moindre intervention chirurgicale par l'urèthre est de beaucoup préférable. L'abcès se guérit en général très-lentement, parce que, après sa rupture, l'urine peut pénétrer dans la cavité, y maintenir l'irritation et la douleur, et s'opposer au processus réparateur. Lorsqu'il est dû à la présence d'un calcul, l'ablation du corps étranger doit précéder toute espèce de traitement.

[DES ABCÈS PÉRIPROSTATIQUES. — Mentionnés pour la première fois par Phillips dans son *Traité des maladies des voies urinaires*, ces abcès ont été l'objet d'études sérieuses de la part de M. Demarquay, chirurgien de la Maison de santé, à Paris. Nous avons cru devoir en faire une mention spéciale, à cause de la difficulté que présentent au diagnostic les abcès intra et périprostatiques.

Causes. — On les rencontre principalement dans l'âge adulte et chez les sujets âgés; du reste, leurs principales causes expliquent suffisamment pourquoi on ne les observe pas dans le jeune âge. Ils ont été successivement attribués à des blennorrhagies répétées, à des tentatives multiples de cathétérisme, à des contusions sur la région périnéale, à des excès de coït dans un âge avancé; mais la blennorrhagie et le cathétérisme sont certainement les causes les plus fréquentes. C'est d'ordinaire à la partie supérieure de la prostate qu'ils siégent, et c'est le plus souvent vers la face rectale de l'organe qu'ils viennent proéminer, bien qu'on puisse aussi les trouver en avant ou sur les côtés.

Signes et terminaisons. — Au début, le malade éprouve au périnée un sentiment de chaleur et de gonflement, de la pesanteur du côté de l'anus, une dysurie légère. Ces phénomènes peuvent reconnaître comme cause déterminante un exercice violent, tel que celui du cheval, dans le cours ou à la suite d'une des causes mentionnées plus haut : je veux parler de la blennorrhagie et du cathétérisme. Puis le gonflement va en augmentant; il y a des éléments, de la fièvre, une douleur intolérable; la défécation est difficile, la miction est parfois impossible. Lorsqu'on peut pratiquer le toucher rectal sans trop faire souffrir le malade, on peut reconnaître la tumeur et même y sentir la fluctuation, le plus souvent en arrière. En effet, c'est d'ordinaire du côté du rectum que la tumeur tend à se vider; ensuite, par ordre de fréquence, c'est par l'urèthre qu'elle s'ouvre au dehors; puis, encore assez souvent, elle vient proéminer au périnée. Les autres terminaisons sont plus rares. Chez un malade de M. Demarquay, soigné à la Maison de santé pour un abcès périprostatique, le pus avait fusé « du côté de l'espace ischio-rectal et au devant du bulbe, dans la gaîne de la verge; tout le tissu cellulaire de cette région avait été envahi; les corps caverneux avaient été mis à nu, et il en était résulté un décollement considérable de la peau du pénis. Le malade ne fut guéri qu'au bout d'un temps extrêmement long .» Il peut arriver encore que des fusées purulentes remontent jusqu'au cul-de-sac péritonéal, qu'elles décollent la séreuse dans une étendue impossible à prévoir et déterminent des désordres plus ou moins graves. L'observation suivante nous en offre un bel exemple :

« Un homme âgé de quarante et un ans sentit survenir, à la suite d'un écoulement blennorrhagique, une tumeur assez considérable, formant saillie dans le rectum et s'étendant en avant jusqu'aux bourses. Ce gonflement était accompagné de douleurs vives, exaspérées par la pression, d'inappétence, de perte de sommeil et d'un appareil fébrile intense. A son entrée à l'hôpital, on reconnut par le toucher rectal une tumeur qui remontait jusqu'au point le plus élevé que le doigt pût atteindre. Une incision faite au devant de l'anus, à gauche du raphé, donna issue à une grande quantité de pus. Le calme succéda presque immédiatement à la souffrance, et en sondant l'étendue du foyer avec un stylet de trousse, on trouva que le décollement remontait très-haut au devant de l'intestin. Des injections iodées dans la plaie et une mèche introduite entre les lèvres de l'incision ont constitué tout le pansement. » (*Union médicale*, 1862, p. 598, *Leçon recueillie par M. Parmentier.*)

