

prostatique avec ses prolongements est facile à constater et caractéristique; parfois pourtant la forme diffuse du cancer peut être difficile à différencier de certaines tuberculoses et des péricystites.

Le cancer circonscrit prête assez souvent à des erreurs. C'est surtout avec l'*hypertrophie prostatique* qu'on peut faire de regrettables confusions. Rarement on prendra une hypertrophie pour un néoplasme malin, souvent au contraire on pense à l'hypertrophie en cas d'épithélioma. Je rappelle que dans le service de M. Guyon à Necker, où l'habitude de ces diagnostics spéciaux est si grande, sur 100 malades morts avec l'étiquette hypertrophie, nous en avons trouvé, Hallé et moi, 14 dont la prostate présentait au microscope des lésions indiscutables d'épithélioma.

D'une manière générale, on peut dire que dans l'hypertrophie la tumeur est moins volumineuse que dans le cancer: le doigt introduit dans le rectum permet de reconnaître une tumeur limitée, sans prolongement d'aucune sorte, sans les irrégularités ni la dureté spéciale du cancer; en outre, on ne voit pas dans l'hypertrophie d'envahissement ganglionnaire, ni l'infiltration des parois du rectum, ni des troubles de compression des nerfs ou des veines comme dans le cancer. Je note encore que le cancer se voit parfois chez des individus plus jeunes ou plus vieux que l'hypertrophie. On se méfie habituellement, avec raison, des prostatiques qui n'ont pas cinquante ans. L'expérience m'a appris à regarder comme suspecte toute hypertrophie qui débute à soixante-dix ans ou au delà: bien souvent, dans ces cas, j'ai pu constater qu'il s'agissait d'un cancer.

Il faut encore se méfier des cas dans lesquels on se trouve en présence d'une hypertrophie qui pendant des années a évolué lentement sans déterminer des troubles sérieux et qui, brusquement, prend une nouvelle allure clinique: si on voit alors survenir des douleurs et des hémorragies jusqu'alors absentes, un examen local soigneux s'impose. Par le toucher rectal, on cherchera l'existence de parties indurées ou irrégulières et on portera la plus grande attention sur la région des vésicules séminales pour dépister les prolongements suspects. Depuis que mon attention est attirée sur la fréquence de la transformation des hypertrophies en cancer, j'ai pu diagnostiquer la dégénérescence épithéliomateuse, par le changement de consistance de la prostate, chez un malade souvent examiné et diagnostiqué unanimement hypertrophie: l'autopsie confirma mon diagnostic (1).

L'hypertrophie prostatique peut simuler le cancer lorsque la *prostatite* vient se greffer sur elle, surtout lorsque la *péricystite* postérieure s'ajoute à la lésion. On peut alors sentir une prostate irrégulière, bosselée et, en arrière de la vessie, le plastron induré de

(1) ALBARRAN et HALLÉ, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, février 1900, obs. IX.

la péricystite, qui englobe les vésicules séminales, peut faire croire à la diffusion du néoplasme; l'erreur serait encore plus probable si l'adénite infectieuse engorgeait les ganglions iliaques. Dans ces prostatites chroniques greffées sur l'hypertrophie, le diagnostic sera surtout basé sur l'existence d'une suppuration urétrale concomitante; sur ce que, au toucher rectal, la prostate est douloureuse dans certains points limités, là où des nodosités existent; enfin, sur ce que, le canal préalablement lavé, on peut par le massage de la prostate faire sourdre au méat, ou cueillir dans la portion prostatique de l'urètre, la sécrétion purulente des glandes prostatiques.

La *prostatite tuberculeuse* survient généralement chez des individus plus jeunes que l'épithélioma prostatique; les nodosités de la prostate sont plus petites, parfois ramollies et se trouvent entourées de portions souples de la glande; enfin, les lésions des vésicules et des épидидymes, l'état général des malades éclairent presque toujours le diagnostic. Dans certains cas pourtant, lorsque la prostatite tuberculeuse s'accompagne de *péricystite* et de *périp prostatite*, le diagnostic peut être très difficile. Il y a deux ans, j'ai vu à Necker un homme de quarante-cinq ans entré à l'hôpital pour des troubles de la miction: le toucher rectal fit reconnaître une masse volumineuse qui entourait complètement l'intestin dont la surface était comme cannelée par la tumeur qui proéminait surtout en avant: on constatait encore, par le palper abdominal, l'existence d'une tumeur arrondie, un peu bosselée, siégeant en arrière de la vessie. Quelques jours après, ce malade, qui avait des antécédents tuberculeux, présenta 39 degrés de température en même temps que, en avant de l'anus, on vit se développer dans le périnée une grosse tuméfaction: je crus à un abcès, j'incisai et je traversai, dans l'épaisseur de plusieurs centimètres, une couche de tissu d'apparence néoplasique extrêmement vasculaire; je portai alors le diagnostic sarcome et je tamponnai la plaie. Pendant quelques jours, le malade rendit par la plaie périnéale des débris sanieux fétides, puis du pus et la tumeur s'effaça à ce point que, quinze jours après, on ne pouvait plus la sentir par le palper abdominal. En réalité, j'avais eu affaire à une péricystite et une périp prostatite tuberculeuses suppurées. Une fois déjà, en 1891, il m'a été donné de rencontrer un cas semblable.

