

même chez la femme. BOYER, THIÉBAULT, AYRES, LITZMANN ont rapporté des exemples d'accouchement dans de semblables conditions.

L'extrophie de la vessie n'est pas incompatible avec l'existence, car on a vu des sujets arriver avec cette infirmité jusqu'à cinquante, soixante et même soixante-dix ans; la plupart cependant succombent dans les premières années qui suivent la naissance.

Traitement. — Le traitement est palliatif ou chirurgical. Le traitement palliatif consiste à protéger la muqueuse vésicale contre le contact incessant des corps étrangers, et à empêcher l'urine de se répandre constamment sur les régions voisines. Au siècle dernier JURINE (de Genève), puis BONN (d'Amsterdam) songèrent les premiers à employer les appareils prothétiques contre cette infirmité.

Une cuvette en argent qui coiffait la partie saillante de la vessie s'adaptait sur le pubis et le périnée, les urines collectées dans ce vase étaient conduites par un tube de caoutchouc dans un réservoir placé contre la cuisse. Cet appareil rend encore aujourd'hui des services.

Bouisson avait imaginé de comprimer l'orifice des uretères de manière à obtenir la formation de poches dans lesquelles l'urine pourrait s'accumuler pendant un certain temps. Ces tentatives ont dû être abandonnées, les malades ne pouvant tolérer les violentes douleurs occasionnées par la compression.

Traitement chirurgical. — Deux méthodes différentes ont été proposées. L'une consiste à faire passer l'urine dans le rectum; l'autre, à l'aide de moyens autoplastiques, essaye de restaurer la cavité vésicale en laissant à la partie déclive un orifice par lequel s'écouleront les urines.

Le premier procédé, employé dès 1852 par SIMON et LLOYD, n'ayant donné que des insuccès, est tombé dans l'oubli.

La méthode autoplastique créée par J. ROUX (de Toulon) a été perfectionnée depuis par différents chirurgiens, parmi lesquels il convient de nommer PANCOAST, WOOD, HERSCHBERG, HIERSCH, LE FORT, TH. ANGER. Les lambeaux destinés à reconstituer la cavité vésicale sont pris aux dépens de la peau de l'abdomen ou du scrotum; plusieurs opérations successives deviennent nécessaires, car il est impossible d'arriver d'emblée à un bon résultat.

CHAPITRE IV

MALADIES DE LA PROSTATE

Bibliographie. — *Traité général sur les maladies de la prostate.* — EV. HOME, *Practical Observations on the Treatment of the Prostate Gland*, London, 1811, trad. Léon Marchant, Paris, 1820. — ADAMS JOHN, *Anatomic and Diseases of the Prostate* Londres, 1853. — THOMPSON, *The Diseases of the Prostate. third. edit.*, London, 1868. — BOULOUÏÉ, *Consid. gén. sur les mal. de la prostate*, Paris, 1874. — *Traité des maladies de la prostate*, 1877.

Consultez en outre les articles PROSTATE des Dictionnaires de médecine et les divers Traités des *Maladies des voies urinaires*.

§ 1^{er}. — Plaies de la prostate

Étiologie. — Les différents objets susceptibles de produire des plaies de la prostate agissent de dehors en dedans, ou de dedans en dehors; dans ce dernier groupe rentrent les *fausses routes* consécutives au cathétérisme; nous les décrirons avec les traumatismes de l'urètre.

L'agent du traumatisme (instrument piquant, tranchant, contondant, projectile de guerre) intéressant la prostate de dehors en dedans, peut atteindre cet organe de haut en bas (voie sus-pubienne), de bas en haut (voie périnéale), d'arrière en avant (voie rectale).

Les plaies de bas en haut, c'est-à-dire celles dans lesquelles l'instrument traverse le périnée, paraissent de beaucoup les plus communes; suivant que les voies urinaires sont intactes ou intéressées, ces lésions sont dites simples ou compliquées; la première variété est rare. La taille constitue le type des plaies pénétrantes; parmi les traumatismes accidentels, nous devons citer des coups d'épée, de couteau, et, plus fréquemment, une chute sur un corps pointu (échalas, branche d'arbre).

