

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 spermatozystite 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. Tripiet (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) TRIPIET, 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-

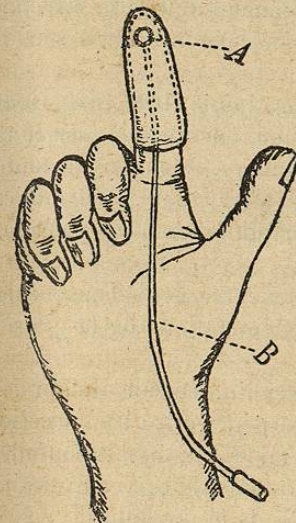


Fig. 154. — Doigtier de Hogge pour l'électrisation de la prostate. — A, plaque excitatrice; B, fil conducteur.

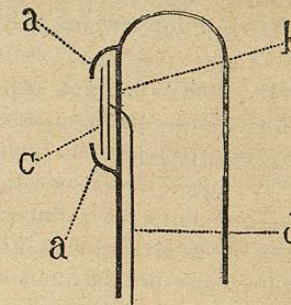


Fig. 155. — a, rainure en caoutchouc; b, doigtier; c, disque de peau de chamois maintenu dans la rainure du doigtier; d, fils conducteurs allant s'épanouir dans le disque de platine.

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.

majorité des auteurs ont traité les uns de la tuberculose génito-urinaire, les autres de la phymatose génitale, et n'ont rencontré la tuberculose de la prostate que comme une étape, importante il est vrai, de cette tuberculose localisée à tout un appareil. Dans ces dernières années, les perfectionnements de l'exploration clinique et de l'examen histologique ont permis de saisir les débuts de la maladie, et montré qu'à côté de la tuberculose génitale ou urinaire ayant envahi la prostate, il existe une tuberculose primitive de la glande péri-urétrale, susceptible, soit d'évoluer isolément, fait rare, soit, fait plus fréquent, d'être le point de départ d'une généralisation secondaire.

Historique. — Bayle (1808), James Wilson, Louis (1825-1843), sont les premiers auteurs qui étudient la question, encore que très incidemment, au cours de la phtisie pulmonaire. Viennent ensuite Dupuytren, Ammon (de Dresde), Rayet, Verdier (1838), Cruveilhier (1838-1842), qui donnent les premières descriptions anatomo-pathologiques.

En 1842, Velpeau, dans son article *Prostate*, ne consacre à la tuberculose qu'une page, et reporte aux inflammations de la glande les « cavernes urinaires de la prostate ».

En 1853, après les observations de Marjolin, Durand-Logerais, Lefèvre, Viart, Bauchet et Bacquias, Lebert peut écrire un bon chapitre d'anatomie pathologique (1), si bien qu'en 1854 la thèse de Dufour, inspirée des idées de son maître Ricord, résume toutes les connaissances de l'époque, et étudie la tuberculose de la prostate au cours de la tuberculose des organes génito-urinaires.

En Allemagne, Rokitansky, Virchow, Klebs, Cohnheim, étudient la question, mais la lésion prostatique n'est envisagée que comme étape de la tuberculose génito-urinaire.

Les travaux ultérieurs en France et à l'étranger marchent dans la même voie; il en est ainsi dans les publications de Deffau (1874), Reclus (1876), Bierry (1878), Verneuil (1879), Rég. Harrison (1882), Collinet (1883), English (1883), Zincke (1894), Feuchère (1895) (2).

Déjà pourtant ont paru quelques observations de tuberculose primitive et isolée de la prostate. Béraud, Robin et Vidal (1857), Thompson (1866), récemment Simmonds, Conitzer, Krywicki, Orth, puis Marwedel (1892), établissent définitivement la localisation primitive et isolée de la phymatose à la glande péri-urétrale.

La question est encore incidemment traitée au cours des études de la tuberculose rénale (Cohnheim, Jain, Cayla, Steinthal); le traite-

(1) LEBERT, Traité des maladies scrofuleuses et tuberculeuses. Paris, 1853. — Traité d'anatomie pathologique, avec planches.

(2) COLLINET, Considérations sur la tuberculose des organes génito-urinaires chez l'homme, thèse de Paris, 1883, n° 206. — E. B. ZINCKE, Essai sur le traitement des abcès tuberculeux de la prostate, thèse de Paris, 1894, n° 96. — FEUCHÈRE, thèse de Paris, 1895.

ment enfin bénéficie des progrès de la chirurgie moderne, et depuis Dittel (1874), Bouilly (1885), Guyon, Albarran (1891), Zuckerkandl (1893), la tuberculose de la prostate est entrée dans le domaine chirurgical.

