

avec une canule à double courant ; les sangsues au périnée, qu'on n'emploie plus guère.

Lorsque la période aiguë est passée, l'urétrite postérieure doit être méthodiquement traitée par les lavages et on activera la fin traînante de la maladie en faisant précéder les lavages de séances de massage pratiquées comme il sera dit au sujet des prostatites chroniques (p. 559).

La rétention d'urine commande le cathétérisme, mais cette manœuvre comporte ici quelques règles.

Il faut autant que possible éviter l'ouverture de l'abcès dans l'urètre, parce que, s'il est vrai que cette ouverture peut conduire à la guérison, il faut savoir que dans un grand nombre de cas l'ouverture est insuffisante et la maladie traîne en longueur ; souvent encore on est obligé d'ouvrir ensuite par le périnée et le passage de l'urine par la plaie allonge beaucoup le traitement. Voici la pratique que je suis en cas de rétention dans le cours d'une prostatite. Si l'examen attentif du malade révèle la présence d'un abcès, je pratique d'abord l'ouverture de la collection au bistouri et je ne fais le cathétérisme qu'après l'opération ; en agissant ainsi, on ne passe la sonde que lorsque la collection, déjà vidée, ne bombe plus dans l'intérieur du canal. Lorsqu'il n'existe pas d'abcès, le cathétérisme est pratiqué avec douceur, en se servant d'une sonde en caoutchouc (de Nélaton) du n° 15 ou 16 : lorsque, ce qui est rare, cet instrument ne parvient pas à pénétrer jusque dans la vessie, on se sert d'une sonde en gomme à bécuille des mêmes numéros. Si la rétention d'urine est survenue avant que le traitement antiphlogistique indiqué plus haut ait été appliqué, on doit sans retard l'instituer, ce qui évitera souvent de nouveaux sondages ; si le traitement est déjà commencé, il faut le continuer rigoureusement et surveiller attentivement le malade, en pratiquant le toucher rectal tous les jours, pour surprendre la formation probable d'un abcès.

L'abcès de la prostate ou périprostatique doit toujours être ouvert aussitôt reconnu. Trois voies ont été successivement proposées et employées : la voie urétrale, la voie rectale, la voie périnéale, sans compter la voie vésicale préconisée par J.-L. Petit et suivie par quelques chirurgiens de son époque, mais définitivement condamnée depuis longtemps.

La voie urétrale, voie accidentelle presque toujours, a été suivie parfois de parti pris. Velpeau avait même fait construire une sonde conique spéciale. Le doigt dans le rectum, on pousse la prostate en avant, tandis que le cathéter introduit dans l'urètre est enfoncé directement et avec force sur la paroi postérieure de l'urètre prostatique ; l'abcès est ainsi évacué par la sonde. Ce mauvais et dangereux procédé n'a plus qu'un intérêt historique.

La voie rectale, la plus anciennement suivie, présente de nombreux inconvénients, parmi lesquels il faut surtout noter, en dehors des

hémorragies qui ne sont guère à craindre, l'insuffisance de l'ouverture et l'infection secondaire du foyer par toute la flore microbienne du rectum. Ce procédé, encore employé par quelques chirurgiens lorsque la collection fait une saillie nette dans le rectum, doit être à mon avis définitivement abandonné.

La voie périnéale comporte plusieurs procédés. D'abord les très courtes incisions, les ponctions périnéales que recommandait Otto Stoll. Inutiles souvent, toujours dangereuses et insuffisantes, elles doivent céder la place à l'incision franche, large. Celle-ci se fait suivant le procédé de Dittel et Segond ou avec le lambeau périnéal de Zuckerkandl.

