

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

des prostatites parenchymateuses auxquelles je rattacherai l'étude des abcès de la prostate et des phlegmons périprostatiques.

Prostatites.....	{	aiguës.	Glandulaire.....	Catarrhale.
				Folliculaire.
			Parenchymateuses.	Non suppurée.
			Abcès de la prostate.	
			Phlegmons périprostatiques.	
		Chroniques.		

TOPOGRAPHIE NORMALE DES GLANDES DE LA PORTION PROSTATIQUE DE L'URÈTRE.

Pour bien comprendre l'anatomie pathologique des prostatites et de l'hypertrophie de la prostate, il est indispensable d'avoir une idée claire de la topographie des éléments glandulaires de la prostate. La description des différents groupes glandulaires n'étant guère faite, je crois indispensable de les indiquer brièvement sans entrer dans des détails.

Dans le système glandulaire qui entoure l'urètre de l'homme adulte, depuis le sphincter de la portion membraneuse jusqu'au col de la vessie, on peut distinguer deux groupes de glandes : l'un central, l'autre périphérique.

Le *groupe central* est constitué par des glandes situées immédiatement au-dessous de la muqueuse de l'urètre ou qui s'en éloignent peu. On les trouve sur toute la longueur et sur toute la circonférence de la portion prostatique de l'urètre. Sur la paroi antéro-supérieure du canal, les glandes sont relativement peu nombreuses; un grand nombre d'entre elles ne sont représentées que par des utricules dans lesquels s'enfonce l'épithélium urétral; d'autres ont un court canal excréteur. Sur la paroi inférieure de l'urètre, les glandes sont plus nombreuses et plus développées dans toute l'étendue du canal prostatique et forment deux agglomérations principales, l'une vers le milieu de la prostate, au niveau du verumontanum, l'autre au niveau du col vésical. L'*agglomération sous-montane* est constituée par des glandes dont le canal excréteur aboutit directement à l'urètre ou dans la cavité de l'utricule prostatique. L'*agglomération sous-cervicale* (fig. 153) est formée par un groupe de glandes empiétant à la fois sur l'urètre et sur la partie du trigone vésical voisine du col : ces glandes sont situées au-dessous de la muqueuse, entre elle et la couche musculaire de la vessie qui les sépare de la prostate proprement dite. Ce groupe glandulaire sous-cervical, dont le développement est très variable suivant les sujets et qui peut même manquer presque complètement, présente une importance considérable en pathologie, parce que c'est à ses dépens que se développe, au moins dans la plupart des cas, la variété d'hypertrophie connue sous le nom d'*hypertrophie du lobe moyen de la prostate*.

Le *groupe périphérique* de glandes péri-urétrales constitue la portion glandulaire de la prostate proprement dite. Situées plus excentriquement que les glandes centrales, elles sont séparées plus ou moins distinctement de celles-ci par des fibres musculaires lisses qui continuent dans la région prostatique le sphincter lisse de la portion

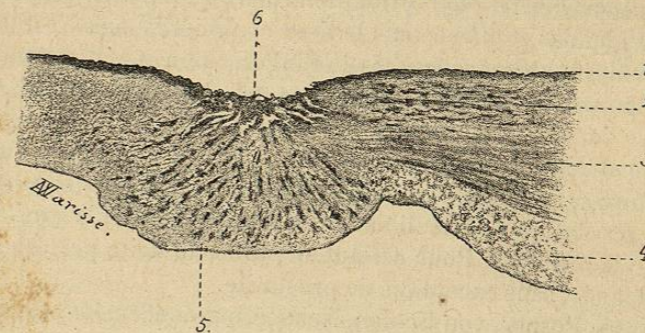


Fig. 153. — Coupe longitudinale de la paroi inférieure de l'urètre prostatique et du col vésical (enfant). — 1, épithélium de la muqueuse vésicale; 2, groupe de glandes sous-muqueuses du col formant l'agglomération sous-cervicale; 3, fibres musculaires longitudinales; 4, fibres musculaires transversales de la vessie; 5, prostate, séparée des glandes sous-muqueuses du col par la couche musculaire de la vessie; 6, abouchement dans l'urètre des canaux glandulaires de la prostate.

membraneuse. Les glandes prostatiques proprement dites forment, vers le milieu de la région, une ceinture complète à l'urètre; en haut, du côté du col vésical, on ne les trouve plus qu'en arrière et sur les côtés; en bas, juste derrière le sphincter membraneux, les glandes ne forment qu'une demi-gouttière postérieure.

