

comme l'a nommée Guyon. Il est rare qu'il en soit ainsi ; presque toujours la section des tissus indurés m'a conduit dès le début jusque sur l'urètre qui a été ouvert avant même que toutes les masses indurées qui l'entourent aient été extirpées, et, suivant les cas, je pratique une résection plus ou moins étendue du canal (Voy. p. 462).

Lorsqu'au début de l'opération je n'ai pu pratiquer l'urétrotomie interne, j'agis comme dans les interventions périnéales sans conducteur, décrites page 458.

Lorsque l'opération a été pratiquée ainsi, tous les trajets fistuleux se trouvent extirpés dans la profondeur ; leur orifice cutané peut encore persister et il suffit de les enlever à la fin de l'opération avant de pratiquer, comme il a été dit, la suture des parties profondes, tout en laissant ouverte la plaie périnéale.

Dans la *région pénienne*, les abcès urinaires sont plus rares que dans le périnée ; souvent, à leur suite, on observe de courtes fistules dont l'orifice cutané est très rapproché du canal. Ces fistules, aussi bien que les autres fistules de la région pénienne consécutives à des folliculites suppurées, aux traumatismes, aux gommés ou au chancre, demandent à être traitées différemment. Souvent il suffit de pratiquer un large avivement de leurs bords et de les suturer ensuite ; d'autres fois, on aura recours à des procédés autoplastiques, à un ou deux lambeaux analogues à ceux décrits page 465.

MALADIES DE LA PROSTATE

PAR

J. ALBARRAN

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien des Hôpitaux.

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES

Nous étudierons successivement : les *contusions*, les *plaies* et les traumatismes chirurgicaux accidentels, les *fausses routes prostatiques*.

I. — CONTUSIONS.

De par sa situation anatomique, la prostate est peu exposée à ce genre de traumatisme. Protégée en avant par la symphyse pubienne, elle est soutenue en bas par le plancher périnéal, très résistant en avant au niveau du ligament sous-pubien de Henle, solide en arrière au niveau du corps périnéal ; sa face postérieure est protégée indirectement par le coccyx, le sacrum ; elle n'est abordable que par voie rectale. Sa face supérieure reste en contre-bas du pubis et les traumatismes abdominaux, quelle que soit leur ligne d'action, ne peuvent l'atteindre que très difficilement.

Terrillon a étudié dans sa thèse les effets du traumatisme périnéal ; il a vu le choc, si violent qu'il fût, s'épuiser dans les parties molles du périnée, le bulbe de l'urètre, l'urètre membraneux, la masse même du plancher et la prostate fuir devant le trauma, utilisant en cela sa mobilité relative.

Il n'existe qu'une observation indiscutable de contusion de la prostate ; c'est le cas partout cité de Velpeau (1). Dans un traumatisme périnéal étendu, il trouva, entourée de tissus profondément désorganisés, la glande « criblée de petits grumeaux sanguins ». Il émet aussi l'opinion, du reste purement théorique, que l'équitation et les

(1) VELPEAU, *Dictionnaire* en 30 vol., art. PROSTATE. — BÉRAUD, thèse d'agrégation, 1854.

micro-traumas qu'elle engendre, la pression prolongée sur un corps dur, peuvent occasionner une sorte de contusion chronique de la prostate. Ces traumatismes pourraient servir de causes occasionnelles à des affections aiguës ou chroniques de la glande. Dugas (1), à ce sujet, rapporte deux observations où le traumatisme sembla la cause d'inflammation aiguë de la glande. Elles sont très sujettes à discussion; un de ses malades était blennorragique.

II. — PLAIES.

Nous laissons complètement de côté les plaies chirurgicales, les incisions faites à la prostate dans les tailles périnéales.

Les corps vulnérants peuvent atteindre la prostate par trois voies : l'abdomen, le périnée, le rectum.

