

Le bas-fond de la vessie se trouve déprimé et l'urèthre subit une déformation qui exagère sa courbure et porte son orifice vésical en avant et en haut; le canal peut décrire un C à concavité antéro-supérieure. Dans des cas beaucoup plus rares, l'hypertrophie du lobe médian se fait par la production d'une tumeur *pédiculée*, variant du volume d'un pois ou d'une noisette à celui d'une pomme.

La tuméfaction simultanée des deux lobes *latéraux* est presque aussi fréquente que celle du lobe médian. Si elle est à peu près égale sur chaque lobe, ceux-ci se présentent sous la forme de deux corps allongés d'avant en arrière, très épais et aplatis latéralement. Le plus souvent, ils s'étendent par en haut et se prolongent jusque dans la vessie, formant de chaque côté du col une tumeur conique, bosselée, grosse comme une petite noix. Cette tumeur, en général inégale d'un côté à l'autre, soulève la muqueuse, qui forme derrière le col un repli très mince, oblique ou transversal.

Dans l'hypertrophie des deux lobes latéraux, l'urèthre est aplati latéralement; il est plus ou moins dévié, suivant que la tuméfaction a plus ou moins porté sur l'un des lobes. Dans l'hypertrophie d'un seul lobe, il se trouve rejeté vers le côté non développé, formant une courbe semi-lunaire convexe du côté sain.

On peut se représenter et l'on a observé toutes les combinaisons possibles de déformation de la prostate et de l'urèthre, suivant que l'hypertrophie porte également ou inégalement sur ses trois lobes à la fois, ou sur deux d'entre eux, ou sur le lobe moyen et un lobe latéral, ou qu'elle se complique de la production d'excroissances faisant dans la vessie un relief plus ou moins prononcé.

La prostate hypertrophiée ne peut faire saillie du côté du périnée, à cause des aponévroses, mais elle proémine en arrière, du côté du rectum qu'elle aplatis et déforme plus ou moins.

La coupe d'une prostate ainsi modifiée est plus ferme qu'à l'état normal; la tranche de section, grisâtre, présente des élevures arrondies, multiplées, siégeant en général à la partie postérieure de la prostate ou sur les côtés de l'urèthre, ayant tendance à faire hernie hors du tissu prostatique et pouvant facilement en être énucléées. Elles sont formées d'un tissu fibreux, serré; elles ont reçu le nom de *corps fibreux* de la prostate, en raison de leur ressemblance avec les tumeurs de même nature qui se développent si souvent dans le tissu utérin. Elles sont dues à un développement exagéré des éléments

fibro-musculaires de la glande et peuvent être considérées comme des *myomes* ou des *fibro-myomes*. Quelquefois le développement simultané de l'élément glandulaire pourrait faire donner à la tumeur prostatique le nom d'*adéno-myome*.

On trouve assez souvent aussi dans l'épaisseur de la glande de véritables petits kystes par rétention.

**Étiologie.** — La seule donnée certaine relative à l'étiologie de l'hypertrophie prostatique a trait à l'*âge* des sujets. Thompson affirme n'avoir pas rencontré un seul cas d'hypertrophie prostatique avant cinquante ans; l'âge moyen de cette affection s'étend de cinquante-cinq à soixante-cinq ans.

**Symptômes et diagnostic.** — Souvent les symptômes de l'hypertrophie de la prostate ne se révèlent qu'à l'occasion d'une rétention complète d'urine survenue à la suite d'un refroidissement, d'une fatigue ou d'un excès quelconque. Mais le plus souvent, avant d'arriver à cette crise, les malades ont déjà éprouvé des troubles de la miction: celle-ci est devenue plus fréquente, et cette fréquence est surtout marquée *la nuit*, et particulièrement dans les dernières heures de la nuit. Le jet d'urine a perdu de sa force; l'émission est lente au départ et longue à se terminer, et les dernières gouttes d'urine tombent en avant.

Souvent, chez ces malades, la vessie se vide mal et il y a une rétention incomplète sans distension, l'urine n'étant jamais expulsée en totalité. Peu à peu la miction devient de plus en plus difficile; la rétention incomplète s'exagère, la vessie se distend et n'est vidée en partie qu'au prix des plus grands efforts, jusqu'à ce que la rétention devienne aigüe et complète.

Un caractère particulier de la dysurie prostatique déjà signalé par J.-L. Petit consiste, chez quelques malades, dans l'inutilité des grands efforts pour expulser l'urine, tandis que celle-ci s'écoule dès que l'effort est suspendu. Ce fait s'explique peut-être par l'hypertrophie du lobe médian, qu'une contraction trop énergique pousse contre le col vésical dont l'orifice redevient libre avec la cessation de l'effort.

