

1 cas d'abcès développé sous l'influence combinée des excès alcooliques et de la contusion chronique du périnée. (*Obs.* 62.)

1 cas dans lequel on peut incriminer la migration d'un calcul et le cathétérisme. (*Obs.* 57.)

1 cas où l'absorption des cantharides paraît avoir joué le rôle principal. (*Obs.* 83.)

Les 12 cas sans état pathologique antérieur mentionné comprennent :

1 cas provoqué par des phénomènes inflammatoires nés au voisinage d'un rétrécissement rectal. (*Obs.* 19.)

2 cas d'abcès nettement provoqués par des excès génésiques (excès de coït, *obs.* 115; excès de masturbation, *obs.* 66).

3 cas d'abcès métastatiques (variole *obs.* 5; infection purulente, *obs.* 50 et 109).

3. cas d'abcès traumatiques par cathétérisme. (*Obs.* 42, 68, 69.)

(Plusieurs de ces cas sont évidemment sujets à caution en ce qui regarde l'absence de toute affection uréthrale antérieure.)

Les 86 cas avec état pathologique antérieur comprennent :

A. 46 blennorrhagiques.

B. 23 rétrécis.

C. 17 prostatiques (hypertrophie).

A. Chez les 46 blennorrhagiques :

24 fois, la blennorrhagie a provoqué l'inflammation suppurative de la prostate sans l'intervention d'aucune autre cause.

22 fois, l'abcès s'est développé au cours de l'écoulement uréthral, mais sous l'influence d'une cause occasionnelle.

B. Chez les 23 rétrécis.

9 fois, l'abcès s'est développé sans l'intervention d'une cause occasionnelle.

14 fois, l'abcès a été provoqué par une cause occasionnelle.

C. Chez les 17 prostatiques.

5 fois, l'hypertrophie était seule en cause.

12 fois, il y a eu intervention d'une cause occasionnelle.

Par conséquent, sur 86 cas d'abcès avec état pathologique antérieur, 38 fois, l'abcès n'a été pour ainsi dire qu'une complication spontanée de l'état pathologique préexistant :

Hypertrophie prostatique, 5 fois. (*Voy. obs.* 24, 28, 51, 80, 101.)

Rétrécissement, 9 fois. (*Voy. obs.* 2, 58, 67, 71, 88, 96, 110, 111, 114.)

Blennorrhagie, 24 fois. (*Voy. obs.* 8, 12, 15, 16, 22, 25, 33, 38, 47, 48, 49, 70, 73, 75, 84, 85, 86, 89, 91, 92, 93, 94, 95, 112.)

Dans les 48 autres cas (α . 22 blennorrhagiques; β . 14 rétrécis; γ . 12 prostatiques,) l'abcès s'est développé sous l'influence d'une cause occasionnelle. Les causes relatées sont les suivantes :

9 fois, l'influence plus ou moins combinée des excès génésiques et des excès de boisson (*voy. obs.* 11, 21, 44, 56, 72, 74, 102, 104, 105).

6 fois, des injections brutales, intempestives ou trop caustiques (*voy. obs.* 10, 34, 35, 40, 41, 81).

α . Pour les 22 blennorrhagiques :

6 fois, des causes telles que marche forcée, équitation, voyage en voiture mal suspendue, etc. (*voy. obs.* 23, 43, 45, 55, 63, 65).

1 fois, un cathétérisme avec sonde métallique (*voy. obs.* 14).

5 fois, l'uréthrotomie interne (*voy. obs.* 6, 7, 26, 29, 61).

3 fois, la dilatation (*voy. obs.* 18, 36, 39).

2 fois, cathétérisme difficile (*voy. obs.* 64, 85).

1 fois, l'uréthrotomie externe (*voy. obs.* 53).

1 fois, chute sur le périnée (*voy. obs.* 54).

1 fois, marche forcée (*voy. obs.* 32).

1 fois, course à cheval (*voy. obs.* 46).

