



Fig. 192. — Lobule d'adénome très proliférant. Gross. 30 diam. (Albarran et Hallé).

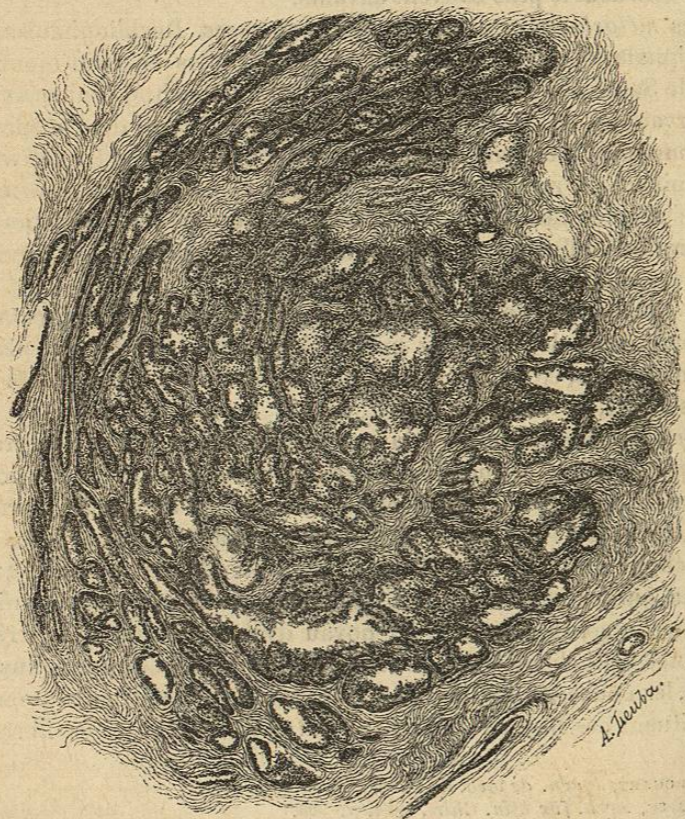


Fig. 193. — Lobule d'adénome très proliférant, en transition vers l'épithélioma adénoïde. Gross. 30 diam. (Albarran et Hallé).

stroma (fig. 194 et 195). L'infiltration néoplasique gagne et s'étend, les tubes épithéliaux s'élargissent, et déjà à la coupe l'aspect alvéolaire caractéristique du cancer apparaît (fig. 196). D'autres fois, l'infiltration

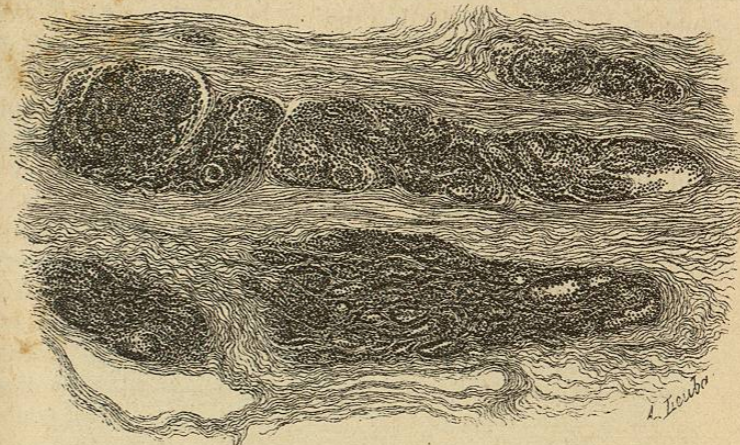


Fig. 194. — Lobule d'épithélioma adénoïde. Gross. 18 diam. (Albarran et Hallé).

est diffuse et se fait par traînées de cellules disposées sur une seule rangée qui s'insinuent entre les fibres musculaires et conjonctives du stroma. Les cellules épithéliales conservent assez bien leur forme

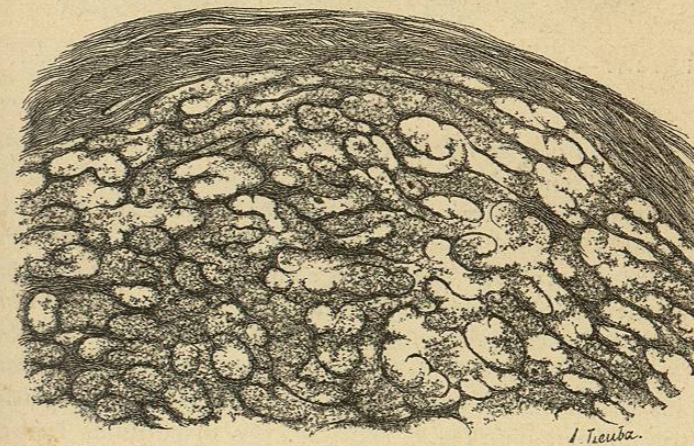


Fig. 195. — Lobule d'épithélioma adénoïde tubulé encapsulé. — Les tubes épithéliaux sont en partie vidés de leur contenu cellulaire pour mettre en évidence les trabécules du stroma. Gross. 30 diam. (Albarran et Hallé).