Les blessures par armes à feu semblent exceptionnelles. OTIS en effet n'en cite que sept exemples; dans la majorité des cas elles sont compliquées de fractures des os du bassin, en particulier du pubis, habituellement aussi existent des lésions des organes périphériques (vessie, rectum, vésicules séminales); enfin OTIS a vu une balle logée dans l'épaisseur de la glande, RICORD rapporte un fait analogue dans lequel il put extraire le projectile.

Symptômes. — Les plaies simples ont un seul signe extérieur, l'écoulement sanguin; celui-ci peut être parfois assez abondant pour nécessiter une véritable intervention chirurgicale. Les plaies compliquées donnent lieu à deux symptômes principaux: 1^o l'urétrorragie; 2^o au moment de la miction l'issue d'urine par la plaie.

L'hématurie constante prend des proportions inquiétantes lorsque, par exemple, la partie postérieure de la glande est intéressée, le sang s'écoule alors par l'urètre et la plaie extérieure. Suivant les circonstances l'abondance de l'écoulement urinaire varie, d'ordinaire ce liquide ne s'échappe qu'au moment de la miction; si le col de la vessie a été déchiré ou sectionné, l'écoulement est constant, comme après l'opération de la taille. Les plaies déchirées, contuses, sinueuses, dans lesquelles le liquide vésical ne trouve pas une issue facile, exposent à l'infiltration d'urine.

Diagnostic. — L'exploration de la plaie à l'aide d'une sonde de femme, d'un stylet, combinée successivement avec le cathétérisme ou le toucher rectal, rendra toujours les plus grands services en éclairant le chirurgien sur la direction et la forme du trajet.

Pronostic. — En général, les sections larges et nettes guérissent avec une grande facilité, témoin la solution de continuité consécutive à l'opération de la

taille; il n'en est plus de même des plaies contuses ou des plaies sinueuses et étroites; celles-ci exposent les malades à de sérieuses complications: infiltration d'urine, phlegmon du tissu cellulaire sous-péritonéal, pyohémie. Notons encore la lésion possible avec atrésie consécutive des canaux éjaculateurs.

Traitement. — Les plaies simples ne donnent lieu qu'à une seule indication, arrêter l'écoulement sanguin; le tamponnement, les lavements et injections froides suffiront dans la majorité des cas. Dans les plaies compliquées, il faut à tout prix prévenir l'infiltration d'urine. Dans ce but le chirurgien pratiquera le cathétérisme plusieurs fois par jour de façon à ne pas permettre au malade d'uriner seul, ou bien il installera une sonde à demeure.

Si malgré le cathétérisme l'urine menaçait de s'infiltrer, il ne faudrait pas hésiter à débrider largement et à assurer ainsi l'écoulement du liquide; à plus forte raison, semblable thérapeutique serait-elle indiquée s'il existait déjà une infiltration.

§ 2. — Inflammation de la prostate

1° PROSTATITE AIGUË. — ABCÈS

Bibliographie. — LAFORGUE, *Arch. gén. de méd.*, 1842, 3^e série, t. XV. — VIDAL, *Ann. de la chir. franç. et étrangère*, 1844, t. XII, p. 257. — CIVIALE, *Bull. de therap.*, 1848, t. XXXIV, p. 367. — BERTHERAND, *Gaz. méd.*, 1851. — ADAMS, *Anat. and Diseases of the Prost.*, 3^e édit., London, 1853. — DEMARQUAY, *Union méd.*, 1862. — BALZER, *Soc. anat.*, 1876. — HOBON, *Gaz. des Hôp.*, 1877. — PICARD, *Notes sur les inflammations et abcès de la prostate*, 1875. — GUYON, *Gaz. des Hôp.*, 1883. Thèses de Paris. — 1847, CAUDMONT. — 1857, BÉRAUD (Agrég.). — 1858, TAYAND. — 1859, DELHOMME. — 1865, DENIAN, MALSANG. — 1866, DESCUBES. — 1872, PASTUREAU. — 1879, GUÉRIN. — 1880, SEGOND.

