

Les fausses routes se reconnaissent à ce que la sonde, au lieu de laisser écouler de l'urine, ne donne que du sang ; lorsque la sonde est retirée, le sang peut continuer à couler par le méat en plus ou moins grande abondance ou se coaguler dans l'urètre et y former un caillot. Consécutivement, on peut observer des accidents d'infection

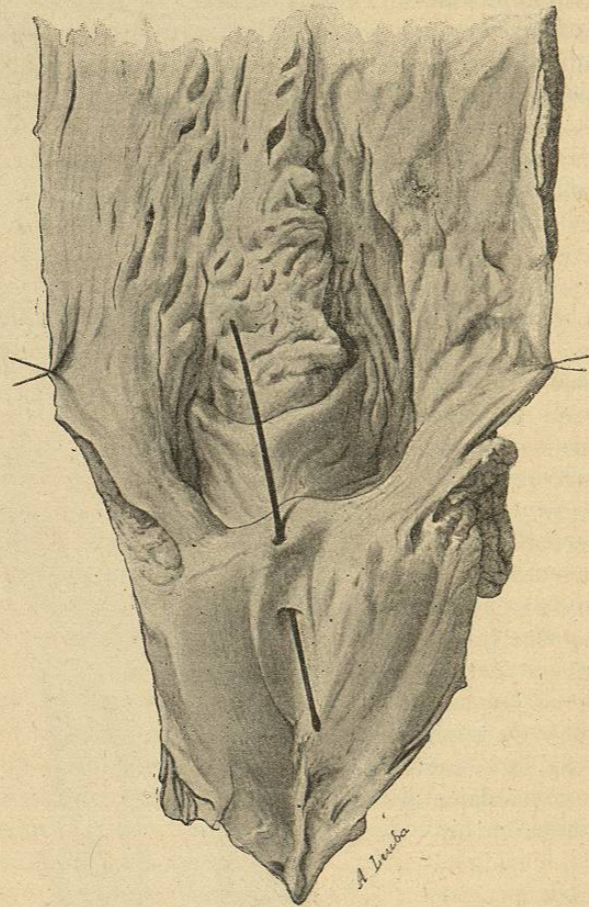


Fig. 170. — Hypertrophie totale de la prostate avec rétrécissement de la portion prostatique de l'urètre. Fausse route indiquée par la bougie.

locale avec suppuration de la prostate ou des accidents fébriles par infection générale. Le plus souvent, d'ailleurs, tout se borne à la douleur éprouvée par le malade et aux difficultés du cathétérisme évacuateur ; lorsqu'on a réussi à placer une sonde à demeure, l'hémorragie cesse et tout se passe sans incidents. On est souvent étonné de voir combien peu d'accidents déterminent une fausse route.

c. PYÉLO-NÉPHRITES ASEPTIQUES. — Elles se développent chez les prostatiques consécutivement à la rétention chronique d'urine et

s'accompagnent de dilatation urétrale. Ces lésions du rein, dont nous avons vu plus haut le rôle dans le développement de l'intoxication urinaire, ont été longuement étudiées dans le tome VIII, page 728. Je renvoie à cette étude.

d. TRANSFORMATION DES HYPERTROPHIES DE LA PROSTATE EN ÉPITHÉLIOMAS. — Hallé et moi nous avons appelé l'attention sur ces faits dont l'existence me paraît hors de contestation. Au point de vue anatomique, j'ai déjà dit que dans un nombre considérable de cas d'hypertrophie prostatique nous avons trouvé des parties de la prostate où, à côté des lésions ordinaires de l'hypertrophie, on pouvait voir le développement de l'épithélioma adénoïde, de l'épithélioma alvéolaire franc et l'infiltration du stroma par les cellules épithéliales.

Au point de vue clinique, nous avons cité cinq observations dans lesquelles des malades atteints depuis six à dix-huit ans d'hypertrophie de la prostate ont présenté à la fin de leur maladie les symptômes indiscutables du cancer avec propagation périprostatique. Dans ces cas, on voit la maladie, qui jusqu'alors avait évolué comme une hypertrophie ordinaire, prendre assez brusquement un nouveau caractère : en quelques mois les symptômes fonctionnels s'accroissent et souvent des hématuries apparaissent ; la prostate, jusqu'alors ferme, lisse et régulière, devient dure, bosselée, et dans son accroissement vient toucher aux branches ischio-pubiennes et présente des prolongements néoplasiques le long des vésicules séminales. Dans quatre observations, plus concluantes encore, nous avons vu l'évolution clinique que je viens d'esquisser et à l'autopsie nous avons constaté le développement de l'épithélioma.

