

Le 2 janvier 1879, état général mauvais. 3 litres d'urine purulente dans les vingt-quatre heures. Langue sèche. Anorexie, 39° le soir. Lavage à l'acide borique.

Le 4 janvier, 38° 6 le matin et même température le soir.

Le 5 janvier, la température descend à 37°.

Le 6 janvier 1,400 grammes d'urine dans les vingt-quatre heures. La température monte à 38°. Le malade doit se sonder lui-même avec une sonde molle.

Le 7 janvier, 2 litres d'urine. Les urines, alcalines hier, sont aujourd'hui acides. La température atteint 39°. Constipation extrême. Frisson violent dans la journée (lavement purgatif).

Le 8 janvier, 1,600 grammes d'urine 38° le matin. 40° le soir.

Le 9 janvier 1,200 grammes d'urine. 40° le matin, langue très sèche. Le malade a envie de vomir. On replace la sonde à demeure.

Le 10 janvier, 800 grammes d'urine toujours purulente. 39° 6 dans la matinée. Subdélirium. Langue très sèche (potion avec 60 grammes d'alcool).

Le 11 janvier, le malade meurt. Il avait hier soir 40° 4. Le pouls était petit et misérable. Dans les dernières heures, délire avec sueurs abondantes.

*Autopsie.* — La vessie est ratatinée et présente le volume d'une grosse orange. Ses parois mesurent 1 centimètre d'épaisseur et sont indurées. La muqueuse est aussi fortement épaissie, ardoisée par place, un peu rugueuse, mais nette de tout dépôt phosphatique. Elle est pleine d'urine purulente.

La prostate est très volumineuse. Le lobe droit est particulièrement hypertrophié. Le lobe moyen n'est pas saillant. Par la pression des doigts, on fait sourdre des gouttelettes de pus au niveau des orifices dilatés des glandules prostatiques. Autour de la prostate existent de petites collections purulentes. Le foyer principal siège sur le lobe gauche de la prostate et communique avec de petits foyers secondaires d'aspect caverneux et pleins d'un pus crémeux.

Les uretères sont très dilatés. Les reins sont volumineux. Leur capsule est adhérente et indurée. A la partie inférieure du rein gauche et dans l'épaisseur de son parenchyme, se trouve un abcès enkysté du volume d'une noisette. A la loupe, le rein gauche est d'ailleurs parsemé d'une quantité considérables d'abcès de volume très variable, depuis celui d'un grain de chènevis jusqu'à celui d'une

noisette. Ces petits abcès sont tous entourés d'une aréole rougeâtre. Le reste du tissu rénal est friable et se laisse facilement déprimer sous le doigt. La capsule se laisse facilement détacher.

La muqueuse des calices et du bassinet est tomenteuse, arborisée et présente environ 1 millimètre d'épaisseur.

Le rein droit est moins volumineux que le rein gauche et plus pâle. On trouve également, à sa surface, un abcès enkysté du volume d'une amande et d'autres également superficiels et plus petits. Ceux-ci ont une forme conique et leur sommet est dirigé vers le centre de l'organe. D'une manière générale, le rein droit est beaucoup moins altéré que le gauche.

La rate est petite et indurée. Il y a périsplénite manifeste avec épaissement d'aspect cartilagineux.

Le foie est légèrement congestionné.

Les poumons sont le siège d'un grand nombre de petits abcès pyramidaux disséminés sur toute la surface des deux viscères et présentant tous les caractères des abcès métastatiques de l'infection purulente.

En résumé prostatite avec abcès périprostatiques devenus le point de départ d'une infection purulente.

## OBSERVATION XXVII

*Rétrécissement de l'urètre. — Uréthrotomie interne. — Abcès périphlébitiques autour de la prostate. — Infection purulente. — Mort.*

(Observation recueillie par mon ami M. Bazy et transcrite à la page 353 du registre d'observations de M. le professeur Guyon.)

Le nommé Losch (Ferdinand), employé, âgé de 53 ans entré le 19 mars 1879 à l'hôpital Necker (salle Saint-Vincent), mort le 15 avril 1879.

