

petit orifice de sa paroi postérieure; tantôt cette paroi même est entièrement détruite; tantôt enfin le bas-fond vésical est complètement ulcéré et il se forme un cloaque vésico-prostatique.

La *dégénérescence massive* est un envahissement total de la glande: la tuberculose « infiltre tout, remplit tout, remplace tout » (Grancher). On trouve un énorme bloc caséux limité par la capsule périprostatique parsemée parfois de concrétions calcaires. Ce foyer est isolé, ne communique ni avec l'urètre ni avec la vessie ni avec le rectum: c'est une tuberculose éteinte, une sorte de guérison spon-

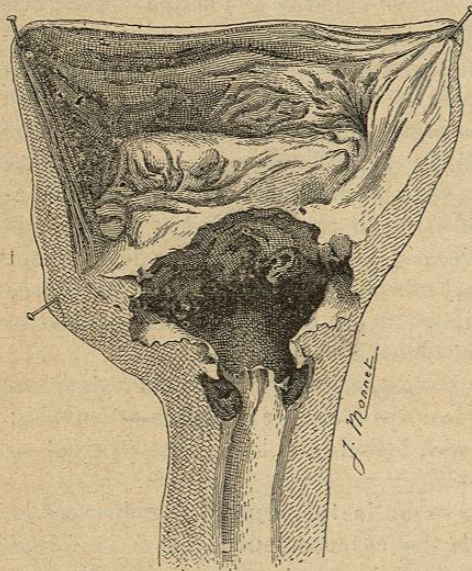


Fig. 156. — Caverne tuberculeuse de la prostate (Musée Guyon).

tanée. Elle est analogue à la tuberculose massive du rein accompagnée d'oblitération de l'urètre. Klebs, Marwedel en ont rapporté chacun un bel exemple.

La *transformation fibreuse* répond aux tubercules de guérison de Cruveilhier, aux granulations fibreuses de Grancher; c'est une tuberculose spontanément guérie. Les observations de sir Henry Thompson (1), Le Dentu, Dittel en affirment l'existence; Broca a même rapporté un cas de transformation calcaire.

La *forme périprostatique* d'English est un envahissement du tissu cellulaire pelvien sans altérations de la glande ou avec lésions glandulaires minimes; elle évolue soit vers le rectum, soit vers le périnée. J'ai vu chez un malade la périprostatite tuberculeuse constituer une énorme tumeur remplissant presque le petit bassin et simulant à s'y méprendre un sarcome de la prostate.

Les *lésions de voisinage, de propagation*, sont fréquentes; nous laissons de côté les altérations des voies génitales et vésicales, étudiées dans ce *Traité* par Legueu (article *Vessie*) et par Pierre Sebileau; elles sont très fréquentes.

La tuberculose centrale de la prostate évolue soit vers le rectum, soit vers le périnée.

Dans le premier cas, les lésions gagnent la paroi rectale, puis la

(1) Henry THOMPSON, *Traité des maladies des voies urinaires*, part. III, traduct. française.

muqueuse; celle-ci, d'abord simplement adhérente, finit par s'ulcérer; il se crée une fistule prostatorectale; parfois les lésions ne se bornent pas là; une rectite tuberculeuse secondaire se déclare par propagation.

Dans sa marche vers le périnée, la tuberculose donne lieu à des abcès froids des espaces pelvi-rectaux supérieur et inférieur qui, s'ouvrant à la peau du périnée, créent des fistules prostatiques, urinaires parfois. Ricord insistait déjà sur l'origine prostatique des fistules tuberculeuses de la région anale.

L'infiltration du bas-fond vésical est maintes fois signalée, mais le péritoine vésico-rectal semble être une véritable barrière. Le cul-de-sac de Douglas n'est jamais envahi, la pelvi-péritonite ne semble presque jamais présenter une origine prostatique. Un seul cas de Socin mentionne l'ouverture d'un foyer tuberculeux dans le cul-de-sac vésico-rectal, suivie de péritonite généralisée. Tout récemment pourtant, au treizième Congrès français de chirurgie, Doyen vient d'attirer rapidement l'attention sur la pelvi-péritonite tuberculeuse d'origine prostatique ou vésiculaire.

D'autres propagations plus rares sont à signaler. Le Dentu a vu un abcès tuberculeux d'origine prostatique gagner le périnée, suivre les corps caverneux et s'ouvrir à la face inférieure de la verge. Durand, Le Dentu ont signalé des abcès froids ilio-abdominaux bilatéraux consécutifs à une tuberculose prostatique et suivis de fistules urinaires. Petit et Jamin ont vu un abcès froid prostatique s'ouvrir à la fois dans la vessie et le rectum, créant une large fistule vésico-prostatorectale.