Cette transformation des hypertrophies en épithéliomas étonne au premier abord, parce que nous sommes habitués à considérer l'hypertrophie comme une tumeur bénigne. Dans la plupart des cas, l'hypertrophie en elle-même est bien, comme je l'ai dit plus haut, un adénome ou un adéno-fibrome, c'est-à-dire une néoplasie bénigne, mais il n'en est pas toujours ainsi. La pathologie générale nous montre d'ailleurs que les adénomes inflammatoires ou de cause inconnue peuvent, dans tous les organes, se transformer en épithéliomas : il en est ainsi dans le rein comme dans le foie, dans le corps thyroïde comme dans la mamelle ou les glandes salivaires. Nos travaux font simplement rentrer les adénomes prostatiques dans la loi générale qui régit l'évolution de ces néoplasies glandulaires.

Au point de vue clinique, nous ne savons pas encore très bien reconnaître la transformation des hypertrophies en tumeurs malignes. On pourra soupçonner cette évolution lorsque la maladie semblera, en se modifiant, prendre une allure plus rapide, surtout lorsqu'on constatera en même temps certains changements du côté de la prostate. La glande peut alors, tout en gardant sa consistance ferme, augmenter rapidement de volume et donner plus facilement lieu à

des hémorragies sans que des causes congestives puissent expliquer ces phénomènes. D'autres fois, la prostate devient dure, ligneuse dans certaines parties, ou présente des noyaux indurés que le développement d'une prostatite nodulaire infectieuse ne saurait expliquer.

II. *Complications septiques.* — L'infection se surajoute si fréquemment aux symptômes de l'hypertrophie de la prostate qu'un certain nombre des complications que nous allons signaler mériteraient par leur fréquence d'être étudiées parmi les symptômes. Chez les prostatiques, en effet, nous trouvons réunies des conditions telles que le terrain est merveilleusement approprié aux infections. Au point de vue général, il s'agit de malades pour la plupart âgés, affaiblis par les souffrances, par la mauvaise nutrition, par la lente intoxication que détermine dans l'organisme l'insuffisance fonctionnelle des reins. Au point de vue local, de haut en bas de l'appareil urinaire dominant la congestion et la rétention plus ou moins complète de l'urine dans la vessie, les uretères et les reins; or, ce sont là les plus puissantes parmi les causes adjuvantes de l'infection. Sur un terrain ainsi préparé, on comprend que l'infection par la voie sanguine puisse se faire aisément et on comprend encore que, quel que soit le segment de l'appareil urinaire où cette infection se localise au début, les lésions s'étendent rapidement aux autres segments. Mais il y a plus : les difficultés de miction des prostatiques les obligent à se soumettre à des explorations, et plus tard à de fréquents cathétérismes exécutés plus souvent par les malades eux-mêmes que par le médecin, et l'infection instrumentale en est la conséquence. En fait, la très grande majorité des prostatiques sont infectés par le cathétérisme. Je note enfin, parmi les sources d'infection des prostatiques, l'existence chez quelques malades de lésions anciennes d'uréthro-prostatite chronique : lorsque le développement excessif de la prostate vient préparer par ses conséquences le terrain, l'infection, jusqu'alors latente et localisée, gagne la vessie et détermine des accidents variés.

Ces complications infectieuses des prostatiques se voient dans l'urètre, dans la prostate elle-même, dans les testicules, dans la vessie, les uretères et les reins : partant d'un point quelconque des voies infectées, l'infection générale peut survenir.

URÉTRITES. — Les urétrites, l'urétrite postérieure surtout, sont fréquentes chez les prostatiques qui se sondent. Leur physionomie clinique ne présente rien de bien particulier et toute leur importance vient de la source d'infection qu'elles représentent pour la prostate et la vessie. Les urétrites en effet se développent chez les prostatiques sondés depuis quelque temps, alors même que les cathétérismes sont faits avec toute l'asepsie désirable. Souvent l'urètre était déjà pathologiquement infecté; d'autres fois il ne s'agit que de la pullulation des microbes que recèle normalement le canal ou que la sonde y a introduits.

La PROSTATITE est beaucoup plus fréquente qu'on ne croit chez les prostatiques. On signale bien de temps en temps l'existence d'un abcès dans une prostate hypertrophiée, mais les auteurs ne parlent guère de ces cas et ils passent sous silence les autres prostatites non suppurées. Or, dans toutes les prostates que j'ai examinées d'individus morts de leur hypertrophie, j'ai vu des lésions attribuables à la prostatite. Mon attention étant attirée sur ces faits, j'ai constaté, sur un très grand nombre de malades, l'existence indiscutable de lésions inflammatoires surajoutées à leur hypertrophie.

