

purulente, Demarquay enleva la paroi postérieure de la vessie, la prostate et la paroi antérieure du rectum.

Czerny, dans une deuxième observation rapportée par Stein, enleva complètement par le périnée un cancer de la prostate ayant ulcéré la paroi antérieure du rectum : l'urètre fut sectionné à la sortie de la prostate et tout le trigone réséqué; puis on sutura la paroi antérieure de la vessie à la paroi correspondante de l'urètre. Mort douze jours après.

Küster (1), dans un cas de tumeur de la vessie, enleva la prostate et toute la vessie, pratiquant en même temps l'implantation des uretères dans le rectum. Le malade succomba.

Leisrinck (2) enleva complètement par le périnée la prostate cancéreuse d'un homme de soixante-quatre ans et put faire, sans tiraillement, la suture complète de la vessie à l'urètre: ce malade succomba treize jours après l'opération, d'affaiblissement progressif.

Verhoogen (3) enleva complètement par le périnée un myxosarcome ayant 12 centimètres de diamètre: l'opération ne fut pas très pénible et la vessie put être suturée à l'urètre, ce qui permit de placer une sonde à demeure. Il persista une petite fistule périnéale, mais le malade pouvait retenir ses urines pendant deux ou trois heures et la miction se faisait en partie par l'urètre, en partie par la fistule. Neuf mois après son départ, le malade mourut de récurrence.

Depage (4) pratiqua la prostatectomie périnéale totale pour néoplasme malin: son malade ne vécut que neuf jours.

Socin (5) opéra en 1892 par la voie rectale un fibro-sarcome prostatique de la grosseur du poing qui obstruait complètement la lumière du tube intestinal et qui avait déterminé une petite ulcération de la muqueuse rectale: la tumeur put être énucléée complètement avec les parties adhérentes du rectum. Deux ans après l'opération, Burkhardt dit que le malade allait bien et que le résultat fonctionnel était parfait. Quatre ans après l'intervention, Socin écrivait à Dupraz (6):

« Mon opéré est, à l'heure qu'il est, parfaitement guéri et franc de récurrence. »

On peut juger, par l'énumération précédente, des résultats obtenus par la prostatectomie dans les néoplasies malignes de la prostate. Laissant de côté les prostatectomies partielles, je n'envisagerai que les extirpations faites en vue d'une opération radicale et dans

(1) KÜSTER, *Langenbeck's Arch. für klin. Chir.*, 1891, p. 864.

(2) LEISRINCK, *Arch. für klin. Chir.*, 1882, p. 578.

(3) VERHOOGEN, *Centralbl. für die Krank. der Harn und Sexuale Organe*, 1898, p. 19.

(4) DEPAGE, cité par VERHOOGEN.

(5) SOCIN, in BURKHARDT, *Centralbl. für die Krank. der Harn. und Sexuale Organe*, 29 mars 1894.

(6) DUPRAZ, *Revue méd. de la Suisse romande*, note complémentaire, 11 nov. 1896.

lesquelles toute la prostate a été enlevée. En écartant les observations de Demarquay et de Küster, dans lesquelles la vessie et le rectum furent plus ou moins complètement enlevés, il ne reste que les observations de :

Billroth.....	Guérison opératoire.....	Mort de récurrence, 14 mois.
Stein, 1 ^{er} cas.....	— — — — —	9 —
Stein.....	Mort.	
Leisrinck.....	Mort.	
Depage.....	Mort.	
Verhoogen.....	Guérison opératoire.....	— — 9 mois.
Fuller.....	— — — — —	11 —
Socin.....	— — — — —	définitive 4 ans après.

Au total 8 cas, avec 5 guérisons et 3 morts opératoires. Sur les 5 survivants, 4 meurent de récurrence de neuf à quatorze mois après l'opération et seul le malade de Socin allait bien quatre ans après.