Dans quelques cas, il y a incontinence d'urine par regorgement, et beaucoup plus rarement une véritable incontinence, quand les tumeurs placées à l'orifice du col le maintiennent constamment ouvert.

Les caractères de la rétention et de l'incontinence d'urine seront plus longuement étudiés dans un des chapitres suivants.

Les véritables signes de l'hypertrophie de la prostate sont fournis par le toucher rectal et le cathétérisme.

Le toucher rectal ne donne de renseignements que si la prostate s'est développée du côté du rectum; il est surtout précieux dans l'hypertrophie totale de l'organe. Le doigt reconnaît l'augmentation de volume portant sur l'un des lobes ou sur les deux, la régularité ou les bosselures, la sensibilité de la prostate, etc.

Le cathétérisme doit être fait avec les plus grandes précautions, à l'aide d'une bougie à boule n° 15 ou 16, ou avec la sonde à petite courbure de Mercier. L'arrêt de l'instrument à 15, 14 ou 15 centimètres du méat indique un obstacle à la région prostatique; sa déviation vers l'un ou l'autre côté indique une déviation du canal en sens inverse par une saillie latérale; l'impossibilité d'entrer dans la vessie, si ce n'est en suivant la paroi supérieure de l'urèthre avec un instrument fortement courbé, révèle la saillie du lobe médian. L'étude des sensations perçues par la main qui fait le cathétérisme et l'examen des déviations que subit l'instrument dans son parcours, peuvent fournir d'utiles renseignements sur les déformations du canal dans la région prostatique.

Enfin, il arrive assez souvent que la sonde ne ramène de l'urine qu'après avoir été enfoncée de 20 ou 22 centimètres, accusant ainsi une exagération de la longueur de l'urèthre.

**Pronostic.** — L'hypertrophie prostatique est grave par les troubles de la miction dont elle est la cause et par les altérations secondaires que la stagnation de l'urine détermine du côté de la vessie et des reins. Les accidents de rétention d'urine complète ou incomplète nécessitent un cathétérisme évacuateur qui peut être difficile, s'accompagner de la production de fausses routes et provoquer l'explosion d'accidents urinaires aigus ou subaigus souvent terminés par la mort.

**Traitement.** — Le traitement de l'hypertrophie de la prostate n'a pas jusqu'à présent donné de résultats bien satisfaisants.

La *compression excentrique*, totale ou partielle, exercée à l'aide des dilateurs de Mercier ou de Leroy d'Étiolles, ou plus simplement à l'aide de grosses bougies en gomme; le *broiement* des tumeurs saillantes au niveau du col avec le lithotriteur; leur *incision* avec le sécateur spécial de Mercier, leur *excision* avec des instruments appro-

priés, les *injections interstitielles* pratiquées à travers le rectum, dans le tissu de la glande, sont des moyens infidèles et dangereux, peu recommandables.

Les *courants continus*, avec un pôle appliqué par le rectum contre la prostate et l'autre placé au périnée, ont, dans quelques cas, semblé diminuer la douleur et la dysurie.

Les meilleurs résultats paraissent avoir été donnés par la destruction de l'obstacle prostatique ou son incision à l'aide de l'*électrolyse* (Bottini). Enfin, dans ces dernières années, on a conseillé l'*excérèse* directe du lobe médian de la prostate à l'aide d'une boutonnière périnéale (Weir). Cette opération est rendue dangereuse par l'abondance de l'hémorrhagie et la difficulté de l'hémostase (Billroth); en outre, elle ne vise qu'un des éléments de la dysurie et laisse subsister les troubles fonctionnels dus à la perte de la contractilité vésicale (Thompson).

Le traitement palliatif de l'hypertrophie de la prostate s'adresse à la rétention d'urine et à la cystite, et nous renvoyons à ces chapitres pour les indications et le mode de l'intervention.

##### 5<sup>o</sup> TUBERCULES DE LA PROSTATE.

L'histoire de la tuberculose prostatique n'a été faite pour la première fois d'une manière précise que dans les thèses de Dufour (1854) et de Béraud (1857); Reclus (1876) et Tapret (1878) lui ont consacré des travaux importants.

**Anatomie pathologique.** — Les tubercules se présentent dans la prostate, comme dans tous les organes, à l'état de granulation ou de masse confluent à divers degrés d'évolution. Les lésions sont le plus souvent bilatérales.