Les lésions prostatiques enfin se généralisent soit à l'appareil génital et urinaire, soit aux poumons; nous verrons qu'elles peuvent être le point de départ d'une tuberculose miliaire. Mais la généralisation est loin d'être la règle; cliniquement, elle ne s'observe que chez la moitié des malades vivants; les constatations nécropsiques ne la mentionnent que dans les deux tiers des cas.

Symptômes, marche, complications. — La tuberculose de la prostate est souvent latente (dans un tiers des cas, Marwedel); les débuts en sont toujours insidieux, incertains.

Elle se présente sous deux formes bien distinctes correspondant aux deux variétés anatomiques que nous avons décrites: une forme urétrale ou uréthro-cystique, une forme rectale ou circonférentielle.

Dans la première, le début par la région urétrale de la prostate, l'altération concomitante de l'urètre, du col de la vessie, donnent naissance à un syndrome uréthro-cystique; dans la seconde, le début par la circonférence de la glande crée au contraire un syndrome de compression rectale ou recto-périnéale; ce sont là les deux grandes classes de symptômes que le professeur Guyon a signalées dans la sémiologie générale de la prostate.

La *forme uréthro-cystique* débute par des troubles de la mic-

tion, par une véritable urétrite postérieure subaiguë; douleurs à l'émission des urines, douleurs initiales et terminales, fréquence des mictions et souvent mictions « à vide » plus ou moins impérieuses, parfois intolérance uréthro-cystique telle que les malades sont incontinents.

A ce cortège de douleurs se joignent des écoulements urétraux, soit séro-purulents, soit hémorragiques. Les écoulements séro-purulents présentent plusieurs variétés. D'abord un suintement séreux du canal qui, lorsqu'on va « traire la goutte au périnée », forme une goutte opaque peu volumineuse; c'est la blennorrhée tuberculeuse de Ricord; sans phénomènes inflammatoires, sans douleurs, la muqueuse seule de l'urètre prostatique est altérée et suinte. Si, au contraire, l'élément glandulaire de la prostate est envahi, on assiste à de véritables décharges dans lesquelles le pus se mêle au liquide prostatique; rarement spontanées, ces décharges sont provoquées surtout par l'expression de la prostate lors du passage du bol fécal dans la défécation ou par le toucher digital recto-prostatique.

Enfin l'écoulement peut être franchement purulent, lorsque les tubercules prostatiques abcédés se vident dans l'urètre. Cette évacuation est souvent spontanée, les malades pissent au début de la miction une quantité de pus variable avec le volume de l'abcès prostatique; puis à chaque miction les gouttes initiales sont chargées de pus. Souvent aussi l'évacuation des abcès uréthro-prostatiques est provoquée par le cathétérisme. L'abcès bombe dans le canal et la sonde en passant l'ouvre; c'est du pus pur qui s'écoule par son extrémité, pus suivi d'urine si l'on pénètre ensuite dans la vessie.

En cas de cavernes prostato-urétrales, l'urine sort constamment intimement mélangée à du pus, et la sonde introduite peut s'arrêter dans la cavité, elle vide non la vessie, mais le cloaque prostato-urétral.

Les écoulements hémorragiques ont été signalés, avec une valeur différente pour chaque auteur. En réalité, l'écoulement par le méat d'un liquide sanglant n'existe guère en dehors de la miction; l'hématurie est fréquente, l'urétrorragie d'une grande rareté. L'écoulement purulent peut être occasionnellement teinté de sang lorsqu'un abcès s'est récemment ouvert dans l'urètre, ou encore dans certains cas de cavernes prostatiques qui rejettent leur contenu dans l'urètre pendant la défécation: plus fréquemment, le contenu des cavernes prostatiques paraît se déverser dans la vessie et n'est expulsé que pendant la miction.

Les troubles de la miction sont toujours accusés dans la forme uréthro-cystique de la tuberculose prostatique. Je n'insiste pas sur la fréquence extrême, arrivant à la fausse incontinence, sur les douleurs très vives qui tourmentent ces malheureux malades, sur la purulence des urines et leur teneur en microbes variés (*bacilles de Koch*, microbes d'infection secondaire). Tout cela est plutôt en rap-

port avec les lésions vésico-urétrales qu'avec les altérations de la prostate elle-même. J'étudierai comme présentant une réelle importance dans la tuberculose prostatique la miction en deux temps, la rétention d'urine et l'hématurie.