6 fois, traumatismes divers de la région prostatique : cathétérisme (*obs.* 27, 60, 78), fausse route (*obs.* 100), injections poussées avec violence (*obs.* 13, 20.)

γ . Pour les 12 prostatiques :

2 fois, refroidissement (*voy. obs.* 99, 113).

2 fois, manœuvres de la lithotritie (*voy. obs.* 30, 31).

1 fois, course de 10 kilomètres à pied (*voy. obs.* 59).

1 fois, excès de coït (*voy. obs.* 52).

En résumé, sur 98 malades atteints d'abcès prostatiques :

69 avaient déjà un écoulement uréthral : $\left\{ \begin{array}{l} \text{Blennorrhagie, 46 fois.} \\ \text{Symptômes de rétrécissement, 23 fois.} \end{array} \right.$

17 étaient atteints d'hypertrophie prostatique.

12 paraissaient indemnes de toute affection antérieure de l'appareil génito-urinaire. Mais, je le répète, pour plusieurs d'entre eux, on est autorisé à émettre des doutes sur la réalité de ce fait.

On voit enfin qu'au point de vue pathogénique, on peut classer les 98 observations de la manière suivante :

- A. Causes indirectes :
- I. — 2 cas de prostatite à frigore. (Les deux malades étaient atteints d'hypertrophie prostatique.)
 - II. — 3 cas de prostatite métastatique.
 - I. — 17 cas de prostatite traumatique.
 - 10 par cathétérisme ou fausse route. (L'un des malades était blennorrhagique, deux autres étaient rétrécis, quatre avaient de l'hypertrophie prostatique, trois seulement paraissaient indemnes de toute affection uréthro-prostatique antérieure.)
 - 1 par influence combinée du cathétérisme et de la migration d'un calcul.
 - 3 par injections lancées avec violence; l'un des malades était blennorrhagique, les deux autres prostatiques.
 - 2 par manœuvres de lithotritie chez deux prostatiques.
 - 1 par traumatisme de dehors en dedans (chute sur le périnée) chez un rétréci.
 - II. — 43 cas de prostatite par propagation. (Ce chiffre est certainement inférieur à la réalité puisque, dans notre relevé, les malades atteints d'écoulements urétraux sont au nombre de 69.)
 - 1 cas de propagation par contiguïté.
 - 33 cas de propagation spontanée au cours d'une uréthrite (24 blennorrhagiques et 9 rétrécis).
 - 5 cas à la suite de l'uréthrotomie interne.
 - 3 cas à la suite de l'introduction d'instruments dilateurs.
 - 1 cas à la suite de l'uréthrotomie externe.
 - III. — 33 cas de prostatite par irritation directe ou par excès de congestion.
 - 12 cas par excès génésiques associés ou non aux excès de boisson. (Deux fois, ils ont suffi à produire l'abcès sans qu'il y eût d'affection uréthro-prostatique antérieure. Sur les dix autres malades, le terrain était préparé, neuf fois par la blennorrhagie, une fois par l'hypertrophie prostatique.)
 - 40 cas par causes diverses telles que : équitation, marche forcée, etc. (Un seul malade n'avait pas d'affection uréthro-prostatique antérieure. Six étaient blennorrhagiques, deux rétrécis, et l'autre avait de l'hypertrophie prostatique.)
 - 5 cas par injections abortives ou trop caustiques chez des blennorrhagiques.
 - 5 cas où l'abcès n'a été qu'une complication spontanée chez des malades atteints d'hypertrophie prostatique.
 - 1 cas dans lequel l'absorption des cantharides a paru jouer un rôle.

B. Causes directes...

MARCHÉ

Sur les 115 observations, 13 fois (*obs.* 14, 48, 28, 29, 37, 41, 50, 58, 68, 71, 78, 109, 111), la direction suivie par le pus n'est pas notée. (Les 13 cas comprennent ceux où les abcès ont été trouvés à l'autopsie sans communication extra-prostatique.)

