

Bien souvent les abcès de la prostate ont pu être involontairement ouverts, pendant le cathétérisme, par le bec de la sonde.

Velpeau conseille même l'emploi du cathétérisme comme moyen d'ouvrir les abcès de la prostate dans les cas où la collection purulente a de la tendance à s'ouvrir dans le canal; un doigt introduit dans le rectum guide l'instrument et facilite l'opération.

§ 3. — PROSTATITE CHRONIQUE.

Les principaux symptômes de la prostatite aiguë peuvent ne pas disparaître complètement sous l'influence des moyens dirigés contre eux; le malade est en proie à un état de malaise et de gêne qui résulte du passage de la maladie à l'état chronique.

D'autres fois, l'inflammation résultant des causes que nous avons précédemment étudiées n'atteint jamais le degré d'acuité que nous avons décrit; elle se développe lentement, puis reste très longtemps stationnaire avant de disparaître; telle est encore la prostatite chronique.

Les autopsies nous apprennent que dans l'inflammation chronique de la prostate, cette glande est en général hypertrophiée; quelquefois cependant on l'a trouvée atrophiée, la muqueuse qui la tapisse est fongueuse et épaissie, décolorée, grisâtre, parfois même recouverte d'une exsudation membraneuse.

Le tissu glandulaire est plus foncé, et en même temps moins dense et moins consistant.

Les conduits glandulaires sont dilatés et remplis de liquide prostatique.

Que la prostatite soit chronique d'emblée ou qu'elle succède à l'état aigu, les symptômes sont les mêmes. Le malade éprouve des envies fréquentes d'uriner suivies d'une sensation de brûlure dans le canal; il ressent des pesanteurs douloureuses dans le rectum et le périnée.

Le canal est le siège d'une sensation particulière de chatouillement ou de piqure.

La miction s'opère sans difficulté, mais le jet est altéré dans sa forme; il est bifurqué ou contourné en vrille.

Dans les intervalles des mictions, le canal est baigné par un liquide filant qui arrive jusqu'au méat et qui n'est autre chose qu'un produit d'hypersécrétion des glandules prostatiques.

C'est l'accumulation de ce liquide pendant la nuit qui constitue la *goutte militaire*.

Les malades se plaignent de fatigue et de douleurs vagues dans les lombes et les cuisses; quelquefois même ils éprouvent des fourmillements particuliers dans les jambes; à ces symptômes se joignent, dans un certain nombre de cas, l'hypocondrie et une prostration physique et morale très considérable.

Cet affaissement général agit par contre coup sur les fonctions génésiques, qui s'affaiblissent peu à peu; d'ailleurs dans la majorité des cas les rapprochements sexuels sont douloureux et suivis d'une aggravation des souffrances.

Dans d'autres cas, au contraire, les rapports sexuels amènent un soulagement marqué et quelquefois même la guérison, comme Mercier en a cité des exemples.

En outre des symptômes que nous venons d'indiquer, il peut se produire des complications graves du côté de l'épididyme et du testicule, qui restent parfois indurés et douloureux pendant longtemps.

En énumérant ainsi, et un peu longuement, tous les symptômes qui peuvent se produire, nous devons ajouter qu'ils ne se rencontrent pas tous ensemble chez le même individu; assez souvent, au contraire, tout se réduit à un suintement urétral dont les malades ont à peine conscience.

Entre ces deux extrêmes, tous les intermédiaires peuvent être observés, indices d'états plus ou moins graves qui nécessitent ordinairement une intervention active et énergique.

Le diagnostic de la prostatite chronique n'est pas toujours des plus faciles.

Le premier signe sur lequel on doit s'appuyer est l'écoulement urétral, dont il faut rechercher attentivement l'origine en introduisant un doigt dans le rectum et en comprimant la prostate, comme le veut M. Richet, pour établir si l'écoulement vient des parties profondes ou des parties antérieures du canal.

La prostatite chronique pourrait être confondue avec la cystite chronique; mais la différence des dépôts de l'urine, qui sont sanguinolents dans la cystite et muqueux et filants dans la prostatite, éclairera le diagnostic.

Il sera plus difficile de distinguer un calculeux d'un malade atteint de prostatite chronique; les symptômes sont à peu près les mêmes; mais le cathétérisme est un juge très compétent pour décider à laquelle des deux affections on a affaire.