Les *néoplasmes de la vessie* sont presque toujours facilement différenciés des épithéliomas prostatiques. Dans les deux cas, les hématuries peuvent présenter parfois les mêmes caractères de spontanéité, de persistance et d'abondance; dans les deux affections, on peut, à vessie vide, sentir par le double palper une tumeur suspubienne, mais même dans ces cas, même lorsque la tumeur prostatique vient faire saillie dans l'intérieur de la cavité vésicale, le diagnostic est presque toujours possible. Pour mon compte, je n'ai pas encore fait d'erreur entre les deux affections.

En cas de néoplasme de la prostate, l'exploration de l'urètre montre que la glande est allongée, irrégulière, saignante, ce qui ne se voit pas dans les tumeurs de la vessie. Par le toucher rectal, on note les changements que la prostate a subis, tandis que la glande apparaît saine, si la tumeur est vésicale; si la tumeur de la vessie infiltre ses parois, c'est en haut, au-dessus de la prostate, que l'infiltration est sentie. Par le double palper, la tumeur prostatique est médiane et de consistance dure; la tumeur vésicale se développe presque toujours davantage d'un côté; elle est molle et donne, plutôt que la sensation d'une vraie tumeur, celle d'un liquide remplissant la vessie. J'ajoute enfin que, cliniquement, l'envahissement ganglionnaire est exceptionnellement constaté dans les tumeurs de la vessie et qu'on le diagnostique fréquemment dans l'épithélioma prostatique.

Lorsque la tumeur de la vessie coexiste avec une hypertrophie prostatique, bon nombre des signes que je viens d'énumérer font défaut, mais on se rappellera tous les caractères différentiels signalés plus haut entre l'hypertrophie et la tumeur prostatique maligne: ils suffiront presque toujours au diagnostic. Dans les cas douteux, enfin, le *cystoscope* permettra souvent de distinguer la tumeur vésicale d'un néoplasme prostatique.

Les *tumeurs de la paroi antérieure du rectum* peuvent simuler le cancer de la prostate ayant envahi cette partie de l'intestin. Dans les deux affections, on note les troubles de la défécation, l'immobilisation de la muqueuse rectale et par le toucher on constate l'existence d'une masse irrégulière à la face antérieure de l'intestin. Dans les cas difficiles, on devra se guider sur l'existence des phénomènes vésicaux et sur l'exploration urétrale. Le cancer prostatique envahit peu la paroi rectale par rapport à l'énorme masse qui infiltre le bassin: lorsqu'un cancer du rectum envahit ainsi les parties périphériques, l'intestin lui-même présente des altérations si étendues que le doute n'est guère possible.

Je n'insisterai pas sur le diagnostic différentiel, que souvent les auteurs font, entre le cancer de la prostate et les *calculs vésicaux ou prostatiques*: l'erreur me paraît bien difficile. Je signalerai enfin, à titre de curiosité, la possibilité de confusion avec un *anévrisme iliaque*, par le soulèvement rythmique des masses ganglionnaires situées dans la fosse iliaque au-devant des vaisseaux (Guyon).

Traitement. — Dans tous les mémoires publiés en France sur le cancer de la prostate et dans nos traités classiques, les auteurs se prononcent nettement pour l'inutilité de toute intervention radicale. Dans son récent article, Forgue est presque aussi exclusif lorsqu'il écrit: « Donc, en face de résultats thérapeutiques à peu près nuls, des risques opératoires graves: voilà le bilan des opérations pour néoplasmes encore limités à la prostate. Théoriquement, on peut accepter l'opération aux phases précoces; mais l'incertitude du