Blennorrhagies autrefois. En 1865, orchite. Au dire du malade, la miction était depuis quelque temps difficile. A cette époque, il eut un abcès au périnée. Il ne perdit jamais d'urine par l'ouverture qui fut aussitôt pratiquée. On constata de plus un rétrécissement qui ne parut pas dilatable et nécessita l'uréthrotomie interne. La miction redevint normale.

Depuis deux ans, le malade éprouve de nouveau de la difficulté pour uriner. En novembre 1878, il a eu une rétention complète d'urine pendant vingt-quatre heures. Il prétend avoir rendu alors un calcul de la grosseur d'un pois; mais aujourd'hui on ne trouve plus trace de pierre. Dans ces derniers temps, le jet est devenu de plus en plus faible. Il y a quelques douleurs sourdes dans les reins. La fréquence des mictions n'a rien d'anormal. Les urines sont claires. On constate dans la portion périnéo-bulbeuse deux rétrécissements admettant le n° 8.

Le 21 mars, on passe la bougie n° 9. Le malade urine mieux.

Le 23 mars, on essaye de poursuivre la dilatation, mais on ne peut dépasser le n° 10.

Le 26 mars, nouvelles tentatives inutiles. L'uréthrotomie paraît indiquée.

Le 29, M. Guyon pratique l'uréthrotomie interne.

Le 31 mars, un peu d'élévation thermique; soir 38° 2. Il n'y a pas eu de frisson, mais, depuis le matin, il existe une suffusion ictérique très marquée. Perte d'appétit. On donne de l'eau de Sedlitz.

Le 4 avril, la température est de 38°. Elle était de 38° 5 le 1 avril au soir; le lendemain matin elle atteignait 39° 5, redescendait un peu, puis s'élevait brusquement hier soir à 40° 2.

Le malade ne souffre que d'un peu de céphalalgie; pas de toux, pas d'oppression. La teinte ictérique légère que nous avons signalée persiste surtout au niveau des conjonctives. Les urines ont la teinte acajou. Pas de douleur lombaire. Pas d'ascite ni d'œdème. Le foie paraît un peu diminué de volume.

5 avril. Hier 39° 2, ce matin 38. (Le malade a habité dans les pays chauds; il a eu les fièvres et la dysenterie.)

7 avril. Ce matin, la température, qui était montée hier à 39°, reste stationnaire. Il y a de l'oppression avec point de côté à gauche et l'on constate de ce côté des frottements très manifestes. Pas de douleur en urinant. (6 ventouses scarifiées sur le côté gauche de la poitrine et 12 ventouses sèches à droite.)

8 avril. Le malade a dormi un peu à la suite d'une injection de morphine (température, 38° 8); à l'auscultation, souffle manifeste à gauche avec matité remontant jusqu'à l'angle de l'omoplate; en bas, absence de murmure vésiculaire et suppression des vibrations thoraciques. La dyspnée n'est pas très grande, mais n'a cependant pas disparu (vésicatoire).

10 avril. La température est restée hier à 37° 9; elle est montée ce

matin à 39°. Un frisson assez violent s'est montré avant la visite. Du côté du poumon, rien de nouveau. Urines purulentes.

11 avril. Dans la journée d'hier, à la suite d'un frisson, le malade a eu une assez forte douleur dans l'épaule droite déterminant une gêne considérable dans les mouvements. Il est affaibli, pâle, de teinte terreuse. La température montait hier à 39° 4. L'oppression paraît augmenter.

12 avril. Hier soir 38° 7, ce matin 38°. Oppression excessive. Les yeux sont larmoyants; la voix est entrecoupée, sueurs très abondantes et soif vive. A l'auscultation, on constate, en avant et à droite, de gros râles sous-crépitaux qui, en présence de l'état général, pourraient bien être rapportés à l'existence d'infarctus. Pas de nouveau frisson. Les douleurs de l'épaule persistent très vives. (Potion: 4 gr. d'aconit, 1 gramme de sulfate de quinine. 20 ventouses sèches.)

