

acquièrent une grande intensité, comme l'avaient bien vu Segond et Brissaud. Il se forme ainsi des abcès multiples, qui, en se réunissant, peuvent constituer un seul grand abcès.

Les abcès multiples sont parfois très nombreux; Lallemand a compté jusqu'à 30 petits abcès miliars qui criblaient la glande; j'ai vu moi-même une prostatite suppurée à abcès multiples dans un cas d'hypertrophie de la prostate où l'on pouvait compter un abcès assez gros et plus de 20 petits. Parfois il existe deux ou trois abcès plus importants qui occupent les lobes latéraux.

Il est important de remarquer ici qu'aussi bien les pseudo-abcès de la prostatite purement folliculaire, que les abcès miliars ou les abcès plus gros, peuvent se développer dans les glandes qui se trouvent immédiatement autour de l'urètre ou dans celles plus éloignées qui constituent la prostate proprement dite: j'ai même vu, dans le cas déjà cité d'hypertrophie de la prostate suppurée, un abcès de la grosseur d'un pois siéger sur le lobe médian, c'est-à-dire dans le groupe de glandes sous-muqueuses du col.

Lorsque les abcès, peu développés, siègent immédiatement autour de l'urètre, ils passent souvent inaperçus, comme nous le verrons à propos du diagnostic.

Lorsque dans la prostatite suppurée il s'est formé un gros abcès, on le trouve presque toujours sur les lobes latéraux: il y est soit central, soit cortical, soit sous-muqueux. Heath (1) a vu un abcès siéger dans la bande prostatique pré-urétrale: ce fait est unique.

La forme de l'abcès est irrégulière; les parois anfractueuses présentent des brides saillantes qui cloisonnent plus ou moins complètement la cavité, disposition qui est bien en rapport avec le mode de formation de ces grands abcès par confluence de plusieurs petites collections.

Les rapports de la collection avec l'urètre sont très variables. Dans la très grande majorité des cas, l'abcès communique avec le canal par une ouverture large, unique, ou par de petits pertuis en pomme d'arrosoir. Dans des cas rares, l'abcès peut entourer l'urètre, le disséquer sur toutes ses parois sans le perforer. La prostate est alors le siège d'une excavation considérable, et l'urètre, indemne, la traverse en conservant sa forme tubulée (Guyon).

Les canaux éjaculateurs sont souvent altérés. Lallemand a noté l'ulcération et la dilatation de leur orifice urétral, l'inflammation de leur muqueuse; leur destruction complète a enfin été vue par Thompson.

Les vésicules séminales participent souvent à l'inflammation et peuvent être gorgées de pus. Colombini (2) a particulièrement insisté

(1) HEATH, *Med. Times and Gazette*, II, 1893, p. 463.

(2) COLOMBINI, *Il Policlínico*, 1895, II-M., fasc. IV, et *Instituto sifilopatico de la R. Università di Siena* (Lavori, p. 545).

sur la coexistence fréquente des prostatites et des vésiculites: sur 141 blennorragiques atteints de complications génitales, cet auteur trouve 88 fois la prostatite et 53 fois la vésiculite, en même temps que la prostatite 48 cas, ou seule 5 cas.

Marche de l'abcès. — Une fois bien constitué, l'abcès a une tendance manifeste à se porter au dehors et à déverser son contenu dans une des cavités naturelles qui l'entourent. Si on a pu trouver dans de rares observations l'urètre complètement indemne traverser un véritable lac purulent (Thompson, Civiale, Guyon), ordinairement il est perforé et du pus se déverse dans sa cavité. La perforation peut être de petites dimensions; elle siège dans les parties latérales du verumontanum et peut être multiple, donnant à la paroi urétrale l'aspect d'une véritable écumoire par où filtrent des gouttes purulentes (Lallemand, Chassaignac); ou bien l'orifice est plus large, et c'est le cas ordinaire. Exceptionnellement, la communication de l'abcès avec l'urètre se trouve sur la ligne médiane.

L'ouverture de l'abcès du côté de la vessie n'a pas été rencontrée chez le cadavre; je parle de l'ouverture qui se ferait directement de la prostate dans le réservoir vésical sans intermédiaire de périprostatite suppurée.

Dans les cas de suppuration étendue, les conduits éjaculateurs peuvent être détruits, transformés en poche purulente (Thompson); il en est de même des vésicules séminales ou des canaux déférents (Pigeaux). Mais il s'agit ici plutôt d'une inflammation abcédée voisine que de l'irruption même du pus prostatique à l'intérieur de ces canaux.