Dans leur ensemble, ces résultats, quoique mauvais, ne sont pas décourageants. Ils démontrent que, même dans de très mauvaises conditions opératoires, le risque immédiat n'est pas très considérable: tous les malades opérés étaient en effet atteints de tumeurs très développées et ayant presque toujours dépassé les limites de la glande. Le beau succès obtenu par Socin prouve qu'on peut réussir et son malade, ainsi que celui de Verhoogen, démontrent que, malgré l'extirpation complète de la prostate, on peut espérer que la fonction urinaire se rétablira complètement, sans incontinence. Les néoplasmes malins de la prostate conduisant rapidement à une mort certaine, les résultats déjà obtenus me semblent justifier l'extirpation radicale toutes les fois que la tumeur paraît limitée et qu'on ne constate aucun signe d'envahissement ganglionnaire. L'opération devra être complète et il est nécessaire de suivre un procédé bien réglé permettant, en même temps que l'extirpation de toute la prostate, le rétablissement par la suture de l'urètre et de la vessie. Parmi les procédés de prostatectomie totale applicables aux tumeurs malignes, celui, non encore employé chez le vivant, que Robert Proust (1) a récemment décrit, me paraît mériter la préférence.

PROCÉDÉ DE R. PROUST. — Position de la taille, le bassin étant très relevé par un coussin. Incision en forme de V dont une branche réunit les deux ischions en passant à 1 centimètre en avant de l'anus et l'autre court le long de l'arcade ischio-pubienne gauche. On relève à gauche le lambeau cutané et le bulbe de l'urètre, qu'on isole de l'extrémité antérieure du sphincter anal. On décolle ensuite le rectum de la prostate et on protège l'intestin avec une grande valve qui le refoule en arrière; l'urètre est alors sectionné au niveau de sa partie membraneuse et la face antérieure de la prostate libérée. La vessie est alors transversalement sectionnée au niveau du col, ce

(1) Robert Proust, thèse de Paris, 1900.

qui permet de séparer la prostate de la base de la vessie. A ce moment, la prostate ne tient plus que par ses angles latéro-supérieurs où arrivent de chaque côté les artères et les veines, la vésicule séminale et le canal déférent : on pratique l'hémisection de la prostate et, en attirant avec des pinces chacune des moitiés de la glande, on peut aisément sectionner et lier le déférent et les vaisseaux et enlever les vésicules séminales. Il ne reste plus qu'à suturer l'urètre à la vessie, ce qui a pu être fait à plusieurs reprises chez le vivant, et à suturer partiellement les releveurs entre eux, en avant du rectum, pour combler en partie la brèche opératoire.

SARCOME DE LA PROSTATE.

Le sarcome de la prostate a été particulièrement étudié par Wind, par Barth et par Dupraz. Jolly écrivait à propos de l'épithéliome et du sarcome de la prostate : « C'est une œuvre impossible et même dangereuse que de vouloir faire un paragraphe pour l'histoire clinique de chacune de ces deux espèces. » Ayant pu réunir 24 observations de sarcome de la prostate, je crois qu'on peut, à l'heure actuelle, essayer d'indiquer les principaux caractères de ces tumeurs. Ces 24 observations sont celles de Thompson, Langstaff (2 cas), Isambert, Hodgkins, West, Bree, Barton, Wharton, Barth (3 cas), Socin (2 cas), Langhans, Marsh, Verhoogen, Dupraz, Spanton (2 cas), Sydney Cowpland (2 cas), Zahn et Reboul.

Étiologie. — Les sarcomes sont beaucoup moins fréquents que les épithéliomes de la prostate. On les voit de préférence aux deux âges extrêmes de la vie, dans l'enfance et la vieillesse ; Socin admet qu'un cinquième des observations concernent des enfants. Sur les 24 observations appartenant à différents auteurs que j'ai réunies, 2 sont des sarcomes secondaires et 22 primitifs ; sur ces 22 cas, l'âge est indiqué dans 17 cas, parmi lesquels 10 fois la tumeur s'est développée au-dessous de l'âge de quinze ans, 1 fois à vingt et un ans et 1 fois au-dessus de cinquante ans.

Dans les observations de Langhans (1) et de Bree (2), il s'agit d'enfants âgés de huit à neuf mois ; le malade le plus âgé est celui de Spanton qui avait soixante-dix ans. D'après ces observations, les sarcomes primitifs sont plus fréquents chez les enfants que chez les personnes âgées : 11 fois sur 17, soit près de 65 p. 100, la tumeur a été observée chez des individus âgés de moins de vingt ans.