Mort le 23 avril.

*Autopsie.* — Dans la plèvre gauche, 1 litre et demi de liquide séro-purulent. La plèvre, surtout dans sa partie postérieure, est recouverte de fausses membranes assez consistantes, infiltrées de pus, se laissant facilement détacher du poumon, dont elles sont séparées en ce point par un caillot sanguin. Au-dessous, le poumon est atelectasié, sauf au sommet et en bas. Tout à fait à la partie inférieure, il existe un petit abcès du volume d'un pois.

Dans la plèvre droite, 1 litre de liquide séro-purulent; fausses membranes moins épaisses. Le poumon est également atelectasié. Son parenchyme est flasque et mou. Pas d'abcès.

Dans l'épaisseur des petites bronches il existe de petites plaques de consistance fibro-cartilagineuse, blanchâtres, irrégulières, rappelant les plaques d'athérome artériel. Il semble que ce soient les points cartilagineux de la paroi qui soient beaucoup plus apparents qu'à l'état normal.

Le cœur est un peu volumineux. Pas d'insuffisance aortique. Pas de lésions valvulaires. Dans le cœur droit, quelques petits caillots cruoriques. Sang semi-liquide en gelée de groseille. Poids du cœur, 450 grammes.

La rate est grosse, pâle, assez consistante, sans abcès ni infractus. Poids: 350 grammes.

Le foie est peu coloré. La vésicule biliaire est presque vide et ne contient qu'un peu de bile jaunâtre. Pas d'altération des voies bi-

liaires. Le foie est un peu grenu à la coupe. Il est résistant et crie sous le couteau.

En ouvrant l'abdomen, après avoir enlevé le péritoine qui recouvre la vessie, on tombe sur un abcès situé sur la branche droite du pubis entre la symphyse et la vessie, se dirigeant du côté de la ligne médiane, du volume d'une noix et occupant la place du plexus de Santorini. Caillot cruorique de la veine dorsale.

Immédiatement en arrière du bulbe il existe un abcès du volume d'une noix dans lequel paraissent s'ouvrir les veines.

Sur la partie inférieure et latérale droite il existe aussi un autre petit abcès du volume d'une noisette à cavité anfractueuse. Il en existe aussi un autre plus petit à gauche.

L'urètre est incisé sur toute sa longueur par sa face inférieure. A la coupe de la prostate, on voit sourdre au niveau du bec un peu de pus venant de l'abcès latéral droit. Cet abcès s'étend sur la gauche et communique, par un long trajet occupant toute la partie périphérique de la prostate, avec le petit abcès du côté gauche.

On suit, sur toute la face supérieure de l'urètre, la trace de l'incision faite par l'uréthrotomie, commençant à 4 centimètres du méat, se continuant presque sans interruption jusqu'au collet du bulbe et formant une petite raie très peu profonde. Au niveau du collet du bulbe, les deux lèvres s'écartent de façon à limiter entre elles un espace de 2 millimètres de largeur, puis s'écartent progressivement l'une de l'autre, limitant un espace fusiforme de 3 centimètres 1/2 à 4 millimètres environ de largeur et se terminant au niveau de la base du bulbe pour disparaître ensuite progressivement sur la portion membraneuse. Le fond de cet espace fusiforme est rougeâtre et présente de petits tractus transversaux très peu saillants. La vessie, revenue sur elle-même, contient peu d'urine purulente.

L'uretère gauche est légèrement dilaté et ses parois sont épaissies surtout à la partie inférieure. La partie supérieure est saine.

Le rein gauche présente à sa surface une quantité considérable de petits kystes presque tous du volume d'un gros pois, entre lesquels on constate des plaques de tissus scléreux, formées par la capsule considérablement épaissie. Les calices et le bassinet sont très dilatés. Les kystes contiennent une matière verdâtre dont la consistance rappelle celle d'une gelée molle. Le rein droit est très volumineux, mais ne présente pas d'altération. On trouve seulement un peu de piqueté hémorragique, soit à la surface, soit dans l'épaisseur du

parenchyme. Poids des deux reins : 380 grammes. L'urètre droit est sain.