Les causes qui déterminent l'inflammation de la prostate sont prédisposantes ou occasionnelles. Parmi les premières nous devons signaler toutes les conditions qui entraînent la congestion de la glande, excès de table, de coït, de masturbation, exercice du cheval et absorption de cantharides. Les rétrécissements de l'urètre et la blennorrhagie forment ici une classe à part; en effet, sur quatre-vingt-six (86) abcès prostatiques pour lesquels se trouve noté l'état du canal avant l'accident, SEGOND relève quarante-six (46) blennorrhagiques et vingt-trois (23) rétrécis.

Les causes occasionnelles sont habituellement d'origine traumatique: chute sur le périnée, plaie de la glande, congestion prostatique par injections poussées avec trop de force. Cathétérismes mal faits, opérations diverses sur la vessie se rencontrent alternativement dans les différentes observations. Fréquemment l'inflammation a débuté sur un autre organe et la prostate se prend consécutivement. La propagation se fait par contiguïté ou par continuité. « C'est par le premier de ces mécanismes qu'agissent certaines causes rares, mais réelles de prostatite, telles que les hémorroïdes, la rectite, les fistules à

l'anus, les inflammations des vésicules séminales » (SEGOND). Les prostatites par continuité se rencontrent sur les malades atteints de rétrécissement, de blennorrhagie ou de cystite. Enfin il existe quelques observations dans lesquelles la prostatite est survenue dans le cours d'autres maladies (prostatites métastatiques), GOSSELIN rapporte dans ses *Cliniques* un fait d'inflammation de cette glande consécutif aux oreillons. GUYON a publié un cas très net de prostatite survenu pendant le cours d'une variole, DÉSORMEAUX et SOCIN ont trouvé des abcès de la prostate à l'autopsie de sujets morts d'infection purulente.

Les abcès d'origine urétrale, de beaucoup les plus nombreux, se développent de préférence sur les adultes. Les abcès consécutifs aux hypertrophies prostatiques sont l'apanage de la vieillesse.

Anatomie pathologique. — Les lésions anatomiques qui caractérisent l'inflammation de la prostate à son début ont été décrites par THOMPSON, LE DENTU, SEGOND. La prostate augmentée de volume paraît tendue et dure à la pression; elle présente çà et là des bosselures; sur une coupe la surface de section paraît plus dure qu'à l'état normal; « la pression fait sourdre un liquide rougeâtre assez trouble mélangé de lymphé épanchée et de sérum, de sang venant des capillaires engorgés, de liquide prostatique et d'une très petite quantité de pus » (THOMPSON). Mais quel a été le point de départ de la phlegmasie? VELPEAU et la majorité des auteurs après lui admettaient trois formes différentes d'inflammation de la prostate, suivant que le processus avait débuté par la muqueuse, les glandules ou le parenchyme de l'organe. Ainsi que l'ont bien exposé SEGOND et BRISSAUD, puis MAURIAU, l'évolution anatomo-pathologique de la prostatite est soumise aux lois générales établies par CHARCOT relativement à l'inflammation des différentes glandes, et le processus morbide débute ou par les éléments glandulaires ou par le parenchyme de la glande. Nous admettrons donc deux formes bien distinctes de prostatite:

1° La prostatite glanduleuse ou catarrhale caractérisée par l'inflammation des éléments glandulaires;

2° La prostatite phlegmoneuse interstitielle; cette dernière variété succéderait presque toujours à la précédente.

L'inflammation détermine la prolifération de l'épithélium glandulaire le long du canal excréteur et dans les culs-de-sac, de là résulte l'oblitération du canal suivie bientôt de la distension de la glande par les produits sécrétés. La glandule modifiée de la sorte agira comme un corps étranger occasionnera l'inflammation du tissu périphérique; ainsi « dans le tissu interglandulaire formé de fibres musculaires enchevêtrées en tous sens on constate une néoplasie nucléaire des plus abondantes infiltrée au pourtour des culs-de-sac » (BRISSAUD).

Ces produits de nouvelle formation, comme dans tous les faits semblables, se résolvent, s'organisent ou aboutissent à la fonte purulente. Dans ce dernier cas se développent une série de petits abcès miliaires qui, en se réunissant, peuvent arriver à constituer des foyers purulents de volume variable. Ces collections siègent habituellement dans les lobes latéraux de la prostate; elles sont irrégulières, anfractueuses et vont s'ouvrir dans l'urètre (cas le plus fréquent), dans le rectum, ou du côté des téguments.

