

Guterbock a fait la taille hypogastrique pour aborder la face supérieure de la prostate et Mayer et Hanel conseillent la boutonnière périnéale combinée à la taille haute.

Depuis l'opération de curettage que j'ai citée plus haut, j'ai eu occasion d'intervenir deux fois dans des cas de tuberculose prostatique. Chez un malade, atteint d'une très grosse caverne prostatique donnant lieu à de très fortes hémorragies, je fis par une incision prérectale demi-circulaire le curettage et l'extirpation partielle de la prostate presque entièrement détruite; je déviai le cours des urines par le drainage hypogastrique de la vessie et mon malade guérit. Dans ce cas la vessie, quoique rouge et tomenteuse, ne présentait pas de lésions tuberculeuses certaines.

PROSTATECTOMIE. — Marwedel cite l'observation d'un malade âgé de quarante et un ans atteint d'épididymite, de cystite et de prostatite tuberculeuses, chez qui il pratiqua l'opération suivante : incision semi-circulaire à 1 centimètre en avant de l'anus; « après section du fascia superficiel et de la couche musculaire, on peut avec le doigt arriver sur la prostate. Après introduction d'une sonde dans l'urètre, on fait l'urétrotomie externe de la portion prostatique. On peut avec le doigt mobiliser facilement la prostate de sa loge celluleuse, de sorte qu'il est facile de l'extraire avec une pince comme un polype. On enlève d'abord des morceaux, et bientôt la totalité de la glande ». Ce malade guérit localement avec persistance d'une fistule; il mourut quelques mois après de tuberculose pulmonaire. Malgré le peu de précision du texte, il s'agit bien dans ce cas d'une prostatectomie périnéale.

Baudet a pratiqué avec succès la prostatectomie périnéale totale chez un malade dont le diagnostic resta douteux entre l'hypertrophie et la tuberculose : je décrirai son procédé à propos de l'hypertrophie, (Voy. p. 662).

Dernièrement Doyen (1) a publié un procédé d'extirpation de la prostate et des vésicules séminales tuberculeuses, dans lequel on aborde la prostate par le périnée à la faveur d'une incision longitudinale : on coupe tous les tissus du triangle recto-urétral et on fend la paroi rectale antérieure jusqu'au niveau de la prostate; lorsque la prostate est enlevée, l'orifice déterminé par son extirpation dans la paroi inférieure de l'urètre est suturé à la vessie; la paroi rectale est suturée et la plaie tamponnée. Doyen a opéré ainsi deux malades : le premier, qui avait une fistule recto-urétrale, guérit en conservant une fistule recto-cutanée qui donnait passage à une petite quantité d'urine. Le résultat de l'opération du second malade n'a pas été publié.

J'ai pratiqué moi-même la prostatectomie périnéale dans un cas

(1) DOYEN, *Assoc. franç. de chir.*, 1899. p. 588.

de caverne tuberculeuse de la prostate sans fistule périnéale. J'abordai la glande par une incision prérectale bi-ischiatique et, après avoir refoulé le rectum en arrière, j'incisai la prostate. Les parois de la caverne, d'épaisseur variable suivant les endroits, furent enlevées par morcellement; je plaçai une sonde à demeure et la plaie périnéale laissée ouverte fut tamponnée. Le malade guérit sans fistule.

Les résultats obtenus dans le traitement opératoire de la tuberculose prostatique sont assez encourageants. On peut, au point de vue des indications opératoires, distinguer trois cas principaux :

1° *Il n'existe pas d'abcès prostatique.* — Dans ce cas, si les lésions tuberculeuses ne s'étendent qu'à la prostate, aux vésicules séminales et aux épидидymes, si la vessie est indemne et l'état général bon, on est justifié à pratiquer la prostatectomie et, suivant les cas, à enlever une plus ou moins grande portion des voies spermatiques. L'incision de choix serait celle proposée par Gosset et Proust dans la prostatectomie pour hypertrophie. Il est inutile de fendre le rectum à la manière de Demarquay et de Doyen.

