
SIXIÈME LEÇON.

Prostatite aiguë. — Prostatite chronique. — Abscès de la prostate.

L'inflammation de la prostate se développe, dans la grande majorité des cas, par l'extension d'une phlegmasie uréthrale. Le mode le plus habituel suivant lequel s'établit cette maladie est la propagation par continuité de tissu, de l'extérieur vers la profondeur; il est au contraire très rare d'observer la marche inverse, dans laquelle la propagation se ferait de la vessie vers la prostate. Dans certaines circonstances, la prostate peut s'enflammer primitivement, comme cela arrive dans les cas de calculs, de corps étrangers, de plaies et de contusions de cet organe. Le cathétérisme répété, les fausses routes, les calculs développés dans l'épaisseur de la glande, les tubercules de la prostate sont encore des causes directes d'inflammation. Toutes les causes qui ont été signalées en dehors de celles que nous venons d'énumérer, ne paraissent jouer un rôle efficace dans la production de la prostatite aiguë que lorsqu'il y a une inflammation de l'urèthre, soit blennorrhagique, soit d'origine mécanique comme celle qui siège derrière un rétrécissement grave. Les diurétiques, les balsamiques, les drastiques que l'on a tour-à-tour incriminés, n'agissent que d'une manière détournée par les modifications qu'ils impriment brusquement

à la marche de l'urétrite. Toutefois, il faut admettre que certaines dispositions anatomiques de voisinage peuvent jouer le rôle de causes prédisposantes: ainsi les hémorroïdes, le développement veineux des organes génitaux exagéré chez quelques sujets, la constipation habituelle, tout ce qui favorise la congestion mécanique des veines du bassin, placent la prostate dans des conditions propices au développement d'une inflammation. Le froid humide concentré sur le périnée, l'abus des plaisirs vénériens, et particulièrement le coït incomplet et prolongé, ont été aussi invoqués comme causes de prostatite aiguë et chronique: mais leur action n'est bien manifeste que dans les cas où elle coïncide avec l'existence d'une urétrite aux dernières périodes.

La prostatite aiguë se termine le plus souvent par la résolution, surtout lorsqu'elle est traitée rationnellement, mais il n'est pas rare de la voir passer à l'état chronique. On peut alors observer deux états de la prostate très différents; ou bien l'organe s'indure; et quelquefois il subit une sorte de rétraction par un processus analogue à celui de l'affection cirrhotique; mais le plus ordinairement la glande conserve un volume supérieur au volume normal, et il n'est pas rare d'y rencontrer un ou deux petits foyers purulents, de la grosseur d'un petit pois, qui augmentent graduellement et viennent s'ouvrir dans l'urèthre; si cette ouverture se fait rapidement, on a un orifice ulcéré et un ulcère peu profond susceptible de guérir, si l'ouverture se fait tardivement, une grande partie de la glande est détruite, l'ulcère en caverne a de grandes dimensions, fournit un écoulement abondant, et les malades ne tardent pas à succomber. Les cavernes qui

se développent autour des calculs propres à la glande sont en général de petites dimensions, et souvent elles guérissent après la sortie du calcul ; celles qui résultent de la fonte des tubercules ont une grande tendance à l'envahissement, leurs parois sécrètent considérablement, et cette sécrétion s'élimine au dehors sous la forme d'un écoulement gris, sanieux, quelquefois mêlé de sang, et dans tous les cas très-abondant. — D'autres cavernes peuvent se former dans des points dégénérés de quelques tumeurs prostatiques, par le mécanisme des procédés ulcératifs que vous connaissez.