Le malade est placé dans la position de la taille et on pratique, d'un ischion à l'autre, une incision curviligne à concavité postérieure dont le milieu passe à un travers de doigt au-devant de l'anus. On sectionne au bistouri jusqu'à ce qu'on arrive sur le bord postérieur du muscle transverse du périnée, et on décolle ensuite avec le doigt le rectum en arrière ; on reconnaît alors facilement la face postérieure de la prostate, qu'on ponctionne avec le bistouri ou avec une sonde cannelée : le pus jaillit alors, l'ouverture est agrandie et, avec le doigt introduit dans le foyer, on déchire les brides qui le cloisonnent, de manière qu'il ne reste plus qu'une seule cavité communiquant largement avec l'extérieur. Il suffit alors de drainer et de tamponner la cavité avec de la gaze antiseptique : le pansement est ensuite renouvelé tous les jours et le drain raccourci prudemment, de manière à obtenir une bonne cicatrisation du fond à la surface.

Les fistules consécutives aux abcès prostatiques et périprostatiques commandent des procédés variables suivant les cas.

En cas de *fistule uréthro-cutanée*, la sonde à demeure seule peut suffire ; plus souvent on aura recours à l'extirpation large du trajet fistuleux, au bourrage de la cavité avec de la gaze et à l'emploi simultané de la sonde à demeure. Dans les *fistules recto-urétrales*, le mieux est encore d'intervenir par le périnée, d'isoler le rectum en suturant sa paroi, de placer une sonde à demeure dans l'urètre et de panser la plaie périnéale par bourrage, sans faire de sutures.

II. — PROSTATITES CHRONIQUES.

Les prostatites chroniques n'étaient guère étudiées il y a quelques années. Des travaux récents que j'aurai à citer, et en première ligne ceux de Finger, ont démontré le rôle considérable que joue l'inflammation de la prostate dans la persistance des vieilles urétrites ; d'un autre côté, on commence à entrevoir une relation possible entre l'inflammation chronique et l'hypertrophie de la prostate. Il est aujourd'hui indispensable de bien connaître les prostatites chroniques qui sont parmi les plus fréquentes des maladies génito-urinaires.

Étiologie. — Toutes les prostatites catarrhales ou parenchymateuses d'origine hémotogène ou glandulaire ascendante, dont nous avons étudié la forme aiguë, peuvent passer à l'état chronique; elles laissent souvent comme reliquat des lésions à longue évolution. Mais la prostatite peut être subaiguë ou chronique d'emblée, ne se manifestant pas au début par les caractères de la forme aiguë: ces cas sont d'ailleurs les plus fréquents.

La prostatite chronique d'emblée est presque toujours d'origine glandulaire ascendante. Pousson (1) cite bien Ledwich et Harrison comme rapportant des observations chez des jeunes gens à la puberté, la prostatite étant occasionnée par l'arthritisme ou la scrofule, mais les cas de Harrison (2) forment une variété bien spéciale de prostatite goutteuse. Goldberg (3), Scharff (4) pensent aussi qu'il existe un certain nombre de prostatites sans que l'urètre soit altéré. De nouvelles recherches feront mieux connaître ces cas obscurs; au point de vue de notre pratique actuelle, l'inflammation de l'urètre postérieur est le point de départ de l'immense majorité des prostatites chroniques.

L'infection des glandes peut être la conséquence de toutes les variétés d'urétrite postérieure.

D'après Oberländer (5), la moitié des prostatites chroniques ne serait pas d'origine blennorragique: cette opinion est contraire à ce que disent les auteurs et à ce que montre l'observation journalière. Dans la presque totalité des cas, l'urétrite postérieure cause de la prostatite est d'origine blennorragique, mais le microbe pathogène de l'infection glandulaire est très rarement le gonocoque, qui a pourtant été vu par Finger (6) et souvent constaté après lui. Dans la plupart des cas, il s'agit d'une infection secondaire post-gonococcique: c'est ainsi que Cohn (7), en étudiant 30 cas d'urétrite postérieure et de prostatite, ne trouve qu'une fois le gonocoque, 11 fois des staphylocoques, 3 fois le streptocoque, 1 fois le colibacille, 2 fois des diplocoques et 1 fois des bactéries indéterminées.