Les plaies abdominales, outre qu'elles sont très rares, ne présentent pas grand intérêt; les dégâts abdomino-pelviens sont en général si graves qu'ils masquent la blessure prostatique tant dans leurs symptômes que dans leurs indications thérapeutiques (2). Dans de simples ponctions hypogastriques, on a signalé quelquefois une blessure de la prostate (Monod). Picard (3) rapporte l'observation de Duloudel, fourrier au 3^e régiment de la garde royale, qui eut la prostate traversée par une balle pénétrée par l'abdomen et sortie par la fesse; il mourut d'infection purulente.

Les plaies périnéales sont plus importantes. Elles sont produites par des instruments piquants, contondants et tranchants, il faut y joindre les armes à feu. Ces plaies sont produites par la pénétration périnéale d'une épée, d'un couteau, d'un tranchet de cordonnier (Velpeau), par une chute sur un échelas (Velpeau), sur une branche d'arbre (Lugen). Velpeau a cité une blessure de la prostate par une esquille détachée du bassin par une fracture.

Les plaies rectales étaient autrefois fréquentes, lorsqu'on pratiquait la taille de Sanson; aujourd'hui, elles sont purement accidentelles. Les corps étrangers du rectum peuvent causer des blessures de la prostate. Ingérés, ce sont des noyaux de fruits, des épingles, etc.; introduits par l'anus, ce sont tous les corps étrangers qui, dans un but quelconque, peuvent être introduits dans l'ampoule rectale. Les uns et les autres ulcèrent peu à peu les tuniques intestinales et gagnent ainsi la face postérieure de la prostate.

Les plaies du canal anal par corps étrangers violemment introduits intéressent souvent la prostate. Faisons remarquer que la glande se trouve dans l'axe de la traversée anale; les corps étrangers non

(1) DUGAS, thèse de Montpellier, 1852.

(2) VIDAL (de Cassis), *Ann. de la chir. franç. et étrangère*, t. II, p. 31. — VELPEAU, *Dictionnaire* en 30 vol., art. PROSTATE.

(3) PICARD, *Maladies de la prostate*. Paris, 1877.

flexibles, loin d'épouser les incurvations du rectum, sont contraints à suivre l'axe de l'anus et sont fatalement conduits vers la face postérieure de la prostate; ils l'atteignent fréquemment, parfois la franchissent et pénètrent dans le bas-fond vésical.

Les coups de feu atteignent parfois la face postérieure de la prostate. Dans le cas de Ricord, rapporté par Béraud, la balle, entrée par la fesse, s'était arrêtée sur la face postérieure de la glande. Ricord en fit l'extraction par le périnée.

Les dégâts commis dans les plaies de la prostate varient avec la force de pénétration, la forme, la grosseur du corps vulnérant; ce sont de simples plaies souvent contuses.

Le *symptôme* capital en est l'hémorragie. Comme dans la plupart des hémorragies prostatiques, c'est une hématurie: le malade pisser du sang et n'en pisser que pendant la miction. Dans l'intervalle, le sang peut s'accumuler dans la vessie et les caillots causer la rétention complète.

L'urètre membraneux est-il lésé, son sphincter dilacéré: l'on peut alors se trouver en présence d'une urétrorragie permanente. L'urètre prostatique est-il respecté: le sang peut couler par la plaie périnéale ou rectale ou bien former un volumineux hématome intra- et extraglandulaire. L'hémorragie peut être sérieuse, rarement inquiétante; Philipps dit pourtant l'avoir vue par trois fois menacer rapidement la vie.

L'écoulement de l'urine par la plaie succède le plus souvent à l'hémorragie initiale; il peut même devenir permanent et le trajet de la plaie constituer une fistule urinaire. Velpeau cite un cas d'infiltration d'urine mortelle consécutive à une plaie prostatique.

Béraud et tous les auteurs avec lui ont signalé l'écoulement, par la plaie périnéale ou rectale, de liquide prostatique et de sperme; ce sont des symptômes rationnels, mais aucune observation ne les relate effectivement. Lapeyronie, Demarquay, ont vu l'atrophie testiculaire succéder à la cicatrisation d'une plaie prostatique.

