

2° PROSTATITE CHRONIQUE

Étiologie. — La prostatite chronique constitue un des modes de terminaison de la prostatite aiguë, mais, dans la majorité des circonstances, elle paraît la conséquence, soit de congestions répétées de la glande, soit d'un état inflammatoire du canal. Les causes qui lui donnent naissance ne diffèrent en rien de celles que nous avons énumérées à propos de la prostatite aiguë.

La maladie se rencontre de préférence chez les adultes de vingt à quarante ans et chez les adolescents; dans le premier cas il faut incriminer les excès de coït ou la blennorrhagie; dans le second la masturbation fréquemment répétée. Le rhumatisme et la goutte semblent jouer ici un rôle manifeste.

Anatomie pathologique. — Rarement on a l'occasion d'étudier macroscopiquement les lésions de cette affection. D'habitude la prostate est un peu plus développée qu'à l'état normal; d'après THOMPSON, cependant, l'inflammation chronique ne serait pas une cause nécessaire d'augmentation de volume de l'organe, à la coupe le tissu de la glande est rouge, vasculaire. Les orifices sont élargis, la pression en fait sourdre un liquide muco-purulent, épais, filant, parfois teinté de sang. D'après une autopsie de LE DENTU, les lésions seraient tantôt générales, tantôt plus spécialement localisées à telle ou telle partie de la glande. La muqueuse du canal au niveau de la prostate est rouge, enflammée.

Symptômes. — Trois signes caractérisent la prostatite chronique: 1° la fréquence plus grande des envies d'uriner; 2° des sensations douloureuses ou seulement pénibles; 3° des écoulements urétraux de diverse nature.

La plupart des malades sont obligés de pisser toutes les heures; néanmoins, lorsque leur attention est fixée par une occupation sérieuse, ils peuvent facilement rester sans uriner pendant un temps assez notable. Les premières portions de liquide émis sont chargées, troubles, ensuite au contraire l'urine devient claire. THOMPSON attache un grand intérêt à ce symptôme, facile à mettre en évidence en faisant pisser le malade dans deux vases. L'émission des dernières gouttes d'urine est souvent accompagnée de sensations de brûlure, de cuisson; dans les cas très accentués on constate un léger écoulement sanguin.

Le jet d'urine présente des modifications variables, suivant l'état de congestion de la glande; il est plein, étroit, tortillé, misérable.

Les sensations douloureuses fort vagues consistent en irradiations à forme névralgique du côté des cuisses, du scrotum, de la région sacrée; ces souffrances augmentent par la palpation de la glande ou par l'introduction d'une bougie à boule dans la partie prostatique de l'urètre.

Presque toujours les malades attribuent une importance capitale à divers écoulements urétraux sur lesquels ils ne manquent jamais d'attirer l'attention du chirurgien. Ces écoulements, composés d'un liquide blanchâtre, visqueux, filant, se montrent à la fin de la miction, entre deux mictions, ou dans le cours de la défécation. Dans l'imagination des patients surgit immédiatement l'idée de pertes spermatiques; un simple examen au microscope suffira au

praticien pour s'assurer qu'il se trouve en présence d'un écoulement prostatique, mais il lui sera habituellement difficile de rassurer son client, car peu de lésions réagissent aussi vivement sur le moral que la prostaticorrhée.

Diagnostic. — Pour établir le diagnostic, il est nécessaire d'explorer la région prostatique du canal et de reconnaître l'état de la prostate par le toucher rectal. L'explorateur à boule introduit doucement dans l'urètre détermine une sensation de brûlure en traversant la région prostatique. Cette sensation cesse ou au moins diminue notablement dès que l'instrument arrive dans la vessie.

Le toucher rectal permet de constater que les limites de la glande sont plus nettes et plus accusées qu'à l'état normal; de plus, en pressant légèrement, les culs-de-sac glandulaires se vident, et l'on voit sourdre au méat le liquide louche et blanchâtre dont nous avons parlé. Ces différentes manœuvres sont accompagnées de souffrances assez vives. À l'aide de ces divers symptômes, le chirurgien arrivera généralement à reconnaître la prostatite chronique. Toutefois une étude attentive est nécessaire surtout lorsqu'il existe simultanément d'autres affections (rétrécissements, cystite chronique, etc.).

