

nets, parfois un peu irréguliers sur les parties latérales. Souvent, du côté des *vésicules séminales*, on sent un peu d'empâtement dans le tissu qui entoure leur sommet ; il n'est pas rare non plus de constater qu'une des vésicules est augmentée de volume, et que par la pression on vide mal son contenu. Souvent, en effet, avec la prostatite chronique coexiste l'inflammation chronique des canaux éjaculateurs et des vésicules séminales.

La *consistance* de la prostate au toucher rectal est variable. Chez certains malades, la glande paraît grosse, lisse, tendue, molle au toucher, et chez eux, par la pression, on fait sourdre en abondance le liquide prostatique. Chez d'autres, la prostate est grosse dans son ensemble, plus ferme, plus dure qu'à l'état normal, quelque peu irrégulière : la pression donne peu ou pas de liquide. Souvent encore on remarque surtout l'existence de noyaux indurés, parfois très durs, siégeant plus particulièrement sur les parties latérales, mais pouvant se trouver dans un point quelconque de la glande.

La *sensibilité* de la glande à la pression est toujours augmentée, mais varie beaucoup d'un malade à l'autre. Généralement la pression est pénible et la sensation douloureuse est plus marquée dans certains points, surtout, mais non exclusivement, au niveau des noyaux plus indurés.

Diagnostic. — Le diagnostic des prostatites chroniques est basé sur l'existence d'une prostatite aiguë ou d'une blennorrhagie antérieure, sur les caractères des écoulements prostatiques et les résultats du toucher rectal.

On confond les prostatites avec les écoulements de l'urétrorrhée, de la prostaticorrhée simple, de la spermatorrhée ; avec la prostatite tuberculeuse et l'hypertrophie de la prostate. Je renvoie aux chapitres sur la tuberculose et l'hypertrophie pour ces deux diagnostics (Voy. p. 575).

L'*urétrorrhée* n'est que cet écoulement de liquide transparent et filant, produit des glandes de Cowper et de Littre, que certains sujets remarquent pendant les érections. Point de ressemblance entre ce liquide et le liquide louche, blanc jaunâtre, des prostatites.

La *prostaticorrhée simple*, confondue depuis Gros avec la prostatite, doit en être distinguée. Il n'y a pas ici d'inflammation, mais une sécrétion exagérée de liquide prostatique, qui s'écoule notamment pendant la défécation ou à la fin de la miction. On voit surtout cette prostaticorrhée simple chez les individus adonnés à la masturbation, chez ceux qui font des excès sexuels et pratiquent le *coït réservé*, chez des névropathes. Les caractères de l'écoulement sont analogues à ceux qu'on observe dans les prostatites, mais le liquide prostatique conserve ici tous ses caractères normaux : il est acide et non alcalin ; il ne contient pas, ou à peine, de leucocytes ; enfin on y trouve les corpuscules graisseux normaux qu'on ne voit plus dans la prostatite.

Goldberg attribue une grande importance diagnostique à la disparition de la graisse, et il pense que lorsque dans une prostatite on la voit reparaitre, la guérison est proche.

Le diagnostic s'appuie encore sur la non-existence de l'urétrite postérieure et sur les caractères de la prostate au toucher rectal. La prostate peut être un peu plus grosse que d'habitude, mais elle est régulière, sans noyaux indurés.

La *spermatorrhée* se reconnaît bien à l'existence en quantité considérable de spermatozoïdes bien formés, souvent doués de mouvements. Dans la prostatite, lorsqu'on a soin d'examiner le liquide sans masser les vésicules séminales et quelques jours après tout coït, on ne trouve pas de spermatozoïdes, ou on n'en voit dans le liquide que de rares débris, en particulier des têtes. La spermatorrhée est d'ailleurs beaucoup plus rare que ne le croient les malades.

Pronostic. — Les prostatites chroniques ne doivent pas être négligées. Par elles l'infection urétrale renaît sans cesse et les urétrites chroniques s'éternisent par auto-infection. D'un autre côté, les lésions des canaux éjaculateurs, si fréquentes, peuvent conduire à la stérilité. Notons encore la possibilité de poussées subaiguës ou même aiguës, les infections vésicales et testiculaires. Enfin, je dois ajouter que la prostatite chronique paraît jouer un rôle dans le développement de certaines hypertrophies et que l'inflammation chronique de la glande hypertrophiée est la source de nombreux accidents.