Diagnostic. — Ici se posent deux questions. Y a-t-il un abcès dans la région prostatique? Si oui, est-ce un abcès intra ou périprostatique? Nous supposerons la première question résolue par l'affirmative; aussi bien l'auteur anglais a-t-il insisté sur tous les signes qui conduiront à le reconnaître. Mais le diagnostic à faire entre l'abcès proprement dit et celui qui siége autour de l'organe est beaucoup plus délicat. En effet, l'ischurie, les douleurs au col de la vessie, la brûlure au moment de l'émission des urines, la douleur atroce au moment des garderobes, le ténesme, les épreintes, la chaleur, les battements et la tension du côté de l'anus, la constipation, se rencontrent à un égal degré dans chacune de ces deux affections. Les différences portent surtout sur l'étendue de la tumeur, la fluctuation manifeste du côté de l'intestin, lesquelles feront supposer que l'abcès est périprostatique. En effet, l'abcès de la prostate siégeant au-dessous d'une capsule fibreuse épaisse, résistante, ne donne lieu qu'à une tumeur beaucoup plus circonscrite, à une fluctuation beaucoup plus obscure; et toujours par la loi qui veut que le pus se fraye une route du côté de la moindre résistance, l'abcès prostatique proprement dit paraît devoir s'ouvrir plutôt du côté de l'urèthre. Nous ne voulons pas dire que tel soit toujours le cas; car il est des faits qui ne laissent aucun doute sur la possibilité du passage du pus de la glande dans l'intestin.

Pronostic et traitement. — Naturellement le pronostic se trouvera en rapport avec la constitution du sujet, l'étendue de la tumeur et les dégâts occasionnés dans les parties voisines, et spécialement du côté du péritoine. Lorsque l'abcès a proéminé du côté du périnée et qu'il a été incisé de bonne heure, il peut guérir vite, parfois même en moins de huit jours. S'il a gagné l'espace ischio-rectal, il peut avoir causé de vastes décollements, et il faut un temps très-long pour la cicatrisation de l'abcès. Si l'ouverture s'est faite du côté du rectum, il peut y avoir persistance d'une fistule rectale.

M. Ricord recommande de vider l'abcès par le rectum, en raison de sa proximité. M. Demarquay, voulant éviter une fistule rectale, préfère l'incision par le périnée. L'indication est d'ouvrir de bonne heure, à moins que, la fluctuation étant bien nette du côté du rectum, on n'attende l'ouverture spontanée par l'intestin.]

PREMIÈRE OBSERVATION. — *Prostatite et cystite à la suite d'excès et après l'exposition au froid.— Terminaison par un abcès de la prostate.*—J. T., âgé de cinquante-quatre ans, en octobre 1854. Habitudes d'intempérance depuis l'âge de viegt ans. Deux ou trois gonorrhées lorsqu'il était jeune. Quelques années auparavant, il avait ressenti de la gêne en urinant, mais il ne voyait là rien de sérieux.

Six mois auparavant, il passa tout un dimanche, à Greenwich, à boire, et revint le soir à Londres sur le haut d'un omnibus, par un temps très-humide et froid.

Le lendemain, il se sentit fort malade, et, le mardi matin, n'ayant pas uriné depuis le dimanche, il demanda un médecin, qui le soulagea par un cathétérisme facile. Incapable après cela d'uriner sans sonde, il entra comme malade à Saint Mary's Hospital. Peu de temps après, il était amélioré, car il urinait au moyen d'une sonde qu'il avait appris à se passer lui-même.

23 décembre 1853. — Admis dans mon service à Marylebone Infirmary.

État à son entrée : Il avait envie d'uriner, ce qu'il ne pouvait faire qu'avec une sonde, et il souffrait atrocement au périnée, du côté du pubis et dans les lombes, si le cathétérisme n'intervenait pas tout de suite. Aucune sensibilité dans la région hypogastrique; rien de particulier à noter après l'examen par le rectum; point de sensibilité éveillée par l'extrémité du doigt. État général mauvais. Teint maladif, expression de grande souffrance.