dans les parties simplement adénomateuses; parfois on voit le boyau épithélial formé de deux rangées de cellules; la rangée la plus externe, que constituent de petites cellules polyédriques, s'applique directement sur le stroma sans interposition de membrane propre;

rangée de cellules la plus interne conserve encore le caractère cylindrique de l'épithélium prostatique normal. Dans les portions de la tumeur où la transformation épithéliomateuse est plus avancée, les cellules sont polyédriques à gros noyau arrondi avec peu de protoplasma.

Comme on le voit par cette description, le premier stade de l'épithélioma adénoïde est l'adénome, en tout semblable à l'hypertrophie prostatique. Dans de nombreux cas, nous avons pu voir, Hallé et moi, dans des prostates hypertrophiées, qu'un ou deux lobules seulement prenaient le caractère épithéliomateux; dans d'autres cas, un grand nombre de lobules présentent la transformation et on en trouve dans la même prostate à différents stades évolutifs.

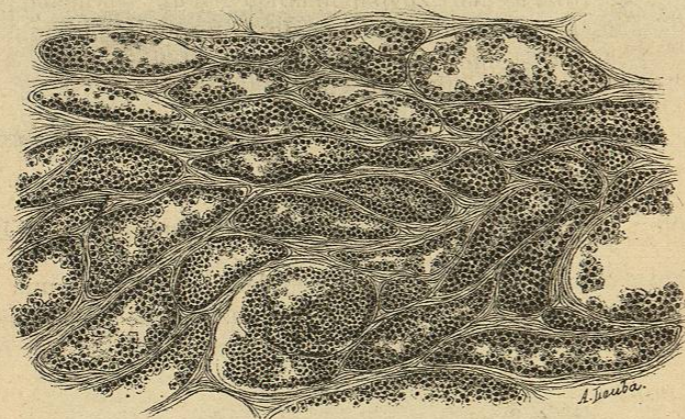


Fig. 196. — Lobule d'épithélioma adénoïde tubulé. Gross. 400 diam. (Albarran et Hallé).

L'épithélioma alvéolaire est constitué par un stroma musculo-conjonctif disposé en cloisons de variable épaisseur qui circonscrivent des alvéoles de forme irrégulière. Dans les alvéoles se trouvent les cellules épithéliales de forme polyédrique, souvent dégénérées. Lorsque les cloisons qui séparent les alvéoles sont très minces, le tissu paraît uniquement infiltré de petites cellules d'aspect sarcomateux et dans quelques cas le diagnostic histologique peut être fort difficile: le critérium même donné par les parois embryonnaires des vaisseaux sanguins et par leur contact direct avec les cellules néoplasiques n'est pas toujours d'un facile contrôle. Ces dispositions font comprendre les doutes de certains observateurs (Dupraz) et la dénomination employée par Fuller, qui classifie son cas un sarcome-carcinome. Ce fait n'est d'ailleurs pas spécial à la prostate, et j'ai vu, notamment dans le testicule, des néoplasmes que des raisons décisives ne permettent pas mieux de classer parmi les carcinomes que parmi les sarcomes.

**Symptômes.** — Le début de l'évolution d'un épithélioma de la pros-

tate est essentiellement insidieux. Le plus souvent ce sont des troubles de la miction ressemblant à ceux des prostatiques; de la fréquence, du retard dans le jet, de la difficulté à uriner ou même de la rétention complète. D'autres fois, ce sont des sensations de pesanteur au périnée ou des difficultés dans la défécation; parfois encore l'hématurie, la pyurie constituent le premier symptôme ou même, comme dans une observation de Julien, c'est l'expulsion par l'urètre d'un fragment néoplasique.