J'ai réservé pour la fin l'étude de la propagation la plus fréquente après l'ouverture dans l'urètre; je veux parler de la périprostatite suppurée, que Civiale étudia pour la première fois en 1842 et qui a été bien décrite ensuite par Demarquay et par Segond (1).

Si la PÉRIPROSTATITE peut être primitive; 8 fois sur 10 (Campe-non) (2) elle est consécutive à la lésion prostatique; sa fréquence et son siège se comprennent facilement par la disposition même des tissus qui entourent la glande; tandis que la prostate est bridée en haut par la vessie, en bas par l'aponévrose moyenne, elle se trouve entourée de tous les autres côtés par du tissu cellulaire qui forme une couche bien mince en avant et sur les côtés, mais qui par contre en arrière a une épaisseur notable; il s'ensuit que la périprostatite se développera facilement surtout en arrière du côté du rectum, si bien que sous le nom de périprostatite on n'entendra presque exclusivement, dans le langage ordinaire, que la périprostatite postérieure. Les voies d'infection ont été très discutées par les différents auteurs,

(1) SEGOND, Des abcès chauds de la prostate et du phlegmon périprostatique. Paris, 1878.

(2) CAMPENON, art. ABCÈS DE LA PROSTATE du *Dict. de méd. et de chir.* de Jaccoud, t. XXIX, p. 643.

sans parler de l'infection indirecte communiquée par une lésion secondaire de vésiculite par exemple. M. Guyon a insisté sur le rôle important de la propagation directe par infection de proche en proche; d'autre part, la voie vasculaire a été incriminée, soit la voie veineuse, soit la voie lymphatique; mais à cela Campenon fait justement observer avec Sappey que les lymphatiques de la glande ne vont pas en arrière sur les côtés du rectum et que la périphlébite, que nous avons vu donner naissance à des abcès multiples, ne peut expliquer les cas ordinaires caractérisés par une plaque phlegmoneuse unique aboutissant à une suppuration de bonne nature.

Le nombre des foyers est variable; on peut en trouver un seul, cas le plus ordinaire, ou plusieurs: 3 (Demarquay), 4 (Guyon) ou plus (Moysant) (1); leur volume est aussi sujet à des variations considérables. Leur forme varie suivant la marche des lésions, suivant que l'inflammation reste localisée ou a une tendance à pousser en divers sens des fusées purulentes séparées par des lambeaux de tissus sphacelés (Demarquay). Ils siègent, je l'ai dit, ordinairement en arrière de la prostate; dans un cas de Lebail (2), le foyer était latéral; dans deux autres de Guyon, antérieur. Comme règle générale, on peut dire que l'abcès du tissu rétroprostatique est accolé à l'abcès prostatique dont il n'est même pas séparé dans les cas les plus fréquents: ces deux cavités s'ouvrent l'une dans l'autre et communiquent par un orifice à bords déchiquetés, irréguliers, anfractueux, qui donne à la cavité générale une forme en bissac très importante à connaître si on veut pouvoir faire un bon drainage consécutivement à l'opération.

Une fois que la périprostatite suppurée est bien établie, le pus du nouveau foyer a une grande tendance à fuser de tous côtés, et c'est alors qu'il se porte en arrière vers le rectum ou bien forme des prolongements dans des directions variables en décollant les organes ou les muscles voisins.

L'ouverture rectale est peu fréquente et se comprendrait cependant par la situation de la collection qui entoure plus ou moins le rectum. L'orifice de communication qui tend à s'établir aura des dimensions qui ne seront pas toujours égales: tantôt très étroit, il se retrouve difficilement à l'autopsie (Desprez); tantôt largement ouvert, il permet à la collection de se vider facilement. Lorsque l'abcès s'ouvre dans le rectum, il survient parfois une complication qui peut prendre une allure fort gênante plus tard; les tissus peuvent s'indurer au niveau de l'orifice, et comme l'abcès communique d'autre part avec l'urètre, il peut se former une fistule uréthro-rectale à laquelle il faudra remédier. L'évacuation spontanée des abcès de la prostate par le rectum est presque toujours incomplète; à plusieurs reprises, j'ai dû

(1) MOYSANT, *Bull. de la Soc. anat.*, 1856.

(2) LEBAIL, *Bull. de la Soc. anat.*, 1870, p. 328.

inciser par le périnée des abcès prostatiques qui depuis plusieurs jours s'étaient ouverts dans le rectum.