La prostatite aiguë peut encore, au lieu de devenir chronique, se terminer par le ramollissement de l'organe, caractérisé par un état fongueux de la muqueuse prostatique qui saigne au moindre contact, qui parfois même s'ulcère et se gangrène en partie, ou encore par la suppuration ; celle-ci peut former des foyers purulents volumineux s'ils sont en petit nombre, et si elle envahit le parenchyme de l'organe ; ou bien, si la suppuration s'établit dans les culs de sac glandulaires, constituer de petits foyers multiples, du volume d'un grain de mil ou d'un grain de blé ; on a donné à cette variété le nom de prostatite canaliculaire, et M. Peter en a cité un exemple recueilli sur un sujet mort dans le cours d'une blennorrhagie : « En pressant sur la prostate, « dit-il, on faisait sortir par chacun de ses orifices uré-
« thraux une assez grande quantité de liquide évidemment
« purulent ; de la prostate incisée, on faisait également
« sourdre une série de gouttelettes de pus qui s'échappaient
« manifestement de chacun des follicules prostatiques et
« non du parenchyme de la glande qui n'était ni rouge ni

« tuméfié. C'était donc là une prostatite canaliculaire ou
« muqueuse, et non point une prostatite parenchymateuse. »

Un processus du même genre, mais de moindre intensité, peut aboutir à une sorte de catarrhe des glandules prostatiques, et entretenir un écoulement urétral d'aspect variable, tantôt jaunâtre, tantôt blanc gris et ressemblant à du sperme ; beaucoup de prétendues spermatorrhées se présentent ainsi ; dans ce liquide on ne trouve pas d'éléments spermatiques, il ne s'agit donc pas d'une spermatorrhée, mais bien d'une véritable prostatorrhée, offrant dans ses allures et son mode pathogénique de nombreuses ressemblances avec l'inflammation catarrhale persistante des glandes de Cowper. Ces deux blennorrhées ont aussi pour caractère commun d'être très rebelles ; elles font par leur ténacité le désespoir des malades et de leur médecin, car elles résistent souvent à tous les traitements. Rarement la prostate est le siège d'une suppuration diffuse ; cette forme se produit principalement dans les cas de cystite et de prostatite aiguë par rétention d'urine survenant dans le cours d'une affection organique, ou dans les opérations sur l'urètre et la vessie.

Demarquay a décrit en 1862 des collections purulentes périprostatiques développées dans le tissu cellulaire qui entoure la glande, et principalement entre l'aponévrose sous prostatopéritonéale et le rectum. La blennorrhagie, les cathétérismes répétés et les fausses routes paraissent en être les causes les plus fréquentes. La phlegmasie périprostatique est dans ces cas consécutive à la prostatite, mais celle-ci peut se terminer par résolution ou par induration, tandis que la périprostatite aboutit à la suppuration, et le

pus a une grande tendance à se faire jour dans le rectum, plus rarement du côté de la région périnéale superficielle, vers les fosses ischio-rectales.

Vous reconnaîtrez une prostatite aiguë aux signes suivants : pesanteur au périnée, besoins fréquents d'uriner, dysurie pouvant aller jusqu'à la rétention par gonflement inflammatoire de la muqueuse (telle est la cause la plus fréquente de rétention par rétrécissement inflammatoire du canal), douleur aiguë, lancinante, pulsatile, augmentant dans la station assise, et prenant un caractère particulièrement intense dans la défécation et la miction. Le toucher rectal démontre une sensibilité anormale et l'augmentation de volume de la prostate; de la durezza au début, faisant place vers le 10^{ème} jour à une sensation de mollesse, quelquefois de fluctuation, qui indique la formation du pus; celle-ci s'annonce d'ailleurs avec son cortège habituel de symptômes, c'est-à-dire par des élancements presque continus, avec accès de fièvre d'abord intermittents, puis très irréguliers. Le cathétérisme est difficile; la sonde produit une douleur atroce dès qu'elle arrive dans la région prostatique; dans certains cas, son introduction détermine l'ouverture d'un abcès qui proéminait dans le canal. Les premières portions d'urine à chaque miction entraînent une quantité parfois assez considérable de pus qui baigne la muqueuse de la prostate.