Pendant longtemps le néoplasme prostatique peut évoluer sans qu'on soupçonne son existence. Il en est qui pendant la vie ne donnent lieu à aucun symptôme et qu'on rencontre par hasard au cours des autopsies. D'autres ne sont reconnus que très tardivement, les malades venant consulter quand la maladie est déjà à la période ultime de son évolution. Un malade de Sasse (1) vint à l'hôpital pour des accidents métastatiques dans les membres inférieurs sans aucun trouble vésical; un autre venait consulter à Tenon M. Barth (2) pour des symptômes de néphrite interstitielle déterminés par la compression urétérale. Le malade de Verhoogen constata comme premier symptôme une tuméfaction à côté de l'anus. J'ai moi-même vu en 1888 et 1898 deux malades qui venaient consulter pour de l'œdème unilatéral des membres inférieurs. J'étudierai d'abord indépendamment les uns des autres les principaux symptômes accusés par les malades et je dirai ensuite comment doit être conduit leur examen clinique.

**1° Douleur.** — La douleur est très souvent un symptôme capital qui amène le malade au chirurgien; elle siège au périnée et à la région lombaire; elle est sourde ou au contraire lancinante, térébrante. Arrivant sans cause déterminante, elle peut persister plus ou moins longtemps ou ne se manifester que sous forme d'accès avec des irradiations vers la verge ou la région sacrée. Les douleurs lombaires, souvent accusées par les malades, leur donnent une sensation de fatigue extrême et de courbature. Enfin il existe une forme de douleur sur laquelle M. Guyon a tout particulièrement insisté: c'est celle qui s'étend le long du *nerf sciatique* dans la cuisse et le mollet; parfois encore le malade souffre sur la partie antérieure de la cuisse dans le trajet des branches du *nerf crural*. Ces douleurs irradiées indiquent une compression des branches nerveuses dans le bassin et se présentent sous forme de crises spontanées ou, plus rarement, provoquées par la miction et la défécation. Ces crises disparaissent sans cause appréciable et ne sont guère modifiées par le repos.

**2° Troubles de la miction.** — Dans le plus grand nombre des cas, les troubles de la miction sont analogues à ceux des malades atteints d'hypertrophie de la prostate. Il existe des difficultés plus ou

(1) SASSE, *Arch. für klin. Chir.*, 1894, p. 593.

(2) BARTH, in thèse de JULIEN.

moins marquées de la miction, du retard dans le départ du jet, la force de projection de l'urine est diminuée et le liquide, surtout à la fin de la miction, s'écoule en bavant; les mictions sont en outre plus fréquentes que d'habitude et s'accompagnent de sensations pénibles ou de véritables douleurs. Les phénomènes de *dysurie* peuvent s'accroître lentement et aboutir à la rétention plus ou moins complète d'urine; parfois même la *rétention* complète est le premier symptôme de la maladie (3 fois sur 17 cas de Julien). L'*incontinence d'urine* peut s'observer dès le début, comme je l'ai vu chez un malade, mais dans la plupart des cas on ne la voit que lorsque le néoplasme a profondément détruit l'appareil sphinctérien. L'incontinence par regorgement peut encore être observée avec distension de la vessie.

3° *Hématurie*. — Le pissement de sang s'observe assez fréquemment dans l'épithélioma de la prostate: sur les 96 cas réunis d'Engelbach et de Julien, je le trouve noté 29 fois, soit une proportion de 30 p. 100. Cette hématurie a les caractères de l'hématurie néoplasique telle que l'a décrite Guyon; elle arrive sans cause pendant le jour ou dans la nuit, ne s'accompagne pas de douleurs autres que celles dues parfois à l'accumulation de caillots dans la vessie, persiste quelquefois pendant plusieurs mictions, ou même plusieurs jours, sans modification par le repos, pour disparaître sans raison apparente. L'hématurie est parfois *initiale*, se produisant au début de la miction; les premières gouttes d'urine sont alors sanglantes, parfois même le malade expulse un caillot en forme de sangsue moulé dans l'urètre prostatique. D'autres fois, l'hématurie est *terminale*, les dernières gouttes d'urine étant seules teintées par le sang, ou encore elle est à la fois initiale et terminale. L'hématurie peut être *totale*, tout le liquide rendu est alors coloré par le sang. Chez la plupart des malades, l'hématurie n'est pas très abondante et disparaît assez vite pour se renouveler à intervalles plus ou moins éloignés. Chez d'autres, le saignement peut être considérable: chez un malade, Carlier vit l'hématurie se prolonger pendant deux mois sans présenter de rémissions complètes: souvent j'ai vu des hématuries abondantes durant de cinq à huit jours, mais je n'en ai point observé qui aient mis le malade en danger.