2° *Il existe un abcès prostatique encore contenu dans la glande; ouvert dans l'urètre, dans le rectum ou dans le périnée.* — Dans ces cas, quel que soit l'état de l'appareil urinaire et même avec un état général mauvais, on doit, je crois, intervenir. L'étendue des lésions de l'appareil urinaire et les forces du sujet indiqueront, soit l'ouverture périnéale avec grattage et tamponnement, soit la prostatectomie périnéale.

3° *Il existe une fistule uréthro-rectale.* — Par la voie périnéale on extirpera la prostate et les vésicules si besoin est : le rectum sera refoulé en arrière sans être fendu et son orifice fistuleux suturé après avivement; on fermera de même, si possible, l'orifice urétral et on tamponnera la plaie périnéale.

IV

CONCRÉTIONS ET CALCULS DE LA PROSTATE

La prostate contient normalement des concrétions. Traversée par l'urètre, elle peut contenir indirectement les calculs arrêtés dans la traversée prostatique de ce canal. Nous n'avons à étudier ni les unes ni les autres, ni les concrétions normales de la glande ni les calculs uréthro-prostatiques.

Dans ce chapitre, nous n'envisagerons que les calculs proprement dits de la glande, les pierres situées en pleine masse prostatique.

La formation de concrétions dans la prostate est un phénomène physiologique, normal, mais ces concrétions peuvent devenir le point

de départ d'accidents pathologiques, par la multiplicité de leur nombre, par leur conglomération en une seule masse, en une seule pierre, par les complications enfin que leur présence peut faire naître du côté de la glande.

Quelques mots sur les concrétions prostatiques. Morgagni les découvre en 1723 dans les culs-de-sac glandulaires comme aussi dans l'urètre prostatique, et leurs caractères sont les suivants. Elles sont présentes à tout âge. Eatsmann en a trouvé dans une prostate âgée de quatorze mois. Elles se développent à la puberté, puis augmentent parallèlement à l'âge et la prostate des vieux hommes en est normalement criblée. Logées sous la muqueuse urétrale, aux alentours du verumontanum, ce sont des petits grains, de petits corps ovoïdes, arrondis, prismatiques, épousant tout d'abord la forme des cryptes glandulaires. Souvent ils présentent des facettes de contact, d'articulation. Sur la coupe, un noyau central se détache tantôt clair, tantôt foncé, toujours mou, entouré de stratifications concentriques claires qui les font comparer à des grains d'amidon (corpusecula amylocea). Ils contiennent souvent des débris épithéliaux visibles au microscope; souvent, les noyaux se sont multipliés, la même concrétion en contient deux et même trois, trace évidente d'un processus de fusion. Les corpuscules se laissent facilement écraser en une bouillie cohérente.

Virchow les a trouvés dans les glandes péri-urétrales de la femme que Kuttner a assimilées à la prostate.

L'analyse chimique a donné les résultats suivants :

Traités par l'iode, ils se colorent en violet bleu comme les grains d'amidon. Jürgen (1875) obtient par le violet de méthyle la réaction amyloïde. Posner a montré, à l'aide des réactions colorantes, que ces concrétions contiennent deux substances bien distinctes, une substance albumineuse et de la lécithine. (La lécithine a été trouvée par Fürbringer dans le liquide prostatique.) La lécithine devient bleue par l'iode, rouge par le violet de méthyle.

Les réactions acides sont les suivantes : Les acides nitrique, acétique, chlorhydrique ne les attaquent pas à froid. L'acide nitrique les dissout à chaud. La coction les détruit entièrement et il ne reste pas de résidu. De ces diverses réactions (Robin), on peut conclure que ce sont des corps azotés.

Les concrétions passent toujours inaperçues; corps étrangers aseptiques, elles habitent sans bruit la prostate.

Les calculs prostatiques proprement dits sont formés soit par leur conglomération, soit par l'addition excentrique de phosphates calciques. Les calculs prostatiques sont rares, les observations publiées se laissent facilement compter. Cruveilhier, dans son *Atlas d'anatomie pathologique*, en figure un bel exemple, et Civiale;

un dans son *Traité*. Depuis 1826, les *Bulletins de la Société anatomique* en contiennent 5 ou 6 cas seulement [Camus, 1830; Larcher, 1834; Leroy (d'Étiolles), 1855; A. Robin, 1873; Longuet, 1874; A. Jean, 1878].

