

Faisant alors pénétrer le doigt plus profondément, on peut sentir les vésicules séminales, généralement douloureuses également et tendant à entrer dans le processus inflammatoire; celle qui correspond au côté le plus atteint est plus volumineuse, tendue, bosselée, irrégulière et particulièrement sensible.

La vessie est douloureuse à la pression au niveau du bas-fond, car ordinairement il existe bientôt en même temps un léger degré de périprostatite, de péricystite qui englobe le tout; empâtant les contours, elle en diminue la netteté et accentue encore la douleur due à l'exploration.

J'ai laissé pour la fin les renseignements fournis par le *cathétérisme urétral*; en effet, on ne doit jamais faire la moindre exploration par le canal dans les cas ordinaires; on n'est autorisé à introduire une sonde que dans les seuls cas de rétention aiguë, quand on a essayé les moyens ordinaires anticongestifs, bains, lavages rectaux, etc.; dans ces seuls cas, on peut introduire un instrument dans l'urètre et ce sera une sonde molle. Malheureusement, souvent il y a du spasme et on ne peut passer facilement; au delà de la portion membraneuse, le canal est déformé, repoussé par la prostate enflammée. Les tentatives de cathétérisme sont très douloureuses et souvent dangereuses au point de vue des complications locales ou générales qu'elles peuvent entraîner à leur suite: le cathétérisme détermine facilement des érosions de la muqueuse urétrale et même des fausses routes qu'explique la friabilité des tissus: au niveau de ces solutions de continuité peuvent se faire des inoculations microbiennes, point de départ de l'infection générale. La mort peut être la conséquence d'un simple cathétérisme (cas de Müller) (1).

Les *symptômes généraux* sont ordinairement assez marqués au moment où la lésion est arrivée à son plein développement; la température est élevée à 39°, parfois plus; il peut y avoir des frissons; toujours l'état gastro-intestinal est très net; la langue sale, parfois sèche, la soif vive; parfois même on observe des vomissements. L'apparition de la fièvre est variable; tantôt elle arrive brusquement au début et on pourrait croire à un frisson de fièvre urinaire, tantôt elle monte en un ou deux jours pour rester à peu près stationnaire jusqu'au moment où, l'abcès ouvert, elle va définitivement décroître.

Formes. — Voilà la *forme ordinaire aiguë* de la prostatite, dont la période d'état est d'environ cinq à six jours, dix jours au plus.

J'ai maintenant à décrire certaines formes plus spéciales.

L'évolution peut aller plus rapidement que je ne l'ai indiqué et revêtir une *forme suraiguë*; cela arrive dans les cas où l'inflammation de la glande succède à un traumatisme infectant d'origine péri-néale ou rectale; il n'y a rien là qui puisse étonner: il s'agit d'un

(1) MÜLLER, *Medical Record*, vol. I, 1897, p. 216.

phlegmon qui peut se développer dans cette région comme dans les autres points de l'économie et qui revêt une marche qui ne dépend que de la virulence des microbes infectants et de la résistance générale de l'individu.

Il existe aussi une *forme subaiguë* de prostatite. M. Guyon a souvent montré des malades chez lesquels l'affection subaiguë met un temps assez long à évoluer sans s'accompagner d'infection générale intense, et son élève Mayet (1) en a rapporté une observation très nette il y a peu de temps; comme il le dit, il s'agit là de *prostatite subaiguë d'emblée* qui peut être *totale* ou *partielle*; ici, « l'inflammation frappe toujours l'élément glandulaire, l'évolution est subaiguë d'emblée, ce n'est ni la prostatite chronique, ni l'abcès chaud de la prostate; on pourrait, se servant d'une expression connue, dire que c'est une prostatite tiède ».

Le volume de la masse peut d'ailleurs devenir très considérable et dans un cas M. Guyon l'a vu atteindre celui du poing: « c'était à penser à une tumeur maligne », si la marche et le traitement n'avaient pas jugé la question. John Lindsay (2) a publié un exemple de ces prostatites suppurées insidieuses qui peuvent facilement être méconnues.

Enfin, chez le vieillard, la prostatite, bien qu'ayant parfois une marche aiguë et même une évolution très rapide, peut revêtir une forme particulièrement trompeuse et avoir une *évolution complètement froide*, sans s'accompagner d'aucun symptôme qui attire spécialement l'attention; il s'agit alors de vieux urinaires chez lesquels « il semble qu'habituellement dès longtemps à souffrir, les organes intrapelviens restent indifférents à l'inflammation nouvelle ». Il y a bien des symptômes généraux, qui revêtent même la forme adynamique (Desprez); il y a bien aussi des symptômes locaux, mais il faut les chercher; et si on ne pose pas en principe que chez tous les urinaires, surtout chez les vieillards, on doit examiner soigneusement la prostate, on s'expose à passer à côté du diagnostic et à faire, comme Civiale (3), des trouvailles d'autopsie qui, pour être intéressantes, n'en sont pas moins fort malheureuses.

