

Lorsque l'introduction de la sonde était impossible, les anciens chirurgiens appuyaient violemment sur le pavillon de l'instrument de manière à forcer son extrémité opposée à pénétrer dans la vessie en traversant l'obstacle (*cathétérisme forcé*). Ce procédé brutal a fourni quelques résultats avantageux, néanmoins nous n'hésitons pas à le condamner absolument; en présence d'un obstacle impossible à franchir, nous avons vu que la ponction de la vessie permettait de gagner du temps.

Le prostatique sera mis à un régime sévère; on lui fera comprendre les dangers auxquels l'exposerait une imprudence ou un écart de régime.

b. *Traitement de l'hypertrophie*. — De nombreuses méthodes ont été proposées pour combattre l'hypertrophie de la prostate et rendre à la glande son volume normal. Les préparations mercurielles, les iodures, les injections interstitielles d'ergot de seigle, les révulsifs successivement employés sont restés impuissants. Nous rappellerons seulement pour mémoire les tentatives de dilatation et de compression faites par LEROY D'ÉTIOLLES et MERCIER, l'excision et la déchirure de la tumeur (MERCIER, CIVIALE), les injections interstitielles (HEINE), l'électrolyse (BOTTINI).

§ 4. — Tumeurs de la prostate

1° KYSTES DE LA PROSTATE

Les kystes de la prostate paraissent rares, car nous ne saurions ranger dans cette classe ces petites tumeurs formées par l'oblitération d'un cul-de-sac glandulaire et que l'on rencontre assez fréquemment chez les individus atteints d'hypertrophie de la glande.

Quelques auteurs, en particulier THOMPSON, ont décrit comme kystes de véritables abcès.

LE DENTU a présenté à la Société de chirurgie, en 1879, une pièce sur la nature de laquelle il nous paraît bien difficile de se prononcer. La prostate se trouvait transformée en une poche « contenant un verre à madère d'un liquide visqueux comme du mucus, d'un brun rougeâtre, qui ressemblait à un mélange de sang, de mucus et peut-être de pus ». LE DENTU considère cette cavité comme résultant de la réunion d'un grand nombre de kystes glandulaires, il appuie sa manière de voir sur ce que la poche communiquait avec la portion prostatique du canal, par plusieurs orifices qui ne seraient autres que ceux des canaux excréteurs de glandes disparues. Il existe encore dans la science quelques observations de kystes de la prostate dues à MORGAGNI, CRUVEILHIER, DOLBEAU. Il est impossible, avec si peu de renseignements, d'écrire l'histoire clinique d'une maladie.

Les kystes hydatiques sont tout aussi exceptionnels. LOWDEL (*Medico-Chirurg. Transact.*, 1846) rapporte l'autopsie d'un sujet dont la prostate était plus grosse qu'une tête de fœtus; on l'incisa et la tumeur se trouva être un kyste hydatique parfaitement clos, au milieu duquel se perdait la substance

propre de la glande. TILLAUX (*Soc. de chirurg.*, 1883) a soigné à l'hôpital Beaujon un homme atteint de rétention d'urine, dont la prostate hypertrophiée semblait rénitente; une incision fut pratiquée par le rectum, il sortit plusieurs hydatides. NICAISE a, dans une autre circonstance, extrait 700 grammes de liquide transparent, contenant des crochets. MALLEZ (*Thèse de PLANTY-MAUXION*, 1878) et BUTRUELLE (*Soc. anat.*, 1878) rapportent deux observations semblables. Le cas échéant, il faudrait imiter la conduite de TILLAUX et ouvrir le kyste par le rectum.

2° TUBERCULES DE LA PROSTATE

Bibliographie. — CRUVEILHIER, *Anat. path.*, 39^e livraison, pl. II, fig. 1, 1842. — RICORD, *Union méd.*, 1849. — LEBERT, *Traité d'anat. path.*, t. II. — MITSCHERLIK, *Archiv f. Path. Anat.*, t. XXIX, 1864. — JEAN, *France méd.*, 1878. — TAPRET, *Arch. de méd.*, 1878. Thèses de Paris. — 1854, DUFOUR. — 1873, MARGAUX. — 1874, STAFFER, DELFAU. — 1876, RECLUS. — 1878, BERRY.

Anatomie pathologique. — La tuberculose de la prostate se trouve d'ordinaire intimement liée à celle des organes génito-urinaires. Cependant la glande peut être atteinte isolément; nous trouvons un fait de ce genre dans la thèse de BÉRAUD, un autre dans un travail de PITHA.