Urine légèrement acide, laissant déposer un peu de mucus, une assez grande quantité de pus, et faiblement albumineuse. Point d'hématurie.

La sonde n° 8 [n° 17, filière française] pénètre facilement jusqu'à la vessie. Après plusieurs examens, on note qu'*il s'écoule un peu d'urine avant que l'instrument ait été introduit de plus de* 15 *centimètres;* en allant au delà, il s'en écoule une plus grande quantité; on ne trouve pas de calcul, mais on constate un état ramolli et rugueux de la vessie.

Dans les trois mois suivants, il s'améliora notablement, sous l'influence de lavages de la vessie à l'eau tiède, et surtout après l'injection de solutions de nitrate d'argent, dont la proportion fut élevée de 25 milligrammes à 5 centigrammes pour 30 grammes d'eau. Il pouvait retenir ses urines pendant trois heures, le mucus disparut, et le pus diminua beaucoup.

En avril 1854, il succomba à une pneumonie. — Autopsie quatorze heures après la mort.

Après avoir enlevé le pénis, la vessie, l'uretère et les reins, et ouvert l'urèthre par sa paroi supérieure, nous trouvâmes que celui-ci était sain jusqu'à sa partie prostatique. En cet endroit, se montrait une *vaste cavité,* pouvant contenir de 16 à 20 grammes de liquide. L'abcès avait détruit la muqueuse de l'urèthre en s'ouvrant à la partie supérieure par un orifice du diamètre d'un florin; en sorte que le plancher seul du canal subsistait, formant une sorte de pont dans l'intérieur de la cavité qui l'enveloppait en bas, en haut et des deux côtés. Cette cavité était limitée par la capsule propre de la prostate, la substance de l'organe ayant disparu. Le canal éjaculateur du côté droit traversait la poche; il est comme disséqué dans tout son trajet. Il est dilaté; il admet aisément la sonde n° 9 [n° 19, filière franç.] jusqu'au point où il quitte la prostate, pour s'ouvrir dans la cavité d'un abcès. Le canal éjaculateur du côté gauche a disparu, mais l'ouverture par laquelle il pénètre dans l'urèthre a persisté. En examinant la base de la vessie, on aperçoit un sac qui remplit l'intervalle situé entre les canaux déférents et les vésicules séminales, mais, en apparence, sans communiquer avec eux. Il existe néanmoins une libre communication entre cette cavité et l'urèthre, au moyen du canal éjaculateur du côté droit, car la sonde passait directement dans son intérieur. Ce sac pouvait contenir environ 10gr,5 de liquide; il provenait d'un abcès formé, soit dans le tissu cellulaire, soit dans le canal déférent du côté droit. Cette dernière supposition paraissait la plus probable, d'après l'aspect des parties.

Les parois vésicales sont fort épaissies; la muqueuse est fortement injectée; elle montre des teintes rouges, brunes et vertes, et çà et là une belle injection écarlate arborescente. Les uretères ont un calibre un peu plus considérable que d'habitude. Les reins ont augmenté de volume; ils offrent, sous le microscope, l'apparence d'un dépôt interstitiel, et paraissent fortement graisseux.

DEUXIÈME OBSERVATION. — *Obstruction fort ancienne de l'urèthre. — Incontinence d'urine. — Abcès de la prostate et de la vésicule séminale droite.* — J. T..., soixante-treize ans. Admis à Marylebone Infirmary, dans mon service, le 23 mai 1854. Depuis longues années, il avait de la difficulté à uriner et de l'incontinence d'urine : on ne peut obtenir aucun éclaircissement à ce sujet, car il s'affaiblit rapidement d'après les progrès de sa maladie.

Etat à l'entrée : L'urine s'écoule constamment; il garde dans son lit un urinoir, selon son habitude. Au scrotum est un grand orifice qui laisse couler beaucoup de pus. Le médecin de garde essaye, mais sans succès, d'introduire une sonde; elle est arrêtée à 12 centimètres et demi du méat. Le sujet est presque sans pouls et sur le point de succomber.