Le grand danger des plaies de la prostate est l'infection secondaire: infection par l'urine antérieurement septique ou par l'urétrite préexistante, infection par le corps vulnérant, infection par la plaie. Et ce dernier processus est pour ainsi dire constant dans les plaies d'origine rectale.

Les différents degrés en sont: l'hémorragie secondaire souvent abondante (Philipps), la prostatite aiguë suppurée, la suppuration des hématomes intra- et périglandulaires, les phlegmons périprostatiques, la cellulite pelvienne diffuse, l'infiltration d'urine (œdème séro-purulent par microbes anaérobies) (Albarran et Cottet), l'infection purulente enfin (Velpeau).

Le *pronostic* des plaies de la prostate n'est pourtant pas grave. Elles guérissent sans complications dans la très grande majorité des

cas. Larrey les disait toujours mortelles. Les deux facteurs de gravité sont l'hémorragie, l'infection. Nous sommes en mesure de combattre l'une et l'autre.

Le *traitement* est simple; il est symptomatique. Les hématuries doivent être traitées par la sonde à demeure, jusqu'à leur cessation. Si l'hématurie continuait malgré l'emploi de la sonde, il serait indiqué d'inciser par le périnée pour tamponner directement la plaie prostatique.

Les hémorragies périnéales sont traitées par le débridement, s'il est nécessaire, et par le tamponnement, toujours suffisant.

Les plaies recto-prostatiques sont justiciables d'une intervention périnéale. Fendre transversalement le périnée, décoller le rectum, suturer la plaie intestinale pour parer aux infections secondaires et drainer et tamponner la blessure prostatique, telle est la conduite rationnelle.

Chaque cas comporte du reste ses indications spéciales.

III. — FAUSSES ROUTES PROSTATIQUES.

Voillemier définit la fausse route une perforation de l'urètre pendant le cathétérisme. La prostate est toujours atteinte dans les perforations de l'urètre prostatique, segment de l'urètre qui est le siège de prédilection des fausses routes, et ceci pour plusieurs raisons.

Étiologie. — *Causes anatomiques.* — La traversée prostatique verticale succède à la courbe sous-pubienne, point dangereux du cathétérisme; l'urètre maintenu sur toutes ses parois y est moins dilatable et sa paroi postérieure présente plusieurs amorces normales à la fausse route: utricule prostatique, canaux éjaculateurs, orifices des glandules parfois dilatés, saillie du verumontanum.

Causes pathologiques. — Les maladies de la prostate modifient profondément la forme du canal, son trajet, sa direction, sans compter qu'elles l'obstruent souvent en partie ou en totalité, qu'elles rendent parfois friables ses parois; autant de difficultés pour le cathétérisme.

Le cathétérisme bien fait avec toute la légèreté, toute la connaissance du canal possibles, blesse souvent la prostate, pour peu qu'elle soit hypertrophiée ou simplement congestionnée. Mais les lésions sont légères, se bornent à des éraillures muqueuses, se jugent par une légère hémorragie et ne constituent pas une plaie prostatique.

La fausse route est produite par la pénétration du cathéter dans le parenchyme glandulaire. Elle est toujours causée par un cathétérisme brutal ou maladroit, inexpérimenté.

La pratique raisonnée de la fausse route, le cathétérisme forcé étaient conseillés par quelques chirurgiens, comme pis aller devant une rétention aiguë, urgente. Voillemier, Lallemand, Chopart ont

ainsi passé de propos délibéré au travers d'une prostate pour évacuer la vessie; Roser l'érige en méthode dans l'hypertrophie du lobe moyen de la prostate; Cruveilhier décrit le cathétérisme de la vessie à travers la prostate. Cette pratique est aujourd'hui abandonnée, qui plus est, justement condamnée.