Dans la majorité des faits, les deux lobes sont envahis simultanément, le volume de la glande est augmenté; dans certaines observations, toutefois, la glande paraissait plus petite qu'à l'état normal et comme atrophiée; il s'agit alors de tumeurs parvenues à une phase ultime du processus pathologique. « La glande est en partie détruite par l'évacuation, à travers les fistules, de masses caséuses ramollies, ce n'est plus qu'une coque vide, tapissée par une membrane pyogénique; du tissu conjonctif se forme sous les bourgeons charnus, la rétraction commence, et bientôt la prostate n'est plus représentée que par des masses crétiées et quelques noyaux indurés et fibreux » (RECLUS).

Tous les degrés de la tuberculose ont été rencontrés dans cette glande, depuis la granulation grise signalée par CRUVEILHIER, jusqu'aux cavernes communiquant avec l'urètre, le rectum ou s'ouvrant à la région périnéale.

Les granulations grises, lésion initiale, se montrent rarement dans les examens cadavériques.

Les masses caséuses, communes au contraire, se répartissent à peu près dans toute l'épaisseur de la glande. A la coupe, leur teinte jaunâtre tranche nettement sur les parties saines. Une observation rapportée par BROCA prouve que le processus est susceptible de s'améliorer; cet auteur a trouvé un tubercule crétaé dans la prostate d'un homme de soixante ans. Habituellement ces masses se ramollissent; si le ramollissement porte sur un ou plusieurs noyaux isolés, il se développe de véritables abcès tuberculeux; lorsque plusieurs collections se fusionnent, la glande se transforme en une poche contenant un liquide purulent.

Ainsi que nous l'avons dit, ces collections vont s'ouvrir dans la vessie, l'urètre, le rectum ou au pourtour de l'anus. Les fistules qui en résultent sont difficiles à guérir; les parois de la cavité prostatique, maintenues par des aponévroses résistantes, ne sauraient revenir sur elles-mêmes; il faut qu'il se produise à leur face interne un tissu de granulations qui comble une partie de la perte de substance.

Les recherches de RECLUS et JULIEN établissent que, chez les adolescents et les adultes, la tuberculisation de la prostate se rencontre fréquemment sur des sujets dont les poumons sont absolument intacts; au contraire, toutes les fois qu'il existe une manifestation semblable dans cette glande, il y a de grandes chances pour que les organes génitaux ou un département quelconque de l'appareil urinaire soient intéressés simultanément.

Symptômes. Diagnostic. — Les lésions tuberculeuses de la prostate passent inaperçues en maintes circonstances; lorsqu'en effet il existe simplement quelques granulations miliaires ou un tubercule dans l'épaisseur de la glande, le diagnostic ne saurait reposer que sur des probabilités.

Dès que les altérations gagnent la muqueuse urétrale ou le voisinage de cette muqueuse, on voit apparaître les divers symptômes déjà énumérés à propos de la cystite tuberculeuse; envies fréquentes d'uriner, douleurs vives, hématuries se produisant au commencement ou à la fin de la miction.

RICORD a beaucoup insisté sur certains écoulements bâtards qui surviennent de temps à autre chez les tuberculeux prostatiques; ces écoulements, rapportés par plusieurs malades à une chaudepisse ancienne, s'établissent brusquement sans douleur, persistent pendant vingt à vingt-cinq jours, puis se tarissent pour reparaitre à des intervalles plus ou moins éloignés. Ces alternatives correspondent à l'ouverture successive, dans le canal, de divers foyers tuberculeux; le liquide se présente au méat sous forme de gouttes blanchâtres dans lesquelles l'examen histologique révélera sûrement la présence de bacilles. Le toucher rectal qui ne donne aucun indice tout d'abord permet de constater ultérieurement l'augmentation de volume de la glande, dont la surface paraît bosselée, mamelonnée; enfin lorsqu'un foyer caséux est ouvert, en pressant par le rectum, on fait sourdre du méat une quantité de liquide purulent.

Le cathétérisme détermine parfois dès le début des douleurs intolérables; à une période plus avancée, le bec ou l'olive de la sonde peut pénétrer dans un foyer tuberculeux ramolli, la quantité notable de pus qui s'écoule alors révèle l'existence d'une cavité.

Le chirurgien ne devra jamais négliger d'examiner les testicules et les vésicules séminales; l'auscultation de la poitrine fournira aussi de précieux renseignements pour le diagnostic et le pronostic.

Pronostic. Traitement. — La tuberculose de la prostate est une affection dont le pronostic semble intimement lié à l'état du malade et aux diverses manifestations de la diathèse.