Traitement. — Au point de vue pratique, il ne faut jamais oublier que la prostatite chronique est presque toujours accompagnée d'urétrite postérieure, que les vésicules séminales sont très souvent malades en même temps que la prostate, que parfois encore la vessie est infectée. Toutes ces infections paraprostatiques demandent à être soignées en même temps que la prostate elle-même, sous peine d'échec dans le traitement par auto-infection des glandes. Pour soigner l'urétrite postérieure, on emploiera, suivant les cas, comme il a été déjà dit, les grands lavages avec du permanganate de potasse, de l'oxycyanure de mercure, du sublimé, les instillations variées ; dans certains cas, les différents traitements locaux que permet l'endoscopie urétrale. Je ne reviens pas sur ces différents points.

Les lésions de la prostate elle-même seront traitées par différents moyens locaux et généraux.

L'*hygiène* du malade présente une réelle importance. On évitera toute cause de congestion prostatique, notamment les excès de table, la constipation, les abus sexuels ; on défendra l'équitation et la bicyclette. Pour lutter contre la constipation et diminuer la congestion pelvienne, le massage abdominal rend de réels services, comme l'a dit Nogués (1). En ce qui regarde le coït, je crois qu'on doit le

(1) Nogués, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1898, p. 682.

proscrire dans les cas subaigus, mais qu'on doit le permettre dans les cas franchement chroniques. Je conseille à mes malades de pratiquer assez régulièrement le coït en se servant d'un condom et en évitant les longues excitations; beaucoup se trouvent mieux après avoir eu des rapports sexuels.

A côté de ces mesures hygiéniques, il est nécessaire, dans un grand nombre de cas, de s'occuper sérieusement de la neurasthénie des malades; le traitement psychique, les douches, l'électrisation statique, la vie au grand air, l'exercice modéré, sont les agents les plus puissants de ce traitement.

Je n'emploie guère de médicaments donnés à l'intérieur; l'iode de potassium, souvent employé, ne me paraît donner aucun résultat et je n'ai guère vu non plus les effets utiles de la strychnine qui provoquerait la contraction des fibres lisses de la prostate (?). L'*opothérapie* est très vantée par Oppenheimer, qui dit avoir obtenu d'excellents résultats chez dix-sept malades: il administre 15 centigrammes d'extrait prostatique par jour. D'après Oppenheimer (1), si, après une semaine de traitement, on ne remarque pas de résultat sensible, il faut abandonner ce médicament.

La *médication locale* peut se faire par la voie urétrale ou par la voie rectale.

La médication topique par la *voie urétrale* a une réelle importance pour l'urétrite postérieure, et, celle-ci disparue, on voit souvent la prostatite subaiguë guérir, surtout la prostatite gonococcique. Dans les cas de prostatites chroniques invétérées, ces moyens ne suffisent plus et les manœuvres préconisées: le cathétérisme avec des instruments métalliques, les bougies médicamenteuses, sont plutôt nuisibles qu'utiles. En ce qui regarde les différentes instillations, elles n'agissent guère sur les lésions des glandes prostatiques: leur action s'épuise dans la muqueuse urétrale.

Par la *voie rectale*, on emploie avec avantage les grands *lavages intestinaux* avec 1 ou 2 litres de liquide très chaud, de 45° à 50°. Les *irrigations rectales*, avec des canules à double courant, faites avec des liquides chauds, peuvent aussi être utiles. Scharff a conseillé de faire alterner dans la même séance des courants chauds et froids. Les *suppositoires*, les *petits lavements* contenant de l'ichtyol, sont souvent employés: on fait encore les suppositoires avec de l'iodoforme, de l'onguent napolitain, etc. Pour mon compte, j'ai renoncé à ces moyens qui ne me paraissent guère donner de résultats: les seuls suppositoires ou petits lavements que j'emploie, au besoin, sont des suppositoires calmants. J'ai obtenu au contraire de bons effets avec les irrigations très chaudes que je pratique avec la canule que Collin m'a construite à cet effet.

(1) OPPENHEIMER, *Dermat. Centralbl.*, 1899, n° 4, et *Deutsche med. Zeit.*, 20 février 1899.