Ces infections secondaires de la prostate, je l'ai déjà dit, s'expliquent, soit parce que la glande était déjà anciennement infectée, soit parce que, partant de l'urètre, l'infection gagne par voie ascendante le tissu glandulaire, soit enfin parce que l'infection générale vient, par voie sanguine, se localiser au niveau de la glande.

En clinique, la prostatite se borne souvent à accroître la gêne des malades ou à déterminer des douleurs vagues et augmenter les difficultés de la miction; parfois à déterminer des phénomènes de véritable rétention d'urine.

Dans certains cas, il est au contraire remarquable de voir quelle absence de symptômes peut coexister avec le développement d'une collection purulente de la prostate. J'ai vu un malade chez qui le cathétérisme avait déterminé l'ouverture dans l'urètre d'un abcès prostatique qu'aucun symptôme n'avait révélé.

Le toucher rectal permet souvent de reconnaître l'existence des prostatites surajoutées à l'hypertrophie. Parfois, lorsque les foyers sont centraux, il n'y a guère qu'une augmentation de sensibilité à la pression de la prostate : ce symptôme acquiert de l'importance quand la sensibilité est localisée à un point qu'on retrouve à chaque nouvel examen. D'autres fois, des foyers plus superficiels changent la consistance de la prostate; à leur niveau, la glande paraît plus dure ou, lorsque la suppuration se fait, elle devient fluctuante; on peut dans certains cas constater l'existence de grosses collections purulentes. Parfois encore les accidents inflammatoires dépassent les limites de la glande et se propagent au tissu cellulaire, surtout vers le haut, au niveau et entre les vésicules séminales : il existe alors de la péricystite postérieure dont le point de départ vésical ou prostatique reste souvent douteux.

Lorsque les abcès prostatiques sont volumineux, ils peuvent détruire la presque totalité de la prostate. Certains malades voient leurs symptômes s'améliorer et après l'ouverture de semblables collections se trouvent mieux qu'avant le développement de la complication inflammatoire : l'abcès, dans ces cas, en détruisant la glande, détermine le même résultat que la prostatectomie.

ORCHI-ÉPIDIDYMITES. — Chez les prostatiques infectés qui se sondent

fréquemment, on voit souvent des épидidymites ou des orché-épididymites fort gênantes. L'infection ascendante dans ces cas est due à des microorganismes pyogènes, le plus souvent à des staphylocoques, et aboutit dans un grand nombre de cas à la formation d'abcès qu'il faut ouvrir. On trouve de temps en temps quelques vieux prostatiques qui ont eu ainsi plusieurs abcès successifs. Ces complications génitales tirent leur importance non seulement de l'accident lui-même, mais encore de ce que le cathétérisme, souvent nécessaire chez les malades, ne peut qu'augmenter les chances de suppuration.

**CYSTITES.** — Pendant toute l'évolution de l'hypertrophie prostatique, la cystite est la complication la plus fréquente. Alors que la rétention n'existe pas encore, on voit souvent le cathétérisme ou une cause plus banale, le refroidissement, un excès de table, donner lieu au développement d'une cystite qui se traduit par la fréquence et la douleur des mictions, surtout à la fin de l'acte, par le trouble des urines et, à l'exploration, par la sensibilité exagérée de la vessie. Dans cette période de début de l'hypertrophie, il n'est pas rare qu'un traitement bien conduit arrive à la guérison de la cystite et que les urines redeviennent limpides, mais la maladie est, dans tous les cas, plus tenace qu'à l'ordinaire.

Lorsque la rétention chronique est déjà installée et que la vessie ne peut plus vider son contenu, l'urine s'infecte presque chez tous les malades à la suite de cathétérismes répétés : dans quelques cas, l'infection spontanée a lieu par la voie rénale ou par la circulation générale. Chez certains malades, l'infection des urines ne change guère le tableau symptomatique : il leur suffit de se sonder et de se laver une ou deux fois par jour la vessie avec de l'eau boricuée, pour ne rien avoir à changer aux habitudes journalières. Chez d'autres, ou chez ceux dont je viens de parler à la suite d'une cause occasionnelle, la cystite chronique devient subaiguë ou aiguë : la miction spontanée ou par le cathétérisme doit se faire souvent, sous peine de vives douleurs déterminées par la tension de la vessie. Les malades de cette catégorie peuvent être améliorés par le traitement, mais il faut des soins longuement continués et rarement on obtient la limpidité des urines ; pour la plupart, ils vivent avec leur cystite chronique, qui d'ailleurs ne les gêne guère en dehors des poussées subaiguës. L'infection vésicale devenue chronique se révèle alors par des urines troubles, purulentes, et lorsqu'on sonde ces malades on voit, à la fin de l'évacuation, sortir par la sonde un dépôt purulent grisâtre, souvent mélangé de grumeaux : c'est la partie de l'urine qui dépose dans le bas-fond vésical et que le malade ne peut rendre spontanément.