Terminaisons. — Complications. — La prostatite aiguë peut se terminer de différentes façons, soit spontanément, soit sous l'influence des traitements employés.

La *résolution* est assez fréquente; nombreux sont les malades chez qui j'ai constaté des lésions de prostatite au déclin d'une blennorragie et qui ont guéri sans arriver à la phase de la suppuration. Cette guérison peut arriver spontanément, mais elle est plus fréquente lorsque les malades sont bien soignés dès le début.

(1) MAYET, Prostatite glandulaire subaiguë d'emblée totale ou partielle (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, mars 1896, p. 193).

(2) JOHN LINDSAY, *The Med. and surgical Reporter*, 1896, p. 390.

(3) CIVIALE, *Traité des maladies des organes génito-urinaires*, t. II, p. 319.

La température baisse, les douleurs s'amendent, la miction devient plus facile, la défécation est de moins en moins sensible; le malade se croit rapidement guéri; il faut veiller pour lui et pratiquer le toucher rectal régulièrement pendant quelque temps encore, car la prostate est encore dure, et, bien que complètement revenue sur elle-même, elle pourrait à la moindre cause être le théâtre d'une nouvelle infection.

L'induration persiste parfois longtemps, et plusieurs mois après que tous les symptômes avaient disparu j'ai pu constater encore la présence de noyaux durs. L'induration peut quelquefois être le signe de la permanence de lésions qui prouvent le passage de la forme aiguë de l'inflammation à la *chronicité*, comme j'aurai l'occasion d'y revenir plus loin (Voy. p. 549).

La *suppuration* enfin est fréquente et mérite, par son importance, d'être étudiée en détail.

Symptômes de l'abcès prostatique. — J'ai dit précédemment que, quand on se trouve en présence d'un malade atteint de prostatite, il faut toucher souvent sa prostate. L'examen souvent répété est seul capable d'empêcher de méconnaître une lésion dont les caractères s'aggravent et il n'est pas de malade atteint d'une inflammation aiguë de la prostate qu'on ne doive examiner quotidiennement, surtout si les douleurs augmentent ou prennent un caractère d'élancements douloureux, de battements sourds et répétés, si les phénomènes de rétention surviennent ou si les troubles du côté du rectum s'accroissent notablement. C'est par le *toucher rectal* seul qu'on peut se rendre compte de l'état des lésions et de la marche de l'affection. D'abord la prostate augmentée de volume a une consistance plus ferme, plus tendue qu'à l'état normal, puis, en même temps que le volume augmente, la consistance change en cas de suppuration.

La *sensibilité* est toujours vive et le toucher, extrêmement douloureux, doit être fait avec beaucoup de douceur; mais de plus la douleur devient exquise en un point bien localisé et à la moindre pression le malade se plaint vivement; chez certains malades on sent à la *face antérieure du rectum des battements vasculaires* très notables; on a la sensation de la présence de vaisseaux qui paraissent parfois atteindre le volume d'une radiale, qui soulèvent le doigt, s'étendant verticalement à la face postérieure de la prostate en croisant la ligne médiane à angle aigu pour aller se perdre sur les parties latérales. C'est là un très bon signe de la suppuration qui s'établit ou qui déjà est faite.

La glande est augmentée de volume dans son ensemble, mais toujours un des lobes s'est surtout développé, repoussant devant lui la muqueuse rectale chaude et mobile sur les parties profondes.

Quant aux caractères mêmes fournis par la collection purulente, ils sont variables suivant le point exact où le pus s'est collecté :

1° Si le pus est sous la muqueuse urétrale, il est séparé du doigt explorateur par tout le tissu glandulaire enflammé, épaissi, et à proprement parler, si on constate une inflammation franche, il est impossible de dire qu'on sent l'abcès.

2° S'il se fait jour au contraire à la partie postérieure et soulève la paroi prostatique en repoussant le rectum, on peut sentir nettement la collection sous la forme d'une zone moins résistante, se laissant déprimer légèrement au milieu du tissu périphérique plus ferme; on bien même on peut déprimer franchement la petite collection qui donne la sensation d'un morceau de caoutchouc peu épais se laissant refouler facilement et revenant rapidement à sa position première; il est rare qu'on puisse constater une véritable fluctuation, car il faut alors une collection assez considérable et bien limitée.