Les moyens diététiques et médicamenteux que je viens d'énumérer suffisent souvent pour guérir les prostatites subaiguës et même certaines prostatites chroniques lorsque le liquide exprimé de la prostate contient encore des gonocoques. Différents autres praticiens, récemment encore Hogge et Janet, ont constaté comme moi que les prostatites à gonocoques guérissent mieux et plus vite que les autres: la raison est, je crois, que les gonocoques ne se trouvent guère que dans les prostatites encore récentes.

Même dans les prostatites subaiguës à évolution très torpide et dans les chroniques à gonocoques, il convient d'employer, avec le traitement indiqué, le massage rectal de la prostate. La durée de la maladie s'en trouve très diminuée, et c'est surtout dans ces cas que le massage donne de bons résultats.

Le *massage* est encore le principal moyen thérapeutique dans la plupart des prostatites chroniques non gonococciques. D'après Frisch (1), Lowenfeld en 1858 et Estlander en 1879 avaient déjà employé le massage prostatique préconisé depuis par Thure-Brandt et entré définitivement dans la pratique après les travaux d'Ebermann (2), de Rosenberg (3), Finger, etc. En France, l'enseignement de M. Guyon et le mien ont, depuis plusieurs années, préconisé le massage; dernièrement, Aubry (4) l'étudie dans sa thèse. Après avoir été employé un peu dans tous les cas, on a constaté que le massage échouait parfois; récemment, ce moyen de traitement a été assez critiqué dans de très bons travaux par Goldberg (5) et par Hogge (6). Ce dernier auteur ne croit guère que le massage serve à vider les glandes de leur contenu; il pourrait même les faire éclater: « le petit abcès crèvera, semant dans la sphère ambiante les germes qu'il recérait »; enfin, le massage n'agirait pas sur les glandes de la partie anté-urétrale de la prostate ni sur celles du lobe médian. Ces critiques me paraissent exagérées et Hogge lui-même le reconnaît, puisque, en somme, il emploie le massage chez la plupart de ses malades: le massage, il est vrai, n'agit pas sur les glandes de la portion antérieure ni sur celles dites du lobe médian (glandes sous-cervicales, sous-muqueuses), mais précisément l'inflammation chronique n'atteint qu'assez rarement ces groupes glandulaires: les « petits abcès » sont rares dans les prostatites chroniques et le massage n'a pas pour but que de vider les glandes; il agit encore en activant la résorption des exsudats interglandulaires. Que d'ailleurs, dans beaucoup de cas, le massage serve en réalité à vider de leur contenu un certain nombre de culs-de-sac glandulaires, cela est

(1) FRISCH, *Loc. cit.*, p. 74.

(2) EBERMANN, *Wien. med. Presse*, 1895, p. 48.

(3) ROSENBERG, *Nitze Oberländer Centralbl.*, 1895, p. 87.

(4) AUBRY, Thèse de Paris, 1899.

(5) GOLDBERG, *Nitze Oberländer Centralbl.*, 1899, Heft 6.

(6) HOGGE, *Assoc. franç. d'urol.*, 1900, p. 268.

amplement démontré par le liquide qu'on recueille après l'avoir pratiqué. La vérité est que le massage, très utile dans un grand nombre de prostatites chroniques, ne suffit pas à les guérir toutes, qu'il est nuisible dans les cas aigus et ne doit être employé qu'avec prudence dans les cas subaigus. Rarement, dans les cas chroniques, il est mal supporté, et il se montre surtout utile dans les cas de prostates molles, lorsque les glandes peuvent encore se vider, lorsque les exsudats interstitiels n'ont pas encore abouti à la formation de tissu fibreux. J'ai vu encore d'excellents résultats lorsque la prostate est dure dans son ensemble, ou lorsqu'il existe des noyaux indurés, et j'ai constaté chez certains malades que, après deux ou trois séances, on obtenait plus de liquide que la première fois. Dans d'autres cas, malgré le massage, on n'obtient pas de liquide et la glande ne se modifie guère: alors la prostatite est très rebelle à toute thérapeutique.

Les séances de massage sont généralement pratiquées tous les deux jours et, si elles déterminent peu de réaction, peuvent être faites tous les jours. Dans chaque séance, j'ai l'habitude de procéder ainsi: 1° massage; 2° faire uriner le malade pour entraîner les sécrétions; 3° lavage uréthro-vésical sans sonde avec de l'oxycyanure de mercure de 1/4000^e à 1/2000^e, laissant dans la vessie une partie du liquide; 4° massage; 5° faire uriner le liquide antiseptique retenu dans la vessie. Les pressions sur la prostate doivent être faites, comme le conseille Hogge, de la périphérie au centre, ce qui permet, en suivant la direction des canaux excréteurs, de mieux vider les glandes.