Il est difficile de décider, dans le cas d'abcès de la région prostatique, si cet abcès est péri ou intra prostatique; les symptômes de ces deux affections sont les mêmes; les seules différences sont l'étendue de la tumeur fluctuante, laquelle est beaucoup plus considérable dans l'abcès péri-

prostatique, et l'uniformité de la surface fluctuante; dans l'abcès intra-prostatique qui fait saillie vers le rectum, la fluctuation est plus circonscrite, le doigt la perçoit seulement dans une petite étendue; et bientôt il rencontre à la périphérie du point fluctuant le tissu résistant de la prostate. L'étendue de la surface fluctuante, la régularité de cette surface dans l'abcès périprostatique, les inégalités de consistance dans le cas d'abcès intra-prostatique, sont donc les seuls caractères distinctifs de ces deux lésions. D'ailleurs, les indications sont à peu près les mêmes. La gravité des abcès périprostatiques est moindre, puisque l'urine n'a pas accès dans le foyer. Quant aux abcès prostatiques qui s'ouvrent à la fois dans le rectum et la vessie, ils comportent un pronostic très grave, par l'établissement de fistules intarissables.

La prostatite chronique se traduit par un ensemble de signes qui diffèrent des précédents; on peut dire qu'aucune maladie ne ressemble autant à une pierre dans la vessie, dont les symptômes seraient atténués; à tel point, que l'on ne peut quelquefois arriver à la certitude du diagnostic que par le cathétérisme explorateur de la vessie. Les mictions sont fréquentes surtout la nuit, en général peu douloureuses, sauf à la fin, mais la douleur cesse plus tôt que celle qu'occasionne une pierre; quelquefois la miction se termine par l'expulsion de quelques gouttes de sang; ces phénomènes ne sont pas augmentés par la marche et la voiture dans une proportion aussi marquée que dans le cas de pierre dans la vessie. La douleur de la fin de la miction se prolonge souvent jusqu'à la base du gland; cette douleur, qu'on avait pendant longtemps considérée comme spéciale et pathogno-

monique de la présence d'un calcul, est produite par l'action constrictive de la vessie sur la prostate enflammée. Vous savez en effet, Messieurs, que les fibres circulaires de la prostate sont en arrière en continuité avec celles de la vessie, et que d'autre part les nerfs du plexus prostatique envoient dans le pénis des filets que l'on peut suivre jusqu'à la base du gland. La pesanteur au périnée est, comme dans la prostatite aiguë, plus intense et plus insupportable dans la station assise. Le passage de la sonde indique une douleur plus vive qu'à l'état normal; dans le cas d'ulcères en cavité de la prostate, l'instrument peut s'engager facilement dans ces cavités, si le bec ne suit pas la paroi supérieure du canal. Le toucher rectal permet de constater une sensibilité anormale, et souvent une augmentation de volume considérable. La première portion d'urine contient une matière muco-purulente, abondante surtout dans le cas d'ulcère en cavité; le cathétérisme explorateur de la vessie est négatif. Enfin, les désirs vénériens sont plus ou moins abolis; les malades présentent un certain degré d'affaissement augmenté par le mauvais état moral qu'entretiennent les maladies chroniques des voies urinaires.

La saignée locale est la première indication à remplir dans le traitement de la prostatite aiguë; elle doit être suffisamment déplétive; vous appliquerez donc sur le périnée et autour de l'anus vingt à trente sangsues; si vous savez manier le scarificateur et la ventouse, vous produirez avec ces instruments un résultat aussi satisfaisant que celui des sangsues.

Les bains de siège constituent le second acte du traitement; ils doivent être courts, d'une durée de cinq à six

minutes, pas davantage, et la température doit être progressivement élevée de 37° à 41° centigrades. Un bain de siège prolongé au delà de dix minutes déterminerait une congestion générale des veines du bassin, et vous devez au contraire éviter cette congestion. L'impression vive sur la peau est le seul effet à produire, et elle s'obtient rapidement par l'élévation progressive de la température du bain.