Parmi les urétrites postérieures, je dois une mention spéciale aux urétrites des rétrécis: l'infection de la prostate est dans ces cas constante à des degrés divers, et cette notion doit être bien présente à l'esprit pour ne pas oublier, dans le traitement des rétrécissements, les lésions prostatiques.

Immédiatement après les urétrites post-gonococciques vient, par son importance étiologique, l'hypertrophie de la prostate: il est probable que chez les vieux prostatiques la cause de l'infection glandu-

(1) POUSSON, Précis des maladies des voies urinaires, 1899, p. 301.

(2) HARRISON, *Surgical Disorders of the gen.-urin. Organs*, 4th édit., 1893, p. 245.

(3) GOLDBERG, *Nitze Oberlander Centralbl.*, 1899, Heft 6.

(4) SCHARFF, cité par HOGGE.

(5) OBERLANDER, *Journ. of Cut. and gen.-urin. Diseases*, juillet 1891.

(6) FINGER, *Centralbl. für Harn. und Sex. Org.*, 1893, p. 117.

(7) COHN, *Centralbl. für Harn und Sex. Org.*, 1898, p. 229.

laire réside le plus souvent dans l'urétrite postérieure provoquée par le cathétérisme, et que dans d'autres cas l'infection hémotogène est en cause; mais ce qui pour moi est un fait certain, c'est l'existence fréquente de la prostatite chronique dans l'hypertrophie de la prostate. Ce point est à peu près négligé par les auteurs; j'ai pourtant vu souvent chez les prostatiques vivants de l'inflammation chronique non douteuse de la glande, et dans toutes les prostates hypertrophiées que j'ai examinées au microscope, au nombre d'une centaine, j'ai trouvé des traces indiscutables d'inflammation chronique. Nous discuterons ce point important à propos de l'anatomie pathologique des hypertrophies.

Je ne reviendrai pas sur toute l'étiologie banale déjà exposée en parlant de la prostatite aiguë; mais j'insiste encore sur la très grande fréquence des prostatites chroniques, d'autant plus importante à connaître que le polymorphisme clinique rend souvent le diagnostic malaisé.

Les causes occasionnelles de la prostatite chronique échappent souvent; d'autres fois, on peut incriminer les excès sexuels, en particulier le « coït réservé » qui n'arrive pas à l'éjaculation, et la masturbation; on cite encore les excès de boisson, l'équitation, la bicyclette, surtout lorsque la selle, étroite, s'enfonce dans le périnée. White (1), président d'un cercle de cyclistes, ne croit pas à l'influence occasionnelle de ce sport; mais j'ai souvent observé l'action nocive de la bicyclette.

Anatomie pathologique. — Nous avons dit que l'urétrite postérieure est la compagne habituelle de la prostatite chronique. Sans revenir ici sur ces lésions d'urétrite, je rappelle que, d'après Finger, l'inflammation chronique parcourt deux périodes, la première d'infiltration embryonnaire, la seconde de rétraction scléreuse: je n'insiste pas sur les lésions de la muqueuse elle-même, sur les modifications presque constantes du verumontanum, mais je dois rappeler que les glandes de la muqueuse urétrale sont toujours malades. Il s'agit ici des glandules propres de l'urètre et de l'utricule prostatique; les altérations portent sur les glandes du groupe central qui siègent immédiatement au-dessus de la muqueuse urétrale et atteignent peu les glandes sous-cervicales (Voy. p. 526). Ce n'est point là la vraie prostatite chronique; celle-ci n'existe que lorsque les lésions atteignent les glandes du groupe périphérique qui constituent la prostate proprement dite.