On a vu le canal de l'urètre rester intact, et traverser comme un tuyau la collection purulente qui l'entourait de toutes parts (fig. 85). Les conduits éjaculateurs présentent parfois des altérations sérieuses, signalées tout d'abord par LALLEMAND (ulcération de leurs orifices, destruction de la muqueuse qui tapisse leur paroi interne); dans certaines circonstances les vésicules séminales renferment du pus.

L'inflammation de la prostate peut réagir sur le tissu cellulaire qui enve-

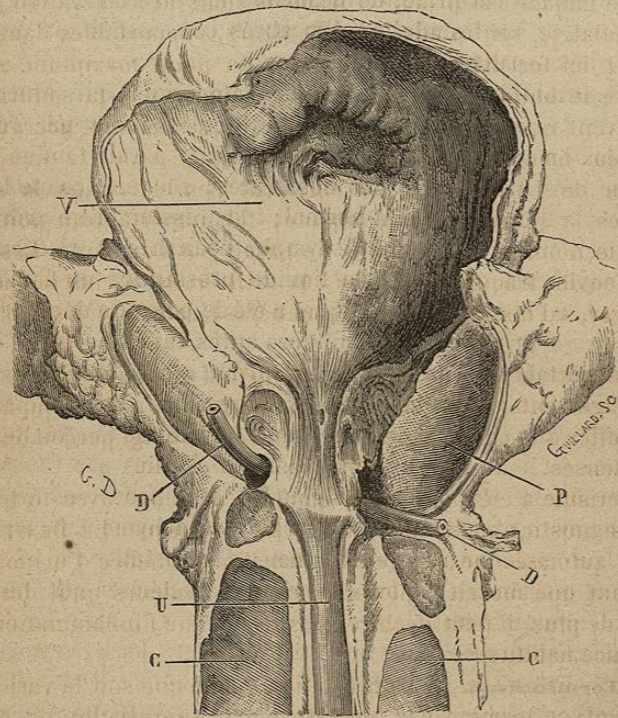


Fig. 85. — Abscès de la prostate sans communication avec l'urètre (figure empruntée à la thèse de SEGOND.) La prostate est transformée en une sorte de caverne qui entoure l'urètre de toute part. Une sonde en gomme D, passée derrière l'urètre montre les dispositions réciproques du canal et du foyer prostatique. — V, vessie, — P, coupe des pubis, — U, canal de l'urètre, — C, corps caverneux.

loppe sa loge, il se forme un phlegmon péri-prostatique, par un mécanisme analogue à celui de l'adéno-phlegmon. Le tissu cellulaire serait encore susceptible de s'enflammer sous l'influence de lésions du voisinage (lymphangite ou phlébite périprostatique); il se produirait alors, d'après SEGOND, un travail pathologique comparable à celui du phlegmon péri-utérin.

Symptômes. — Au point de vue des symptômes, il existe suivant les allures de la maladie, deux formes bien distinctes, l'une subaiguë, l'autre phlegmoneuse.

La première s'annonce par une sensation spéciale de plénitude et de pesan-

teur du côté du rectum et de la vessie, l'émission de l'urine devient difficile, et la miction s'accompagne de cuisson que le malade rapporte au col de la vessie (THOMPSON); bientôt surviennent un peu d'embarras gastrique et quelques frissons. Le toucher rectal révèle une légère augmentation de volume de l'organe; dans certains cas, le doigt sent une saillie au niveau de laquelle la pression est particulièrement douloureuse.

Bien différentes sont les allures de la forme phlegmoneuse qui de temps à autre succède à la prostatite subaiguë, et plus fréquemment se montre d'emblée. Le malade est pris de frissons violents avec élévation de la température, céphalalgie, soit intense; les douleurs, supportables dans le cas précédent, sont ici fort vives et présentent un point maximum sur le raphé médian entre le bulbe et l'anus (SEGOND). Vaincus par la souffrance, les patients ne savent quelle situation prendre; ils se tiennent accroupis et pelotonnés sur eux-mêmes.