Comme dans toutes les lésions de cette nature, le traitement général tient ici le premier rang; le traitement local est subordonné aux symptômes. Pendant les premiers temps quelques instillations argentiques modifieront avan-

tageusement les hématuries; plus tard, lorsqu'un abcès se sera ouvert dans l'urètre ou le rectum, les injections et lavages antiseptiques rendront les plus grands services. Si la suppuration se prolongeait plus longtemps, il ne faudrait pas hésiter à débrider pour aller porter le fer rouge au centre du foyer.

3° CANCER DE LA PROSTATE

Bibliographie. — LANGSTAFF, *Med. Chir. Transact.*, t. VIII, 1817. — BAUMAN, *Canstatt's Jahresh.*, 1843, t. III. — HOGDKINS, *The Lancet*, 1843, et *Arch. gén. de méd.*, 1844. — CURLING, *Transact. of the Patholog. Society of London*, 1859. — BILLROTH, *Chirurg. Erfahr.*, Zurich, 1860-1867. — JOLLY, *Arch. gén. de méd.*, 1869. — BERGER, *Soc. anat.*, 1871. — DEMARQUAY, *Gaz. méd. de Paris*, 1873. — LEBEC, *Soc. anat.*, 1876. — JULIEN, art. PROSTATE, in *Dict. de méd. et chir. prat.*, 1880. Thèses de Paris. — 1884, LETAROUILLY.

Signalé par LANGSTAFF au commencement de ce siècle, le cancer a été étudié ensuite par GROSS (de Philadelphie), JOLY et JULIEN; ce dernier auteur a pu ajouter seize (16) cas nouveaux aux quarante-cinq (45) observations sur lesquelles était basé le travail de JOLY.

Étiologie. — Le cancer de la prostate constitue en réalité une affection rare; cependant, contrairement à l'avis de LE DENTU, nous croyons avec THOMPSON et JULIEN que nombre de cancers doivent passer inaperçus.

L'affection se montre dans l'enfance au-dessous de dix ans et dans la vieillesse entre cinquante-cinq et quatre-vingts ans. Sur les quarante-cinq (45) faits réunis par JOLY, neuf fois nous trouvons des enfants au-dessous de dix ans.

Anatomie pathologique. — Il est exceptionnel que le cancer d'un des organes voisins (vessie, rectum) se communique à la prostate, la maladie est habituellement primitive. Les variétés histologiques le plus communément rencontrées sont le sarcome médullaire chez les enfants et l'encéphaloïde chez les adultes. Dans la majorité des circonstances la prostate est envahie tout entière, dans une dizaine de cas un seul des lobes se trouvait lésé; si l'enveloppe fibreuse de la glande se laisse perforer, l'affection se propage aux organes périphériques et la masse acquiert des proportions notables.

Parmi les observations recueillies par JULIEN, cinq fois les vésicules séminales étaient atteintes simultanément. Les ganglions du petit bassin s'altèrent très rapidement, mais, fait curieux et dont l'explication nous échappe encore, l'infection gagne aussi les ganglions situés au-dessous, ceux du pli de l'aîne, par exemple.

L'urètre résiste assez bien au tissu morbide, on a vu toutefois ce canal être perforé et rempli par des végétations néoplasiques qui opposaient au cathétérisme un obstacle insurmontable.

Symptômes. — Pendant les premières périodes de son développement, le cancer de la prostate ne donne lieu à aucun phénomène caractéristique; comme dans toutes les lésions de la glande, il existe quelques douleurs, des héma-

turies et des troubles de la miction comparables à ceux de l'hypertrophie de la prostate.

Cependant les douleurs, tolérables au début, ne tardent pas à augmenter d'intensité; les malades perdent l'appétit et le sommeil. L'état général ne reste pas indifférent, bientôt le facies du patient prend cet aspect jaunâtre caractéristique de la cachexie cancéreuse. Les hématuries deviennent plus abondantes, l'urine exhale une odeur infecte et l'on trouve quelquefois des fragments de la tumeur en suspension dans les liquides rendus par la miction. A cette époque le toucher rectal ne laissera aucun doute, il permettra de constater à la place de la glande, la présence d'une tumeur très sensible à la pression.

Diagnostic. — Reconnaître un cancer de la prostate paraît chose fort difficile, puisque dans la majorité des observations publiées il y a eu erreur de diagnostic, durant les premiers temps au moins. Le cancer a été généralement confondu avec l'hypertrophie prostatique ou avec les néoplasmes de la vessie. L'existence simultanée de douleurs vives, de troubles de la miction, d'hématuries devra faire penser à une tumeur de mauvaise nature.