La miction en deux temps peut s'observer dans les cas de cavernes prostatiques ouvertes dans le canal; la vessie se vide d'abord en jet, puis la cavité laisse couler en bavant l'urine qu'elle contenait. Parfois même, lorsqu'on essaye de sonder le malade, on pénètre dans la cavité et on vide une certaine quantité d'urine retenue. Chez un de mes opérés, la cavité prostatique contenait 45 grammes de liquide.

La rétention partielle d'urine n'est pas rare chez les malades atteints de cystite et de prostatite tuberculeuse: lorsqu'on pratique le cathétérisme chez ces malades, il n'est pas rare de constater, malgré l'extrême fréquence des mictions, que la vessie se vide incomplètement, qu'il reste un résidu de 30 à 50 ou 60 grammes. La rétention complète peut être observée lorsqu'un foyer prostatique, sur le point de s'ouvrir dans l'urètre, bombe dans l'intérieur du canal: cette rétention passagère disparaît par ouverture spontanée du foyer ou par son ouverture artificielle par le cathétérisme évacuateur ou pendant l'exploration rectale de la prostate.

L'hématurie dans la prostate tuberculeuse est regardée par les uns comme un symptôme fréquent, tandis que d'autres la considèrent comme assez rare.

Delfau et Verneuil pensaient que l'hématurie était constante. English en fait un des premiers symptômes de l'affection, tandis que Socin et Voillemier ne lui accordent aucune valeur.

Dans la forme uréthro-cystique que nous étudions ici, les lésions de l'urètre et du col de la vessie accompagnent habituellement celles de la prostate, et il n'est guère possible d'isoler les symptômes qui correspondent à l'urètre, à la vessie et à la prostate. Chez ces malades on voit, en somme, dans les premières périodes de l'affection, que le saignement est un symptôme fréquent; rarement l'écoulement urétral est teinté de sang, mais très souvent on observe une petite hématurie au début et plus fréquemment à la fin de la miction. Dans cette période, le saignement doit être mis en grande partie sur le compte des poussées congestives fréquentes qui, comme l'a montré Guyon, accompagnent toutes les altérations de la prostate.

Lorsque la tuberculose de la prostate arrive à déterminer de vastes cavernes en communication avec l'urètre, on peut observer des hémorragies très abondantes et prolongées. J'ai vu deux malades porteurs de semblables cavernes présenter des hémorragies profuses pendant plusieurs jours, aussi abondantes que celles des néoplasmes de la vessie; chez un de ces malades je me vis obligé d'ouvrir la cavité par le périnée et à pratiquer le tamponnement pour arrêter l'hémorragie qui menaçait la vie.

A côté des hématuries, je dois signaler, comme phénomène plus rare et de moindre importance, l'*hémato-spermie* : l'éjaculation de sperme sanglant peut être due à une lésion tuberculeuse concomitante des vésicules séminales, mais je crois avec Fritsch qu'on peut l'observer lorsque les vésicules sont intactes et que seule la prostate est malade. J'ai constaté l'existence de ce symptôme chez des malades dont les vésicules séminales ne présentaient au toucher rectal ni sensibilité exagérée, ni déformations, ni augmentation de volume ou de consistance.

La *forme circonférentielle* de la tuberculose prostatique présente une symptomatologie différente, les voies urinaires sont respectées. Après une période de latence dont la durée est impossible à fixer, apparaissent des troubles de la défécation : pesanteur à l'anus, douleurs au périnée, défécations fréquentes et souvent à vide, ténésme ano-rectal. Vidal (de Cassis) et ses élèves ont nié cette symptomatologie initiale ; elle est pourtant fréquente. Fritsch a insisté récemment sur le symptôme douleur isolé. Deux de ses malades atteints de tuberculose circonférentielle initiale présentaient des douleurs spontanées et provoquées intolérables, ne leur laissant de repos ni jour ni nuit.

Si la tuberculose se cantonne à la prostate, ces symptômes existent seuls plus ou moins marqués ; envahit-elle, au contraire, le tissu cellulaire périprostatique, alors se constituent les collections pré-rectales, puis celles-ci s'ouvrent soit dans le rectum, soit à la peau, des fistules se constituent, unique ou multiples, avec les caractères spéciaux des fistules tuberculeuses.

Marwedel signale les symptômes psychiques ; périodes intermittentes d'excitation pouvant aller jusqu'à la manie, dépression, tristesse, hypocondrie, suicide même ; ces symptômes psychiques peuvent se rencontrer, chez les prédisposés, dans des affections variées de l'appareil génital.

Exploration du malade. — L'*examen physique* de la prostate se fait par le cathétérisme explorateur, par l'endoscopie et par le toucher rectal.