Les 102 autres observations se répartissent de la manière suivante :

- 35 abcès ouverts dans l'urèthre seulement (*voy. obs.* 5, 7, 8, 10, 12, 20, 27, 32, 34, 35, 38, 43, 55, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 67, 70, 74, 80, 81, 83, 84, 94, 95, 96, 99, 100, 102, 110, 113, 114).
- 21 abcès ouverts à la fois dans le rectum et l'urèthre (*voy. obs.* 9, 15, 16, 19, 21, 22, 33, 36, 44, 47, 54, 66, 69, 73, 75, 76, 77, 85, 90, 97, 104).
- 18 abcès ouverts dans le rectum seulement (*voy. obs.* 1, 3, 11, 25, 26, 30, 39, 40, 52, 57, 82, 86, 89, 91, 98, 107, 108, 112).
- 7 abcès ouverts au-devant de l'anus dans la région périnéale antérieure (*voy. obs.* 42, 46, 48, 87, 88, 92, 93).
- 5 abcès ouverts à la fois dans l'urèthre et au niveau de la région périnéale (*voy. obs.* 2, 49, 51, 72, 79).
- 3 abcès ayant fusé dans la fosse ischio-rectale et ouverts sur les côtés de l'anus (*voy. obs.* 13, 24, 43).
- 3 abcès avec fusée inguinale sans autre ouverture (*voy. obs.* 31, 103, 105).
- 2 abcès ouverts à la fois dans le rectum, dans l'urèthre et au niveau du périnée (*voy. obs.* 23, 56).
- 1 abcès ouvert par la sonde dans la vessie (*voy. obs.* 101).
- 1 abcès avec fusée par la paroi abdominale jusqu'au rebord des fausses côtes (*voy. obs.* 6).
- 4 abcès ouverts dans l'urèthre avec fusée par la grande échancrure sciatique vers le grand trochanter (*voy. obs.* 4).
- 1 abcès ouvert dans le rectum et dans le péritoine (*voy. obs.* 53).
- 4 abcès ouverts au niveau du périnée avec fusée inguinale (*voy. obs.* 61).
- 1 abcès ouvert dans le rectum avec fusée inguinale (*voy. obs.* 106).
- 4 abcès avec propagation prévésicale, fusée obturatrice et fusée ombilicale (*voy. obs.* 17).
- 1 abcès ouvert dans le rectum et l'urèthre avec diffusion vers la cuisse par le trou obturateur (*voy. obs.* 115).

Envisageant maintenant les directions suivies par le pus au point de vue de leur fréquence réciproque, dans ces 102 cas, on voit ce qui suit :

64 fois	le pus s'est fait jour par l'urèthre.	
43 fois	—	le rectum { 30 fois spontanément. 13 fois par incision.
15 fois	—	le périnée { 5 fois spontanément. 10 fois par le bistouri.
8 fois	—	la fosse ischio-rectale.

3 fois le pus s'est dirigé vers la région inguinale.
 2 fois — — le trou obturateur.
 1 fois — — l'ombilic.
 1 fois — — la fesse par la grande échancre sciaticque

C'est le seul cas où les attaches rectales des aponévroses latérales de la prostate aient cédé devant la marche du pus.

1 fois le pus s'est dirigé vers le rebord des fausses côtes.
 1 fois l'abcès s'est ouvert dans le péritoine.
 1 fois la diffusion a gagné la cavité préperitonéale de Retzius.

DURÉE ET TERMINAISON

Sur les 115 observations nous trouvons :

70 guérisons.
 34 morts (l'âge moyen des malades morts est de 51 à 52 ans).
 10 cas avec survie de fistules.
 1 cas dont la terminaison n'est pas signalée.

Sur les 34 morts, 11 ne sont pas dues aux abcès et reconnaissent pour causes des affections antérieures ou intercurrentes (érysipèle, affection thoracique), etc.