L'épaule droite contient une quantité notable de pus séreux. Les cartilages sont sains et la synoviale peu injectée.

La bourse séreuse sous-deltaïdienne est pleine de pus.

#### OBSERVATION XXVIII

*Pierre dans la vessie chez un homme de soixante-treize ans. — Hypertrophie de la prostate. — Séances de lithotritie. — Abcès périprostatique. — Ouverture spontanée dans le rectum. — Mort.*

(Observation personnelle.)

Le nommé Lefebvre (Paul), âgé de 73 ans, entré à l'hôpital Necker le 20 mars 1879 (salle Saint-Vincent, lit n° 27, service de M. Guyon).

Ce malade s'est toujours bien porté et ne présente aucun antécédent personnel ou héréditaire qui mérite d'être relevé.

Les symptômes vésicaux qui l'amènent à l'hôpital remontent à deux ans. A cette époque, il a éprouvé des douleurs vésicales très vives; il était obligé d'uriner à tout instant et ne pouvait émettre que quelques gouttes d'urine à chaque miction. Jamais d'hématurie. Les premiers symptômes ont perdu leur acuité au bout de deux ou trois mois; mais, depuis cette époque, une sorte de cuisson a persisté tout le long du canal. Il n'y a pas de phénomènes vraiment douloureux au niveau du bas-ventre, mais les besoins d'uriner sont fréquents, surtout après la marche ou quelque autre fatigue. La voiture est surtout mal supportée. Les mictions ne sont pas plus fréquentes le jour que la nuit et le malade est obligé de se lever à peu près toutes les heures pour uriner. Il n'éprouve pas la sensation d'un corps étranger intra-vésical. Parfois le jet de l'urine s'arrête brusquement. Les urines sont un peu troubles, mais ne laissent pas de dépôt. Le malade dit avoir vu des graviers dans son urine il y a quatre ou cinq ans.

L'exploration de la vessie démontre l'existence d'une seule pierre peu volumineuse.

Le 29 mars, première séance de lithotritie avec le lithotriteur de Bigelow. La pierre est saisie, mais elle résiste à l'instrument. M. Guyon

remet à une autre séance l'introduction du lithotriteur fenêtré.

Le 2 avril, deuxième séance de lithotritie. 14 prises en 5 minutes, à l'aide du lithotriteur à mors dentelés.

Le 3 avril, la miction est difficile. Malaise général, élévation de la température. On retire quelques graviers engagés dans le canal.

Le 7 avril, la fièvre a disparu; mais il y a de la cystite; les urines sont très sales. (Potion à l'acide borique.)

Le 9 avril, nouvelle séance de lithotritie sous le chloroforme (lithotriteur à mors plats; 23 prises en 2 minutes). Un lithotriteur plus petit est aussi réintroduit et permet de faire, en 3 minutes, 27 prises. Lavage de la vessie.

Le 9 avril, au soir, température axillaire 39°4.

Le 10 avril, au matin, 37°, et pas de symptômes douloureux.

Le 20 avril, épидидymite depuis quatre jours. Il y a de la fièvre, de l'anorexie, et la langue est un peu sèche.

Depuis cette époque jusqu'au 3 mai, l'état général reste mauvais. La température oscille entre 37°5 et 38° tous les matins. Le soir, elle varie entre 38°5 et 39°. La langue est sèche.

Le 6 mai, le malade rend par l'anus une assez grande quantité de pus. Un abcès périprostatique s'est développé lentement, sourdement, sans éveiller de douleur. Toute la région prostatique est phlegmoneuse. L'empâtement dépasse nettement les limites de la prostate et s'étend surtout du côté de la vésicule séminale droite. Cette induration périprostatique présente vers la ligne médiane un point ramolli, une dépression, dans laquelle on peut loger la pulpe de l'indicateur.

