangsues, des grands bains furent prescrits, et, huit ou dix jours après, tous les symptômes douloureux s'amendèrent. Vers la fin de novembre, et sans cause appréciable, une uréthrorrhagie légère s'est produite. M. X... allait toujours bien, lorsque, le 4 décembre, il reçut, en guise de plaisanterie, un coup de pied dans la région périnéale pendant qu'il avait la tête baissée vers une fontaine. Dès le lendemain, il fut obligé de prendre le lit. La miction était de nouveau pénible et la

défécation était, comme à la première poussée de prostatite, particulièrement douloureuse. Le périnée tendu, douloureux, présentait une petite « bosse » au-devant de l'anus; des cataplasmes ont été maintenus sur la région, et le 21 janvier le malade s'est levé. Douze jours après, un orifice fistuleux s'est établi à droite du raphé périnéal, à égale distance de l'anus et des bourses. Ce trajet fistuleux donnait peu de pus; l'urine s'y engageait à chaque miction et produisait des cuissons assez vives; à partir de ce moment M. X... s'est senti mieux et il a pu reprendre ses occupations pendant le mois de février.

Pendant *mars, avril et mai*, on a eu recours au cathétérisme. Le n° 41 a été introduit d'abord et, progressivement, on est arrivé au n° 48. Pendant ces trois mois, aucun accident spécial n'est survenu. La fistule se fermait de temps à autre, mais aussitôt la tension périnéale reparaissait et la fistule ne tardait pas à se rouvrir. Au mois de juin, il y a eu un peu d'épididymite; le lit a dû être gardé quelques jours. A la fin de juin, incontinence d'urine à deux ou trois reprises différentes. L'usage des sondes a été cessé quelques jours, puis repris de nouveau. On n'a pu dépasser le n° 46. Au commencement de juillet, on a essayé de laisser une sonde à demeure; mais elle a été supportée quarante-huit heures seulement.

Le 24 juillet, M. Guyon examine pour la première fois le malade.

Le 26 juillet, il incise le trajet fistuleux. L'orifice conduit dans une poche purulente située dans la loge inférieure du périnée, entre la face inférieure du ligament de Carcassonne et l'aponévrose superficielle en partie détruite; cette poche occupe en définitive le triangle ischio-bulbaire droit dans presque toute son étendue. La racine droite des corps caverneux est disséquée par le pus. A la partie postérieure de cette cavité se voit un orifice qui conduit à la prostate. Celle-ci est englobée dans un empatement phlegmoneux qui remonte vers le bas-fond vésical et déborde la région prostatique sur les côtés. Au niveau du lobe gauche de la prostate, il existe une dépression fluctuante qui est certainement le point de départ de la fistule périnéale. Il est difficile de déterminer exactement s'il existe ou non un abcès intraprostatique. L'abcès périprostatique est seul évident et c'est à lui qu'aboutit le trajet fistuleux. M. Guyon constate en outre la communication de l'abcès avec le rectum. On ne peut savoir exactement l'époque à laquelle remonte l'ouverture rectale de l'abcès. Le malade sait qu'il a rendu du pus par l'anus, il y a plusieurs semaines; mais il ne donne pas de date précise.

M. Guyon a bien voulu me permettre d'examiner ce malade le 2 août 1879. A cette date, j'ai trouvé les traces de la plaie opératoire. La cavité creusée dans la loge périnéale inférieure était presque comblée par des bourgeons charnus, roses, et de bel aspect. Il n'y avait pas de douleurs spontanées. Le canal était libre et la miction normale. Lorsqu'on pressait avec la pulpe de l'index sur la région prostatique, on éveillait des douleurs très vives. Cette pression faisait sourdre du pus par la plaie périnéale et par l'urèthre. L'abcès périprostatique communiquait donc avec la plaie périnéale, avec l'urèthre et avec le rectum.

Actuellement, huit mois se sont écoulés et les trajets fistuleux ne se sont point cicatrisés. Tout récemment encore, M. Guyon a été appelé en consultation. Des accès de fièvre s'étaient manifestés, disait-on. Avant d'aller voir le malade, et sachant qu'il se cathétérissait régulièrement, M. Guyon pensa qu'il s'agissait peut-être d'accès urinaires provoqués par l'introduction des sondes, et fit transmettre l'ordre de suspendre immédiatement tout cathétérisme. Ces prétendus accès de fièvre étaient dus à une grippe récente, et, lorsque M. Guyon a pu se rendre chez M. X..., la simple cessation du cathétérisme régulier avait permis à la fistule uréthro-rectale de reprendre tous ses droits. La presque-totalité des urines s'écoulait par l'anus.

Cette observation montre bien toute la gravité des suppurations périprostatiques alors même que la diffusion n'est pas excessive. Dans ce cas particulier, l'état fistuleux persista depuis un an et la guérison est bien loin d'être obtenue.