L'émission des urines est extrêmement pénible, dans la majorité des circonstances la rétention est complète; fait important au point de vue du diagnostic, le nombre des mictions ne paraît pas augmenté. Les malades se plaignent d'envies fréquentes d'aller à la garde-robe, ils ont la sensation d'un corps étranger, « d'un gros tampon de matières fécales prêt à sortir du rectum » (DESAULT).

Le toucher rectal, déterminant des douleurs excessives, nécessite les plus grands ménagements; il permet de reconnaître une masse empâtée, chaude, difficile à limiter à la partie supérieure; souvent le doigt perçoit des battements artériels intenses.

Le cathétérisme a été quelquefois employé, combiné avec le toucher, pour établir le diagnostic; mais, ainsi que le fait remarquer LE DENTU, le cathétérisme n'est autorisé que pour combattre l'incontinence d'urine, il doit être rejeté en tant que moyen explorateur car les douleurs qu'il détermine sont atroces, et, de plus, il peut déchirer des tissus que l'inflammation a privés de leur résistance habituelle.

Marche. Terminaison. — La prostatite, quelle que soit la variété à laquelle elle appartient, se termine par résolution, par suppuration ou passe à l'état chronique. La résolution, mode de terminaison ordinaire de la forme subaiguë, n'est pas rare dans la prostatite phlegmoneuse ni dans la périprostatite; en ce cas, vers le dixième jour la fièvre tombe, les douleurs s'apaisent, la miction se fait parfaitement et le toucher rectal révèle la disparition graduelle de la tumeur.

La formation du pus est annoncée par une série de signes fort nets, et l'on a la certitude de l'existence d'un abcès prostatique « lorsque les symptômes de l'inflammation se sont continués au delà du huitième jour de son invasion et qu'après avoir toujours été en croissant jusqu'à cette époque ils ont ensuite semblé diminuer pour s'accroître de nouveau, que la fièvre a été avec des redoublements vers le soir et souvent précédée de frissons » (DESAULT). Parfois alors le toucher rectal permettra de sentir nettement la fluctuation. J.-L. PETIT, VOILLEMIER ont pu, grâce au cathétérisme, annoncer la présence d'une semblable collection.

L'abcès étant formé, le pus bridé dans la loge prostatique tend à se faire jour, il s'échappe tantôt par l'urètre, tantôt par le rectum ou par l'urètre et le rectum simultanément.

A ce point de vue, cent quinze (115) observations réunies par *SECOND* se décomposent ainsi : Ouverture urétrale, trente-cinq (35) cas; ouverture rectale, dix-huit (18) cas; ouverture dans le rectum et l'urètre, vingt et un (21) cas.

De ces différents modes de terminaison, les premiers sont de beaucoup les plus favorables, la suppuration se tarit peu à peu, la cavité se cicatrise; l'ouverture simultanée dans le rectum et l'urètre donne lieu trop souvent à des fistules incurables.

La plupart des abcès périprostatiques ont une terminaison analogue. Quelquefois le pus, obéissant à l'action de la pesanteur, descend vers la fosse ischio-rectale, et de là, pénétrant dans la loge périnéale antérieure, se répand dans le scrotum ou décolle le fourreau de la verge. On a vu aussi le pus gagner la région inguinale et passer par le trou obturateur. Signalons comme exceptionnelles l'ouverture de l'abcès dans le péritoine et la formation de fusées purulentes décollant les parois abdominales jusqu'à l'ombilic et même jusqu'aux fausses côtes. Ces décollements entraînent des suppurations interminables qui épuisent les malades; ceux-ci finissent alors par succomber dans une adynamie profonde, ou bien ils sont emportés par l'infection purulente ou la septicémie.

Diagnostic. — La prostatite à son début peut être confondue avec la cystite du col, plus tard avec l'inflammation des glandes de Méry ou *cowpérite*.

Pour différencier l'affection qui nous occupe de la cystite du col, on se rappellera que dans la cystite les envies d'uriner sont fréquentes, les mictions douloureuses, enfin que les dernières gouttes d'urine sortent mélangées de sang et de pus. Or il n'existe rien de semblable dans la prostatite.