3° Enfin, lorsque le pus se trouve emprisonné au milieu d'un des lobes et séparé du doigt par une épaisseur de tissu peu considérable, on a une sensation caractéristique de mollesse et de tension profonde; suivant l'expression de M. Guyon, le doigt semble déprimer un morceau « d'étoffe peu épaisse et souple, mal tendue sur un cadre épais et dur » (1).

En cas de *périprostatite*, j'ai à peine besoin de le dire, les renseignements recueillis par le doigt explorateur sont bien moins nets; il y a un empatement général qui masque les caractères vrais de l'affection; les organes sont déformés et on peut s'en laisser imposer pour une collection très considérable, alors que le pus est peu abondant, mais entouré d'un tissu inflammatoire dense, serré, étendu, qui peut d'ailleurs disparaître après quelques jours; si plus tard, au contraire, la périprostatite est arrivée à la période de suppuration, les caractères que j'ai relevés en cas de collection superficielle près du rectum sont de plus en plus nets; il y a de la mollesse, de la dépressibilité comme précédemment et très nettement constatables. Si la collection est grande, étendue, on peut, et c'est rare, sentir une vraie fluctuation.

Voilà les renseignements que donne le toucher au point de vue de l'abcès lui-même; je dois ajouter qu'il renseigne également sur les lésions voisines des vésicules par exemple, et est d'un précieux secours pour l'examen des fusées purulentes possibles.

Après le toucher rectal, c'est l'*examen direct du périnée* par la vue et la palpation qui donne les plus utiles renseignements en cas de collection déjà avancée; l'œdème, l'empatement, la douleur localisée, la rougeur, sont d'un premier secours; mais je dois dire que ces signes n'ont de valeur que s'ils se trouvent localisés aux points voulus, caractéristiques en quelque sorte, marge de l'anus ou fosse ischio-rectale. S'ils siègent plus en avant, ils sont peut-être et peuvent être dus à l'inflammation des glandes de Cowper. Aussi le meilleur moyen de les localiser est-il de combiner avec la pal-

(1) GUYON, Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, p. 866.

pation périnéale le toucher rectal; on prend alors entre les doigts la tuméfaction, on la limite, on suit ses contours et généralement on peut déterminer son point de départ.

Les symptômes généraux sont les mêmes que dans la prostatite et la périprostatite phlegmoneuse, mais ils sont plus accentués ordinairement; la fièvre, qui a pu cesser ou diminuer au moment où l'abcès s'est collecté, remonte vite et se maintient; les frissons apparaissent, surtout si le malade est affaibli et la suppuration vaste; la forme ataxique peut exister dans ces cas et aggraver le pronostic.

Évolution des abcès. — J'ai décrit la marche la plus fréquente, *aiguë*, où les accidents se poursuivent sans interruption, toujours plus accentués. Mais à côté de cette forme je dois signaler une *marche subaiguë*, fréquente également. La période phlegmoneuse a pu évoluer rapidement et, le pus collecté, la collection mettra des semaines, des mois avant de sortir de la glande, de se propager au tissu cellulaire voisin, de s'ouvrir dans l'urètre ou le rectum; cette marche torpide peut changer tout à coup d'allure et revêtir des caractères menaçants sous l'influence d'une cause légère ou même sans cause déterminée.

Enfin, j'ai déjà dit que chez les vieillards, et surtout les vieux urinaires, la maladie peut être latente très longtemps et déterminer tout d'un coup des accidents brusques qui emportent le malade par pyohémie.

La *guérison* est la règle, à moins de complication grave; elle peut se faire de différentes façons :

La *résolution* pure et simple est admise par quelques auteurs; je ne l'ai point observée et je crois qu'on s'est fait illusion en diagnostiquant abcès de la prostate dans des cas de simple prostatite folliculaire. En bonne clinique, lorsque les symptômes de suppuration sont nets, on ne doit pas escompter la résolution.

La terminaison par ouverture à l'extérieur est de règle. Voici un tableau de 93 cas livrés à eux-mêmes, observés par Campenon, que je tiens à citer :

35	ouverts dans l'urètre seul.
6	— — le rectum seul.
20	— — le rectum et l'urètre.
2	— — la vessie (1 douteux).
12	— — l'urètre et compliqués de fusées purulentes.
4	— — le rectum et compliqués de fusées purulentes.
14	— — l'extérieur par voie absolument détournée.