Pronostic. — Les altérations qui caractérisent la prostatite chronique présentent en réalité une minime importance; cependant le pronostic ne laisse pas d'être sérieux. Les patients très préoccupés de leur état deviennent tristes, moroses; l'impuissance de la thérapeutique augmente encore leur découragement.

Traitement. — Le malade sera soumis à une hygiène des plus sévères; il évitera toutes les causes qui peuvent congestionner la prostate (équitation, courses en voiture, excitations génésiques). De l'avis de tous les auteurs, il serait imprudent de supprimer absolument le coït, mais cet acte ne sera pratiqué qu'à des intervalles assez éloignés (trois semaines, un mois).

THOMPSON préconise les révulsifs cutanés sur la région périnéale, on y joindra les toniques de tout genre, en particulier les bains sulfureux et les douches. Si, après un certain temps, ces divers moyens étaient insuffisants, on aurait recours aux cautérisations de la portion prostatique de l'urètre. Pour cette petite opération, nous donnons la préférence aux instillations (méthode de GUYON). Si elles ne suffisaient pas, il serait temps ensuite de recourir au porte-caustique de LALLEMAND.

§ 3. — Hypertrophie de la prostate

SYNONYMES. — Tumeur bénigne de la prostate (VOILLEMIER). — Dégénérescence sénile. — Engorgement, etc.

Bibliographie. — EVERARD HOME, *Practical Observations on the Treatment of Diseases of the Prostat. Gland*, London, 1818. — MERCIER L.-AUG., *Mém. sur un moyen de diagn. les déform. de la prostate*, in *Arch. gén. de méd.*, juin 1839, t. V, p. 209. — *Gaz. méd.*, 1840, p. 339. — *Mémoire sur une saillie particulière*, etc., in *Examineur méd.*, 1841. — LEROY (d'Étiolles), *Consid. anat. et chir. sur la prostate*, Paris, 1840. — THOMPSON, *Diseases of the Prostate*, London, 1861. — ENGLISCH, etc., *Österr. Zeitsch. f. prakt. Heilkunde*, 1873. — HEINE, *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. XVI, 1874.

— HARRISSON, *The Lancet*, 1875. — GUYON, *Leçons sur les maladies des voies urinaires*, 1881. — THOMPSON, *Maladies de la prostate*, London, 1883. — GUYON, *Les prostatiques*, in *Ann. des mal. des organes génit. urinaires*, 1885. Thèses de Paris. — 1847, CAUDEMONT. — 1854, GELLIE — 1857, JAPIN. — 1858, DAUSSURE. — 1866, DODEUIL. — 1872, TOUPLAIN. — 1875, ZAMBIANCHI. Thèse de Lyon. — 1884, LIÉNARD.

Étiologie. — L'hypertrophie de la prostate paraît être une maladie spéciale à la vieillesse, au dire de THOMPSON; en effet, on ne la rencontrerait jamais avant cinquante-cinq ans; il ne faudrait pas conclure de là que la prostate sera toujours et fatalement altérée chez les sujets âgés, fort heureusement les choses se passent différemment.

THOMPSON, ayant examiné cent soixante-quatre (164) prostates provenant d'individus âgés de soixante ans et au-dessus, en a trouvé quatre-vingt-dix-sept (97) dont la glande était saine; sur les soixante-sept (67) restantes, onze (11) avaient de l'atrophie, cinquante-six (56) de l'hypertrophie. Plusieurs des malades de la dernière catégorie n'avaient présenté aucun trouble durant leur vie. L'influence de l'âge est donc un fait acquis.

Il resterait à déterminer les circonstances qui chez certains sujets favorisent le développement de cet état morbide, mais sur ce point nous ne savons absolument rien; les hypothèses sont cependant nombreuses: HOME, MERCIER ont invoqué les causes qui congestionnent les veines du petit bassin, exercices d'équitation, abus des plaisirs de la table, excès de coït, etc.; GROSS fait intervenir la goutte et le rhumatisme; J.-L. PETIT accusait la syphilis. L'influence de ces divers facteurs est loin d'être établie, non plus que celle des positions sédentaires mises en avant par d'autres auteurs.