La marche de l'abcès prostatique vers le périnée est loin d'être rare; la collection peut venir se faire jour en trois points différents, juste auprès de l'anüs, en avant de lui ou un peu en dehors de la ligne médiane, ou bien plus loin en arrière au niveau de la fosse ischio-rectale; dernièrement encore, j'ai eu à soigner un de ces cas chez un jeune homme de vingt-quatre ans; plus rarement le pus fuse sous le muscle transverse superficiel, et, rompant le feuillet inférieur de l'aponévrose moyenne, vient faire saillie au périnée antérieur, à la racine des bourses, dans le triangle ischio-bulbaire, d'où des désordres assez graves.

Jusqu'ici la marche de la collection s'explique, mais il me reste encore à citer d'autres fusées purulentes plus difficiles à interpréter; très rarement, le pus perfore le péritoine; généralement les tissus s'indurent de ce côté et forment une véritable barrière qui s'oppose à la perforation et à la péritonite qui en est la conséquence immédiate et inévitable (cas de Dransart) (1); mais alors le pus, ne pouvant se porter directement en haut, soulève le péritoine et contourne la vessie pour aller se faire jour soit au niveau de l'orifice inguinal [Segond et Guyon, Peter (2), Faucon (3)], soit dans la région obturatrice en suivant la gaine des vaisseaux obturateurs (Tillaux), soit vers l'ombilic [Castañeda y Campos (4) et Guyon]. Je ne parle que pour mémoire des fusées purulentes dans la région fessière par la grande échancre sciatique (Guyon et Reverdin) ou dans la région costale en passant dans l'épaisseur même de la paroi abdominale (Guyon et Campenon).

Second classe ces cas en marche habituelle (rectum, périnée), en marche rare (fusée inguinale ou obturatrice), en marche exceptionnelle (ombilic, fesse, péritoine).

L'abcès une fois ouvert, il persiste une caverne prostatique limitée à la glande ou empiétant plus ou moins largement sur les tissus avoisinants. Dans certains cas, elle se présente comme un large diverticule uréthro-prostatique; dans d'autres, elle peut servir de carrefour à des trajets fistuleux qui, sillonnant le bassin et le périnée, font communiquer le rectum, le périnée, la vessie avec l'urètre.

La gangrène a été signalée par Velpeau comme terminaison de la prostatite. Béraud l'expliquait par « un étranglement sous-aponévrotique »; Le Dentu par une infiltration d'urine.

A vrai dire, il existe une forme spéciale d'infection prostatique. Infection suraiguë, septique à un haut degré, infection gangreneuse

(1) DRANSART, *Progrès méd.*, I, 1873, p. 15.

(2) PETER, *Union méd.*, X, 1856, p. 562.

(3) FAUCON, *Arch. gén. de méd.*, t. XXX, 1877, p. 385-549.

(4) CASTANEDA Y CAMPOS, thèse de Paris, 1878.

qui, née dans la prostate, va détruisant et la glande et tout le tissu cellulaire du petit bassin; c'est une véritable périprostatite gangreneuse diffuse. La pathogénie n'en est ni l'étranglement, ni l'infiltration d'urine, mais la spécificité même de l'infection; par analogie avec les phlegmons septiques péri-urétraux, nous pouvions déjà soupçonner la présence de microbes anaérobies (Voy. *Infiltration d'urine*); l'examen bactériologique du malade cité page 530 que j'ai dernièrement opéré à Necker, démontre d'une manière indiscutable que la périprostatite diffuse peut être déterminée par un bacille anaérobie.

A côté des phlegmons périprostatiques, il convient de signaler les foyers de suppuration éloignés de la prostate, sans phlegmon intermédiaire, et qui peuvent être consécutifs aux prostatites. Je signalerai les adénites suppurées et les infections d'origine veineuse.

Les adénites consécutives aux inflammations de la prostate sont fort rares. Segond ne relate qu'un cas de phlegmon iliaque consécutif à la prostatite. Bazy (1) a signalé un abcès de la fosse iliaque et de l'aîne consécutif à l'infection de la prostate par le cathétérisme, et Loumeau (2) a publié une observation de phlegmon iliaque d'origine prostatique.