Dans le cas où le suintement urétral serait sous la dépendance d'un rétrécissement, le cathétérisme au moyen d'une bougie à boule lèvera ici encore tous les doutes.

La prostatite chronique est une affection longue et rebelle qui ne disparaît qu'après de fréquentes alternatives de rémission et d'exacerbation; elle est toujours fâcheuse, car le plus souvent elle entraîne à sa suite un catarrhe vésical très long à disparaître.

Son traitement comprend un très grand nombre de moyens: les uns, destinés à combattre l'inflammation elle-même; les autres, les divers troubles fonctionnels qui en dérivent. C'est ainsi que la constipation sera combattue par les lavements d'eau froide ou par les douches rectales.

Les douleurs seront calmées par les mêmes moyens dont nous avons parlé à propos de la prostatite aiguë (pommades et suppositoires belladonnés).

Les spasmes et les douleurs de l'urètre ont été encore avantageusement influencés par les bougies médicamenteuses de Raynal, qui, introduites dans le canal, s'y

fondent lentement à la manière des suppositoires et déposent sur la muqueuse urétrale une substance calmante.

On peut encore, dans le même but, pratiquer quelques injections narcotiques dans le canal.

Les opiacés à l'intérieur, à doses très modérées, ainsi que les bromures alcalins produisent d'assez bons effets; nous en dirons autant de l'iodure de potassium et du bicarbonate de soude dont l'action résolutive est utile.

Les bains sont efficaces pour calmer l'élément douleur, à la condition d'être pris très frais; les bains chauds peuvent, au contraire, déterminer la congestion des organes pelviens et augmenter les souffrances.

Si l'inflammation chronique de la prostate résistait à ces divers moyens, l'hydrothérapie et les bains de mer trouveraient alors leur indication, comme révulsifs énergiques et comme résolutifs.

On a également tenté d'établir une forte révulsion sur le périnée au moyen de vésicatoires, de caustiques ou même du séton. Et dans ce même but, M. Verneuil badigeonne le périnée avec la teinture d'iode.

Enfin, le chirurgien peut agir directement sur les tissus malades en les touchant avec des caustiques au moyen de la sonde de Ségalas ou de celle de Lallemand. La méthode des cautérisations prostatiques a fait du reste un très grand progrès depuis 1867, grâce aux savantes recherches de M. Guyon et au nouveau procédé qu'il a imaginé.

Ce chirurgien se sert d'une bougie à boule perforée à son extrémité; lorsque l'opérateur reconnaît que l'extrémité de l'instrument est arrivée dans la région prostatique, il s'arrête et injecte doucement dans la sonde, au moyen d'une seringue de Pravaz, grand modèle, quelques gouttes de solution nitratée, *au cinquantième*, qui tombent exactement sur le point malade sans toucher les autres parties du canal. Ce procédé a reçu de l'auteur le nom de méthode par *instillation*.

Cette petite opération est en général peu douloureuse pour le malade et amène toujours un soulagement marqué.

Les courants électriques continus ont donné également de bons résultats entre les mains de MM. Moreau-Wolf et Chéron ; le pôle négatif est appliqué dans le rectum au niveau de la prostate et le pôle positif sur le périnée.

Les divers moyens que nous venons d'indiquer trouveront un auxiliaire assez énergique dans l'emploi des balsamiques à l'intérieur (goudron, térébenthine, etc.).

Dans tous les cas, le chirurgien devra tenir grand compte de la constitution des malades et des diverses tendances diathésiques, lesquelles pourront être combattues par des eaux minérales appropriées. C'est ainsi que les sources ferrugineuses de Chateldon et de Saint-Alban seront utiles chez les sujets lymphatiques ; celles d'Uriage, de Bourbonne et de Balaruc, chez les scrofuleux ; Luchon, Enghien ou Cauterets agiront surtout sur les manifestations herpétiques, etc.

Si, malgré tout, l'inflammation chronique reste stationnaire, on doit soupçonner le développement de tubercules dans le tissu glandulaire et instituer un nouveau traitement pour combattre cette redoutable complication ; si tant est qu'un traitement quelconque puisse s'opposer à l'évolution ordinaire du tubercule.

§ 4. — HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE.