Variétés. — L'augmentation de volume est totale ou partielle; dans ce dernier cas l'hypertrophie porte tantôt sur le lobe médian, tantôt sur les deux lobes latéraux, parfois sur un seul.

Le tableau ci-dessous nous montre les résultats auxquels sont arrivés: en Angleterre THOMPSON, en examinant à ce point de vue cent vingt-trois (123) pièces appartenant à sa collection ou aux musées de Londres; en France GUYON, en étudiant vingt-cinq (25) pièces de sa collection particulière.

	THOMPSON.	GUYON.
Hypertrophie à peu près égale de tous les lobes.	74	9
Prédominance du lobe médian.....	19	5
— — droit.....	8	2
— — gauche.....	11	3
— des lobes latéraux seuls.....	5	6
Hypertrophie de la commissure seule.....	3	»
— des lobes latéraux et de la commissure sans altération de la partie médiane.....	3	»

L'hypertrophie totale occupe donc manifestement le premier rang. Le poids moyen de la prostate étant de 18 grammes, celui de l'organe hypertrophié

varierait entre 24 et 69 grammes, soit une moyenne de 35 à 45 grammes (THOMPSON), MERCIER cite une prostate de 184 grammes. GROSS en a vu une de 288 grammes.

Le canal de l'urètre, étant très intimement uni au tissu prostatique, ne reste pas indifférent à ce travail pathologique; sous son influence il s'allonge et se déforme. La déviation porte sur les parois inférieures et latérales; la supérieure n'est pas modifiée. La déviation de la paroi inférieure est le plus souvent anguleuse, cette paroi se relève brusquement au niveau de la glande et va rejoindre l'orifice vésical de l'urètre qui se trouve ainsi remonté. L'urètre est donc plus ou moins coudé, l'entrée de la vessie reportée en haut et en arrière (GUYON). La déviation latérale, suivant qu'elle sera simple ou double, produira une incurvation (fig. 86) ou un simple rétrécissement en forme de sablier

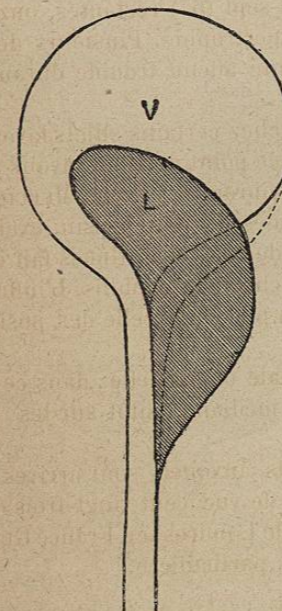


Fig. 86. — Déviation du canal de l'urètre par un des lobes latéraux de la prostate hypertrophiée. (Schéma.)

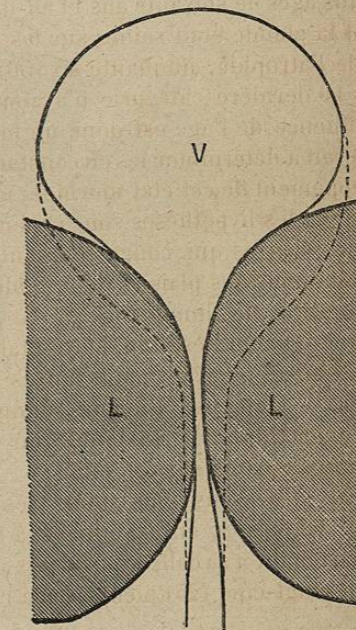


Fig. 87. — Déformation de l'urètre en forme de sablier, le canal est repoussé par les lobes latéraux de la prostate. (Schéma.)

(fig. 87); enfin en cas d'hypertrophie totale, les lobes latéraux occasionneront d'abord un rétrécissement, puis le lobe médian pénétrant entre eux comme un coin, divisera l'ouverture vésicale en deux orifices latéraux, le canal offrira la forme d'un Y (fig. 88); le volume de ce lobe est assez accentué, il relèvera encore la paroi inférieure de l'urètre en sorte qu'il y aura en réalité une vessie à trois entrées.