Les altérations des glandes de la prostate et du tissu intermédiaire présentent de nombreuses variétés, non seulement quant à leur degré, mais encore dans leur siège. Les lésions ne se répartissent pas d'une manière uniforme dans tous les groupes glandulaires dont

(1) WHITE, *Journ. of Cut. and gen.-urin. Diseases*, 1898, p. 391.

l'agglomération constitue la prostate : les groupes postérieurs, surtout les postéro-latéraux, sont le plus souvent pris ; dans la plupart des cas, on trouve des noyaux comprenant quelques glandes enflammées, d'autres glandes à côté conservant à peu près leurs caractères normaux.

Le degré des lésions varie du simple catarrhe pyo-desquamatif à la destruction suppurée et plus souvent à la sclérose périglandulaire qui étouffe l'élément épithélial. On ne trouve parfois qu'une simple prolifération de l'épithélium des culs-de-sac qui remplit et dilate la cavité glandulaire. D'autres fois, de nombreux leucocytes encombrant la lumière des glandes avec l'épithélium ; ils dépassent les limites de la cavité et forment dans le tissu interstitiel une infiltration qui entoure les culs-de-sac et se prolonge souvent en manchon autour des canaux excréteurs. Ces lésions épithéliales et périglandulaires déterminent souvent un rétrécissement ou l'oblitération des conduits excréteurs avec rétro-dilatation kystique des culs-de-sac. Parfois encore j'ai cru constater dans mes préparations, à côté des phénomènes que je viens de signaler, une véritable néoformation de culs-de-sac par prolifération excentrique de l'épithélium normal (1). En somme, du côté des épithéliums glandulaires on voit de la prolifération intraglandulaire avec, dans certains cas, dégénérescence des cellules (Fürbringer) ; dilatation kystique des culs-de-sac ; néoformation de culs-de-sac (Albarran).

Dans le tissu interglandulaire, nous avons vu l'infiltration embryonnaire autour des acini et des canaux ; dans des périodes plus avancées, on peut observer la sclérose péri-acineuse, la formation de bandes fibreuses qui parcourent la prostate en directions variées (Fürbringer).

D'après ce que je viens de dire, on comprend la variété des lésions macroscopiques dans la prostatite chronique. Suivant le siège, la plus ou moins grande étendue des lésions, suivant leur degré, la prostate change d'aspect. Le plus souvent, le volume de la glande est augmenté ; d'autres fois, le volume est à peu près normal ou même, quoique rarement, diminué. Au toucher, le tissu de la prostate peut paraître mou, spongieux, mais presque toujours on sent des noyaux plus ou moins indurés dans certains points ; parfois, la consistance de la glande est partout augmentée. A la coupe, on peut voir un tissu plus rougeâtre, riche en sucs ou au contraire plus ferme, plus blanc ; ailleurs encore, on rencontre des tractus fibreux, de petits kystes, de minimes abcès.

Symptômes. — Le polymorphisme clinique des prostatites chroniques est encore plus grand que ne sont variées leurs lésions anatomiques. On peut diviser ces symptômes en *subjectifs*, dont les

(1) Voy. à ce sujet les rapports de l'inflammation avec l'hypertrophie de la prostate.

variétés dépendent plutôt du malade que de la lésion, et *objectifs*, plus particulièrement en rapport avec l'anatomie pathologique de chaque cas.

Symptômes subjectifs. — Perdus dans le syndrome variable de l'urétrite chronique postérieure, ces symptômes ne présentent rien de bien spécial. Ce qui préoccupe la grande majorité des malades, c'est l'existence d'une goutte matinale qu'ils font aussi parfois sourdre du méat lorsque, dans la journée, ils sont restés longtemps sans uriner. D'autres sont surtout attristés par l'écoulement intermittent d'une sécrétion plus en rapport avec la maladie prostatique. Lorsque le malade va à la selle, parfois encore à la fin de la miction, il voit sortir en bavant du méat, en quantité souvent assez abondante ou par une sorte de petite éjaculation, un liquide blanchâtre d'odeur spermatique : parfois encore, pendant la miction, on voit brusquement sortir avec le jet d'urine un bouchon muco-purulent, et il n'est pas rare que son expulsion s'accompagne d'une sensation de brûlure gênante.