Les jours suivants, l'état général devient de plus en plus mauvais. Prostration extrême. Un abcès se forme au niveau du talon.

Le malade meurt le 10 juin.

*Autopsie.* — Le cerveau est sain.

Bronchite généralisée. Congestion à la base des deux poumons.

La vessie contient seulement deux fragments de calculs, dont l'un présente les dimensions d'un haricot, et l'autre celles d'une petite noisette. La muqueuse vésicale est injectée, épaissie, tomenteuse, et offre des taches ecchymotiques au niveau du col. Sur la partie latérale gauche et inférieure de la vessie, il existe cinq vacuoles, dont l'une contient un troisième petit fragment de pierre. A la partie postérieure et latérale droite, immédiatement au-dessus de la

base de la prostate, on trouve une vaste cavité, large et haute de quatre travers de doigt, pleine de pus. Des fausses membranes grisâtres et feuilletées limitent cette poche. Le péritoine susjacent est sain. La vésicule séminale droite, située immédiatement en avant de la poche purulente, est englobée au milieu d'un tissu cellulaire engorgé et phlegmoneux, mais elle est saine. Vers la partie inférieure et postérieure, la poche purulente communique avec le rectum par un étroit orifice; en avant elle envoie un prolongement qui contourne la partie latérale gauche de la prostate, gagne l'extrémité externe du bord supérieur de sa face antérieure et se termine en cul-de-sac contre la partie correspondante de la paroi vésicale. Sur les côtés, elle est bridée par les attaches rectales des aponévroses latérales de la prostate.

Sur la partie inférieure de l'urèthre, à l'entrée de la portion prostatique, se voit un étroit pertuis, vestige d'une perforation ancienne. Ce petit orifice conduit dans un étroit cul-de-sac qui remonte un peu vers le lobe gauche de la prostate, mais qui n'affecte pas de communication avec le diverticulum de la poche purulente décrite plus haut. La prostate est très volumineuse, les deux lobes latéraux sont également développés. Le lobe moyen fait une légère saillie au niveau du col. Le parenchyme de la glande ne contient pas de pus. Au niveau du lobe gauche les glandules sont un peu dilatées et laissent sourdre à la pression des gouttelettes visqueuses et blanchâtres, mais non du pus. Les veines périprostatiques sont très volumineuses. Elles contiennent dix à douze phlébolithes, mais ne renferment pas de caillots.

Les autres viscères sont sains.

#### OBSERVATION XXIX

*Pierre dans la vessie. — Hypertrophie prostatique. — Abcès des parois vésicales. — Vaste suppuration intervésico-rectale et périprostatique. — Fusées multiples vers la région inguinale droite et le long du psoas du même côté. — Péritonite. — Mort.*

(Observation personnelle.)

Le nommé Bigorgne (Jean), âgé de 66 ans, entre à l'hôpital Necker le 19 mai 1879 (salle Saint-Vincent, lit n° 14, service de M. Guyon).

Cet homme n'a jamais fait de maladie sérieuse; pas d'antécédents personnels ou héréditaires. Depuis trois ans, il souffre au niveau du méat; la cuisson qu'il éprouve à ce niveau survient parfois spontanément, mais le plus souvent elle se produit au moment où il commence à pisser; elle est alors constante et très vive. Le jet s'arrête parfois au moment de la miction, et, pour achever cet acte, il est obligé de s'asseoir. La marche est difficilement supportée et produit de l'hématurie. Les besoins d'uriner sont fréquents, il pisse toutes les heures pendant la journée et cinq ou six fois la nuit. L'urine, habituellement trouble et sanguinolente, devient facilement très claire sous la simple influence du repos.

L'exploration fait reconnaître une grande quantité de calculs. Les oscillations que M. Guyon imprime à son instrument font entendre un véritable cliquetis.

Le canal est dilaté le 21 mai, on passe un béniqué n° 42. Le 28 mai, M. Guyon procède à une première séance de lithotritie. Le débridement du méat est nécessaire, les instruments s'enclavent au niveau de la prostate et ne peuvent pénétrer.