diagnostic à cette période rend platonique cet acquiescement à la prostatectomie pour néoplasie maligne. » Nos auteurs, lorsqu'ils parlent de cancer de la prostate, n'ont guère en vue que la carcinose prostatopelvienne si bien décrite par Guyon, mais, nous l'avons vu, à côté de cette forme inaccessible au bistouri existent d'autres variétés d'épithélioma prostatique encore limité, sans envahissement ganglionnaire, pour lesquelles l'espoir est légitime de guérir les malades. Nous avons vu que le diagnostic de ces formes néoplasiques est possible, qu'il a été fait, et je suis convaincu que, dans l'avenir, il se fera mieux encore. La prostatectomie totale et complète, seule de mise lorsqu'il s'agit de cancer, est sans doute une opération grave, mais, nous le démontrerons, les risques opératoires sont moindres qu'on ne croit; ils diminueront encore, lorsqu'on opérera avant que la tumeur soit trop développée. Les résultats thérapeutiques sont déplorables, il est vrai, mais cela est dû à ce que les opérations ont été ou trop timides ou trop tardives: une longue survie dans un cas de sarcome doit d'ailleurs nous donner de l'espoir. En chirurgie urinaire, nous suivons lentement l'évolution progressive de la chirurgie générale; mais la technique se perfectionne, les opérateurs deviennent plus hardis, et des résultats, naguère regardés comme impossibles, sont déjà enregistrés dans le traitement opératoire des néoplasmes de la vessie et du rein. Dans la prostate, il en sera, je crois, de même, et la prostatectomie, tant décriée, sera peut-être un jour pratiquée, comme l'opération de Freund, naguère par tous condamnée, est aujourd'hui acceptée par un grand nombre de gynécologues.

Traitement palliatif. — Le traitement palliatif se réduit généralement à calmer les douleurs par l'emploi de la morphine et à soigner l'infection vésicale par les moyens que j'ai longuement décrits à propos de l'hypertrophie de la prostate. Trois ordres d'accidents méritent une mention spéciale dans le traitement palliatif du cancer de la prostate: ce sont: la rétention d'urine, l'anurie et l'obstruction intestinale.

La *rétention d'urine* incomplète ou complète réclame le même traitement palliatif que dans l'hypertrophie de la prostate et le cathétérisme avec la sonde de Nélaton ou avec la sonde béquille suffit à presque tous les cas. Les sondages doivent être particulièrement soigneux, parce que les fausses routes sont faciles dans la prostate cancéreuse; aussi, plus souvent que dans l'hypertrophie, la *cystostomie* sus-pubienne peut trouver son indication par la difficulté du cathétérisme ou les hémorragies qu'il détermine. Lorsque, avec la rétention, il existe de l'infection vésicale et générale, ou lorsque la cystite intense ne cède pas aux lavages de la vessie, la cystostomie se trouve encore indiquée: cette opération a l'avantage de combattre les accidents dus à l'infection de la vessie et d'empêcher l'irritation constante du néoplasme par le passage de l'urine ou des instruments.

Elle rend les plus grands services chez ces malheureux malades. La cystostomie sus-pubienne est, dans les cas de cancer, incontestablement supérieure à la boutonnière périnéale que Harrison, Czerny et d'autres ont pratiquée.

L'anurie, qu'on observe quelquefois par compression des uretères, ne peut être combattue que par la néphrostomie. On choisit pour opérer le rein qu'on croit être le plus comprimé. La néphrostomie dans des cas pareils ne donne que des résultats de courte durée parce que ces phénomènes anuriques ne s'observent guère qu'à la fin de l'évolution du cancer de la prostate. Je suis intervenu en pratiquant la néphrostomie dans un cas d'anurie par cancer de la prostate; mon malade vécut encore dix jours.

L'obstruction intestinale, étant due à la compression du rectum, peut réclamer l'établissement d'un anus iliaque; cette opération a été pratiquée avec succès par Barwell (1) et par Fenwick (2): un des deux opérés de Fenwick vécut encore, grandement soulagé, pendant quelques mois.

Prostatectomie. — Kuchler (3), en 1866, décrit un procédé de prostatectomie périnéale totale qu'il n'exécuta que sur le cadavre: la première prostatectomie pour cancer de la prostate a été pratiquée par Billroth (4) en 1867.