Lorsque l'hypertrophie de la prostate est peu développée, les petites tumeurs qui en résultent forment de légères saillies auxquelles MERCIER donnait le nom de valvules prostatiques.

Anatomie pathologique. — Suivant la remarque de CAUDEMONT (1847), la prostate hypertrophiée offre un aspect qui est toujours à peu près semblable.

A la coupe, le tissu de la glande est plus dur qu'à l'état normal, la surface de section, d'un blanc mat, est parsemée de petits noyaux arrondis ovalaires, dont le diamètre varie de celui d'un grain de millet à celui d'une noisette, dont la couleur blanche tranche sur celle des parties environnantes; ces masses sont faciles à énucléer.

Le stroma de la glande au milieu duquel sont semées ces tumeurs, semble

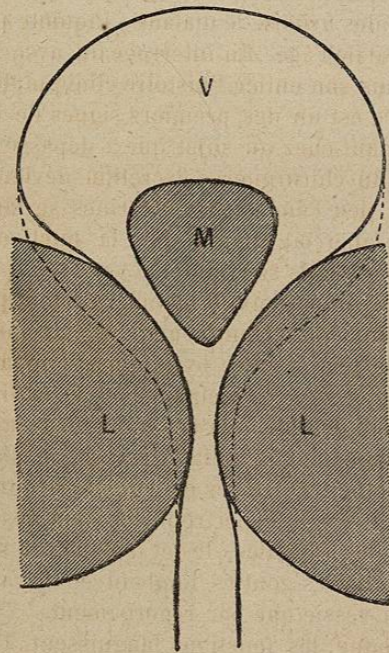


Fig. 88. — Hypertrophie du lobe médian et des lobes latéraux de la prostate; le canal prend la forme d'un Y. (Schéma.)

formé par des faisceaux de tissu fibreux entre-croisés dans toutes les directions; entre ces faisceaux se trouve interposé un peu de tissu conjonctif.

L'élément glandulaire présente des altérations notables, rarement elles portent sur la totalité de ce tissu; les parois des culs-de-sac hypertrophiés constituent les petites tumeurs dont nous avons signalé la présence à la surface de la coupe.

En pressant ces masses entre les doigts on en fait sourdre un liquide louche contenant des cellules épithéliales. ZAMBIANCHI n'hésite pas à voir dans ces tumeurs de véritables fibromes péricanaliculaires, développés aux dépens du tissu conjonctif qui forme les parois des culs-de-sac et des canaux glandulaires. Ces productions seraient le point de départ de la maladie, le tissu propre de la glande s'hypertrophierait ensuite de manière à enserrer ces tumeurs et à en arrêter le développement.

D'autres auteurs, VIRCHOW, THOMPSON, font jouer le principal rôle aux fibres musculaires lisses qui existent dans la glande à l'état normal, les petites masses formeraient des noyaux comparables aux noyaux utérins, et au lieu d'être un adéno-fibrome comme précédemment, l'hypertrophie serait un fibromyome.

Symptômes. — L'augmentation de volume de la prostate se traduit par une série de troubles du côté de la miction; ainsi que le fait remarquer GUYON, en effet, les avertissements donnés aux prostatiques sont nombreux, mais tant que la vessie qui s'hypertrophie à son tour est assez puissante pour assurer un écoulement satisfaisant des urines, le malade s'inquiète peu de ces altérations et les met sur le compte de l'âge. En interrogeant avec soin les patients on arrive à reconstituer dans son entier l'histoire clinique de la maladie.

La polyurie transitoire est un des premiers signes de cette affection, et un accès semblable, survenant chez un sujet qui a dépassé cinquante-cinq ans, doit attirer l'attention du chirurgien; l'excrétion devient plus abondante la nuit que le jour. Peu à peu l'émission des urines se fait d'une façon moins complète, le malade s'aperçoit qu'une fois la miction terminée quelques gouttes de liquide tombent dans son pantalon.