Dans sa très riche collection, le musée Guyon (Hôpital Necker) n'en contient que 4 (A. Jean, 1878; Chevalier, 1890; Albarran, 1898; Gosset, 1898); encore le dernier est-il une trouvaille d'amphithéâtre.

Ferreri a trouvé un calcul de 102 grammes. Goyrand a enlevé à un jeune homme un calcul gros comme un œuf de poule; Gooch, Barker, Warner, Livingstone, ont extrait de ces volumineuses pierres prostatiques.

Parmi les observations de calculs multiples, citons les suivantes : H. Barker (de Bedford), 29 fragments; Benjamin Gooch (de Norwich), 16; Maunder, 50; S. Cooper, 84; Marcet, 100; Golding Bird, 130. Ils occupaient soit toute la glande, soit un de ses lobes latéraux seulement. J'ai moi-même opéré un malade dont la prostate contenait 57 calculs de différent volume.

Les calculs simples sont formés par la conglomération de concrétions prostatiques; les calculs mixtes par l'addition de phosphates, résultat d'une infection secondaire de la glande. Les calculs occupent alors de véritables cavernes prostatiques, baignant dans le pus. Leroy (d'Étiolles), Malleste, Segond ont rapporté des cas où la prostate entièrement disparue formait une énorme cavité bourrée de calculs et de débris purulents. Chez les deux malades que j'ai opérés, j'ai trouvé des cavernes prostatiques avec des débris de la glande qui les cloisonnaient en leur donnant une forme irrégulière.

Symptômes. — Les symptômes sont généralement nuls; deux accidents peuvent survenir : l'issue des calculs dans l'urètre provoquant soit le « pissement de pierres », soit la rétention complète ou incomplète; l'infection secondaire.

Les gros calculs donnent parfois naissance à un « syndrome prostatique », douleurs au périnée, pesanteurs à l'anus, troubles légers de la miction portant et sur sa fréquence et sur sa sensibilité. Au toucher rectal, on a quelquefois la chance de sentir une prostate grosse de consistance irrégulière et crépitant à la pression. Ce symptôme était des plus nets chez mes deux malades.

La rétention provient soit de l'engagement du calcul dans l'urètre : elle est alors brusque et complète (Maunder); soit de son accroissement sous-muqueux progressif : elle est alors progressive et incomplète.

Les accidents infectieux donnent naissance à une prostatite subaiguë, chronique ou franchement aiguë; si le foyer constitué n'évolue pas vers l'urètre, mais vers la périphérie de la glande, abcès et fistules périnéales se constituent (Malleste, Duplay).

Le cathétérisme ne permet pas toujours de sentir le calcul. La sonde ne le rencontre que s'il fait saillie dans le canal, et les calculs sous-muqueux et intraprostatiques échappent complètement à ce

mode d'exploration. Chez un de mes malades, on sentait parfois les calculs avec l'explorateur, tandis que d'autres fois on arrivait à la vessie sans rien sentir.

Traitement. — Le traitement consiste en l'extraction des calculs dont la présence est nuisible.

Certains auteurs, Brodie entre autres, sont intervenus par voie urétrale : ils s'adressaient probablement à des calculs uréthro-prostatiques et non à des calculs logés dans le parenchyme glandulaire.

La voie de choix est l'*incision périnéale*. Mazzoni, Maunder ont pratiqué la taille recto-prostatique, procédé justement abandonné.

Socin recommande l'incision périnéale médiane, Bergmann la taille latérale. L'incision de choix, celle que j'ai suivie dans deux cas, est l'incision prérectale curviligne allant de l'un à l'autre ischion. L'extraction des calculs se fait avec le doigt, avec des tenettes ou avec une curette mousse ; je me suis bien trouvé de fortes injections poussées avec la seringue pour faire sortir les petites concrétions. Je crois utile de laisser la plaie périnéale largement ouverte en la bourrant avec de la gaze et, si la muqueuse urétrale est détruite et l'urine infectée, je recommande de drainer directement la vessie par la plaie. On évitera ainsi de redoutables accidents infectieux que la sonde à demeure aussi bien que la cystostomie peuvent être impuissantes à faire disparaître lorsqu'ils se sont développés.