Le ramollissement des masses caséuses donne lieu à la formation d'abcès, de cavernes prostatiques et de fistules tuberculeuses ouvertes dans l'urèthre, le rectum ou les parties molles voisines.

La muqueuse uréthrale de la portion prostatique présente assez souvent en même temps des granulations grises plus ou moins avancées.

Après l'évacuation des foyers tuberculeux de la prostate, celle-ci peut s'atrophier et disparaître, et être remplacée par un nodus fibreux.

La tuberculose prostatique peut se montrer avec une intégrité absolue des poumons dans presque la moitié des cas (Jullien), et elle est liée dans la même proportion à la tuberculisation des voies urinaires et des voies spermatiques.

**Étiologie.** — Cette affection se montre avec son maximum de fréquence dans la période d'activité sexuelle, de 20 à 55 ans; elle se montre de nouveau avec une certaine fréquence de 50 à 60 ans, à l'âge où surviennent les troubles urinaires.

Les inflammations prolongées de l'urèthre et de la prostate semblent jouer le rôle de causes prédisposantes.

**Symptômes, diagnostic.** — La tuberculose prostatique ne présente pas de signe caractéristique; elle s'accuse par les manifestations qui accompagnent toute lésion du col, et notamment l'urétrite pré-vésicale. On y retrouve un écoulement par l'urèthre, de la dysurie, du ténésme, de l'hématurie.

L'écoulement est un suintement blanchâtre, très chargé de granulations graisseuses, quelquefois franchement purulent, dans lequel on peut découvrir la présence des bacilles caractéristiques. Survenant sans cause appréciable, indolent, et rebelle aux divers traitements, il doit faire songer à la tuberculose de la prostate.

La douleur, sans être très vive, est presque continue; elle a les caractères des douleurs vagues et agaçantes de la prostatite chronique, elle s'exagère par la miction et souvent par la chaleur du lit.

Les besoins d'uriner deviennent plus fréquents, surtout la nuit, et ils peuvent acquérir une telle fréquence qu'ils troublent le sommeil d'une manière continue.

L'hématurie est un signe important: le sang n'est pas mélangé à l'urine, comme dans les hémorrhagies vésicales; il est expulsé pur, soit au début, soit à la fin de la miction. Si la prostate est surtout lésée dans ses couches postérieures, la défécation peut devenir douloureuse. Le toucher rectal démontre, outre l'augmentation de volume uni ou bilatérale de l'organe, des noyaux d'induration, soit sous forme d'amas volumineux, soit disséminés comme un semis de grains de plomb. Il peut faire reconnaître un abcès ou une cavité de la prostate. Enfin, le périnée est quelquefois criblé de fistules tuberculeuses dont le point de départ est dans la glande.

Le cathétérisme, en général très difficile à pratiquer à cause de la sensibilité de la région malade, peut indiquer la présence d'une

caverne prostatique: la sonde en ramène un mélange d'urine et de pus, avant de pénétrer dans la vessie.

Les complications du côté des poumons, des reins, de la vessie, des testicules et de l'épididyme, des vésicules séminales, peuvent être très utiles pour formuler le diagnostic.

**Pronostic.** — Le pronostic est toujours grave, soit du fait de la lésion prostatique seule, soit à cause des complications voisines ou éloignées. Il ne saurait être posé d'une manière générale; certaines formes de tuberculose prostatique évoluent d'une manière rapide et presque aiguë, tandis que d'autres marchent lentement vers la transformation caséuse.

**Traitement.** — Le traitement général doit occuper une place importante: le traitement local par le cathétérisme urétral ne présente que quelques indications symptomatiques.

Si des abcès ou des fistules se produisent, ils devront être traités au périnée comme les abcès tuberculeux de toute autre région; dans deux cas, j'ai obtenu les meilleurs résultats d'un grattage complet, avec la curette de Volkmann, de la loge prostatique, suivi de l'application de chlorure de zinc à 5 pour 100 et du pansement iodoformé.

#### 4<sup>e</sup> CONCRÉTIONS ET CALCULS DE LA PROSTATE.

On trouve dans la prostate des *concrétions* d'origine *endo-prostatique* signalées par les anciens auteurs, mais surtout étudiées par Robin dans son *Traité des humeurs*.

Ces concrétions de nature *azotée* ou *symplexions* se présentent à l'état normal sous la forme de petits corps jaunes de 5 à 10 millièmes de millimètre de diamètre, très réfringents, inattaquables par l'éther et la plupart des agents chimiques. Elles augmentent de volume chez les vieillards par l'addition de sels terreux, surtout quand il y a hypertrophie de la prostate. Elles s'accumulent quelquefois en nombre très considérable dans tous les petits tubes glandulaires et de préférence au voisinage du canal.