L'augmentation de volume de la prostate est une conséquence très-commune de l'âge avancé ; au-delà de 50 ans, cette glande subit un travail moléculaire particulier dans lequel de Graaf a voulu trouver une analogie avec le travail atrophique qui se passe à la même époque au col utérin chez la femme.

Aussi, malgré la divergence complète des phénomènes — hypertrophie chez l'homme et atrophie chez la femme — cet auteur a-t-il vu dans ce fait une conséquence de la cessation des fonctions génitales.

Certains auteurs, et Mercier en particulier, ont voulu soutenir que l'hypertrophie ne constituait pas un état pathologique de la prostate, mais qu'elle n'était que le dernier degré de son évolution physiologique.

S'il est incontestable que les progrès de l'âge ont une influence constante sur le développement de la prostate, on ne peut pas nier non plus que des causes pathologiques accidentelles augmentent de beaucoup cette tendance naturelle à l'hypertrophie.

Selon M. Mercier, l'hypertrophie prostatique n'étant qu'une conséquence de l'âge, ne dériverait jamais d'un état inflammatoire antérieur, dont ses nombreuses autopsies ne lui ont pas montré de traces ; on peut cependant objecter à ce chirurgien que l'hypertrophie peut s'être développée lentement et à la longue sous l'influence d'états inflammatoires remontant à un grand nombre d'années et dont les vestiges auraient complètement disparu. C'est là d'ailleurs une règle pathologique absolue qui découle des faits observés dans tous les autres organes.

Ce qui tendrait encore à confirmer cette théorie, c'est l'extrême rareté de l'hypertrophie prostatique et des rétentions d'urine chez les gens de la campagne, où les inflammations des organes génitaux sont très-rarement observées.

Enfin, M. Mercier nie d'une façon absolue l'influence du rétrécissement de l'urètre sur l'hypertrophie de la prostate, et prétend, au contraire, que l'accumulation de l'urine derrière l'obstacle exerce une compression salutaire sur cette glande ; il y a là, selon nous, une fausse interprétation des faits journallement observés.

M. Mercier, aux travaux et à l'expérience duquel nous avons souvent recours dans ce chapitre, divise l'hypertrophie de la prostate en deux variétés, selon la structure et la consistance de cette glande ; hypertrophie dure et hypertrophie molle.

M. Thompson en admet quatre espèces :

1° hypertrophie égale et simultanée de tous les éléments constitutifs de l'organe ;

- 2° hypertrophie du tissu musculaire ;
- 3° hypertrophie du tissu glandulaire ;
- 4° changement dans les rapports de ces deux tissus qui se rapprochent et s'isolent pour former des tumeurs.

Dans la première forme, les caractères anatomiques des tissus de la glande ne sont pas changés, on ne remarque qu'une légère dilatation des follicules qui sont gorgés de liquides.

En général, le développement maximum de la glande, dans cette variété, atteint à peine le double de l'état normal.

Dans la seconde forme, qui est infiniment plus fréquente, l'organe atteint un volume très-considérable ; le stroma est ici très-développé et semble avoir étouffé dans ses mailles le tissu glandulaire.

Les conditions inverses se rencontrent dans la troisième variété, qui se distingue par un développement et une hyperplasie considérable du tissu glandulaire.

Dans la dernière catégorie, les éléments prostatiques sont réunis et groupés de façon à former des tumeurs soit isolées, soit confondues avec le tissu même de la glande.

C'est ce dernier groupe qui constitue l'hypertrophie dite partielle des anciens auteurs et qui se porte sur les divers lobes de l'organe ; toutefois il est d'observation que le lobe inférieur ou moyen, qui avoisine la vessie, est le plus souvent atteint.

Les lobes hypertrophiés affectent généralement une forme conique à grosse extrémité regardant la vessie, et à sommet dirigé vers le canal.

Il résulte de cet adossement de deux tumeurs une rigole étroite peu favorable au libre cours de l'urine, et pouvant produire soit la rétention, soit, au contraire, l'incontinence.

Il est aisé de comprendre que lorsqu'un lobe prostatique est développé, le canal subit une courbure latérale à convexité dirigée vers le lobe sain ; il en résulte un obstacle sérieux au cours de l'urine et, plus encore, au cathétérisme ; si le développement du lobe a lieu du côté de la

vessie, il forme soupape et peut oblitérer complètement le col vésical.