Les besoins deviennent impérieux, fréquents, surtout pendant la nuit, mais la miction n'a pas lieu immédiatement comme à l'état normal, il s'écoule toujours un certain laps de temps entre le besoin et l'apparition des premières gouttes d'urine au méat. « C'est principalement le matin lors des premiers essais qui suivent le réveil définitif que ces difficultés s'accusent avec le plus de persistance; non seulement le malade est obligé d'attendre l'arrivée de l'urine, mais il doit la solliciter par des efforts, par des tractions sur la verge, par des promenades » (GUYON). L'hypertrophie faisant des progrès, les mictions deviennent de plus en plus difficiles, le jet d'urine est sans force, plusieurs fois interrompu, les dernières gouttes tombent en bavant, bientôt même le malade ne vide plus sa vessie que par regorgement.

A partir de cette époque, les fonctions languissent, l'appétit diminue, les digestions se font mal; les malades, constamment altérés, ne peuvent apaiser leur soif, et cependant leurs urines ne contiennent aucune trace de sucre.

Lorsque les lésions sont déjà avancées, la moindre cause qui augmentera la congestion déterminera la rétention complète d'urine.

Ces divers signes ne sauraient manquer d'éveiller dans l'esprit du chirurgien l'idée d'une lésion prostatique; avant de se prononcer il devra toujours recourir au cathétérisme et au toucher rectal.

Deux sortes d'instruments sont particulièrement employés pour étudier en pareille circonstance l'état de l'urètre: les bougies à boule et la sonde de MERCIER ou sonde à bécaille.

L'explorateur à boule, par l'introduction duquel on doit toujours commencer, permettra d'établir tout d'abord s'il n'existe pas de rétrécissement. En arrivant dans la portion prostatique, il sera nécessaire de redoubler de précautions, d'étudier la longueur du canal et les déviations qu'il a subies.

La sonde de MERCIER, dont le bec long de 0^m,012 à 0^m,016 est coudé à angle presque droit, fournira de précieux renseignements sur la profondeur du bas-

fond de la vessie et la proéminence des tumeurs qui bouchent l'entrée du col, elle doit être maniée avec la plus grande douceur si l'on ne veut exposer les malades aux accidents les plus graves.

Le toucher rectal achèvera d'éclairer le chirurgien. L'index introduit dans l'anus limite les contours de la glande, apprécie sa forme, sa consistance, reconnaît si l'hypertrophie porte sur la totalité de la prostate ou seulement sur un seul de ses lobes. Il y a grand avantage à pratiquer simultanément le cathétérisme et le toucher rectal ou à combiner ce dernier avec le palper abdominal.

Diagnostic. — Il est en général facile de reconnaître l'hypertrophie de la prostate, étant donné l'âge du malade et l'ensemble des signes que nous venons d'énumérer. Cette affection ne pourrait être confondue qu'avec un rétrécissement ou avec les troubles occasionnés par la présence d'un calcul dans la vessie. Or l'examen de l'urètre pratiqué à l'aide de l'explorateur à boule lèvera tous les doutes dans le premier cas. La marche des phénomènes, les modifications apportées à la douleur par le repos, l'existence d'hématuries feront penser à un calcul; l'explorateur métallique confirmera ensuite ces données.

Complications. Marche. Pronostic. — L'hypertrophie de la prostate en tant que lésion anatomique constitue une maladie essentiellement bénigne, mais ses complications entraînent fréquemment la mort.

Nous avons vu que la vessie se vidait d'une manière très imparfaite chez les prostatiques, il reste donc toujours dans cette cavité une certaine quantité d'urine; sous l'influence de ce contact, la muqueuse vésicale s'enflamme, peu à peu l'irritation se propage du côté des reins, l'appétit et les forces diminuent; les symptômes de l'empoisonnement urinaire vont en s'accroissant, enfin le patient succombe dans l'adynamie et le coma.

Les prostatiques sont exposés à la rétention d'urine, qui apparaît d'ordinaire pendant la nuit à la suite d'une des diverses causes qui déterminent la congestion de la prostate, impression brusque du froid, écart de régime, excitation vénérienne; rarement elle est complète, car, le plus souvent, après une série d'efforts inouïs, le patient parvient à expulser une petite quantité d'urine. La vessie se distend à la longue et forme sous les parois abdominales un globe dur et volumineux; si l'on n'intervient pas les fibres du réservoir urinaire perdent leur élasticité; il arrive un moment où les efforts de miction restent infructueux, le sujet n'urine plus que par regorgement.