Le *sarcome secondaire* de la prostate est fort rare : dans un cas de Zahn, un sarcome primitif de la vésicule séminale droite avait envahi la prostate ; chez un vieillard de soixante-seize ans, Reboul a vu un sarcome fasciculé périostéal de l'humérus se généraliser

(1) LANGHANS, cité par SOCIN.

(2) BREE, in JOLLY, *Arch. gén. de méd.*, 1869.

à différents organes ; la prostate présentait un noyau néoplasique.

Anatomie pathologique. — Dans quelques observations, le sarcome de la prostate se présentait comme une tumeur encore bien limitée (2^e cas de Socin, de Dupraz), la glande présentant un aspect analogue à celui de l'hypertrophie. Parfois, comme dans une autre observation de Socin, le sarcome développé dans le lobe médian fait saillie dans l'intérieur de la vessie sous forme de tumeur pédiculée. Dans la plupart des observations, le sarcome est décrit comme une très volumineuse tumeur qui remplit souvent l'excavation du bassin ; l'urètre se trouve comprimé et déformé par le néoplasme qui peut l'entourer complètement, comme dans l'observation de Marsh (1) : la vessie est refoulée et repoussée en haut et en avant, souvent envahie par la tumeur qui peut former des masses végétantes dans sa cavité [obs. de West, d'Isambert (2), de Barth (3)] : le rectum est souvent comprimé, parfois envahi par le néoplasme et ulcéré (obs. de Socin, etc.).

L'envahissement ganglionnaire est noté dans le cas de West, dans une des trois observations de Barth et dans le cas déjà ancien d'Isambert. Dans tous ces cas on ne signale que quelques ganglions dans le petit bassin ou dans la fosse iliaque au lieu des énormes masses ganglionnaires qu'on observe dans les épithéliomas de la prostate.

Au point de vue de la *structure*, les sarcomes prostatiques appartiennent à la variété embryonnaire à cellules rondes pour la plupart ; le sarcome fasciculé est fréquent ; enfin on voit aussi le fibro-sarcome et le myxo-sarcome. Dupraz insiste sur la difficulté réelle qui peut exister dans le diagnostic histologique entre l'épithélioma et le sarcome de la prostate : l'épithélioma peut en effet se présenter sous forme d'infiltration diffuse de petites cellules et le sarcome prendre par places le type alvéolaire. Certains auteurs, comme Fuller, ont tranché la difficulté en disant qu'il s'agit d'un sarcome-carcinome. Dans la prostate comme dans les autres organes glandulaires, le mieux sera de multiplier les coupes, de bien se rendre compte de la part que prend à la néoplasie l'élément glandulaire et d'étudier avec soin les rapports des éléments cellulaires avec les vaisseaux du néoplasme.

Symptômes. — Diagnostic. — Chez les enfants, il est noté que le premier symptôme du sarcome de la prostate est souvent la rétention d'urine : examinant alors le malade, le chirurgien constate l'existence d'un néoplasme souvent fort développé. A côté de la rétention on trouve parfois notée l'incontinence d'urine. D'autres fois, la dysurie, les efforts du malade pour uriner, appellent l'attention ; ou

(1) MARSH, *The Lancet*, vol. I, 1897, p. 1093.

(2) ISAMBERT, *Bull. de la Soc. anat.*, 1853, p. 97.

(3) BARTH, *Arch. für klin. Chir.*, 1891, p. 758.

bien encore ce sont des troubles de la défécation lorsque la tumeur se développe surtout du côté du rectum. Dans la suite de l'évolution du sarcome, chez les jeunes sujets, ce sont les mêmes phénomènes vésicaux ou rectaux qui, en s'accusant, dominent la scène : on note encore des douleurs dans le périnée ou dans le bassin, très rarement des hématuries, peu importantes d'ailleurs. Par le toucher rectal combiné au palper hypogastrique, on constate l'existence d'une tumeur de volume variable, souvent très grosse et venant même faire saillie à l'hypogastre ou dans le périnée ; sa surface est moins bosselée que celle des épithéliomas ; sa consistance, ferme, moins dure ; parfois on constate l'existence de portions ramollies. L'exploration de l'urètre révèle la longueur inusitée du canal, ses déviations, son envahissement possible par des masses fongueuses et saignantes. L'évolution est généralement rapide et en quelques mois la tumeur acquiert de grandes proportions : la mort survient généralement un ou deux ans après le début.