Étiologie. — Il nous faut envisager successivement la tuberculose primitive et la phymatose secondaire.

Certaines causes générales président pourtant à l'une comme à l'autre et la pathogénie de l'infection ne diffère pas dans les deux variétés d'infection.

L'infection de la glande se fait, dans la très grande majorité des cas, par la voie sanguine; rarement par continuité directe ou par la voie glandulaire ascendante dans les cas de tuberculose génitale ou urinaire primitive avec envahissement secondaire de la prostate. Même dans ces derniers cas, la localisation des bacilles dans la prostate se fait souvent par l'intermédiaire de la circulation générale.

L'infection primitive venant de l'extérieur par la voie urétrale directe a été soutenue par Verneuil et Cohnheim, par Fernet; ces auteurs admettent que le coït avec une femme atteinte de tuberculose génitale infecterait l'urètre antérieur et de là les bacilles gagneraient la prostate. Fritsch accuse même les cathétérismes impurs et le port de vêtements souillés de bacilles tuberculeux. Les observations citées pour démontrer l'inoculation directe de la prostate par la voie urétrale, y compris celle de Bonis (de Montauban), ne me paraissent pas démonstratives.

La tuberculose de la prostate est une affection de l'âge adulte, de la période d'activité sexuelle, de vingt à quarante ans; toutes les statistiques coïncident sur ce point. Exceptionnellement, elle frappe les âges extrêmes. Louis Jullien signale 1 cas à l'âge de soixante-sept ans, Hoffmann à soixante-huit, Marwedel à soixante-trois, Verneuil un autre cas chez un jeune enfant. La prostate est rarement frappée dans le jeune âge; ses dimensions rudimentaires, sa non-existence physiologique expliquent facilement ce fait. Hutinel et Deschamps ne la rencontrent pas à cet âge comme tuberculose secondaire à l'infection des testicules.

L'hérédité directe est notée par Desnos dans 16 cas sur 35. On a invoqué aussi certaines causes locales: la masturbation dans le jeune âge, les excès de coït, la vie sédentaire, toutes les congestions pelviennes; ces facteurs ont ici une valeur restreinte comme dans toute tuberculose.

La *tuberculose primitive* a une étiologie encore peu connue, comme celle d'ailleurs de toute tuberculose locale. Mais elle possède une cause locale importante signalée déjà depuis longtemps, la blennorrhagie chronique.

L'urétrite postérieure chronique, rebelle à tout traitement, chez des prédisposés héréditaires ou personnels à la tuberculose, est sou-

vent la cause déterminante de la tuberculose prostatique. M. Guyon a longuement insisté sur ces « cas limités » ; le passage à la tuberculose est insensible chez les malades en puissance de bacilles.

Ricord avait déjà signalé la blennorrhée tuberculeuse. Cornil et Babès avaient trouvé à l'examen de vieilles gouttes urétrales le bacille de Koch associé aux débris épithéliaux et à différents micro-organismes.

La tuberculose primitive de la prostate serait rare, à en juger d'après le petit nombre d'observations publiées. Marwedel, à ce sujet, fait justement remarquer que l'affection latente, à son début, ne comporte qu'un examen tardif, et Conitzer que la clinique est impuissante à en révéler le début. Béraud, dans sa thèse, en rapporte un cas probant, puis Broca, Robin et Vidal; Krywicki cite un cas où seule la prostate était tuberculeuse, un autre où des lésions de tuberculose miliaire généralisée étaient associées à des tubercules anciens de la prostate.

Je citerai encore les deux cas de tuberculose génito-urinaire dans lesquels Socin (de Bâle) a cru pouvoir affirmer le début par la prostate; l'observation d'Audin où la tuberculose généralisée fut consécutive à la phymatose prostatique et celle de Claude, qui vit la tuberculose évoluer localisée dans la prostate.

Il est probable qu'un examen plus précoce et plus attentif sur ce point multipliera les observations, puisqu'aucune raison n'existe qui empêche la prostate de devenir tuberculeuse, à l'égal de n'importe quel organe.

La *tuberculose secondaire* de la prostate éclate au cours d'une tuberculose primitive quelconque, affectant les poumons, les os, (Marwedel), les intestins, le cerveau, le foie, les capsules surrénales, les muscles (Jullien).

Reclus, chez 100 phtisiques, trouve deux localisations génitales; d'autre part, chez 30 tuberculeux génitaux, 16 avaient des lésions pulmonaires. Louis Jullien sur 41 cas, Desnos sur 30 arrivent à la même proportion; Jani 4 fois sur 6 chez des tuberculeux pulmonaires a trouvé des bacilles dans les cellules épithéliales de la prostate sans lésions tuberculeuses, mais ses observations demandent à être confirmées.