Le cathétérisme répété modifie avantageusement l'état des malades atteints d'hypertrophie, tandis qu'il détermine des douleurs intolérables chez le cancéreux. Enfin, le développement rapide du mal, l'envahissement ganglionnaire, l'altération de l'état général lèveront tous les doutes.

Marche. Pronostic. — La marche de l'affection varie suivant l'âge des sujets; chez les enfants l'évolution s'achève en quelques mois, chez les vieillards la durée du mal est de un à cinq ans.

Traitement. — La thérapeutique doit se borner ici à combattre les principaux symptômes: quelques chirurgiens cependant ont tenté l'extirpation de la glande, mais les observations sont encore trop peu nombreuses pour qu'il soit permis de se prononcer sur la valeur de ces opérations.

CHAPITRE V

MALADIES DE L'URÈTRE

§ 1^{er}. — Lésions traumatiques

1^o PLAIES

Les plaies de l'urètre sont produites par des instruments piquants, tranchants ou contondants. Les plaies par instrument piquant, fort rares, donnent lieu à des symptômes de minime importance; on constate parfois un petit écoulement sanguin au méat, une légère infiltration au niveau du point lésé, au bout de quelques jours la *restitutio ad integrum* est parfaite.

La gravité des plaies par instrument tranchant est beaucoup plus grande. Elles sont complètes ou incomplètes, siègent dans la région périnéale ou dans la portion pénienne du canal.

Dans la partie périnéale, les solutions de continuité de l'urètre résultent habituellement d'une intervention chirurgicale (taille périnéale); en pareille circonstance elles guérissent avec une grande facilité. Les urines qui s'échappent tout d'abord par la plaie ne tardent pas à reprendre leur cours normal.

Les choses se passent d'une façon analogue dans les solutions de continuité accidentelles; lorsque la plaie est régulière, il nous semble inutile d'introduire une sonde à demeure dans l'urètre, les urines s'écouleront par la blessure durant quelques jours et retrouveront ensuite le chemin habituel. Si la plaie est irrégulière, anfractueuse, si l'urine a de la difficulté à s'épancher au dehors, elle s'infiltrera dans les tissus où sa présence occasionnera une série d'accidents sur lesquels nous reviendrons bientôt. En semblable occurrence l'intervention chirurgicale devient absolument nécessaire, il faut débrider largement et assurer l'écoulement facile des urines.

Les plaies de l'urètre situées dans la région pénienne sont d'un pronostic sérieux.

Après avoir arrêté par le fer rouge ou les hémostatiques l'écoulement sanguin consécutif à la lésion des corps caverneux, le chirurgien doit songer à réparer le canal. Pour cela on introduit une sonde à demeure qui, traversant le fragment supérieur du pénis, pénétrera ensuite dans le bout inférieur du canal; l'introduction de cet instrument est assez facile pendant les premiers moments qui suivent l'accident, alors que le gonflement ne masque pas encore l'ouverture du bout postérieur. BOYER conseillait de réunir ensuite les deux fragments de la verge à l'aide de bandelettes agglutinatives; mais, comme le fait remarquer VOILLEMIEU, l'extrême mobilité du fourreau de la verge, les changements de volume que subit cet organe selon qu'il est flasque ou en érection nécessitent une contention plus exacte, on aura donc recours à la suture entrecoupée. La peau de la verge ayant une tendance manifeste à s'enrouler du côté de la plaie, les points de suture seront très rapprochés les uns des autres; le cathéter devra être enlevé dès le troisième jour. Si l'on ne parvenait à introduire la sonde, il n'en faudrait pas moins faire la suture. REYBARD, dans un cas semblable, obtint un remarquable succès. Ces lésions sont graves, car la section transversale la plus simple laisse toujours après elle un rétrécissement.

Les plaies contuses, rares, résultent dans la majorité des faits de l'action des projectiles de guerre, leur traitement ne diffère pas de celui des plaies par instruments tranchants.

2^o DÉCHIRURES. — RUPTURES

Bibliographie. — KEY, *Rep. of Cases of Stricture of the Uretra*, in *Guy's Hosp. Rep.* — DEMARQUAY, *Union médicale*, 1858. — NOTTA, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1864. — SÉDILLOT, *Contribution à la chirurgie*, 1868. — PONCET, *Lyon médical*, 1871. — GOSSELIN, *Cliniques chirurgicales de la Charité*, t. II, 1873. — A.-W. STEIN, *Reten-*