Ces différents écoulements sont en rapport avec l'urétrite postérieure ou avec la sécrétion anormale des glandes de la prostate ; mais le malade pense souvent qu'il perd son sperme, qu'il s'affaiblit, et s'en préoccupe à un haut degré. De plus en plus il s'observe ; il constate que ses mictions sont fréquentes, qu'elles s'accompagnent de sensations pénibles et, peu à peu, il finit par présenter des douleurs périnéales, des sensations pénibles dans des endroits variés. Les phénomènes de la *neurasthénie* urinaire s'accroissent souvent à un haut degré ; souvent encore quelques troubles génitaux s'ajoutent au syndrome urinaire : la puissance sexuelle est diminuée, parfois même abolie ; d'autres fois, l'éjaculation s'accompagne de sensations pénibles ou encore le sperme contient un peu de sang. Cette hémospémie pourrait, d'après Keersmaecker (1), s'observer indépendamment de toute lésion des vésicules séminales.

Les symptômes subjectifs variés que je viens d'énumérer sont très accusés chez certains malades, tandis qu'il en est d'autres chez qui la maladie évolue sans guère occasionner de troubles. Dans tous les cas, les symptômes sont plus marqués lorsqu'une cause quelconque détermine des phénomènes congestifs dans la prostate, et on peut alors observer des poussées subaiguës : ainsi agissent le froid, les excès sexuels, les écarts de régime, etc. Pendant ces poussées, le malade présente des mictions fréquentes et douloureuses, des sensations pénibles dans l'anus et le périnée, etc.

Symptômes objectifs. — Nous étudierons les sécrétions de la prostate, et les renseignements fournis par le cathétérisme et par le toucher rectal.

(1) KEERSMAECKER, *Centralbl. für Harn und Sex. Org.*, 1899, p. 144.

1° ÉCOULEMENTS PROSTATIQUES. — Il existe quelque confusion dans les auteurs au sujet des écoulements prostatiques dans la prostatite chronique : les uns entendent par prostaticorrhée la sécrétion anormale, contenant des globules de pus, qui se voit dans les inflammations chroniques ; d'autres, avec Sturgis (1), éliminent soigneusement de la prostaticorrhée tout liquide contenant des leucocytes ; il ne s'agit pour eux que d'une sécrétion exagérée des glandes non enflammées. Le nom importe peu, mais la distinction de Sturgis a sa raison d'être. J'y reviendrai en parlant du diagnostic.

Dans les prostatites chroniques, on observe deux variétés d'écoulements urétraux : 1° l'écoulement de l'urétrite postérieure qui existe presque toujours, et dans la constitution duquel les glandes prostatiques jouent un certain rôle ; 2° l'écoulement du produit de sécrétion des glandes.

L'écoulement à l'extérieur du liquide altéré des glandes prostatiques se fait parfois spontanément pendant la défécation ou à la fin de la miction : les glandes se vident alors de leur contenu par la pression directe du bol fécal, ou par la contraction musculaire du sphincter prostatique. Lorsque le liquide sort ainsi spontanément, il est toujours mélangé aux produits de sécrétion des glandes de l'urètre, souvent même au contenu des vésicules séminales. On peut obtenir le liquide prostatique relativement pur en faisant uriner le malade, ou en lavant l'urètre et en pratiquant ensuite le massage rectal de la prostate pour vider les glandes par expression directe : on recueille le liquide au méat ou, à la manière de Cohn, directement dans l'urètre prostatique en se servant de l'endoscope.

L'écoulement spontané ou provoqué de liquide prostatique varie beaucoup en quantité, suivant les variétés de prostatite : il est très abondant lorsque la prostate est grosse, molle au toucher, et rare dans les cas de prostate noueuse, indurée, scléreuse.