Je rappelle encore la fréquence de la spermatocystite et l'utilité qu'il y a, dans un grand nombre de cas, à faire, en même temps que le massage de la prostate, celui des vésicules séminales. Pour ces dernières, on peut être obligé, non seulement de presser avec la main gauche sur l'hypogastre, manœuvre toujours utile, mais encore de faire usage d'un doigtier (Glenn) (1). On a recommandé aussi de conseiller au malade de se faire lui-même le massage avec le pouce de chaque main alternativement introduit dans le rectum: le pouce droit masse le lobe gauche de la prostate et le pouce gauche le lobe droit. Il vaut mieux, je crois, ne pas donner ce conseil; la manœuvre est tant soit peu ridicule et doit souvent être mal exécutée.

A côté du massage, on emploie assez souvent aujourd'hui l'électricité dans le traitement des prostatites chroniques rebelles. Tripiér (2) avait déjà fait quelques essais dans ce sens, lorsque Chéron et Moreau Wolff (3) conseillèrent les courants continus. Popper (4) recommande la faradisation avec une électrode rectale en caoutchouc durci terminée

(1) GLENN, *Journ. of Cut. and gen.-urin. Diseases*, 1898, p. 275.

(2) TRIPIÉR, cité par CHÉRON et MOREAU WOLFF.

(3) CHÉRON et MOREAU WOLFF, *Gaz. des hôp.*, 1870.

(4) POPPER, *Wiener med. Blätter*, 26 janvier 1899.

par une plaque métallique, l'autre électrode étant placée sur le ventre: d'après lui, on obtient ainsi dans la prostatorrhée, la spermatorrhée et la prostatite chronique, des résultats supérieurs à ceux du massage: mieux que celui-ci, la faradisation viderait les glandes prostatiques et donnerait de la tonicité aux muscles. J. Janet (1) a employé un procédé analogue avec des résultats assez encourageants.

Récemment, Hogge (2) associe le massage à l'électrisation continue. Il se sert, pour pratiquer l'électro-massage, d'un doigtier en caoutchouc à l'extrémité duquel se trouve une mince feuille de platine dans laquelle vient s'épanouir un faisceau de fils conducteurs (fig. 154 et 155).

Le courant employé est de 5 à 10 mil-

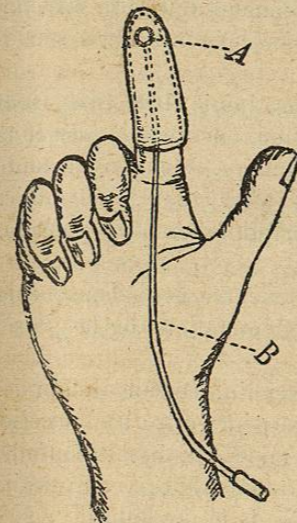


Fig. 154. — Doigtier de Hogge pour l'électrisation de la prostate. — A, plaque excitatrice; B, fil conducteur.

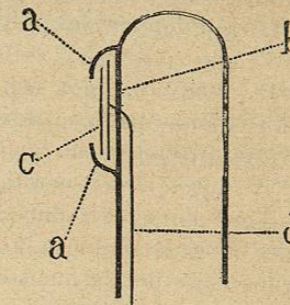


Fig. 155. — a, rainure en caoutchouc; b, doigtier; c, disque de peau de chamois maintenu dans la rainure du doigtier; d, fils conducteurs allant s'épanouir dans le disque de platine.

liampères et pendant l'électrisation on exerce de légères pressions sur la prostate. Les résultats obtenus par Hogge dans des cas rebelles recommandent l'emploi de son procédé.

III

TUBERCULOSE DE LA PROSTATE

La tuberculose de la prostate est une maladie fréquente; les très nombreux travaux qu'elle a suscités en ont décrit toutes les phases anatomiques et cliniques. Mais en elle-même la localisation de la tuberculose à la prostate n'a guère été étudiée isolément. La grande

(1) Jules JANET, *Assoc. franç. d'urol.*, 1900, p. 321.

(2) HOGGE, *Assoc. franç. d'urol.*, 1900, p. 275.