Pareils inconvénients peuvent résulter aussi du développement inégal des deux lobes prostatiques.

L'augmentation de volume du lobe moyen a pour conséquence immédiate de rendre beaucoup plus considérable la courbure de l'urètre.

En résumé, nous pouvons dire que le développement partiel de la prostate, d'un ou de plusieurs lobes, sera une cause de rétention d'urine, tandis que l'hypertrophie générale, tendant à éloigner l'une de l'autre les parois du col, produira plus fréquemment l'incontinence.

Nous avons vu, du reste, que l'hypertrophie de cette glande existait souvent sans attirer l'attention du malade jusqu'au moment où se déclarait chez lui un de ses deux redoutables accidents ; la rétention ou l'incontinence.

Dans la rétention, le malade urine par regorgement ou n'urine pas du tout ; si le malade n'urine pas, le chirurgien n'aura nulle peine à constater dans l'abdomen une tumeur formée par la vessie distendue, tumeur qui peut souvent remonter jusqu'à l'ombilic.

Cette complication peut se manifester à la suite d'excès vénériens ou alcooliques ; ou bien succéder à l'exposition au froid humide, ou à la résistance prolongée au besoin d'uriner.

Quant à l'incontinence, elle ne présente dans son diagnostic aucune difficulté.

Si, au contraire, le malade n'urine que par regorgement, il remarquera que le jet est déformé, bifurqué ou en spirale, qu'il n'a plus ni son volume ni sa force ordinaire.

La miction n'est suivie d'aucun soulagement, le malade ressent une pesanteur incommode dans le bassin. Les envies d'uriner sont très-fréquentes, surtout le matin, elles causent des douleurs qui s'irradient dans les aines et les cuisses.

L'urine décomposée irrite en passant le canal qui s'enflamme ; les testicules eux-mêmes peuvent devenir douloureux et l'épididyme s'engorger.

Le malade est obligé de se livrer à des efforts extrêmement violents pour uriner ; bientôt la santé générale s'altère, le malade maigrit, perd l'appétit, la langue se dessèche, la fièvre s'allume, la rétention peut devenir complète et la mort survenir.

Le diagnostic de l'hypertrophie de la prostate n'est pas sans présenter d'assez sérieuses difficultés ; le cathétérisme peut seul nous fournir des données positives ; on se sert de sondes droites ou coudées. Le bec de la sonde doit, pendant l'exploration, ne pas abandonner la paroi supérieure ou pubienne du canal ; on chemine ainsi facilement dans la voie située au-dessus du point de contact des lobes latéraux. Si, au contraire, le lobe inférieur est seul développé, le chirurgien fera dévier légèrement le bec de la sonde pour passer sur les côtés de l'obstacle.

Ces considérations sommaires contiennent un précieux élément de diagnostic ; en effet, selon la direction qu'il devra imprimer au bec de la sonde, le chirurgien reconnaîtra quel est le lobe prostatique hypertrophié.

Dans les cas douteux, le doigt introduit dans le rectum complètera les renseignements donnés par la sonde. En général le toucher rectal n'est nullement douloureux, à moins que le malade ne soit simultanément affecté d'un état aigu de la prostate ou du col de la vessie.

La composition de l'urine n'est en rien modifiée, excepté qu'une certaine quantité de ce liquide retenue dans la vessie à chaque miction n'y subisse la décomposition ammoniacale ; dans ce cas, l'urine est trouble, épaisse, visqueuse, et laisse au fond du vase un précipité particulier muco-purulent. Quant à la rétention de ce liquide elle peut dépendre aussi bien de la présence de calculs vésicaux que de l'hypertrophie prostatique ; aussi est-ce là une cause fréquente d'erreur.

Les rétrécissements uréthraux peuvent aussi égarer le diagnostic, mais ici l'âge du sujet lèvera tous les doutes ; en effet si les troubles dans l'émission de l'urine se déclarent après l'âge de 50 ans chez un sujet qui jusque là

n'avait accusé aucun dérangement dans ces fonctions, on est certain qu'il ne s'agit pas d'un rétrécissement, mais d'une hypertrophie de la prostate.