V

HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

L'hypertrophie de la prostate est, parmi les maladies de l'appareil urinaire, celle qui a provoqué le plus de controverses aux points de vue anatomique, pathogénique et thérapeutique. Les auteurs s'accordent à désigner sous le nom d'hypertrophie l'augmentation de volume partielle ou totale de la prostate qui survient chez les individus âgés et s'accompagne de troubles urinaires à lente évolution, allant de la dysurie à la rétention chronique d'urine. Je pense démontrer qu'à cette définition descriptive on peut substituer une définition anatomique. L'hypertrophie de la prostate est une néoplasie d'origine glandulaire se présentant sous des formes anatomiques variées qui sont l'adénome, l'adéno-fibrome et le fibrome glandulaire.

Historique. — Riolan, le premier, signala l'obstruction du col de la vessie déterminée par l'augmentation de volume de la prostate, mais il faut arriver à Morgagni pour voir attribuer à l'augmentation de la prostate l'obstacle à la miction et au cathétérisme chez les vieillards et pour trouver une bonne description anatomique de la maladie :

prostatæ excrescentia ad pyri formam, caruncula, durities magna utroque superficies nigricans, etc. Morgagni reconnaît que l'*uvola* ou *caruncula* était une production pathologique et indique les altérations secondaires de la vessie et des reins. Au commencement de ce siècle, Everard Home décrit l'augmentation de volume du lobe médian et Amussat étudie bien la rétention d'urine dans la maladie que Baillie avait nommée hypertrophie de la prostate. En 1841, paraissent les remarquables travaux de Mercier qui fixe l'anatomie pathologique macroscopique et préconise les premières tentatives opératoires.

En même temps, Civiale insiste sur l'importance de l'inertie vésicale, qui n'est pas toujours secondaire à la lésion prostatique, et montre le grand rôle des altérations rénales. Velpeau assimile ensuite l'hypertrophie prostatique aux fibromes utérins et Thompson, dans ses beaux travaux, confirme cette manière de voir. A Guyon revient le grand mérite d'une étude si approfondie de l'hypertrophie prostatique que son étude d'anatomie macroscopique, le tableau clinique par lui tracé de main de maître et ses indications pour le traitement palliatif n'ont pas été surpassés ni même égalés. D'un autre côté, avec son élève Launois, Guyon soutint au point de vue pathogénique le rôle prépondérant de l'artério-sclérose, et, accentuant les idées de Civiale, il pensa que les lésions vésicales et rénales relevaient, au même titre que l'hypertrophie prostatique, d'une altération primordiale des vaisseaux sanguins. La théorie de Guyon, acceptée partout en France et très répandue à l'étranger, n'est plus guère admise ; elle était basée sur les travaux histologiques de Launois qui ont été infirmés un peu partout, par Casper en Allemagne, par Griffiths en Angleterre, par Caminitti et Salomoni en Italie, par Motz, Albarran et Hallé en France.

Si on ne s'entend pas encore sur la nature de l'hypertrophie, on revient de plus en plus à considérer le rôle primordial de l'augmentation de volume de la prostate et la thérapeutique active reprend ses droits : au traitement palliatif succèdent la méthode de Bottini, la prostatectomie avec Mac Gill et Dittel, la castration avec Ramm et White : pourtant l'École lyonnaise, suivant Poncet, ne voit guère de salut que dans la cystostomie, opération palliative. En ce moment, on peut dire que l'accord n'est point fait en anatomie microscopique ; qu'au point de vue pathogénique les théories sont très nombreuses et peu satisfaisantes, que la thérapeutique, enfin, ne s'appuyant pas sur des bases solides, reste incertaine. La symptomatologie seule est bien connue et le diagnostic lui-même, qui paraissait si bien établi, vient se compliquer depuis les travaux d'Albarran et Hallé avec la difficulté de distinguer certaines formes d'épithélioma prostatique jusqu'alors négligées.

Anatomie pathologique. — Dans toute hypertrophie de la prostate, la glande est augmentée de volume, mais cette augmentation peut porter uniquement sur la prostate elle-même ou atteindre en même