Les véritables *calculs* sont beaucoup plus rares que les concrétions précédentes, dont ils dérivent souvent, mais non toujours. Ils peuvent se rencontrer chez des sujets peu âgés.

Leur volume est en général celui d'un gravier, d'un grain d'orge; il atteint rarement celui d'un noyau de cerise, d'une fève, très

exceptionnellement celui d'une noix ou d'un œuf de poule. La masse totale est en général composée de grains multiples.

Leur couleur est ordinairement gris blanchâtre; leur consistance peut être très considérable.

Ces calculs d'origine prostatique sont d'ordinaire exclusivement composés de phosphate de chaux, quelquefois associé à des carbonates.

Quand ils sont volumineux, ils se creusent une loge dans le tissu prostatique atrophié; dans quelques cas, ils franchissent les limites du tissu glandulaire et envoient des prolongements du côté de l'urèthre ou de la vessie, *calculs uréthro-prostatiques* ou *vésico-prostatiques*. Ils peuvent ulcérer le rectum ou venir se faire jour au périnée, ou bien être le point de départ d'une suppuration avec fistules intarissables.

Les *signes* des calculs de la prostate sont très obscurs; la pierre peut ne se révéler par aucun phénomène si elle n'a pas franchi la prostate, et elle peut alors simuler l'hypertrophie de cet organe.

Elle provoque de la dysurie qui n'a rien de caractéristique et elle ne peut être reconnue que par le toucher rectal ou par le cathétérisme ou par un instrument introduit dans une fistule anale ou périnéale.

D'après Jullien, 99 fois sur 100 la calculose prostatique se dérobe à l'observation.

Si elle était reconnue, les calculs pourraient être extraits par les voies naturelles, à l'aide des instruments qui servent à extraire les corps étrangers de l'urèthre et de la vessie.

En général, l'opération consiste dans le débridement et la dilatation de fistules qui conduisent sur des calculs que l'on fragmente ou que l'on retire avec des pinces.

Si les téguments étaient indemnes, on pourrait pratiquer la taille médiane ou la taille latéralisée, suivant les indications.

##### 5° KYSTES DE LA PROSTATE.

Les kystes de la prostate appartiennent à la classe des kystes par *rétenion*; ce sont des kystes *glandulaires*.

Cette affection, rare, est surtout observée dans la vieillesse avancée et en coïncidence avec l'hypertrophie prostatique.

La poche est le plus souvent unique; son volume varie de celui

d'un petit pois à celui d'un grain de raisin ou d'une petite orange. On l'a vu communiquer avec la partie prostatique du canal par les orifices dilatés des canaux excréteurs des glandules atrophiées.

Son contenu est plus ou moins filant et blanchâtre, quelquefois mêlé de sang, de pus, ou altéré par l'urine; Jullien l'a vu parfois demi-solide, dans des kystes de petite dimension.

On a observé quelques kystes résultant de la dilatation de l'utricule prostatique après oblitération de son orifice, et certains cas de rétention d'urine chez le nouveau-né paraissent dus à cette cause.

Enfin, la présence de kystes *hydatiques* dans la prostate paraît probable (Tillaux), mais elle n'a pas été démontrée par des faits irréfutables (Nicaise).

Ces collections kystiques ne déterminent ordinairement pas de troubles fonctionnels et ne sauraient être reconnues que si des difficultés de la miction nécessitent un cathétérisme qui ouvre la poche ou si le toucher rectal fait percevoir une tumeur fluctuante située en avant de la paroi antérieure du rectum.

Le traitement consiste à vider le kyste par des ponctions faites à travers l'intestin ou mieux par une incision analogue à celle de la taille prérectale et divisant les tissus jusqu'à la prostate.

##### 6° CANCER DE LA PROSTATE.

Le premier travail d'ensemble sur le cancer de la prostate appartient à Gross (de Philadelphie) (1855); puis Thompson (1861), Wyss (1866), Jolly (*Archives générales de médecine*, 1868) en écrivirent l'histoire d'après tous les faits connus. Jullien a pu en réunir 57 cas (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XXIV).

**Étiologie.** — Le cancer de la prostate est observé dans la première enfance et plus fréquemment de 50 à 70 ans; la partie moyenne de la vie est relativement épargnée.