Autopsie. — Vessie très-épaisse, très-rugueuse; la muqueuse offre des teintes d'un rouge brunâtre et d'autres d'un gris d'ardoise. En incisant l'urèthre, on trouva dans le bulbe une portion dont les parois étaient épaissies, resserrées avec une couche de lymphe plastique à sa surface, fixant en partie en place deux calculs du volume d'un petit pois. Dans la portion prostatique, on apercevait l'ouverture du sac d'un *abcès* formé par la capsule de la prostate, exactement semblable à celui que je viens de décrire dans l'observation précédente; le plancher de l'urèthre formait un pont au-dessus. Derrière le canal était un autre abcès comprenant la vésicule séminale droite. Les deux reins étaient malades et renfermaient de gros kystes.

DE L'ULCÉRATION DANS LA PROSTATE. — La muqueuse uréthrale dans l'épaisseur de la prostate peut s'ulcérer par suite de lésions préexistantes. L'ulcération purement idiopathique est sans doute fort rare. Ainsi, lorsqu'un abcès s'ouvre dans l'intérieur de l'urèthre, les tissus environnants s'ulcèrent, et l'ouverture persiste pendant un certain laps de temps : tels sont surtout les exemples d'ulcération décrits par les auteurs. Mêmes conditions dans la rupture d'un dépôt tuberculeux, ou le développement de tumeurs malignes. Il n'y a qu'une mince couche de tubercule dans l'épaisseur de la muqueuse uréthro-prostatique qui ait été notée comme cause d'ulcération en cet endroit. Mais il est plus commun de la rencontrer sous la même forme dans la vessie, et aux orifices vésicaux des uretères. Plus fréquemment aussi l'ulcération succède à l'enchâtonnement d'un calcul entier ou en morceaux. [Au n° XLVII du musée Civiale, à l'hôpital Necker, se voit une ulcération de la prostate, occupant la face postérieure de cet organe hypertrophié. Elle présente une forme allongée, analogue à celle que l'on remarque sur une pierre contenue dans la vessie.] Après un rétrécissement ancien et compliqué, suivi d'une dilatation du canal à son passage dans la prostate, et l'amincissement de sa muqueuse, j'ai observé assez fréquemment une ulcération chronique portant sur le canal et les tissus environnants. On peut l'observer avec la rétention d'urine et l'infiltration urineuse.

J'ai vu des cas où l'ulcération de la portion prostatique de l'urèthre reconnaissait pour cause le séjour trop longtemps prolongé d'une sonde dans l'urèthre et la vessie, dans un but thérapeutique. On peut voir un exemple de ce fait au musée du Royal College of Surgeons, à Londres, sous le nº 2551; il est indiqué au catalogue comme « un dépôt de lymphe emprisonnant une sonde ». L'ulcération peut encore s'observer après une vieille affection vésicale, chez les sujets âgés et affaiblis, surtout chez les paralytiques, à la suite d'une affection cérébro-spinale. Dans quelques-uns de ces cas elle peut aller jusqu'à l'escharification, avec perte considérable de substance du tissu prostatique.

Après tout, il n'y a rien de spécial dans ces formes d'ulcération siégeant à la prostate : ce sont les mêmes effets morbides qui affectent son tissu et celui des autres parties molles de l'organisme, lorsque leur vitalité est soumise à certaines conditions morbides, locales ou générales.

Il n'y a point de forme particulière d'ulcère de la prostate; rien de spécial à cet organe, comme à l'estomac, par exemple. Point de raison pour en faire le sujet d'une ulcération chancreuse spécifique, sauf dans les cas très-rares où cette affection s'est propagée tout le long de l'urèthre, et même dans l'intérieur de la vessie.

De plus, comme l'ulcération n'existe presque jamais sans une maladie de la prostate, de la vessie ou de l'urèthre, et qu'elle n'est jamais qu'une conséquence de lésions antérieures, il est tout à fait impossible de décrire les symptômes qui lui sont propres. Ni pour les symptômes, ni pour le traitement de l'ulcération de la prostate, il n'existe d'autre indication précise que celle d'obvier aux signes locaux et généraux à mesure qu'ils se présentent, en s'en tenant aux principes déjà consignés dans la description de l'inflammation aiguë et chronique; et de porter remède à la cause, si la chose est possible, comme dans le cas d'un rétrécissement de l'urèthre, d'un calcul de la vessie ou de la prostate, causes directes de l'ulcération.