La rétention d'urine peut nécessiter le cathétérisme; essayez-le d'abord avec une sonde en caoutchouc; si vous ne passez pas, employez une sonde molle à grande courbure fixe et terminée par une olive. Dans tous les cas, ne laissez jamais une sonde à demeure, malgré les difficultés du cathétérisme et les douleurs qu'il excite; une muqueuse aussi sensible et friable que l'est la muqueuse prostatique enflammée, ne peut s'accommoder du contact permanent d'un corps étranger. L'opium en suppositoires, le laudanum en lavements, les injections sous-cutanées de morphine à la région hypogastrique et au périnée, l'application sur ces régions de flanelles chaudes ou de cataplasmes émollients et fortement laudanisés compléteront le traitement local, auquel vous adjoindrez le traitement général de toute inflammation aiguë.

Dans la prostatite chronique, vous remplacerez les émissions sanguines par des applications irritantes au périnée; soit de petits vésicatoires, soit des badigeonnages répétés avec la teinture d'iode. Dans les cas où la blennorrhagie serait la cause de la prostatite, une injection légèrement caustique peut amener les plus heureux résultats; vous emploieriez de préférence une solution de nitrate d'ar-

gent, en commençant par 30 centigrammes de sel pour 30 grammes d'eau, et en allant s'il le faut à 4 gramme pour 30. Voici, selon moi, le meilleur moyen de pratiquer cette injection : procédez au cathétérisme avec une bougie à boule creusée dans toute sa longueur ; laissez la vessie se vider, puis retirez l'explorateur d'une quantité équivalente à la longueur de la région prostatique ; la différence de sensibilité vous indiquera le moment où la bougie aura franchi les points malades ; poussez alors par la cavité de la bougie quelques gouttes de la solution caustique ; cette quantité suffit pour baigner la portion de muqueuse malade. Cette injection déterminera en général une irritation vive, des besoins d'uriner fréquents, souvent même la sortie de quelques gouttes de sang ; pendant deux ou trois jours, vous observerez un léger écoulement, puis l'irritation diminuera graduellement. Si vous trouvez avantage à renouveler cette cautérisation, attendez pour le faire huit à dix jours ; ce temps paraît nécessaire pour juger de l'effet produit par la cautérisation précédente. Vous pouvez employer aussi les différents porte-caustiques.

Joignez à ce traitement local, un traitement général réparateur, et l'emploi à l'intérieur de l'iodure de potassium.

Le traitement de l'abcès prostatique est subordonné à sa marche. L'abcès doit être ouvert lorsqu'il proémine dans le rectum ou au périnée ; mais l'opération ne doit être pratiquée que dans les cas où il y a certitude. S'il y a doute, il vaut mieux s'abstenir, et attendre en surveillant l'état du malade ; souvent alors on verra l'abcès s'ouvrir spontanément dans l'urèthre.

SEPTIÈME LEÇON.

**Cystite aiguë. — Cystite chronique.
Catarrhe vésical.**

Messieurs,

Nous avons envisagé l'urétrite et la prostatite sous leurs deux aspects principaux, l'inflammation aiguë, et l'inflammation chronique. Sans m'arrêter à la description particulière de chaque variété nosologique, j'ai esquissé à grands traits ces deux formes élémentaires de l'inflammation de la muqueuse uréthrale et des glandes qui lui sont annexées. Je vous ai déjà dit quelles sont les raisons qui m'invitent à adopter cette manière de procéder. Ces leçons générales contiennent les notions qui doivent vous servir de guide dans l'étude clinique des maladies des voies urinaires, et dans l'appréciation des préceptes qui régissent l'application des méthodes de traitement. Si je parviens ainsi à vous faire comprendre les éléments du diagnostic et les déductions qui en dérivent, j'aurai atteint mon but ; car vous pourrez alors suivre avec fruit les leçons cliniques, c'est-à-dire celles qui auront pour base l'étude approfondie et la comparaison des cas spéciaux, ainsi que l'emploi raisonné des moyens thérapeutiques dont l'art dispose. La cystite présente, elle aussi, un grand nombre de variétés que l'on