L'étude des divers symptômes devra toujours être complétée par le toucher rectal, nous avons déjà insisté sur l'augmentation de volume de la glande et sur les douleurs si vives qui accompagnent cette exploration en cas de prostatite.

L'inflammation des glandes de Méry est parfois fort difficile à distinguer d'avec la prostatite, cependant dans la *cowpérite* il n'y a pas de symptômes vésicaux; la tumeur au début adhère au bulbe (*GUHLER*), l'abcès pointe vers le périnée (*LE DENTU*), en dernier lieu le toucher rectal permet habituellement de limiter la prostate.

Nous avons vu qu'il était généralement possible d'affirmer l'existence d'une collection purulente de la prostate; mais cela ne suffit pas, il est encore nécessaire de rechercher si la collection est intra ou périprostatique. Lorsque le pus s'est formé dans l'atmosphère cellulaire périphérique, la muqueuse rectale a perdu sa souplesse, le doigt rencontre une masse phlegmoneuse indurée dans laquelle on ne saurait reconnaître les limites de la glande; au contraire, si la collection est intra-prostatique, la prostate est facile à délimiter.

Pronostic. — Sur cent quatorze (114) observations de prostatite, *SECOND* a relevé soixante-dix (70) guérisons complètes, dix (10) guérisons partielles où

il persistait des trajets fistuleux et trente-quatre (34) morts; parmi ces décès quatre reconnaissent pour cause une complication indépendante de l'affection prostatique. La prostatite ne compromet donc la vie que dans de rares circonstances, mais il peut exister des fistules intarissables; après la guérison complète le malade accuse fréquemment des troubles du côté de la miction et de l'excrétion du sperme; l'atrophie totale ou partielle de la glande a été aussi notée.

Traitement. — Pendant la période de début d'une prostatite, les indications thérapeutiques se résument ainsi : arrêter l'inflammation, prévenir la formation du pus, assurer l'écoulement des urines et calmer la douleur. Une vaste application de sangsues au périnée constitue un moyen très efficace contre la suppuration; pour calmer la douleur nous donnons la préférence aux injections de morphine. Les suppositoires, en effet, sont difficilement tolérés et les lavements laudanisés constipent les malades. Le cathétérisme, parfois indispensable, nécessite toujours en semblable occurrence de grands soins et une prudence excessive. On doit proscrire les sondes métalliques, employer exclusivement des sondes molles et peu volumineuses; en mettant le malade dans un grand bain il arrive quelquefois à uriner seul. Si ces moyens restaient impuissants, la ponction de la vessie constituerait une dernière ressource.

Malgré les précautions précédentes, l'inflammation suit souvent son cours, il se forme une collection purulente; dès lors le chirurgien se tiendra prêt à agir. L'intervention, pour être utile, doit être ici hâtive; suivant les cas on opère par l'urètre, le rectum ou le périnée.

Il est assez simple d'aller ouvrir ces abcès de la prostate par le canal après avoir introduit une sonde rigide dans l'urètre jusqu'à ce qu'elle soit arrêtée contre l'obstacle: l'opérateur tenant la sonde de la main droite fait pénétrer l'index gauche dans l'anus, pousse la prostate de façon qu'elle vienne se présenter au bec de la sonde, en pressant sur le talon de l'instrument il pénètre dans l'abcès.

Pour ouvrir par le rectum un abcès prostatique, après avoir reconnu l'existence du foyer purulent et s'être assuré qu'on ne constate en ce point aucun battement indice de la présence d'une artère anormalement développée, le chirurgien glisse sur son doigt un bistouri dont le tranchant a été limité par quelques tours de bandelettes et incise largement la poche.

Si la fluctuation pouvait être perçue par le périnée, il ne faudrait pas hésiter à aller à sa recherche en incisant comme pour la taille prérectale. La plaie périnéale détermine chez certains sujets un écoulement sanguin abondant; si les irrigations froides répétées pendant quelques instants ne suffisaient pas à l'arrêter, on pratiquerait le tamponnement du rectum. Toutes les fois que l'abcès communique avec le canal de l'urètre, il sera interdit au malade d'uriner seul; la sonde à demeure rend alors les plus grands services. Les fistules périnéales ou anales seront traitées de la manière ordinaire (*Voyez Fistules urinaires*).