L'« accident de la fausse route » se produit avec tous les instruments: lorsque la prostate est friable, en cas de néoplasme de la glande par exemple, les instruments mous, les simples sondes en gomme, peuvent produire une fausse route; plus fréquemment, le canal est blessé par une sonde armée du mandrin ou par des cathéters métalliques, des explorateurs ou par les lithotriteurs.

La lésion se produit presque toujours à la paroi inférieure. Les fausses routes de la paroi supérieure sont très rares et ne se produisent pas dans le trajet prostatique, mais dans l'urètre membraneux.

On distingue trois degrés: 1° l'amorce de fausse route; 2° la fausse route incomplète, borgne; 3° la fausse route complète, le tunnel prostatique.

Le premier degré est une simple déchirure de la paroi urétrale avec enfoncement léger; la sonde ne pénètre pas ou peu, mais il persiste une dépression, un très léger cul-de-sac, amorce de lésions plus profondes aux cathétérismes suivants.

Le second degré est constitué par la pénétration de la sonde dans la prostate; elle s'est engagée de un demi, un centimètre, créant ainsi un diverticule borgne, un cul-de-sac; il siège le plus souvent sur la ligne médiane, dans le lobe moyen s'il est hypertrophié. Dans ces cas, il s'agit d'une plaie contuse de la prostate avec déchirures vasculaires et glandulaires qui, presque constamment, respecte les canaux éjaculateurs.

Dans le troisième degré, la prostate est traversée de part en part et la sonde pénètre dans la vessie. Le lobe perforé est souvent le moyen hypertrophié, mais souvent aussi les lobes latéraux, et l'orifice vésical de la fausse route est excentrique, sur les côtés du col, dans le bas-fond. Les tunnels peuvent être multiples (Chopart), répondant à de nombreux sondages. Dans certains cas, la sonde rentre dans l'urètre même, soulevant sa paroi en un pont véritable.

Certaines fausses routes enfin s'accompagnent de plus grands délabrements. La sonde a perforé la prostate, en sort sur sa face latérale ou postérieure et pénètre soit dans le tissu cellulaire pelvien, soit dans le rectum même (Chopart, Voillemier, Henry Thompson).

Les fausses routes de la prostate présentent un symptôme dominant, l'hémorragie; hémorragie urétrale dans les deux premiers degrés, mais aussi vésicale dans le troisième et pouvant entraîner toutes les conséquences de l'accumulation du sang dans la vessie. Les hémorragies sont dans la plupart des cas peu abondantes, partant

bénignes; dans les prostates hypertrophiées en phase de congestion, elles sont parfois alarmantes, mais cèdent toujours au traitement approprié.

La fausse route guérit, se cicatrise presque toujours; il n'est pas rare de rencontrer dans les autopsies des cicatrices prostatiques. Est-elle complète, et l'urètre oblitéré, le nouveau canal peut se substituer à l'ancien urètre. Chopart, Voillemier ont vu des malades pisser par un tunnel prostatique; Astruc, dit-on, subit pour une rétention complète un cathétérisme forcé et pissa pendant six ans par un tunnel prostatique. Dans le Musée Guyon existe une pièce de ce genre: l'énorme hypertrophie de la prostate a presque complètement effacé l'urètre qui se trouve remplacé par une fausse route en forme de tunnel communiquant avec la vessie.

Complications. — La seule à redouter est l'infection secondaire, soit par l'urine, soit par les cathétérismes ultérieurs; ainsi se développent la prostatite subaiguë ou aiguë, le phlegmon périprostatique, l'infection purulente même (Voillemier). Mais ces complications sont rares et dans la très grande majorité des cas il suffit de placer une sonde à demeure pour obtenir rapidement la guérison.