L'*ouverture urétrale* est la plus ordinaire; j'ai dit comment elle arrive; il me reste à indiquer les symptômes qui la font reconnaître. Parfois le malade ressent une sensation de déchirure profonde; au moment d'un effort de miction, le plus souvent au moment d'une miction difficile, apparaît au méat une quantité de pus variable, puis la miction s'effectue et devient de plus en plus facile; dès lors les

accidents s'amendent et il ne reste qu'un signe particulier à noter, mais très caractéristique: le malade continue à pisser du pus; l'écoulement est intermittent, n'arrive qu'au moment de la miction; le premier jet est complètement purulent ou simplement trouble, tandis que la portion d'urine émise à la suite est claire à moins de cystite concomitante. Le toucher peut rendre encore ici des services pour le diagnostic, car si on appuie sur la région prostatique avec le doigt, on voit du pus s'écouler par le méat, pus louable qui présente les caractères ordinaires du pus phlegmoneux ou pus d'aspect plus grisâtre, d'odeur plus forte et qui correspond alors à un mélange de pus vrai et d'urine qui s'est infiltrée dans la cavité de l'abcès au cours d'une miction; cette cavité urinaire présente des caractères de gravité assez sérieux quand elle est étendue et qu'en même temps que l'abcès prostatique il existe une périprostatite suppurée qui communique avec lui.

Au bout d'un temps plus ou moins long, l'écoulement purulent urétral peut diminuer, se tarir complètement; la cavité, abcédée, s'est obstruée peu à peu et la guérison pure et simple survient. Mais la guérison est loin d'être constante et on voit assez souvent, après une période de répit, revenir les phénomènes du début et une nouvelle collection se former.

L'*ouverture rectale* peut aussi être d'un bon augure et il est de nombreux abcès qui guérissent ainsi quand l'orifice de communication est large. Les symptômes provoqués par l'arrivée du pus dans le rectum sont des besoins d'aller à la selle, des sensations de chaleur, de cuisson; puis l'écoulement du pus se fait par suintement ou par périodes et dans les efforts de défécation; le toucher rectal peut faire sentir la communication *si elle est d'un diamètre assez considérable*. J'ai vu plus fréquemment que ne le disent les auteurs l'abcès persister après ouverture, même large, dans le rectum: il s'écoule du pus par l'anus, mais la masse phlegmoneuse persiste, le malade souffre toujours et ne guérit que lorsque le foyer est largement ouvert par le chirurgien. Reliquet (1), Léon Labbé ont vu aussi des abcès ouverts dans le rectum qui ont dû être incisés au niveau de la région inguinale.

Les ouvertures *à la peau*, au niveau du périnée par exemple, peuvent aussi être un mode de terminaison heureux; mais, plus encore que les autres ouvertures spontanées, celles qui se font à la peau sont généralement insuffisantes et l'intervention chirurgicale est nécessaire.

Si la maladie ne se termine pas par la mort, il ne s'ensuit pas pour cela que le malade soit complètement indemne; en plus des troubles d'incontinence, qui sont rares, de douleur sourde, d'état subinflammatoire chronique persistant, il peut y avoir des fistules

(1) RELIQUET, *Union méd.*, 1878, p. 289 et 326.

rebelles dont la ténacité désespère le malade et épuise les ressources de l'art chirurgical.

Ces fistules sont de divers ordres : *recto-périnéales*, *uretéro-périnéales* ou *recto-urétrales* ; je ne parle pas ici de ces cas rares où il s'établit une fistule inguinale par exemple, mais des cas ordinaires ; sur les 93 de Campenon, 10 se sont terminés par fistule persistante : en cas de fistule cutanée, l'orifice profond peut être situé plus ou moins haut ; j'ai dit que dans l'urètre l'ouverture se fait ordinairement sur les côtés du verumontanum ; dans le rectum, c'est à la face antérieure au niveau de l'ampoule ; l'orifice cutané est ordinairement juxta-anal ; le trajet est tortueux, induré, avec des clapiers diverticulaires où stagne le pus. Le symptôme capital consiste dans le passage d'urine ou de gaz par l'orifice fistulaire cutané ; le passage de l'urine est intermittent, ne se fait qu'à l'occasion des mictions, c'est-à-dire au moment même de la miction et un peu après. Il est rare de voir une fistule laisser passer des matières fécales proprement dites, car la fistule n'est jamais très large.

S'il y a fistule recto-urétrale, l'urine peut passer dans le rectum et s'échapper par l'anus en donnant lieu à des fréquents besoins de défécation ; il est rare de voir les gaz intestinaux s'échapper par l'urètre (obs. de Segond et Guyon, deux observations personnelles).