4 juin. Lithotritie sous le chloroforme. M. Guyon prolonge la séance pendant un quart d'heure et fait une quantité considérable de prises.

6 juin. Symptômes de cystite, urine trouble. Des fragments de calculs s'engagent en grande quantité dans le canal, rendent la miction très pénible et ne permettent même pas le passage d'une bougie fine. Les symptômes disparaissent, les graviers s'éliminent et le malade n'a pas de fièvre. D'ailleurs, depuis que le traitement est commencé, le thermomètre placé dans l'aisselle n'a jamais dépassé 37°.

14 juin. Nouvelle séance de lithotritie sous le chloroforme. Pendant dix minutes environ, les fragments ne se laissent pas saisir. On fait une injection d'eau dans la vessie, M. Guyon introduit le lithotriteur n° 2 et fait vingt-cinq prises en cinq minutes. Le lithotriteur est introduit ensuite pendant deux minutes et permet dix prises nouvelles. Lavage de la vessie avec l'aspirateur Thompson. On obtient ainsi une assez grande quantité de fragments (la moitié environ de la petite éprouvette qui termine l'aspirateur est pleine de graviers).

14, au soir. Température axillaire : 38°6.

15. Tuméfaction considérable au niveau de la région inguinale droite. On croit à une hernie inguinale, et cela d'autant mieux que,

depuis longtemps, l'anneau inguinal est relâché et permet, sans le moindre effort, la production d'une petite hernie jusqu'à présent restée réductible. Cette fois la prétendue hernie affecte cependant un volume insolite. Elle est tendue, chaude et non réductible. Il n'y a pas de signes d'obstruction intestinale.

18 juin. Prostration extrême. Pouls faible, intermittent. Peu de fièvre. La température n'atteint pas 38°. La tuméfaction inguinale a gagné le niveau du testicule droit. Le malade meurt dans la soirée.

*Autopsie.* — Nombreuses adhérences au sommet des deux poumons.

Des deux côtés, on trouve au sommet quelques noyaux tuberculeux ayant subi la transformation crétacée. La base du poumon gauche est fortement congestionnée.

*Cœur.* Quelques adhérences péricardiques. Valvules sigmoïdes aortiques légèrement indurées sur leurs bords, mais suffisantes. Rien à noter du côté du foie ni de la rate, ces deux viscères sont absolument sains.

Les reins et les uretères n'offrent pas la moindre altération. Il y a seulement un état congestif peu marqué du rein droit.

On trouve tous les signes d'une péritonite généralisée n'ayant pas encore atteint la période exsudative franche. Le péritoine vésical, rouge, fortement injecté, est comme poisseux au toucher et par places il existe déjà de fortes adhérences entre les anses intestinales. Les lésions péritonéales sont surtout marquées dans la région droite de la cavité abdominale et au niveau du cul-de-sac vésico-rectal. Il existe même, en ce point, quelques fausses membranes, sans traces de perforation. Au niveau du canal inguinal, se voient les vestiges d'une hernie ancienne; mais le sac herniaire ne contient ni intestin ni épiploon et se présente sous l'aspect d'une masse noirâtre infiltrée de pus. Ses parois sont épaissies et lardacées. Le testicule droit et sa vaginale sont parfaitement sains tous deux. A la partie latérale du sac et sous lui, pour ainsi dire, se trouve une collection purulente qui plonge dans le bassin vers la base de la prostate en suivant le canal déférent qui est disséqué, épaissi, injecté et baigne dans le pus. Au niveau de la région inguinale, le clapier se bifurque pour envoyer une de ses branches jusqu'à la partie la plus déclive de la bourse droite, en dedans du testicule, et l'autre au niveau du ligament suspenseur de la verge.