La cystite n'a pas seulement pour résultat d'augmenter la fréquence des mictions et de les rendre douloureuses ; elle augmente

la sensibilité de la vessie à la tension et la force de la contraction vésicale : ces malades vident parfois mieux leur vessie pendant une poussée de cystite qu'à l'ordinaire. Lorsqu'on les examine au manomètre, on constate que la contraction initiale de la vessie est assez forte, mais la contraction est de courte durée : c'est pourquoi, malgré la cystite, la contractilité réveillée n'est pas assez puissante pour arriver à vider complètement la vessie. Il s'agit en somme d'une irritabilité exagérée de la vessie sans effet très utile au point de vue de la miction.

**Calculs secondaires.** — Chez les prostatiques, les calculs secondaires à l'infection sont très fréquents : on les observe surtout chez les malades qui se soignent mal et c'est chez eux qu'on voit si fréquemment récidiver les pierres phosphatiques. Nous avons à Necker des vieux prostatiques, vrais abonnés de la lithotritie, qui viennent tous les ans ou tous les deux ans se faire casser leurs pierres : ils trouvent plus commode d'agir ainsi que de prendre les précautions minutieuses que nous leur prescrivons pour éviter les récidives.

Les calculs secondaires ayant été étudiés par nous, je me borne à indiquer les difficultés de diagnostic qui peuvent exister chez certains prostatiques. Chez quelques malades, les calculs ne se révèlent que par des poussées fréquentes de cystite, sans hématuries, et par des douleurs un peu plus marquées après la marche : on doit se méfier de ces calculs presque latents et les rechercher au moindre soupçon chez les prostatiques infectés, notamment lorsque la cystite, sans raison plausible, résiste aux traitements habituels. L'exploration des prostatiques calculeux est souvent difficile elle-même. Chez beaucoup de malades la cystite concomitante rend l'exploration douloureuse et détermine des contractions partielles qui cachent les calculs. Il convient de prendre des précautions pour le cathétérisme métallique explorateur. J'ai l'habitude d'explorer ces malades en surprenant pour ainsi dire la vessie : je fais l'exploration métallique d'emblée, avant de pratiquer aucun lavage, avant d'avoir introduit aucun instrument dans l'urètre et souvent j'ai pu trouver ainsi des calculs qui avaient échappé à des explorations répétées. Si on ne réussit pas à trouver d'emblée le calcul en manœuvrant l'explorateur avec la plus grande douceur, on lavera la vessie avec de l'eau boricuée, on laissera autant que possible 150 grammes de liquide dans le réservoir et on introduira de nouveau l'explorateur métallique. Si, malgré ces précautions, on ne trouve pas la pierre soupçonnée, il faudra, suivant le sage conseil de M. Guyon, soigner la cystite pendant quelques jours par le repos, les boissons délayantes et les instillations de nitrate d'argent, avant de refaire une nouvelle exploration.

En dehors de la cystite, la recherche des calculs peut être gênée par la forme même de l'hypertrophie prostatique. Les saillies intravésicales de la prostate peuvent déterminer dans la vessie la formation

de véritables cachettes où se logent les pierres qu'il peut être difficile ou même impossible de trouver ; parfois encore elles sont cachées dans des cellules vésicales. Dans ces cas difficiles, le cystoscope permet parfois, mais non toujours, de faire le diagnostic. On a trouvé par la taille des calculs qui avaient échappé à l'exploration malgré l'emploi de la cystoscopie.

Je signalerai enfin, comme très importante au point de vue pratique, la remarque de mon maître Guyon. Souvent on voit des prostatiques calculeux atteints de cystite dont la vessie se vide incomplètement ; on pratique la lithotritie, la cystite s'améliore ou guérit, le malade ne souffre plus, mais il ne peut plus uriner. L'irritation que le calcul et la cystite déterminaient ayant disparu, la contractilité vésicale s'endort.

L'urétéro-pyélo-néphrite septique des vieux prostatiques par infection ascendante ou descendante est la forme la plus commune des néphrites des urinaires. Je renvoie pour leur étude à ce que j'en ai dit dans le tome VIII, page 728.