Mais il s'en faut qu'une terminaison heureuse soit toujours la règle ; la mort peut arriver. Campenon trouve 24 décès sur 93 cas. La mort arrive à la suite de la formation des fusées purulentes dans la forme diffuse : les malades succombent d'infection purulente, de septicémie, rarement par infection urinaire ; la *péritonite par perforation* est exceptionnelle ; il me faut ajouter ici les cas d'*hémorragie rebelle* (Erichsen) (1) par ulcération vasculaire, et les accidents pulmonaires, cérébraux, etc.

Diagnostic. — Dans la plupart des cas, le diagnostic de la prostatite parenchymateuse est simple. Tout malade qui, au cours d'une blennorrhagie, présente des troubles mécaniques de la miction, de la rétention d'urine, des douleurs périnéales et rectales, doit être soupçonné de prostatite et le toucher rectal vient préciser le diagnostic. C'est par le toucher rectal et par lui seul qu'on différencie assurément la prostatite de la *cystite* ; c'est en le pratiquant qu'on reconnaîtra les formes insidieuses des prostatites, dont j'ai parlé plus haut.

Les *néoplasmes* de la prostate, la *tuberculose* de la glande, l'*hypertrophie*, présentent des caractères trop tranchés au toucher rectal pour que le diagnostic puisse hésiter.

Chez les *vieillards atteints d'hypertrophie de la prostate*, la prostatite subaiguë, aboutissant lentement à la suppuration, peut être facilement méconnue ou faire croire à l'existence d'un néoplasme de

(1) ERICHSEN, *Med. Times and Gazette*, II, 1860, p. 79.

la prostate. Je reviendrai sur ce diagnostic à propos de l'hypertrophie ; pour le moment, je me borne à indiquer que l'inflammation de la glande hypertrophiée se distingue surtout par les inégalités de consistance des différentes parties, et par la sensibilité plus vive à la pression localisée dans certains endroits.

L'*abcès aigu* des prostatites se reconnaît presque toujours facilement par les sensations que le toucher rectal fournit, et par le cortège des symptômes généraux. La *coupérite* suppurée peut bien donner lieu aux mêmes symptômes subjectifs, mais le siège de la tuméfaction au périnée, l'absence d'augmentation de volume de la prostate, sont des éléments décisifs du diagnostic.

La gravité du *phlegmon périprostatique* impose l'examen journalier de tout malade atteint de prostatite ; on reconnaîtra que l'inflammation a franchi les limites de la prostate par l'empatement œdémateux des tissus périphériques, parce que les contours de la glande, jusqu'alors nets et précis, deviennent flous, parce que la paroi rectale ne glisse plus comme auparavant sur la prostate sous-jacente.

Pronostic. — Le pronostic de la prostatite parenchymateuse est toujours sérieux, parfois grave. Dans les cas les plus simples, lorsque la résolution survient, la maladie traîne souvent et conduit à la forme chronique généralisée ou partielle. Lorsque la suppuration est survenue, la terminaison spontanée la plus favorable est l'ouverture urétrale. Souvent l'abcès se vide bien ainsi, mais il reste encore des indurations de la glande qu'il faudra soigner ; d'autres fois, l'évacuation est incomplète et il faut quand même intervenir. Lorsque le phlegmon périprostatique se développe, il faut craindre les fusées purulentes, les ouvertures qui restent fistuleuses, les formes envahissantes et gangreneuses.

Il faut retenir surtout que toute prostatite demande à être soignée rigoureusement dès le début, que tout abcès de la prostate doit être rapidement ouvert s'il est encore contenu dans la glande ; qu'il doit l'être sans délai lorsque le pus envahit le tissu cellulaire périprostatique.

Traitement. — Lorsqu'il n'existe pas de rétention d'urine et que la prostatite n'est pas suppurée, le traitement est simple.

Il convient tout d'abord de ne plus faire aucune manœuvre intra-urétrale ; si le malade a une chaudepisse, on ne fera plus ni lavages ni injections ; s'il s'agit d'un prostatique qu'on sonde habituellement, on supprimera les cathétérismes ou on les espacera autant que possible. Dans tous les cas, on aura recours à une médication anti-phlogistique : repos au lit ; diète légère, boissons abondantes ; matin et soir, lavement évacuant suivi d'un petit lavement très chaud à 50°, qu'on conservera autant que possible ; au besoin, la nuit, si les douleurs sont vives, suppositoires belladonés ; les bains généraux, tièdes, un peu prolongés, sont aussi fort utiles. On a conseillé encore les cataplasmes rectaux, les irrigations rectales très chaudes faites