Reste à étudier l'envahissement de la prostate dans la tuberculose génito-urinaire.

La prostate est fréquemment envahie, au point que certains auteurs (Virchow) regardent sa participation précoce ou tardive comme constante, opinion évidemment exagérée, puisque, parmi les pièces de tuberculose génito-urinaire du musée Guyon, il en existe plusieurs dans lesquelles la prostate n'est pas atteinte.

Les différentes statistiques données sont les suivantes :

Simmonds, sur 35 cas de tuberculose testiculaire, trouve 26 fois la

prostate envahie; Oppenheim, sur 27 cas, 18 fois; Krywicki, sur 15 cas, 14 fois; Collinet, sur 70, 44 fois.

Louis Jullien, sur 41 cas de tuberculose prostatique, trouve les associations suivantes : reins, 23; vésicules séminales, 20; testicules, 17; canal déférent, 14; épидидyme, 13; vessie, 13. Desnos, de même, sur 16 cas, trouve : épидидyme et testicule, 14; reins, 7; vésicules séminales, 12; vessie, 10. La tuberculose de la prostate s'accompagne donc le plus fréquemment de tuberculose génito-urinaire.

Il est important de connaître le point de départ de cet envahissement tuberculeux. Les opinions des auteurs à ce sujet peuvent être réparties en trois catégories. La tuberculose génito-urinaire débute pour les uns par le testicule, pour les autres par le rein, pour les derniers par la prostate.

1° Début par le testicule et envahissement secondaire de la prostate (Rokitansky, Virchow, Klebs, Weigert, Cruveilhier, Ricord, Dufour...). La prostate est envahie par voie ascendante de continuité par le canal déférent. Powel (de Breslau) a même prétendu qu'un seul testicule était primitivement envahi, puis le cordon et la vésicule correspondantes, la prostate et enfin les voies spermatiques du côté opposé.

2° Début par le rein (Rayer, Cohnheim, Steinthal, Tapret, Cayla...), voie descendante par l'uretère, la vessie, l'urètre prostatique, la prostate, « le bacille de Koch descend le cours de l'urine et remonte celui du sperme » (Cayla).

3° Début par la prostate et généralisation secondaire à l'appareil génito-urinaire [Chambaud, d'après Cruveilhier, Vidal (de Cassis), Béraud, Robin, Simmonds, Krywicki, Marwedel, Conitzer].

Il est rationnel, avec les connaissances actuelles sur la tuberculose primitive du rein, du testicule, de la vessie et de la prostate, de conclure que le point de départ varie avec chaque cas. La constatation des lésions plus avancées dans un organe n'est pas une preuve absolue de la précocité de son atteinte; les lésions, du reste, dans de nombreux cas, ne sont pas continues dans les différents organes, et il faut non seulement admettre, avec Reclus et Le Dentu, une inoculation à distance qui ne permet point de suivre la marche de l'infection, mais encore l'infection successive ou simultanée par la voie circulatoire des différentes parties de l'appareil génito-urinaire.

La conclusion générale est que la tuberculose de la prostate peut être primitive et rentrer dans le groupe des tuberculoses locales de Friedländer, ou secondaire et dans ce cas succéder à un envahissement d'un autre organe et principalement d'une portion quelconque des voies génito-urinaires.

Anatomie pathologique. — La tuberculose présente dans la prostate la même évolution anatomique que dans tout organe. On y

rencontre les deux grandes formes anatomiques, la granulation grise, le tubercule congloméré, et les dualistes avaient voulu les différencier, là comme partout ailleurs (Virchow).

La tuberculose aiguë est rare. Klebs en cite un cas, encore que douteux, et les observations nécropsiques de granulie aiguë sont muettes sur la participation de la prostate.

Le tubercule évolue dans la prostate comme partout ailleurs, soit vers la caséification, soit vers la transformation fibreuse, altérations ultimes dans le premier cas, processus de guérison spontanée dans le second.

Au point de vue HISTOLOGIQUE, la tuberculose prostatique ne présente guère de particularités intéressantes. Le point de départ des altérations tuberculeuses paraît se trouver au niveau même des acini glandulaires, dans leur épithélium ou dans le stroma immédiatement en contact avec les culs-de-sac. Simmonds a vu dans les premiers stades de l'affection une prolifération abondante de l'épithélium glandulaire, le tissu conjonctif infiltré de cellules rondes et les bacilles logés avec prédilection entre l'épithélium et les couches sous-jacentes de tissu conjonctif. Marwedel place, lui aussi, le point de départ dans les culs-de-sac glandulaires.