I. — PROSTATITE AIGÜE.

I. — PROSTATITES GLANDULAIRES.

La prostate est constituée par une grande quantité de glandes séparées les unes des autres en même temps que réunies en un tout homogène par un stroma formé de fibres musculaires lisses et de tissu conjonctif.

J'entends par *prostatite glandulaire* l'inflammation de la prostate dont l'action s'épuise dans les glandes elles-mêmes, le tissu interstitiel ne prenant pas ou prenant une part minime dans le processus morbide. Dans la prostatite parenchymateuse, l'inflammation peut débiter par les glandes ou par le tissu interstitiel, mais dans tous les cas, quel que soit le point de départ des lésions, celles-ci acquièrent une grande importance dans la trame même de la glande.

Prostatite catarrhale. — C'est la forme la plus fréquente et la

moins grave des inflammations de la prostate. Elle succède toujours à une urétrite postérieure, blennorragique le plus souvent, d'où le nom de catarrhe blennorragique aigu de la prostate que lui donne Finger.

Les travaux de Bumm, de Werthen et de Crippa avaient déjà démontré que le gonocoque ne reste pas volontiers confiné aux couches superficielles de l'épithélium, mais qu'il pénètre rapidement dans les glandes et même dans le tissu conjonctif; mais c'est surtout par les remarquables recherches de Finger, Ghon et Schlagdenhaufen que la propagation de ce microbe a été bien connue. De même qu'il a vu dans les premiers jours la blennorragie envahir les glandes de Littre et les lacunes de Morgagni, de même, dit Finger, l'urétrite postérieure se propage d'emblée, et dans tous les cas, aux orifices de l'urètre prostatique : canalicules des glandes, utricule prostatique, canaux éjaculateurs. Pour cet auteur, toute urétrite postérieure est accompagnée, sans exception, de prostatite.

Petersen, Posner, von Schlen, Neisser, ont confirmé ce mécanisme et la fréquence de la prostatite catarrhale au cours de l'urétrite postérieure.

L'anatomie pathologique justifie bien la dénomination de Goldberg : « prostatitis endoglandularis ». C'est une simple prolifération épithéliale avec desquamation et diapédèse intense. Dans les acini et les canalicules glandulaires, on trouve des amas cellulaires épousant leurs formes; ils sont composés de cellules épithéliales et de leucocytes poly- et mononucléés. Les gonocoques se rencontrent non seulement dans les conduits excréteurs, mais encore dans l'intérieur des acini glandulaires. Ce qu'il y a d'essentiel, c'est que, dans la prostatite catarrhale, il n'y a pas de vrais abcès, mais seulement des pseudo-abcès endoglandulaires.

La symptomatologie de cette forme essentiellement bénigne est par elle-même peu nette; elle se confond avec le syndrome de l'urétrite postérieure et seule la présence de filaments particuliers dans l'urine révèle l'inflammation de la glande. Les filaments prostatiques ne sont autre chose que les bouchons purulents que l'anatomie pathologique montre dans les canalicules glandulaires et qui sont entraînés par l'urine. Leur forme est souvent celle d'une petite virgule avec une extrémité renflée et l'autre filiforme. Ils sont plus ou moins nombreux; on les trouve tout particulièrement à la fin de la miction, et dans l'épreuve des deux verres le second seul peut en être chargé.

Au toucher rectal, la prostate est peu ou pas augmentée de volume; parfois il y a quelque sensibilité à la pression, d'autres fois la prostate est indolente.

Avec des symptômes aussi peu accusés, on comprend l'importance que présente, au point de vue du diagnostic, l'existence des filaments de l'urètre postérieur. Ces filaments peuvent être facilement confondus avec ceux de l'urètre antérieur. On se contente habituellement

de faire uriner le malade dans deux verres, et on considère que la dernière portion de l'urine contient les produits sécrétés par l'urètre postérieur et qui sont tombés dans la vessie.