OBSERVATION VI

Hypertrophie de la prostate chez un homme de soixante-huit ans. — Prostatite suppurée avec fusée ischio-rectale, sans réaction générale accusée. — Incision dans la fosse ischio-rectale. — Cicatrisation au bout de deux mois.

(Observation personnelle.)

Le nommé Guillard (Alexandre), âgé de 68 ans, entré à l'hôpital Necker le 30 janvier 1879 (salle Saint-Vincent, lit n° 8, service de M. Guyon).

Depuis six mois, ce malade éprouve des besoins fréquents d'uriner et pisse difficilement. Il y a vingt jours que ces difficultés de la miction se sont brusquement accentuées. Depuis cette époque, les besoins d'uriner sont pour ainsi dire incessants et le malade ne pisse que goutte à goutte. L'urine s'écoule involontairement pendant la nuit et très souvent aussi pendant le jour. Toute occupation est devenue impossible. Actuellement il y a seulement de la pesanteur périnéale sans douleur véritable. La miction éveille quelques cuissons uréthrales. La vessie, très distendue, se vide fort mal et remonte jusqu'au niveau de l'ombilic. Les deux lobes de la prostate sont très hypertrophiés. Les urines, limpides, n'indiquent pas de lésions rénales avancées; elles sont simplement un peu troubles vers la fin du cathétérisme (densité : 1006). Il n'y a pas d'albuminurie, et cependant il existe depuis quinze jours un œdème des membres inférieurs très marqué. Il y a même un peu de bouffissure de la face; le faciès est pâle et cireux. Il y a de l'anorexie, sans vomissements. La constipation est marquée. L'auscultation du cœur révèle un léger souffle à la base et au premier temps. Le pouls est très bondissant. La matité aortique est très étendue dans le sens transversal et la pointe du cœur bat à 4 centimètres en dehors du mamelon. Il y a tout lieu de supposer un léger degré d'insuffisance aortique.

Cathétérisme matin et soir, lavage de la vessie à l'acide borique, potion avec alcool et quinquina. A chaque cathétérisme, on a le soin de n'évacuer que le tiers environ du contenu vésical. La bouffissure de la face et l'œdème des membres inférieurs disparaissent rapidement. Le traitement est continué pendant trois jours. Le malade souffre beaucoup au moment du cathétérisme, ses urines sont légèrement teintées en rouge. Le sommeil est interrompu par des douleurs lancinantes le long de l'urèthre. Un peu de diarrhée survient.

Le 4 février, les urines contiennent une quantité de sang très notable. Il n'y a ni frisson, ni élévation de la température. Le cathétérisme est suspendu pendant vingt-quatre heures.

Le 5 février, les urines ne contiennent plus de sang, mais renferment une forte proportion d'albumine. Leur densité est toujours de 1006. On pratique de nouveau le cathétérisme le 7 février. Aussitôt après, des coliques très vives se manifestent, la vessie se contracte beaucoup mieux. On suspend le cathétérisme.

Le 13 février, la polyurie, qui avait disparu, reparait (4 litres d'urine trouble).

Du 13 février au 26 mars, les forces diminuent les fonctions digestives se font très mal.

Le 26 mars, des douleurs assez violentes apparaissent au niveau de la fosse ischio-rectale gauche.

Le 28 mars, cette région est rouge, tendue et très douloureuse. Il y a de la fièvre (38°). Le toucher rectal permet de reconnaître un empâtement phlegmoneux dans toute l'étendue de la fosse ischio-rectale gauche. Au milieu de cet empâtement général, on obtient nettement la sensation de fluctuation. On peut aussi reconnaître, dans une certaine mesure, les limites de la prostate à droite. Elle paraît très volumineuse. A gauche et en haut ses contours sont effacés par une large plaque phlegmoneuse qui se continue vers la fosse ischio-rectale. Au niveau du lobe gauche il existe un point fluctuant. M. Guyon porte le diagnostic : prostatite suppurée avec fusée ischio-rectale. Le toucher rectal ne laisse percevoir aucun battement. La miction n'est pas gênée. Une incision pratiquée au niveau de la fosse ischio-rectale donne issue à un flot de pus. En introduisant l'index de la main gauche dans le rectum et l'index de la main droite dans la plaie, jusqu'au niveau de la prostate, on arrive à vérifier complètement le diagnostic porté.

On peut voir que chez ce malade l'abcès prostatique a évolué sourdement sans réaction et sans cause déterminante bien appréciable. Il n'a attiré l'attention qu'au moment où, sorti de la loge prostatique, il est venu envahir la région ischio-rectale. Après l'incision de l'abcès, l'état général est devenu meilleur. La plaie ischio-rectale a donné du pus sans urine pendant tout le mois d'avril et ne s'est fermée que dans les premiers jours de mai. Ce malade est resté dans le service jusqu'au 7 juin. A son départ, il était arrivé à uriner facilement et à vider sa vessie. La région prostatique, toujours empâtée, présentait une sorte de petite dépression au niveau du lobe gauche et la fosse ischio-rectale n'avait pas encore récupéré toute sa souplesse.