Le 23 autres se répartissent ainsi :

9 par infection purulente (*obs.* 7, 13, 18, 28, 29, 54, 62, 87, 99).
 4 par suppuration prolongée (*obs.* 4, 6, 30, 115).
 3 par péritonite (*obs.* 31, 53, 100).
 3 par pyélo-néphrite (*obs.* 64, 70, 76).
 1 avec la mention : phénomènes de rétention (*obs.* 111).
 1 — — : délire, parotidite (*obs.* 78).
 2 cause non spécifiée.

En comparant entre eux les 37 cas dans lesquels l'époque de la guérison est spécifiée, on arrive à trouver 51 jours comme durée moyenne. Mais ce chiffre est sans valeur et porte sur des éléments qui sont trop disparates pour permettre une comparaison. Les trajets fistuleux qui succèdent aux abcès prostatiques peuvent reculer la guérison de douze à quinze mois et plus, alors qu'un phlegmon prostatique, franchement incisé dès le début, peut guérir en 12 jours.

Des considérations analogues nous empêchent de rechercher, dans les cent quatorze cas à terminaisons connues, l'influence précise de l'intervention chirurgicale sur la durée de la maladie. Du reste, le rôle de l'intervention chirurgicale dans la marche des abcès prostatiques se passe de démonstration.

Relevons néanmoins ce fait que, sur 114 abcès de la prostate, 71 ont été laissés à eux-mêmes et 43 ont été l'objet d'une intervention chirurgicale précoce dans certains cas et malheureusement tardive pour beaucoup d'autres.

Les 71 non traités ont donné... $\left\{ \begin{array}{l} 36 \text{ guérisons.} \\ 6 \text{ améliorations (suivie du trajet} \\ \text{fistuleux).} \\ 29 \text{ morts dont 18 imputables à} \\ \text{l'abcès prostatique.} \end{array} \right.$

Tandis que les 43 traités ont donné $\left\{ \begin{array}{l} 33 \text{ guérisons.} \\ 5 \text{ améliorations.} \\ 5 \text{ morts.} \end{array} \right.$

Il est peut-être moins arbitraire et plus utile de rechercher les variations de la durée ou de la terminaison, suivant certains cas particuliers, et de comparer entre eux les cas dans lesquels le pus se fait jour soit du côté de l'urèthre, soit du côté du rectum, soit vers le périnée.

A. Cas dans lesquels le pus se fait jour par l'urèthre seulement :

Je donne 35 observations. (L'ouverture s'est faite 28 fois spontanément et 7 fois par ou pendant le cathétérisme.)

Les 35 cas comprennent $\left\{ \begin{array}{l} 3 \text{ sans relation de cause à effet} \\ \text{(obs. 110, 113, 114).} \\ 3 \text{ par infection purulente (obs. 7,} \\ \text{62, 99).} \\ 2 \text{ par pyélo-néphrite (obs. 63, 70).} \\ 1 \text{ par péritonite (obs. 100).} \\ 1 \text{ cause non spécifiée (obs. 60).} \\ 25 \text{ guérisons qui en moyenne, se sont effec-} \\ \text{tuées en 27 jours.} \end{array} \right.$

(Je laisse de côté ici les cas trop complexes dans lesquels l'ouverture uréthrale s'est compliquée de diffusion vers d'autres régions).

B. Cas dans lesquels le pus s'est fait jour par le rectum :

Mon relevé porte sur 43 cas (18 avec ouverture rectale seule, 21 avec ouverture uréthro-rectale et 4 seulement dans lesquels la diffusion du pus a gagné d'autres régions. Ces 43 observations peuvent donc se comparer.)

L'ouverture rectale s'est effectuée spontanément 30 fois et 13 fois par le bistouri.