4° *Pyurie*. — L'infection de l'urine n'est pas rare chez les malades atteints de cancer de la prostate: le plus souvent, l'infection se fait directement par sondage malpropre; d'autres fois spontanément, par propagation d'une infection urétrale ou par la voie rénale descendante. Lorsque l'infection existe, on peut voir tous les phénomènes symptomatiques de la cystite ou de la pyélonéphrite se surajouter aux symptômes propres au cancer.

5° L'*expulsion de fragments néoplasiques* est assez rare; lorsqu'elle existe, le diagnostic clinique se trouve facilité par l'examen microscopique qui, dans la plupart des cas, différencie facilement un néoplasme vésical d'un épithélioma de la prostate.

6° *Troubles de la défécation*. — Ils se présentent sous forme de phénomènes douloureux avec ténésme, épreintes et douleurs irradiées; plus fréquemment, il s'agit de difficultés dans l'expulsion des matières dépendant de la compression déterminée par la tumeur: la constipation est tenace et les matières sortent difficilement, même avec l'aide de lavements. L'*obstruction intestinale* peut revêtir des caractères plus sérieux et devenir assez importante pour nécessiter une intervention chirurgicale palliative: c'est ainsi que Barwell et Fenwick ont dû pratiquer l'anuscotomie.

Suivant que les phénomènes du côté de la miction ou que les troubles de la défécation prédominent, on a décrit les *formes vésicale et rectale* du cancer prostatique. Parfois ces deux formes sont assez caractérisées par l'isolement des symptômes et déjà Engelbach réunissait quatre observations à phénomènes rectaux prédominants; mais chez la plupart des malades ces deux ordres de phénomènes existent simultanément.

*Examen clinique*. — Il comprend, comme chez tous les urinaires, l'examen détaillé de l'appareil urinaire, de l'urètre au rein, et celui de l'appareil génital: il est nécessaire en outre de rechercher soigneusement l'engorgement ganglionnaire par la palpation directe et par l'étude des phénomènes de compression.

*Cathétérisme*. — L'explorateur à boule olivaire montre que la traversée de la région prostatique est plus longue qu'à l'état normal: on sent fréquemment que la portion prostatique est irrégulière et présente des saillies; d'autres fois, l'explorateur est dévié ou même ne peut pénétrer dans la vessie. Quand on retire l'explorateur, il s'écoule souvent quelques gouttes de sang; parfois même, avec un cathétérisme bien fait et sans violence, il y a un écoulement de sang assez abondant. Dans certains cas, on ramène avec le talon de la boule exploratrice un petit fragment de néoplasme. Lorsque l'explorateur à boule olivaire ne pénètre pas dans la vessie, on réussit parfois avec la sonde molle de Nélaton ou avec une sonde béquille, mais, en cas de cancer prostatique, on ne doit qu'avec la plus extrême prudence se servir du mandrin et *jamais des sondes en métal*. Les fausses routes sont faciles dans le tissu friable du cancer et elles donnent lieu à des saignements abondants. Un malade d'Engelbach dut à la sonde métallique des hémorragies abondantes. Carlier, Piechaud, rapportent des exemples de fausse route dans ces conditions.

*Toucher rectal*. — Ce mode d'exploration permet à lui seul de faire le diagnostic dans la plupart des cancers de la prostate. Autant que possible, on pratiquera le toucher rectal à vessie vide et, dans tous les cas, on ajoutera au simple toucher la palpation bimanuelle. Le toucher rectal est souvent pénible chez ces malades, mais c'est une erreur de croire, avec Labadie, que la prostate cancéreuse soit toujours sensible au toucher.

Dans les *épithéliomas circonscrits* de la prostate, on peut, rarement, sentir la prostate de volume normal ou même atrophiée (Frisch). La glande est généralement augmentée de volume, et souvent acquiert un volume considérable. La surface de la prostate peut être lisse et sa consistance ferme comme dans l'hypertrophie; mais, habituellement, il existe des irrégularités et une dureté particulières de grande importance clinique. Sous la muqueuse rectale, qui glisse sur elle, on sent la prostate de consistance ligneuse avec des bosselures saillantes plus ou moins prononcées; parfois c'est une masse assez régulière, arrondie, de consistance dure; parfois encore, dans un ou dans plusieurs points, la masse néoplasique s'est ramollie.