CHAPITRE V

HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE, SES CARACTÈRES ANATOMIQUES

Caractères extérieurs d'une hypertrophie de la prostate. — Parties affectées. — Quelle est l'augmentation de volume. — Modifications qu'éprouvent l'urèthre et le col de la vessie. — Modifications internes ou de structure. — Variétés de l'hypertrophie.

HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE. — Chez les sujets qui ont dépassé l'âge moyen de la vie, ou, pour préciser, ceux qui ont dépassé cinquante-cinq ans, autant du moins que de sérieuses recherches tendent à le prouver, on rencontre souvent, mais non toujours, une maladie particulière de la prostate. Cet organe augmente lentement et graduellement de volume, et arrive à gêner plus ou moins la sortie de l'urine. Cette augmentation de volume, comme nous le verrons en étudiant le sujet dans ses détails, n'est pas un produit de l'action inflammatoire, pas plus qu'elle n'est causée par

des résultats analogues à ceux qui forment les engorgements inflammatoires dans les autres organes; c'est-à-dire par des exsudations albumineuses, fibrineuses, ou autres, telles qu'on en rencontre dans les ganglions lymphatiques, par exemple : mais elle provient d'une production exagérée des tissus normaux de la prostate, et peut, à juste titre, rentrer dans la classe des hypertrophies.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Pour étudier l'anatomie pathologique de cette affection, il convient de faire les divisions que voici :

I. Caractères physiques extérieurs de l'hypertrophie de la prostate.

II. Parties de la glande le plus affectées par l'hypertrophie.

III. Augmentation de volume produite par l'hypertrophie.

IV. Modifications anatomiques à la portion prostatique de l'urèthre et au col de la vessie, amenées par l'hypertrophie de la prostate.

V. Modifications internes ou de structure observées à la suite de l'hypertrophie de la prostate.

I. *Caractères physiques extérieurs.* — Nous avons déjà dit qu'il était à peine possible de définir en termes exacts entre quelles limites, de poids et de volume, est comprise une prostate saine, une addition quelconque à ces limites la faisant regarder tout de suite comme hypertrophiée. D'après quelques observateurs, un poids supérieur à 23 grammes serait toujours anormal. Nous n'avons point de preuves absolues de ce fait, mais je pense qu'on peut regarder 27 grammes comme un poids d'hypertrophie, chez un sujet d'environ soixante ans. Je n'ai jamais vu une pareille prostate sans y rencontrer d'autres indications, dans les modifications physiques extérieures, ou internes et de structure, qui vinssent corroborer les soupçons nés du fait de son poids. D'un autre côté, j'ai vu une prostate pesant moins de 23 grammes, et qui présentait dans sa structure des signes indiscutables de la présence d'une hypertrophie. On en comprendra aisément la possibilité en se rappelant que chez certains individus une prostate de moins de 15 grammes et demi est d'un volume normal.

Le premier caractère extérieur que l'on puisse observer en général sur une prostate hypertrophiée est une tension inusitée et une tendance aux bosselures. Presque toujours la glande est *plus épaisse* qu'à l'état normal. La longueur et le diamètre transverse peuvent n'être pas nécessairement amplifiés, tandis que le diamètre antéro-postérieur (dans la station debout) est presque invariablement augmenté. De là la tension indiquée. Les lignes de section décrites en anatomie normale disparaissent; les indications extérieures d'une forme bilobaire diminuent. Si maintenant on pratique une section sur la partie antérieure (commissure antérieure), de façon à ouvrir en long le canal de l'urèthre, les lobes latéraux nous semblent plus tendus que d'habitude; ils s'avancent un peu dans l'intérieur du canal, de façon que leurs bords opposés pressent un peu l'un contre l'autre.

A un état plus avancé, l'augmentation de volume est plus considérable; l'un des deux lobes latéraux peut prendre un plus grand développement, ou bien c'est la portion médiane, située derrière le verumontanum, qui s'ac-