Les 13 ouvertures chirurgicales ont donné.....	} 2 morts... <i>obs.</i> 52, Péritonite par perforation <i>obs.</i> 54, Infection purulente.
	} 11 guérisons pour lesquelles la durée moyenne a été de 32 à 33 jours.
	} 20 guérisons : La durée n'est indiquée que 11 fois et paraît avoir été de 65 à 66 jours en moyenne (dans un cas, <i>obs.</i> 19, l'état fistuleux a persisté un an).
Les 30 ouvertures spontanées ont donné.....	} 5 morts : Dont 2 sans relation de cause à effet (<i>obs.</i> 33 et 77, affections thoraciques) et 3 autres dues à la pyélo-néphrite (<i>obs.</i> 76), à l'abondance de la suppuration (<i>obs.</i> 30 et 115).
	} 4 cas avec survie de l'état fistuleux (<i>obs.</i> 3, 75, 23, 16).
	} 1 cas : Terminaison méconnue.

C. Cas dans lesquels le pus s'est fait jour par le périnée :

Ce mode d'ouverture est noté 15 fois : 7 fois l'ouverture périnéale s'est produite seule et 8 fois le pus avait en même temps suivi d'autres voies.

Sur ces 15 cas, 5 fois l'ouverture périnéale s'est produite spontanément et 10 fois par le bistouri.

Les 5 ouvertures spontanées ont donné.....	} 2 guérisons (<i>obs.</i> 56 et 79). 3 cas avec survie de l'état fistuleux (des 23, 51, 61).
Les 10 ouvertures chirurgicales ont donné.....	} 1 mort par infection purulente (<i>obs.</i> 87). 3 cas avec survie de l'état fistuleux (<i>obs.</i> 2, 88, 92). 6 guérisons (<i>obs.</i> 42, 46, 48, 49, 72, 93).

Dans le cas où la mort est survenue par infection purulente (*obs.* 87), il faut bien noter qu'il n'y avait pas eu incision, mais simple ponction.

Deux des malades chez lesquels il y a eu survie de l'état fistuleux étaient atteints de rétrécissement ancien (*obs.* 2 et 88) et l'un d'eux a été perdu de vue au bout de quatre semaines; le troisième avait 62 ans.

Dans 1 cas (*obs.* 72), l'incision périnéale a été une véritable taille bilatérale; elle a permis la guérison rapide d'un malade qui suppuraît depuis plus d'un mois.

Dans les cinq autres guérisons, l'incision périnéale a paré à toute autre fusée purulente. Quant à la durée, elle n'est spécifiée que pour trois des observations.

- 1 fois (*obs.* 42) la guérison a été rapide.
- 1 fois (*obs.* 93) elle a été obtenue en sept semaines.
- 1 fois (*obs.* 46) elle a été obtenue en neuf jours.

Notons que, dans ce dernier cas, l'incision avait été précoce et pratiquée par le périnée, malgré l'existence d'un point fluctuant, appréciable par le toucher rectal.

4 cas avec survie de l'état fistuleux (*obs.* 3, 75, 23, 16).
1 cas : Terminaison méconnue.

C. Cas dans lesquels le pus s'est fait jour par le périnée :
Ce mode d'ouverture est noté 15 fois : 7 fois l'ouverture périnéale s'est produite seule et 8 fois le pus avait en même temps suivi d'autres voies.
Sur ces 15 cas, 5 fois l'ouverture périnéale s'est produite spontanément et 10 fois par le bistouri.

Les 5 ouvertures spontanées ont donné.....	} 2 guérisons (<i>obs.</i> 56 et 79). 3 cas avec survie de l'état fistuleux (des 23, 51, 61).
Les 10 ouvertures chirurgicales ont donné.....	} 1 mort par infection purulente (<i>obs.</i> 87). 3 cas avec survie de l'état fistuleux (<i>obs.</i> 2, 88, 92). 6 guérisons (<i>obs.</i> 42, 46, 48, 49, 72, 93).

Dans le cas où la mort est survenue par infection purulente (*obs.* 87), il faut bien noter qu'il n'y avait pas eu incision, mais simple ponction.