Le diagnostic de la fausse route prostatique est simple: l'hémorragie de l'urètre postérieur après un cathétérisme, est pour ainsi dire pathognomonique; en outre le cathétérisme permet d'apprécier le siège et l'étendue de la lésion. Le bec de la sonde butte, s'engage plus ou moins dans un tissu mou, mais résistant; l'opérateur n'a pas cette sensation de liberté que donne la pénétration dans la vessie, son instrument est « enfoui ». Lorsqu'il le retire, l'hémorragie se produit plus ou moins abondante; parfois l'œil de la sonde est comblé par un caillot.

Traitement. — Il est prophylactique et curatif.

Prophylactique en ce sens que la fausse route est un accident et qu'elle est évitable. Elle provient d'une fausse manœuvre, pour l'éviter; il suffit donc de savoir sonder. Il faut savoir reconnaître l'obstacle prostatique, savoir se retirer devant pour le contourner et n'exécuter jamais de manœuvre de force.

Il est nécessaire, en particulier chez les prostatiques, de bien approprier à chaque cas particulier l'instrument qui convient. J'exposerai plus loin, en détail, les règles du cathétérisme chez ces malades, mais je tiens à redire encore les dangers d'un mandrin métallique mal placé qui peut blesser en sortant par l'œil de la sonde, et la prudence que réclame l'emploi des sondes rigides en métal.

Le *traitement curatif* repose tout entier dans l'installation de la sonde à demeure.

Nous avons dit que, presque constamment, la fausse route siège dans la paroi inférieure de l'urètre, et de ce fait découle la nécessité, pour placer la sonde à demeure, de suivre la paroi supérieure du ca-

nal. Une sonde béquille peu volumineuse, du n° 16 ou 18, convient dans ces cas et le mieux est de l'introduire de suite armée d'un mandrin bien fixé. On réussit parfois du premier coup en suivant, avec la sonde armée, les règles du cathétérisme avec des instruments rigides; d'autres fois, il sera nécessaire d'avoir recours à la *manœuvre du mandrin* qui relève davantage le bec de la sonde, ou encore de pratiquer le cathétérisme en s'aidant d'un doigt introduit dans l'anus.

La sonde à demeure sera laissée en place pendant quatre à six jours dans les cas ordinaires et suffira, à elle seule, à assurer la guérison. Si des complications infectieuses survenaient, on devra, suivant les cas, pratiquer une incision périnéale ou même la cystostomie sus-pubienne. Ce sont là des cas absolument exceptionnels et on ne peut, à l'exemple de Poncet, considérer les fausses routes comme indiquant toujours la cystostomie.

II

PROSTATITES

Les auteurs anciens connaissaient les suppurations de la prostate, mais leur étude vraiment chirurgicale ne date que de J.-L. Petit, qui les décrivit soigneusement. Desault, qui les étudia ensuite, pensait que la lésion ne siégeait pas dans le corps même de la glande. Plus tard encore, je dois citer la magistrale description de Boyer, les travaux de Lallemand et l'article remarquable de Velpeau. Plus près de nous, Guyon et Segond décrivent si bien les prostatites aiguës, notamment les prostatites suppurées, que leurs travaux n'ont pas été égalés depuis. Dans ces dernières années enfin, grâce à de nombreux travaux que je devrai citer plus loin, grâce surtout aux remarquables recherches de Finger, on a mieux connu la part que prend la prostate dans l'urétrite postérieure aiguë et l'importance toujours grandissante des inflammations chroniques de la glande.

Malgré tous ces travaux, il n'est pas aisé de dégager de l'ensemble des études modernes une notion nette et claire des inflammations de la prostate. Les descriptions qu'on en donne englobent des variétés anatomiques et cliniques trop dissemblables pour rentrer à l'aise dans leur cadre étroit. L'étiologie et l'anatomie pathologique, les symptômes et le traitement étant différents suivant les variétés d'inflammation de la prostate, je crois utile d'établir, dès le début de cet article, des divisions qui faciliteront leur description.

Je décrirai séparément les *prostatites aiguës* et les *prostatites chroniques*; parmi les premières, je séparerai les prostatites glandulaires