Le **toucher rectal** doit être pratiqué dans toutes les maladies de la prostate ; dans la tuberculose en particulier, il donne les résultats les plus positifs au point de vue du diagnostic.

Dans la *forme uréthro-cystique*, les données acquises par le toucher rectal sont moins importantes, surtout au début. La prostate peut ne pas être augmentée de volume, sa surface est unie, sa consistance normale. Déjà pourtant la pression de la glande fait sourdre au méat ou permet de recueillir directement dans l'urètre postérieur, le liquide prostatique mêlé de pus dans lequel on peut déceler le bacille de Koch. Dans des périodes plus avancées, les lésions ne sont plus limitées aux alentours du canal de l'urètre, des noyaux tuberculeux se

développent plus profondément et le toucher rectal permet de les sentir.

Dans la *forme circonférentielle* de la tuberculose prostatique, le toucher rectal permet d'apprécier le volume augmenté de la glande et de sentir les noyaux nodulaires qui rendent sa surface irrégulière.

Lorsque les tubercules sont ramollis, le doigt perçoit une sensation spéciale bien décrite par Guyon : le doigt touche un cadre rigide dont le centre fuit sous la pulpe comme une étoffe encadrée et mal tendue. La glande est sensible à la pression, surtout au niveau des noyaux.

Dans la *dégénérescence massive* de la prostate, le doigt s'enfonce comme dans un bloc de suif, tandis que les *formes fibreuses* ou calcaires donnent naissance à des sensations inverses : prostate atrophiée dure non douloureuse.

Dans la *forme périprostatique* d'English, on ne peut délimiter la glande qui se confond avec l'inflammation périphérique.

Dans toutes les formes de tuberculose prostatique, le toucher rectal permet souvent de reconnaître des *lésions périprostatiques* dont le diagnostic est d'une grande utilité. Les *vésicules séminales* sont souvent injectées, moulées ou présentant des noyaux irréguliers ; parfois, en s'aidant de pressions sur l'hypogastre, on peut sentir des lésions analogues des *canaux déférents* et même des *uretères*.

Le *tissu cellulaire* périprostatique peut être induré, adhérent à la muqueuse rectale qui ne peut plus glisser comme à l'état normal sur la prostate. Parfois la muqueuse rectale est envahie elle-même ; on sent à sa surface des nodules tuberculeux ou, si la fistulisation est survenue, on peut la sentir irrégulière, déchiquetée, saignante, et sentir l'orifice de la fistule.

Le **cathétérisme** peut donner quelques renseignements, notamment dans la forme uréthro-cystique ; mais, dans la majorité des cas, son emploi est inutile et la manœuvre douloureuse. M. Guyon enseigne que le cathétérisme ne doit guère être pratiqué que lors d'indications spéciales (rétention) ou dans un but thérapeutique.

La traversée prostatique n'est pas allongée, mais le contact de l'instrument y est infiniment douloureux. En cas de cavernules ou de cavernes prostatiques, la sonde peut s'y engager, butter comme dans une véritable fausse route, et l'introduction dans la vessie être impossible. L'œil de la sonde revient alors chargé de pus, ou bien le cathétérisme évacue un abcès ou le contenu d'une caverne laissant couler une quantité de pus, ou un mélange fétide de pus et d'urine.

Si, dans ces cas, on veut pénétrer dans la vessie, il faut suivre la paroi supérieure du canal en se servant du mandrin à grande courbure : parfois même on devra guider et soulever le bec de la sonde avec l'index gauche introduit dans le rectum. Dans quelques cas, aucun artifice ne réussit, tous les instruments s'arrêtent dans la

caverne, sans qu'il soit possible de pénétrer dans la vessie.

L'examen endoscopique ne présente généralement aucune utilité et doit être proscrit : il n'importe guère en général de constater le saignement facile, les irrégularités ou les ulcérations de l'urètre postérieur. Dans certains cas douteux, pourtant, l'endoscope peut être utile : il permet, après avoir lavé l'urètre, de recueillir directement les liquides que le massage rectal de la prostate fait sortir des glandes prostatiques : la constatation du bacille de Koch dans le liquide ainsi recueilli pourrait trancher la question parfois obscure de la participation de la prostate à l'infection tuberculeuse.

Évolution. — Formes cliniques. — On peut distinguer les formes chroniques et la prostatite tuberculeuse aiguë décrite par Reliquet.

La forme chronique ordinaire correspond à la symptomatologie que je viens de décrire.

Puis la tuberculose va envahissant les différents organes, vessie, vésicules séminales, testicules, épидидyme, reins, poumons ; chacun ajoute à la symptomatologie prostatique ses symptômes propres ; et la prostatite n'est plus qu'une localisation de la tuberculose générale.