D'ailleurs, dans ce dernier cas, le malade s'aperçoit depuis longtemps que les fonctions de la vessie s'accomplissent avec lenteur et avec paresse, avant d'en être arrivé à la rétention complète.

L'hypertrophie prostatique est une affection toujours grave ; l'âge avancé des malades augmente d'ailleurs cette gravité ; et il est peu d'affections contre lesquelles la thérapeutique soit aussi impuissante qu'à son égard attendu que les progrès du mal dus à l'âge sont au dessus des ressources de l'art.

J.-L. Petit, considérant que les tuméfactions prostatiques sont plus fréquentes chez les individus qui ont été souvent atteints de blennorrhagie, a voulu voir dans l'hypertrophie une origine syphilitique et la combattait par les mercuriaux.

Sans être aussi exclusif, nous pensons que les médicaments de cette classe peuvent être employés à cause de leur action résolutive ; on prescrit le mercure en pommade, ou sous forme d'emplâtres de Vigo, sur le périnée.

Le chlorhydrate d'ammoniaque a été vanté par M. Vanoye qui lui doit deux beaux succès.

Un assez grand nombre d'autres substances ont été successivement employées, telles sont : le bucco sironé par Coulson ; la pareira-brava préférée par Brodie ; l'uvaursi, le chiendent, le matico, la salicaire, l'alchimille, la carotte sauvage, la mauve des marais, la mousse d'Irlande, etc.

Un moyen plus efficace peut-être consiste dans l'emploi de l'acide benzoïque à la dose de 1 gramme par jour dans du sirop de tolu.

En cas d'insuccès on peu prescrire l'iodure de potassium, qui a parfois réussi. Cependant, si les douleurs ressenties par le malade font craindre l'existence simul-

tanée d'un état aigu grave, une application de sangsues au périnée pourra être parfaitement indiquée.

La liberté du ventre doit être journellement entretenue au moyen de purgatifs légers ou de lavements.

Le cathétérisme pratiqué fréquemment avec des sondes souples diminue les douleurs souvent très vives ressenties par quelques malades, soit dans le canal, soit au col vésical lui-même. On pourra également employer des sondes métalliques pour assurer une compression excentrique sur la prostate; on usera, dans le même but, des instruments spéciaux tels que le dépresseur de Mercier, ou le dilatateur à eau de Physick.

Nous avons vu plus haut que la difficulté qu'éprouvait la vessie à se vider complètement était pour cet organe une cause constante d'irritation; on doit donc chercher, par l'introduction de sondes très molles en caoutchouc vulcanisé à faire écouler toute l'urine contenue dans la vessie; ces sondes sont facilement introduites en leur imprimant un mouvement de vrille.

Dans les cas de déviations multiples du canal, on peut user avec succès du cathéter vertébré de Squire dont l'extrémité, formée d'anneaux mobiles, s'insinue dans toutes les flexuosités du canal.

Enfin, on combattra l'atonie de la vessie et sa tendance au catarrhe par l'électricité administrée sous forme de courant constant, ou mieux encore par des injections froides et chargées de principes balsamiques, tels que l'eau de goudron, la décoction de pin, etc., etc.

LIVRE DEUXIÈME.

AFFECTIONS DE LA VESSIE

Le réservoir urinaire est sujet :

1° A des anomalies et à des difformités congénitales ou acquises.

2° Il est fréquemment exposé à des lésions traumatiques.

3° Divers états morbides (inflammation aiguë ou chronique, calculs, corps étrangers, vices de nutrition) peuvent l'atteindre directement et d'emblée, ou par continuité et contiguïté de tissus.

CHAPITRE PREMIER.

ANOMALIES ET DIFFORMITÉS.

Les vices de conformation de la vessie étant, pour la plupart, incurables, il y aurait peu d'utilité à en donner ici une description détaillée. Il est même permis de croire qu'on a quelque peu exagéré, dans le temps, le genre et la forme de ces perversions. — Toutefois, sans accorder beaucoup de créance au récit de Molinetti, qui affirme avoir trouvé (1) cinq vessies, cinq reins et six uréthères chez une même femme, il n'est pas douteux que la vessie peut présenter des divisions anormales, manquer en totalité, et varier considérablement de capacité. Plusieurs de ces ano-

(1) *Dissertat. anatom. patholog.*