Symptômes. — La prostatite aiguë peut revêtir suivant les cas des formes particulières qui impriment à son évolution un cachet spécial. Aussi est-il impossible de décrire en une seule fois tous les aspects que la maladie peut présenter. Je vais donc d'abord montrer comment évolue la *prostatite aiguë suite de blennorragie*, c'est-à-dire la plus fréquente de toutes, quitte à revenir plus tard sur certains points particuliers et intéressants à d'autres titres.

Généralement rare comme complication de la période aiguë, elle arrive plutôt à la période de déclin, quinze jours ou trois semaines après le début de l'écoulement, dont la quantité n'a d'ailleurs aucune influence sur son apparition; on a même pu dire que c'est surtout dans les cas où l'écoulement était peu abondant, les douleurs peu intenses, que l'inflammation prostatique se développait le plus volontiers, car les malades se soigneraient alors moins bien et pourraient se livrer à des excès qui amènent l'éclosion du mal. Souvent après une injection mal conduite, comme je l'ai dit, ou un traumatisme, une fatigue, le malade ressent une douleur d'abord peu accusée, une sensation de gêne, de tension à la région périnéale; la miction devient plus fréquente et douloureuse, surtout à la fin; la prostatite se déclare, mais le toucher rectal ne démontre encore rien, car on en est seulement à la période de congestion; c'est au plus de la douleur localisée à la pression du doigt. Donc, souvent, début insidieux.

Dans d'autres cas, il y a un frisson violent avec troubles graves de la miction, difficulté ou rétention complète, douleur vive et trou-

(1) BAZY, *Mercredi médical*, 1893, p. 133.

(2) LOUMEAU, *Policlinique de Bordeaux*, 1899, p. 150.

bles de la défécation dès l'abord: c'est que la maladie va évoluer plus vite et avec plus de fracas.

Mais, dans tous les cas, au bout de quelques heures ou de quelques jours la *douleur* acquiert une grande intensité. Elle siège à la partie profonde du périnée et au niveau de l'anus; elle est sourde, gravative, intense; exagérée par le moindre mouvement des cuisses et surtout par les efforts de miction ou de défécation qui sont involontaires, elle s'irradie jusque dans la verge et au niveau du gland, vers la partie postérieure des cuisses, dans la région lombaire et sacrée. Le malade, en proie à des souffrances très vives, ne sait quelle position prendre; il souffre debout et se tient courbé en avant; il souffre surtout assis et finit par se pelotonner dans son lit, couché sur le côté en chien de fusil, dans l'immobilité la plus complète.

Les *troubles de la miction* ajoutent à ses douleurs; le besoin d'uriner est fréquent, impérieux, et il ne s'échappe au méat que quelques gouttes d'urine au prix des plus vives souffrances; le jet, quand il y en a, est petit, peu élevé, tortillé. Parfois même il y a de la rétention complète qui aggrave singulièrement les symptômes. Il faut parfois ajouter à cela un priapisme douloureux avec un suintement léger au niveau du méat (Verdier, Lallemand).

Les *urines sont claires* à moins de complications; on les trouve cependant salies légèrement par l'écoulement urétral qui diminue dès l'apparition des accidents (Fournier). Parfois cependant il y a un peu de pus dans l'urine et même du sang au début de la miction; plus rarement les dernières gouttes sont teintées en rouge.

Les *troubles de la défécation* sont très caractéristiques, si on les ajoute au tableau que je viens de tracer; d'abord il y a de la chaleur, de la constipation, puis du ténesme très douloureux, avec une sensation de corps étranger dans le rectum (Desault, Boyer). Si le malade cherche à aller à la garde-robe, les crises douloureuses s'exaspèrent, acquérant une intensité extrême.

Si à ce moment on cherche à pratiquer le *toucher rectal*, on trouve généralement le sphincter fortement contracté; l'introduction du doigt est très douloureuse alors même qu'on ne touche pas encore la glande enflammée. Néanmoins, si l'index et le pourtour de l'orifice anal sont fortement enduits d'un corps gras quelconque, on arrive à pratiquer le toucher en employant le plus de douceur possible. La prostate est alors sentie augmentée fortement de volume. Cette augmentation de volume peut porter sur toute la masse ou seulement sur un seul lobe; dans le premier cas, le sillon médian postérieur n'existe plus; tout est tendu, élastique, résistant, douloureux; la glande prend la forme d'un carré [Vidal (de Cassis)] dont on sent encore nettement les contours. Il faut dans certains cas ajouter à cela la perception d'une quantité de noyaux de consistance moindre, petits, nombreux, mamelonnés, qui correspondent à autant de petits foyers qui tendent à se collecter.