La mort survient soit du seul fait de la tuberculose génito-urinaire (un quart des cas), soit par suite de l'extension pulmonaire (trois quarts des cas). Une tuberculose miliaire aiguë est parfois le brusque épisode terminal (Krywicki, Audin, Weischselbaum). Weischselbaum dans son cas a trouvé un tubercule prostatique superficiel, ouvert dans une veine prostatovésicale.

La prostate tuberculeuse peut être *secondairement infectée* et la maladie évolue alors comme l'a décrit Guyon. Au cours d'une tuberculose prostatique chronique éclatent des accidents aigus avec exacerbation brusque des symptômes prostatiques et urétraux : rétention d'urine, douleurs rectales, parfois formation d'un abcès aigu qui s'ouvre dans l'urètre ou au périnée. Dans un cas de Hande, un phlegmon septico-gangreneux périprostatique se développa dans le cours d'une tuberculose chronique ; après avoir envahi et désorganisé les loges périnéales supérieure et inférieure, après s'être ouvert dans le rectum, il entraîna la mort par septicémie. Dans les fistules prostatorectales, cette infection secondaire d'origine intestinale est fréquente.

Le pronostic de la tuberculose prostatique est donc grave ; il doit être en tout cas réservé comme celui de toute tuberculose locale. Nous avons signalé quelques guérisons ; nous verrons le traitement donner quelques succès. Des tuberculoses déjà assez avancées ont pu guérir : Fritsch a vu des cavernules prostatiques aboutir à la sclérose générale de la glande, de même Bryson, Keyes, Fuller. La guérison est rare et la tuberculose de la prostate doit être considérée comme une affection grave par elle-même et par la menace constante de la généralisation.

La forme aiguë de la tuberculose prostatique a été observée par Reliquet chez un jeune homme de dix-neuf ans. Il existait des symptômes de prostatite aiguë avec hématurie terminale importante. La mort survint dans l'espace de deux mois. Dans ce cas, la glande était uniformément augmentée de volume, œdématisée, très douloureuse à la pression comme dans la prostatite blennorragique aiguë.

Diagnostic. — Le diagnostic est presque toujours facile dans la tuberculose quelque peu avancée, mais, au début de la maladie, surtout dans la forme uréthro-vésicale, il peut être entouré de grandes difficultés.

Dans la forme uréthro-vésicale, la prostatite tuberculeuse est souvent confondue avec la cystite du col accompagnée d'urétrite postérieure : les symptômes dont le malade se plaint sont les mêmes dans les deux cas. On pensera à la tuberculose lorsqu'il n'a pas existé de blennorragie antérieure ; la spontanéité dans l'apparition de la maladie est un de ses meilleurs caractères. Les petites hémorragies du début, en dehors du syndrome d'une cystite blennorragique suraiguë, est aussi en faveur de la tuberculose que pourra confirmer la présence dans les urines du bacille de Koch ; enfin la constatation d'une localisation tuberculeuse dans les épидидymes ou les vésicules séminales aidera puissamment à trancher le problème diagnostique.

Lorsque la nature tuberculeuse de la maladie a pu être déterminée, il n'est pas toujours facile de dire si la prostate est elle-même tuberculeuse ; dans les formes uréthro-cystiques, le toucher rectal peut ne donner aucun renseignement et, dans ce cas, seul l'examen de l'écoulement urétral pourra donner quelque certitude. Comme je l'ai dit à propos des prostatites ordinaires, il serait nécessaire pour se procurer du liquide venant de la prostate, sans mélange des sécrétions de l'urètre, de laver largement le canal, de masser ensuite la prostate et de cueillir le liquide exprimé des glandes au niveau du méat, ou mieux, directement, à l'aide de l'endoscope, dans la portion prostatique. Sauf dans des cas exceptionnels, il vaudra mieux s'abstenir de ce mode d'exploration, très douloureux et d'utilité contestable.

La forme circonscrite de la tuberculose prostatique peut être confondue avec la prostatite chronique, la syphilis et le cancer de la prostate.

La prostatite chronique simple peut prêter à la confusion, mais la glande est de consistance plus uniforme, la surface en est plus régulière ; ces nuances dans les sensations du toucher rectal sont souvent assez peu accusées pour que le diagnostic doive surtout s'appuyer sur la constatation d'autres lésions tuberculeuses, notamment de celles qui siègent dans la vessie, les épидидymes ou les vésicules séminales.

La syphilis de la prostate est si peu connue que son histoire repose tout entière sur les trois seules observations de Groszick, de Rochon et de Reliquet. Dans ces cas, on a noté que la prostate augmentée