Les caractères physiques du liquide prostatique dans les prostatites sont les suivants : il est épais, blanchâtre ou blanc jaunâtre, d'odeur spermatique, due à la lécithine qu'il contient, de réaction alcaline : ce liquide empêche le linge lorsqu'il sèche et forme des taches à contour régulier.

Au microscope, on trouve dans l'écoulement des cellules plus ou moins conservées, parmi lesquelles les cylindriques sont les plus caractéristiques ; des leucocytes en nombre variable, mais toujours abondants ; souvent des débris de spermatozoïdes, surtout des têtes ; enfin, des corps amylacés et des cristaux de Bœttcher, caractéristiques de la sécrétion prostatique. L'importance de ces différents éléments est très variable, et tous existent dans le liquide prostatique normal.

Les éléments cellulaires peuvent n'être représentés que par des

(1) STURGIS, *Journ. of Cut. and gen.-urin. Diseases*, 1898, p. 263.

débris d'éléments, ou par quelques cellules cylindriques sans caractères distinctifs. Les *leucocytes*, surtout lorsqu'ils sont abondants et qu'on les constate après lavage de l'urètre, indiquent bien que les glandes prostatiques sont enflammées, car il n'en existe que de très rares dans la sécrétion normale de la prostate.

Les corps amylacés se trouvent dans la prostate, mais on peut encore les rencontrer dans le liquide des vésicules séminales. Les cristaux de Bœttcher ne se trouvent spontanément dans le liquide prostatique que lorsqu'il est mélangé à la sécrétion des vésicules séminales : on détermine leur formation dans le liquide prostatique en y ajoutant une goutte de la solution de phosphate d'ammoniaque au 1 p. 100. Les débris de spermatozoïdes, qu'on rencontre dans le liquide prostatique assez fréquemment, ne sont pas dus à de la spermatorrhée : Finger a constaté que dans les diverticules des canaux éjaculateurs chroniquement enflammés on trouve des spermatozoïdes qui y séjournent ; ce sont eux que la pression fait sortir en même temps que les acini glandulaires évacuent leur contenu.

2° CATHÉTÉRISME. — Le cathétérisme explorateur ne donne en général que peu de renseignements dans les prostatites chroniques. On note bien l'existence d'une sensibilité exagérée de la portion prostatique, on constate que la boule exploratrice ramène en sortant un peu de pus de l'urètre postérieur, mais ce sont là les symptômes de l'urétrite postérieure. Dans d'autres cas, on note l'augmentation de longueur de la portion prostatique qui peut faire croire à l'hypertrophie de la prostate, surtout lorsqu'il existe en même temps de la rétention incomplète d'urine.

La rétention d'urine incomplète n'est pas très rare dans les prostatites chroniques : ce fait est signalé par Guyon et Harrison ; Janet l'a de nouveau indiqué, et je l'ai moi-même observé assez souvent, même chez des individus jeunes. Il est difficile de faire la part, dans ces cas, à l'obstacle prostatique et à l'influence du système nerveux.

L'examen endoscopique montre les lésions variées de l'urétrite postérieure, mais ne fait rien voir qui indique avec certitude la propagation de l'inflammation aux glandes prostatiques proprement dites.

3° TOUCHER RECTAL. — Dans presque tous les cas de prostatite chronique, le volume de la glande est augmenté dans des proportions modérées ; lorsque la prostate paraît très volumineuse, à contours peu nets, c'est qu'il existe en même temps de la périprostatite. L'augmentation de volume peut porter sur toute la glande d'une façon régulière, ou être plus accusée dans un des lobes. Rarement la prostate scléreuse est réellement diminuée de volume : personnellement, je n'ai vu l'atrophie que consécutivement à la destruction de la glande par la prostatite suppurée. Harrison la signale après le séjour prolongé d'une canule périméale.

Les contours de la glande sont accessibles au doigt et généralement