La *prostatectomie partielle* a été pratiquée dans quelques cas de néoplasme malin de la prostate, soit parce que les auteurs n'intervenaient que dans un but palliatif, soit parce que, au cours de l'opération, ils ont jugé prudent de ne pas continuer. Billroth, dans un cas rapporté par Winiwarter (5), ne fit en réalité qu'une extirpation à la curette par la voie périnéale; le malade mourut d'infection. Harrison (6) pratiqua une boutonnière périnéale et, trouvant une saillie de la grosseur du pouce qui englobait le col de la vessie, il l'enleva par la voie urétrale. Spanton (7), quelques mois avant Harrison, avait essayé d'enlever par la voie périnéale un sarcome de la prostate ayant atteint la grosseur d'une tête de fœtus: après en avoir enlevé un morceau gros comme le poing, il arrêta l'opération, trouvant qu'une partie du néoplasme s'engageait loin derrière le pubis; le malade mourut le lendemain. Heath (8) fit la prostatectomie partielle chez un malade âgé de cinquante-sept ans, qui mourut d'anurie trente jours après. Belfield (9), chez un malade de quarante-huit ans,

(1) BARWELL, in OSWALD, *Medical Times and Gazette*, octobre 1883, 3.

(2) FENWICK, *British med. Journ.*, 1887, p. 873.

(3) KUCHLER, *Deutsche Klinik*, Berlin, 1866, p. 548.

(4) BILLROTH, *Langenbeck's Arch. für klin. Chir.*, Bd X, p. 548.

(5) WINIWARTER, *Beitr. zur Statist. der Carcinome*, p. 272.

(6) HARRISON, *The Lancet*, 20 sept. 1882.

(7) SPANTON, *The Lancet*, vol. I, juin 1882, p. 1032.

(8) HEATH, in STOUHAM, *Trans. of the Path. Soc. London*, 1887, p. 194.

(9) BELFIELD, *Chicago med. Journ.*, 1887, p. 485.

enleva par la taille sus-pubienne des masses végétantes de la vessie; le malade mourut de récidive quatre mois après. Un des malades mentionnés par Stein (1) subit une prostatectomie sus-pubienne partielle et mourut en quelques jours. Fuller enfin enleva partiellement par la voie hypogastrique un épithélioma de la prostate; son malade allait encore bien cinq mois après l'opération.

La prostatectomie partielle en cas de cancer prostatique est, en thèse générale, une mauvaise opération qui ne doit pas être entreprise délibérément. On serait pourtant en droit d'exciser un lobe cancéreux pédiculé saillant dans la vessie si on le rencontrait au cours d'une taille pratiquée dans le but de faire la cystostomie: l'ouverture simple de la vessie suffira d'ailleurs dans presque tous les cas et présente le grand avantage de ne pas exposer la vie du malade.

La *prostatectomie totale* pour cancer a été faite par la voie hypogastrique et périnéale et par combinaison opératoire des deux voies. Je ne connais qu'un cas d'extirpation à peu près totale de la prostate par la voie hypogastrique: le premier des deux que rapporte Fuller. Chez un homme de soixante-neuf ans, ce chirurgien pratiqua la taille hypogastrique; il sectionna la vessie en arrière du néoplasme qu'il énucléa avec le doigt et sectionna l'urètre prostatique « dans sa portion initiale »: drainage hypogastrique et périnéal sans restauration de la vessie. Le malade survécut à l'opération sans conserver de fistule et se trouva très amélioré, mais il mourut onze mois après avec récidive au niveau de la plaie abdominale.

La prostatectomie abdominale totale est une opération de difficulté extrême; témoin le cas de Stein (2) opéré dans le service de Czerny. Après avoir incisé la vessie au-dessus du pubis, on reconnut l'impossibilité d'attirer la tumeur en haut et on pratiqua séance tenante une incision périnéale qui permit d'enlever toute la prostate. On ne put réunir la vessie à l'urètre sectionné au niveau de la portion membraneuse et le malade conserva une fistule hypogastrique: il mourut neuf mois après l'opération.

La *prostatectomie périnéale totale* pour néoplasme malin a été pratiquée plusieurs fois. Billroth pratiqua la prostatectomie périnéale totale avant de faire l'opération partielle à la curette déjà mentionnée; le malade eut une récidive dans le deuxième mois et succomba quatorze mois après l'opération.

Je mentionnerai encore deux observations de Demarquay (3), qui dans un premier cas incisa la paroi antérieure du rectum pour enlever un cancer de cet organe ayant envahi la prostate; il enleva presque toute la prostate, en respectant la vessie et l'urètre: le malade guérit de l'opération. Chez un autre malade qui succomba à l'infection

(1) STEIN, *Arch. für klin. Chir.*, Bd XXXIX, p. 545.

(2) STEIN, *Arch. für klin. Chir.*, Berlin, 1889, p. 537.

(3) DEMARQUAY, *Gazette méd. de Paris*, 1873, p. 382.