Dans l'*épithélioma diffus*, la prostate acquiert un volume très considérable et le doigt ne peut plus atteindre sa limite supérieure: sur les côtés, la glande touche les branches ischio-pubiennes; en haut, derrière la vessie, elle forme un plastron induré, irrégulier. Souvent, au début de la diffusion du cancer prostatique, on constate l'existence d'une grosse prostate indurée et plus ou moins irrégulière dont on circonscrit assez bien avec le doigt la partie médiane du bord supérieur; mais sur les côtés de ce bord, vers les vésicules séminales, d'un seul ou des deux côtés, la tumeur semble se prolonger en forme de corne; lorsque la propagation se fait des deux côtés, en haut et en dehors, dans la direction des vésicules séminales, le bord supérieur de la prostate prend la forme d'un croissant.

Par le toucher rectal combiné au palper hypogastrique, on peut se rendre compte de l'épaisseur de la prostate au niveau de la vessie et de la saillie que peut former le néoplasme dans l'intérieur du réservoir. Parfois encore on peut, sur les parties latérales de l'excavation pelvienne, circonscire entre les deux mains la masse formée par l'envahissement des ganglions iliaques internes.

**Recherche des ganglions.** — Lorsque par les caractères de la glande au toucher rectal on soupçonne l'existence d'un épithélioma, on doit soigneusement rechercher s'il existe de l'envahissement ganglionnaire. On regardera et palpera les aines du malade et par la pression méthodique des fosses iliaques on essaiera de sentir les ganglions iliaques; on explorera en outre soigneusement les deux creux sus-claviculaires, notamment le creux sus-claviculaire gauche.

L'attention sera en outre appelée sur les *phénomènes de compression* nerveuse que révèlent les douleurs irradiées et sur la compression ou la thrombose veineuse que caractérise l'œdème des membres inférieurs.

L'examen du malade sera complété par l'exploration soignée des reins et de l'état général.

**Marche. — Complications.** — J'ai dit que les symptômes fonctionnels se groupent différemment suivant les individus; nuls chez

les uns, ils s'accusent nettement chez les autres. La prédominance de certains symptômes donne naissance aux formes dites vésicale, rectale ou névralgique. L'affection a une *durée* difficile à déterminer, mais qu'on peut évaluer entre un et trois ans. Dans certains cas, depuis plusieurs années, quinze et vingt ans même, le malade présentait les symptômes habituels de l'hypertrophie prostatique, lorsque, brusquement, on voit les événements se précipiter: en quelques mois surviennent des douleurs, la dysurie s'accroît, les hémorragies apparaissent et, en même temps, la tumeur, jusqu'alors lisse, ferme, arrondie, devient dure, irrégulière et bosselée. Cette évolution correspond à la transformation de l'hypertrophie simple en épithélioma malin (Albarran et Hallé).

Rarement les malades sont emportés par les progrès de la cachexie cancéreuse et de la généralisation néoplasique; presque toujours une complication est la cause directe de la mort.

Parmi les complications locales, j'ai déjà signalé la *rétenion d'urine* et l'*obstruction intestinale* qui peuvent exiger la cystostomie ou l'anus contre nature. J'insiste encore sur la *compression urétérale* pouvant déterminer l'hydronéphrose et même l'*anurie*. Récemment j'ai dû pratiquer la néphrostomie pour combattre une anurie complète datant de trois jours: mon malade survécut dix jours à l'opération, rendant toujours une énorme quantité d'urine par sa plaie rénale.

L'*infection* des voies urinaires est aussi redoutable chez les cancéreux que chez les prostatiques: si pendant un temps elle peut se limiter à la vessie et ne donner lieu qu'aux symptômes de la cystite, on la voit fréquemment gagner les reins et la pyélonéphrite avec infection générale est souvent la cause immédiate de la mort des malades.

Je signale enfin les *accidents pulmonaires* ultimes qui sont le plus souvent des *pneumonies hypostatiques infectieuses*, plus rarement des embolies pulmonaires ayant leur point de départ dans les thromboses veineuses du bassin (Dubuc) (1).

**Diagnostic.** — Le diagnostic de l'épithélioma de la prostate ne peut être posé en s'appuyant uniquement sur les troubles fonctionnels, car tout se ramène à des troubles de compression et à des douleurs. L'amaigrissement assez notable des malades peut faire penser à un cancer, mais on sait avec quelle facilité s'émacient les vieux prostatiques une fois qu'ils sont infectés. L'exploration locale et surtout le toucher rectal soigneusement pratiqué s'imposent dans tous les cas; encore ne peut-on éviter certaines erreurs.

Le cancer diffus, la carcinose prostatopelvienne de Guyon, est presque toujours d'un diagnostic facile; la présence de la tumeur

(1) Dubuc, *Soc. méd. de Paris*, 3 juin 1895, et *France médicale*, 26 juillet 1895.