

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;

M. Tillaux n'intervint pas. Au bout d'un certain temps, l'empatement fémoral disparut par résolution et les symptômes parurent s'amender.

Mais ici commence la troisième phase de cette intéressante observation. La collection purulente s'ouvrit dans le rectum et tous les symptômes d'une large fistule uréthro-rectale furent constitués. La suppuration était abondante et les urines s'écoulaient par l'anus à chaque miction. Il se produisit même des phénomènes de rectite très graves. A partir de cette époque, le dépérissement fut rapide.

Pour mettre un terme à ces accidents, M. Tillaux songea à tenter la guérison de la fistule en décollant l'une de l'autre les parois uréthrales et rectales pour les faire ensuite glisser de manière à changer les rapports des deux orifices. (Voir à ce propos : Tillaux, *Traité d'anatomie topographique*, 2<sup>me</sup> édit., p. 739.) Dans ce but, le malade fut examiné avec le plus grand soin. On lui fit respirer du chloroforme pour permettre une exploration rendue intolérable par les phénomènes de rectite, et M. Tillaux put déterminer alors très exactement le siège et les différents caractères du trajet fistuleux. L'orifice était très élevé et siégeait au niveau de la base de la prostate. L'opération devait donc présenter de sérieuses difficultés.

Du reste, M. Tillaux n'eut pas le temps de mettre son projet à exécution : les symptômes de cachexie s'accusèrent de plus en plus et le malade succomba en peu de jours.

L'autopsie n'a pu être faite.

Cette observation offre un grand intérêt. Très curieuse par la précision de son étiologie, par la direction de la diffusion, elle nous donne en même temps un exemple type des phénomènes caractéristiques de la prostatite phlegmoneuse diffuse.

Je ne saurais trop remercier M. Tillaux de l'obligeance qu'il a mise à me retracer lui-même les principaux symptômes observés chez ce malade. Il m'a permis de joindre à mes observations un document des plus précieux.

## TABLEAU

RÉSUMANT

### CENT QUINZE OBSERVATIONS

#### D'ABCÈS PROSTATIQUES OU PÉRIPROSTATIQUES

**GUYON. — 1** — Abscès de la prostate chez un étudiant en médecine de 22 ans, entré le 25 janvier 1869 à l'hôpital Necker. — Battements artériels dans le rectum. — Ouverture de l'abcès dans l'urèthre pendant le cathétérisme. — Amélioration passagère. — Le pus s'écoule mal. — Fusée ischio-rectale gauche. — Incision de l'abcès par le rectum. — Guérison au bout d'un mois et demi. (PASTUREAU, *Th. Paris*, 1872, p. 38.)

**GUYON. — 2** — Rétrécissement de l'urèthre chez un homme de 35 ans, ayant eu plusieurs blennorrhagies antérieures. — Cystite. — Rétention d'urine. — On évacue l'urine, le jour de l'entrée du malade à l'hôpital, avec une sonde n° 15. — Le lendemain matin, frisson et fièvre. — Les deux jours suivants dans la matinée, frisson violent avec claquement de dents suivi de chaleur et de sueurs abondantes. — Le troisième jour, signes de prostatite phlegmoneuse diffuse. — Fusée périnéale antérieure. — Incision de 3 centimètres sur le raphé périnéal antérieur, issue d'une grande quantité de pus. Chute de la fièvre et soulagement immédiat. — Ouverture spontanée dans l'urèthre. — L'urine sort par la plaie périnéale. — Au bout de deux mois, le malade quitte l'hôpital sans être complètement guéri de sa fistule. (PASTUREAU, *loc. cit.*, p. 41.)

**GUYON. — 3** — Abscès de la prostate chez un homme de 40 ans. — Ouverture spontanée dans le rectum. — Le malade quitte l'hôpital sans être guéri. (PASTUREAU, *loc. cit.*, p. 43.)

**GUYON. — 4** — Abscès de la prostate chez un homme de 44 ans. — Ouverture spontanée dans l'urèthre. — Fusée à travers la grande