J'ai eu moi-même occasion d'étudier deux prostates tuberculeuses au début de l'évolution morbide, et j'ai été frappé de la part importante que prend l'épithélium des acini dans la néoformation : dans les jeunes tubercules se voient englobés les culs-de-sac dilatés, remplis de cellules épithéliales proliférées et dégénérées mêlées à des leucocytes : l'infiltration embryonnaire siège presque exclusivement autour des acini et ce n'est que par exception qu'on trouve des tubercules jeunes entre les glandes, sans rapport direct avec elles ; j'ai pourtant vu de ces tubercules interglandulaires. On peut conclure de ces différentes observations que la tuberculose prostatique commence le plus souvent au niveau des glandes, dans leur épithélium acineux, mais qu'elle peut débiter aussi par le stroma, se localisant alors autour des culs-de-sac ou même entre ceux-ci.

ÉTUDE MACROSCOPIQUE. — On peut distinguer plusieurs formes : l'infiltration nodulaire ; les cavernules et cavernes prostatiques ; la dégénérescence massive ; la forme périprostatique.

Forme nodulaire. — Lorsque les lésions sont encore peu avancées, le volume de la prostate peut être à peu près normal, mais dans un grand nombre de cas l'augmentation de volume de la glande est évidente, quoi qu'en aient dit Ricord, Dufour et Marwedel. Le volume de la prostate est dû aux lésions de la glande elle-même, et, dans certains cas, à l'infiltration périprostatique. Socin a vu une prostate large de 44 millimètres et Reclus en signale une de 64 millimètres : j'ai vu souvent des prostates ayant plus de 5 centimètres. Chez le vivant, les dimensions peuvent être accrues par les phéno-

mènes congestifs, dès le début même des lésions : c'est ainsi que j'ai vu une prostate manifestement augmentée de volume, lisse, régulière, chez un tuberculeux de trente-deux ans et qu'à l'autopsie je n'ai trouvé que des noyaux très petits visibles à l'œil nu sur les coupes fines.

Les tubercules envahissent la glande dans sa totalité ou en partie seulement. Souvent un des lobes est seul atteint, ce qui tiendrait, d'après Simmonds, à une tuberculose primitive du testicule homologue. Les faits sont loin de démontrer cette hypothèse.

Dans la forme nodulaire, la glande apparaît à la coupe comme criblée de masses tuberculeuses entourées de zones glandulaires sclérosées ; les tubercules présentent, suivant l'âge de leur évolution, la transformation vitreuse ou caséuse ; leur volume varie, leur nombre aussi ; tantôt ils sont peu nombreux, tantôt la glande en est comme infiltrée. — Lloyd en a compté plus de 30.

Cette tuberculose nodulaire se présente sous deux aspects : elle envahit soit la région *péri-urétrale* de la prostate, soit sa face rectale ou son centre. Dans le premier cas, les granulations se développent sous la muqueuse urétrale (Dolbeau), puis des masses caséuses soulèvent par places l'épithélium (Guyon), parfois un abcès soulève la paroi postérieure de l'urètre et oblitère sa lumière.

Lorsque la tuberculose se développe en arrière, qu'elle est *excentrique*, le canal est libre, mais le corps même de la glande est envahi : sa face postérieure est soulevée, bosselée, et les lésions peuvent se propager à la paroi rectale.

Forme caverneuse. — Lorsque la tuberculose marche vers la caséification, les cavernules et les cavernes succèdent à la forme nodulaire. Les tubercules abcédés s'ouvrent en avant dans l'urètre et la paroi postérieure du canal est percée de multiples orifices par où s'écoule le pus des cavernules sous-jacentes. Parfois un gros tubercule évacué laisse sur la paroi urétrale une seule et large perforation, ou plusieurs tubercules en se réunissant forment une caverne de dimensions considérables. Thompson en signale une pouvant contenir 30 grammes de liquide. Dans ces cas, il ne reste rien de la prostate ; elle est remplacée par une caverne limitée seulement par sa capsule fibreuse, souvent traversée par des brides qui la cloisonnent et dans laquelle l'urine stagne. C'est une véritable poche urineuse, comme en ont décrit Bauchet, Guyon et Le Dentu. J'ai opéré moi-même un malade dont la caverne prostatique s'étendait en arrière de la vessie jusqu'auprès des uretères, qui avait respecté la paroi vésicale et s'ouvrait largement dans l'urètre en avant du col ; sa capacité était de 45 grammes ; et je connais comme pièce d'autopsie la remarquable pièce représentée dans la figure 156, p. 568.

L'orifice de communication des cavernes prostatiques varie : tantôt l'urètre traverse la poche et ne communique avec elle que par un