Cette épreuve des deux verres, imaginée par Henry Thompson, est absolument insuffisante, puisque, d'un côté, la première urine émise a pu ne pas entraîner toutes les sécrétions de l'urètre antérieur dont une partie se retrouve dans le second verre et que, d'un autre côté, l'urine émise la dernière, celle du second verre, peut être absolument limpide, parce que toutes les sécrétions de l'urètre postérieur ont été entraînées par la première urine émise.

On a conseillé encore de laver l'urètre antérieur avec une solution colorée, et de considérer comme filaments provenant de l'urètre postérieur ceux qui ne sont pas colorés. Procédé defectueux, puisque le lavage, même lorsqu'il est fait modérément, peut pénétrer dans l'urètre profond.

Le procédé le plus rigoureux me paraît être celui de Lobstein. Cet auteur pratique d'abord une injection avec du cyanure de potassium à 1/2 p. 100; il lave ensuite l'urètre avec de l'eau jusqu'à ce que l'eau ne donne plus la réaction du bleu de Prusse avec le chlorure de fer. Il fait ensuite uriner le malade et si l'urine, tout en restant claire après l'addition du chlorure de fer, contient des filaments, on peut dire que ceux-ci viennent de l'urètre postérieur.

Le massage rectal de la prostate vide les glandes de leur contenu et augmente en de grandes proportions la quantité de filaments. En pratique, il suffit d'employer l'épreuve des verres de Thompson en la modifiant un peu; on fait uriner le malade en deux ou trois verres différents, mais entre la miction dans le premier et le second, ou entre le second et le troisième verre, on masse la prostate. Si le dernier verre contient beaucoup de filaments, on peut les considérer comme ayant été chassés des glandes prostatiques par le massage.

Le pronostic de la prostatite catarrhale est bénin; mais il faut savoir que cette inflammation glandulaire est une des causes les plus fréquentes de récurrence blennorragique, étant donnée la difficulté que le traitement rencontre à chasser le gonocoque des cryptes prostatiques.

II. — PROSTATITE PARENCHYMATEUSE. — ABCÈS DE LA PROSTATE. — PHLEGMON PÉRIPROSTATIQUE.

Dans la prostatite parenchymateuse, l'inflammation peut débiter par le tissu interstitiel, mais celui-ci n'est habituellement atteint qu'après l'élément glandulaire. L'action pathogène ne s'épuise plus dans l'intérieur des glandes prostatiques; elle retentit plus ou moins sur le tissu qui les entoure et, suivant les cas, détermine des lésions variables, de la simple prostatite folliculaire au vaste abcès prostatique.

Étiologie. — Pathogénie. — Toutes ces prostatites étant infectieuses, nous avons à considérer: 1° les agents de l'infection; 2° les voies d'accès des microorganismes dans la prostate; 3° les causes qui favorisent l'action des microorganismes.

1° **Agents de l'infection.** — On dit communément que le gonocoque est le microbe pathogène le plus commun des prostatites. Cela n'est vrai que si on englobe avec les autres les prostatites catarrhales; lorsqu'on ne considère que les lésions prostatiques plus importantes, telles que la prostatite folliculaire et surtout les abcès francs de la prostate, on voit que le gonocoque a un rôle beaucoup moindre. C'est ainsi que Casper (1) n'a pas pu trouver ce microbe dans 30 cas de prostatite et qu'on le trouve très rarement dans les abcès de la prostate: je ne l'ai pas vu dans 11 cas d'abcès prostatique que j'ai examinés. Le gonocoque pourtant est capable de déterminer des lésions de la prostate allant jusqu'à la suppuration franche, comme l'ont vu Sonet (2) et Cottet (3).

Les microbes qui le plus souvent déterminent les prostatites sont les staphylocoques, qu'on trouve communément dans les abcès. Plus rarement on y rencontre le streptocoque [Frisch (4), Albarran (5)], le colibacille (Barbacci) (6), le pneumocoque (Guillon) (7). Chez un malade que j'ai opéré en février 1900, pour une prostatite suppurée avec phlegmon périprostatique, le microbe pathogène trouvé dans le pus fut le bacille anaérobie à bouts carrés que j'avais déjà vu avec M. Guyon dans une gangrène d'origine urinaire (*Bacillus perfringens*). L'observation de ce malade sera publiée par MM. Cottet et Duval qui ont cultivé ce bacille.