Traitement. — a. *Traitement des accidents immédiats.* — Après avoir reconnu une hypertrophie de la prostate, le chirurgien s'occupera principalement de la manière dont le malade vide sa vessie. S'il est établi que la miction ne se fait pas d'une façon complète et qu'il reste une quantité d'urine un peu notable, on doit pratiquer le cathétérisme au moins une fois par jour. Si la rétention d'urine était plus accentuée, la sonde serait passée deux et même trois fois; enfin si le liquide vésical s'écoulait par regorgement, il faudrait introduire le cathéter toutes les fois que le malade aurait envie d'uriner.

Après chacune des évacuations, pendant les premiers temps surtout, il est nécessaire de faire dans la cavité vésicale une injection avec une solution

tiède d'acide borique à 4 p. 100. Ce traitement devant être de longue durée, le patient apprendra à se sonder lui-même; pour cela il sera muni de sondes en gomme ou mieux en caoutchouc rouge; les instruments métalliques ne lui doivent être permis que très exceptionnellement. Le chirurgien fera comprendre au prostatique combien il a intérêt à ce que son cathéter soit toujours propre et en bon état.

En présence d'une rétention complète le médecin aura pour unique objectif d'évacuer une partie du liquide; quelquefois en mettant le malade dans un bain prolongé, le cours normal de l'urine se rétablit, mais si après une immersion d'une heure et demie ce résultat n'est pas obtenu, le cathétérisme devient indispensable.

Cette petite opération est fréquemment d'une extrême difficulté, aussi, plus qu'en toute autre circonstance, la douceur, la légèreté de main et la prudence sont ici nécessaires. Suivant en cela les sages conseils de Guyon, le chirurgien se servira tout d'abord d'une bougie à boule perforée; cet instrument, s'il pénètre jusque dans la vessie, agira comme une sonde; dans le cas contraire il fournira ainsi que nous l'avons dit de précieux renseignements sur l'état du canal.

Si un obstacle prostatique arrête l'olive, il faut renouveler les tentatives avec la sonde à béquille ou la sonde bicoudée. En cas d'échec avec ces derniers instruments, les sondes en gomme munies d'un mandrin, auxquelles on donne une courbure en rapport avec les renseignements fournis par l'explorateur olivaire, rendront des services; enfin, si ces différentes tentatives sont infructueuses, il reste les sondes métalliques à petite courbure (sonde à béquille de MERCIER) ou à grande courbure (sonde de GELY). Il sera parfois très utile de guider le bec de la sonde à l'aide de l'index de la main gauche introduit dans le rectum.

Ces manœuvres ne doivent jamais être prolongées outre mesure; si le passage des instruments est impossible, il vaut mieux attendre et évacuer une certaine quantité de l'urine à l'aide de l'aspiration sus-pubienne; le lendemain, le surlendemain, après le repos complet de l'urètre, la sonde passera, quelquefois même son introduction sera facile.

La sonde étant arrivée dans la vessie, il faut bien se garder de laisser le réservoir urinaire se vider en totalité; la sortie de 800 à 1000 grammes d'urine soulage suffisamment le malade pour qu'il puisse attendre une heure ou deux. Au bout de ce temps, on pourra soustraire une nouvelle quantité de liquide. De cette façon la vessie reviendra peu à peu sur elle-même; des syncopes graves, même mortelles, ont pu être la conséquence d'une infraction à ces principes. Lorsque le cathétérisme a été difficile, il est indiqué de fixer la sonde et de la laisser à demeure dans la vessie; les sondes molles, en caoutchouc rouge, conviennent tout spécialement pour cet usage. Quel que soit le procédé préféré, pendant longtemps le malade devra s'astreindre à vider sa vessie artificiellement, il évitera les tentatives de miction volontaire qui congestionnent l'appareil urinaire et les reins. Des injections d'acide borique à 4 p. 100 modifieront avantageusement les urines, toujours ammoniacales et chargées de mucus.