En examinant les organes contenus dans le petit bassin, nous trouvons un vaste clapier périprostatique et périvésical. Il occupe la moitié droite de la face postérieure de la vessie, et la moitié correspondante de sa face antérieure. Les parois de ce foyer sont constituées par des fausses membranes grisâtres, friables et infiltrées de pus. Le péritoine est épaissi, noirâtre et décollé dans toute la région correspondante du petit bassin. Le point de départ de cette suppuration périvésicale et périprostatique siège en ce point de la paroi vésicale situé immédiatement au-dessus du lobe droit de la prostate. Ces parois vésicales sont à ce niveau considérablement épaissies, indurées et renferment dans leur épaisseur trois petits abcès. Les trois petites cavités communiquent entre elles et se jettent dans le grand clapier périvésical par une ouverture large comme une pièce de 50 centimes.

Le clapier descend en bas jusqu'à la partie moyenne de la prostate. Sur les parties latérales, il est bridé par les attaches rectales des aponévroses latérales de la prostate. La vésicule séminale droite est détruite. Les plexus vésicaux périprostatiques contiennent des caillots et quelques phlébolithes. Ils ne renferment point de pus.

La prostate est très volumineuse et le lobe moyen fait une forte saillie au niveau du col. Le parenchyme de la glande ne contient pas de pus.

Au moment où le clapier périvésical contourne la branche horizontale du pubis pour se comporter ensuite ainsi que nous savons, il envoie une fusée purulente qui remonte le long du psoas jusqu'à la partie inférieure de l'atmosphère graisseuse du rein droit. Cet embranchement est assez large à sa partie inférieure et l'on peut voir à ce niveau le péritoine de la fosse iliaque décollé dans presque toute son étendue. La vessie contient une quantité considérable de petits calculs dont les plus gros n'atteignent pas les dimensions de la moitié d'un haricot. Il n'existe de perforation en aucun point de la muqueuse vésicale minutieusement explorée. Elle est le siège d'une injection générale particulièrement intense au niveau du point correspondant aux abcès de la paroi. Beaucoup de graviers, tous engagés dans le canal, obstruent l'urèthre prostatique. La muqueuse uréthrale ne présente aucune altération.

## OBSERVATION XXX

*Abcès prostatique provoqué chez un jeune homme de vingt ans par des excès de coït. — Mort.*

(Obs. inédite communiquée par M. TILLAUX.)

Vers la fin de 1876, M. Tillaux a reçu dans son service à l'hôpital Lariboisière un jeune homme de 20 ans, fort, vigoureux, vierge de toute affection uréthrale antérieure et chez lequel les symptômes d'une prostatite s'étaient déclarés à la suite d'excès invraisemblables de coït. Le malade était garçon de café; il passait tout le jour à son service et, rentré chez lui, consacrait, le reste de son temps au coït. Il pouvait répéter cet acte huit ou dix fois par nuit en moyenne et n'y manquait jamais.

A l'arrivée du malade, on put constater tous les signes habituels d'une suppuration prostatique (fièvre, tumeur appréciable par le toucher rectal, difficultés de la miction, douleurs périnéales vives, etc.). La nuit suivante, l'abcès s'ouvrait spontanément dans l'urèthre.

Le lendemain, M. Tillaux mit une sonde à demeure; mais l'instrument ne fut pas supporté, sa présence provoquait des douleurs intolérables. D'ailleurs l'évacuation du pus avait déterminé une rémission complète de tous les symptômes, et tout laissait espérer une guérison rapide.

Il n'en fut rien; quelque temps après, et sans cause appréciable, il se produisit une nouvelle poussée inflammatoire du côté de la prostate. La suppuration, qui jusque-là était localisée dans l'intérieur même de la prostate, diffusa autour de la glande (l'abcès simple s'était transformé en prostatite phlegmoneuse diffuse). Toute la région prostatique était le siège d'un empatement phlegmoneux qui se prolongeait dans la fosse ischio-rectale gauche. La diffusion s'étendit en outre vers le haut. Elle suivit le canal déférent, gagna le trou obturateur, et très rapidement M. Tillaux vit apparaître un empatement phlegmoneux vers la racine de la cuisse au niveau de la région obturatrice. Il n'y avait pas de fluctuation;