L'infection générale ayant comme point de départ une quelconque des infections localisées que j'ai étudiées et plus particulièrement l'infection de la vessie, a été décrite. L'infection chronique, lentement développée, ajoute chez les prostatiques ses effets à ceux de l'insuffisance rénale et c'est à l'ensemble de ces phénomènes d'intoxication et d'infection qu'est due la cachexie particulière de ces malades, dont l'amaigrissement, le teint jaunâtre, les troubles digestifs font souvent songer aux cachexies néoplasiques.

**Diagnostic.** — M. Guyon a beaucoup insisté sur le diagnostic de certains malades qui viennent consulter en se plaignant de tout autre chose que de troubles de la miction. Il en est qui n'attachent de l'importance qu'à leurs troubles digestifs, à leur amaigrissement et à la perte des forces ; d'autres remarquent qu'ils urinent beaucoup et leur polyurie, la soif qu'ils éprouvent les font penser au diabète. Ces soi-disant cancéreux, diabétiques, ou simples dyspeptiques, sont souvent des urinaires. Si on les interroge, on apprend la fréquence et la lenteur de leur miction ; si on les examine, on constate la rétention chronique incomplète d'urine avec ou sans distension de la vessie. Le plus simple examen suffit à faire le diagnostic, mais il faut penser à cet examen et le pratiquer avec des soins méticuleux : une faute d'antisepsie, une trop grande précipitation dans l'évacuation de la vessie, peuvent déterminer des accidents graves.

Il est inutile d'insister sur la nécessité d'une rigoureuse asepsie dans le cathétérisme, puisque nous connaissons le merveilleux terrain que ces malades présentent au développement de l'infection. Si le malade a une rétention avec distension de la vessie, on doit se garder d'évacuer complètement la vessie pendant l'examen : la vessie inerte ne se contracte pas à mesure que le liquide est évacué et il peut sur-

venir une hémorragie par déplétion trop brusque. Dans ces cas, la règle est de n'arriver à vider la vessie que lentement, en plusieurs jours, sans se donner la satisfaction, trop chèrement payée, d'évacuer une grande quantité de liquide.

Le diagnostic différentiel doit être établi avec les prostatites chroniques, le cancer de la prostate, les tumeurs de la vessie et les rétentions d'urine des vieillards.

**PROSTATITE CHRONIQUE.** — J'ai déjà indiqué les rapports qui existent entre la prostatite chronique et l'hypertrophie et nous avons vu qu'un certain nombre de ces dernières peuvent être regardées comme des prostatites chroniques proliférantes. Au point de vue symptomatique, la prostatite chronique peut se manifester par des difficultés de la miction avec rétention chronique incomplète d'urine et par l'augmentation de volume de la prostate : c'est ainsi que j'ai observé ce tableau symptomatique, analogue à celui de l'hypertrophie de la prostate, chez un malade âgé de trente-cinq ans qui guérit par le massage. Lorsque des symptômes analogues s'observent chez un individu âgé de cinquante à soixante ans, lorsque surtout, comme l'a vu Janet (1), la rétention chronique d'urine va jusqu'à la distension de la vessie, on ne pourra souvent pas dire s'il s'agit d'hypertrophie ou de prostatite. Tout au plus pourra-t-on affirmer l'existence de la prostatite sans pouvoir déterminer si la limite indécise qui sépare l'inflammation chronique de l'hypertrophie de la prostate a été franchie. Les signes qui permettent de diagnostiquer la prostatite chronique sont : les antécédents de blennorrhagie souvent récidivante avec poussées de prostatite-cystite ; la sensibilité de la prostate au toucher rectal, surtout la sensibilité limitée à certains points ; l'irrégularité de consistance de la glande qui peut présenter des noyaux indurés ; enfin et surtout l'examen direct des sécrétions de la prostate recueillies par le massage permettant de reconnaître les microorganismes infectieux. Janet indique en outre un certain soulagement éprouvé par le malade après le coït, alors qu'il a vidé les glandes de sa prostate.

**CANCER DE LA PROSTATE.** — Ce diagnostic sera étudié plus en détail dans le chapitre suivant. Je me borne ici à indiquer que le cancer se distingue de l'hypertrophie : 1° parce que, chez certains malades, il apparaît à une époque où l'hypertrophie est rare : avant cinquante ans ou après soixante-dix ; 2° par son évolution plus rapide ; souvent les malades ne font remonter leurs premiers symptômes qu'à quelques mois ou un an, tandis que presque toujours les prostatiques se plaignent de troubles plus ou moins légers datant de plusieurs années ; 3° enfin et surtout le toucher rectal fait constater dans le cancer une tumeur de consistance ligneuse, souvent irrégulière, étalée, dont les limites supérieures sont indécises ; souvent même l'existence de

(1) JANET, Assoc. franç. d'urolog., 1900