**Anatomie pathologique.** — Le cancer primitif, le seul qui nous occupe, est de beaucoup le plus fréquent. D'après Mercier, le cancer qui débute par le bas-fond de la vessie n'a aucune tendance à envahir la prostate.

Le *sarcome* paraît être la forme observée le plus souvent chez les jeunes sujets, tandis que le *carcinome* se développe le plus généra-

lement chez les vieillards, qu'il s'agisse du squirrhe ou surtout de l'encéphaloïde, qui est de beaucoup le plus fréquent.

Tant que la tumeur est contenue dans la loge prostatique, il n'y a que les apparences d'une hypertrophie de la prostate avec des déformations et des bosselures plus ou moins marquées. Quand les aponévroses sont perforées, des fongosités se développent dans l'urèthre, dans la vessie, qui peut être tapissée de nodosités à sa surface extérieure; rarement la tumeur envahit le rectum ou les vésicules séminales et exceptionnellement les parties molles du périnée.

Les ganglions des parties latérales et inférieures du bassin, les ganglions lombaires et mésentériques et les ganglions inguinaux sont engorgés, quand les parties péri-prostatiques sont envahies.

L'infection générale se fait dans les viscères, dans le squelette et particulièrement dans le foie (Berger).

**Symptômes et diagnostic.** — Le cancer de la prostate peut évoluer sans être reconnu du vivant du malade.

La *dysurie* est en général le symptôme du début; les troubles de la miction et les caractères des urines ont la plus grande analogie avec ceux que l'on observe dans les cystites chroniques. Un seul phénomène pourrait éclairer le diagnostic, à savoir, l'issue par l'urèthre de détritits néoplasiques reconnus au microscope.

L'*hématurie*, qui peut être très abondante et se produire en dehors de la miction ou à l'occasion d'un cathétérisme, a surtout de la valeur diagnostique quand elle accompagne des *douleurs profondes* et *tenaces*, paroxystiques, localisées au périnée et s'irradiant aux membres inférieurs, au bassin, aux aines, à la région sacrée.

A cette période, le toucher rectal fait reconnaître une tumeur qui par elle-même n'a rien de caractéristique; la dureté ligneuse du squirrhe ou la mollesse inégale de l'encéphaloïde pouvant se retrouver dans l'hypertrophie prostatique. Le palper abdominal peut faire percevoir une tumeur dure ou mollesse, débordant la symphyse et se développant du côté de l'abdomen.

L'existence simultanée de troubles de la miction et de douleurs vives, le développement rapide de la tumeur, l'altération de l'état général beaucoup plus précoce que celle de la cachexie urineuse simple, la présence d'engorgements ganglionnaires inguinaux, seront de bons éléments d'un diagnostic toujours délicat, puisque, sur 45 observations, Jolly a relevé 41 erreurs de diagnostic.

**Traitement.** — Le traitement dans la plupart des cas ne peut être que palliatif et ne vise que les indications symptomatiques.

L'extirpation de la prostate cancéreuse, conseillée par Kùchler et Billroth et exécutée par Demarquay et Letiévart, ne mérite guère d'entrer dans la pratique.

## CHAPITRE IV

### AFFECTIONS DE L'URÈTHRE.

#### I

#### VICES DE CONFORMATION DE L'URÈTHRE.

Les vices de conformation de l'urèthre qui peuvent intéresser le chirurgien sont : 1° l'étranglement congénital du méat et le rétrécissement congénital d'une portion du canal; 2° l'imperforation complète de l'urèthre avec ou sans canal de dérivation; 3° les fissures qui comprennent l'hypospadias et l'épispadias; 4° les dilatations; 5° les embouchures anormales de l'orifice de l'urèthre.

#### 1° ÉTROITESSE DU MÉAT.

L'anomalie peut être assez peu prononcée pour qu'elle ne soit reconnue que s'il y a nécessité de sonder le malade; d'autres fois, le méat est si incomplètement perforé qu'il n'existe qu'une ouverture presque imperceptible laissant échapper l'urine goutte à goutte ou par un jet filiforme. Il peut n'en résulter qu'une lenteur plus ou moins grande de la miction; mais chez certains sujets, ce vice de conformation peut donner lieu aux conséquences d'un rétrécissement ou déterminer une cystite. Il peut amener une incontinence d'urine, des douleurs dans l'éjaculation, des névralgies testiculaires, sus-pubiennes, crurales, des phénomènes spasmodiques avec ou sans rétention d'urine (Otis); il aggrave ou prolonge la blennorrhagie.

BIBLIOTECA  
FAC. DE MED. U. A. N. L.