Chez l'adulte, le sarcome évolue à peu près comme l'épithéliome dont il emprunte les symptômes : le diagnostic ne peut guère qu'être soupçonné. Ce qui domine l'histoire clinique du sarcome de la prostate, c'est que la tumeur a, localement, une croissance rapide et peut acquérir des dimensions considérables sans présenter les bosselures indurées, la consistance ligneuse de la plupart des épithéliomas prostatiques. D'un autre côté, le sarcome se généralise surtout par la voie sanguine et n'a pas la prédilection du carcinome pour les ganglions : on ne voit pas ici cet envahissement précoce et étendu des ganglions du bassin, ni les masses iliaques et prévertébrales que nous avons étudiées dans les épithéliomas. Il résulte de ce mode différent dans la propagation du sarcome et de l'épithéliome, que les douleurs irradiées déterminées par la compression nerveuse sont beaucoup plus rares dans le sarcome. Notons encore que les hématuries paraissent plus rares dans le sarcome que dans l'épithéliome ; pourtant, chez un malade de Socin, il y avait non seulement hématurie, mais encore urétrorragie, le sang sortant par l'urètre en dehors de la miction.

Traitement. — Dans la plupart des cas, le traitement ne saurait être que palliatif, les malades étant observés lorsque le néoplasme est déjà trop développé pour que toute tentative d'opération radicale soit vouée à un échec certain.

La prostatectomie totale pour sarcome de la prostate a été pratiquée par Socin et par Verhoogen. Les deux malades étaient des adultes dont j'ai résumé plus haut les observations (p. 702). Le malade de Verhoogen mourut de récurrence neuf mois après l'opération : celui de Socin restait guéri quatre ans après l'intervention.

VII

KYSTES DE LA PROSTATE

Les formations kystiques qu'on peut trouver dans la prostate peuvent être classées en trois variétés absolument dissemblables au point de vue pathogénique et symptomatique : ce sont les kystes glandulaires, ceux qui se forment dans l'utricule prostatique, et enfin les kystes hydatiques. Nous étudierons séparément ces trois affections kystiques.

I. — KYSTES GLANDULAIRES.

Il n'est pas très rare de trouver à l'autopsie de petites dilatations kystiques dans l'intérieur de la prostate. Le plus souvent, ce sont de petits kystes multiples, remplis d'un liquide grisâtre, qui siègent dans les lobes latéraux de la glande ; parfois plusieurs petits kystes se réunissent pour former une cavité plus considérable.

Les observations de kystes prostatiques présentant un certain volume sont rares : je puis citer un cas de Dolbeau rapporté par Béraud, un exemple de Cruveilhier, deux observations de Le Dentu, une d'English et une autre de Desnos. Toujours multiples, ces kystes sont formés par la confluence de cavités plus petites et acquièrent parfois un volume assez considérable ; celui que Desnos observa présentait le volume d'une mandarine. Le kyste siège presque toujours dans les lobes latéraux et se développe en dehors et en haut, d'où il suit qu'il comprime peu l'urètre : dans le cas que je viens de citer, la tumeur occupait presque toute la partie inférieure de la prostate qui était convertie en une seule poche se terminant en avant immédiatement derrière la portion membraneuse de l'urètre et en arrière au point où, normalement, les vésicules séminales pénètrent entre les deux lobes ; les canaux éjaculateurs restaient complètement indépendants de cette poche. Dans une des observations de Le Dentu, ainsi que dans le cas d'English, le kyste glandulaire siégeait au niveau du lobe médian.

La paroi du kyste présente des irrégularités sur sa surface interne correspondant aux cloisons qui séparaient les cavités primitives ; par sa surface externe, la paroi adhère au tissu prostatique encore conservé ou se met en contact avec la muqueuse de l'urètre et communique avec la cavité du canal par des orifices multiples. Dans le cas de Desnos, examiné par Brault, les parois étaient formées par du tissu conjonctif fibrillaire riche en cellules fusiformes ; on trouvait à la face interne un épithélium cylindrique ou cubique, aplati par places, et généralement disposé sur une seule couche.