2° **Voies d'arrivée des microbes.** — Dans la grande majorité des prostatites, l'infection se fait par la voie glandulaire ascendante, les microorganismes partant de l'urètre et pénétrant par les conduits des glandes. Plus rarement l'infection est d'origine circulatoire ou se fait par la voie lymphatique. Exceptionnellement enfin il y a arrivée directe des microorganismes dans la prostate.

a. **INFECTIONS GLANDULAIRES ASCENDANTES.** — Ce sont de beaucoup les plus fréquentes et en tête viennent les prostatites blennorragiques. Segond note 69 fois la blennorragie sur 98 prostatites. Cette notion date de J.-L. Petit. Il dit, à propos des malades atteints de prostatite: « Presque tous ont été atteints de chaudes pisses et très peu en avaient été méthodiquement traités. » Blennorragie et blennorragie mal soignée, voilà donc la grande cause des prostatites. Elles

(1) CASPER, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1895, n° 21.

(2) SONET, *Arch. méd. de Toulouse*, juillet 1896.

(3) COTTET, Congrès d'urologie, Paris, 1898.

(4) FRISCH, *Die Krankheiten d. Prostata*. Wien, 1899, p. 120.

(5) ALBARRAN, Observation inédite.

(6) BARBACCI, *Lo Sperimentale*, 15 août 1892.

(7) GUILLON, *Assoc. franç. d'urologie*, 1899, p. 244.

peuvent succéder à toutes les variétés d'urétrites postérieures aiguës et aux urétrites chroniques, surtout lors d'une poussée subaiguë. Comme nous l'avons déjà dit, dans ces urétrites postérieures d'origine blennorragique, l'agent pathogène peut être le gonocoque lui-même, ou les microbes des infections secondaires, notamment les staphylocoques.

Quelle que soit la cause de l'urétrite postérieure, qu'il s'agisse de blennorragie aiguë ou chronique, avec ou sans rétrécissement de l'urètre, que l'infection soit due au séjour d'une sonde à demeure, qu'elle s'accompagne ou non de cystite, le fait essentiel c'est l'infection de l'urètre profond, la pénétration des microbes dans les conduits glandulaires, leur ascension dans les acini et, en dernier lieu, leur pénétration dans le tissu interacineux.

b. **INFECTIONS D'ORIGINE CIRCULATOIRE.** — La localisation prostatique peut survenir dans toute infection générale: les oreillons (Gosselin), la variole (Guyon), l'infection purulente (Desormeaux, Socin), la simple parotidite canaliculaire (Güterbock), l'angine phlegmoneuse (Frisch), la pneumonie (Beck). Ces prostatites par infection circulatoire sont rares et aboutissent exceptionnellement à la formation d'un abcès (Segond).

c. **INFECTIONS PAR LA VOIE LYMPHATIQUE.** — Les infections périprostatiques peuvent par la voie lymphatique envahir la glande; on a signalé des prostatites consécutives à des suppurations rectales ou périrectales, rectites, périrectites, fistules rectales, hémorroïdes infectées, corps étrangers du rectum ulcérant la paroi. Gellé a vu un hématome inter-recto-prostatique infecté par les microbes intestinaux causer une prostatite suppurée et une destruction caverneuse de la glande.

Les péricystites peuvent aussi envahir la prostate.

Toutes les infections périprostatiques, en un mot, peuvent envahir la glande péri-urétrale.

d. **INFECTIONS DIRECTES.** — A cette catégorie appartiennent les plaies de la prostate périnéales ou rectales, hypogastriques même (Monod), et les fausses routes complètes ou incomplètes. On considère encore comme cause d'infection directe les injections urétrales vigoureusement poussées qui traumatiseraient la glande, mais en réalité, dans ces cas, l'injection ne fait qu'inoculer l'urètre postérieur en transportant les microbes de l'urètre antérieur. Le cathétérisme septique et mal fait peut inoculer directement la prostate, de même encore le passage d'un calcul vésical par le traumatisme qu'il détermine.

Les plaies de la prostate peuvent, soit s'infecter secondairement, soit être septiques d'emblée, l'instrument traumatisant portant directement l'infection dans la glande. Les plaies de dehors en dedans sont rares, mais les plaies d'origine urétrale bien plus fréquentes. Les fausses routes prostatiques s'infectent souvent primitivement parce