

**Diagnostic différentiel.**

D'après les symptômes que nous avons exposés, il semble difficile de méconnaître la cowpérite, surtout quand l'inflammation est limitée à la glande. Le diagnostic est plus délicat quand la tuméfaction inflammatoire est diffuse, car la confusion avec un abcès périnéal sous-cutané, avec un infiltrat caverneux, avec un abcès du bulbe est alors possible. Toutefois, l'abcès périnéal et l'infiltrat caverneux, même lorsqu'ils sont étendus, ne compriment généralement pas le bulbe. Les abcès du bulbe se distinguent de la cowpérite par leur siège sur la ligne médiane et par leur propagation en avant. Dans la cowpérite, la tumeur est asymétrique généralement et s'étend surtout en arrière. Les infiltrations d'urine se caractérisent en ce qu'elles succèdent en tant de conséquences d'un rétrécissement, à une uréthrite chronique. Les symptômes de rétrécissements ont existé longtemps avant l'infiltration urinaire et l'ouverture spontanée ou l'incision de cet infiltrat ne fait pas cesser le rétrécissement, ce qui est le cas pour la cowpérite.

**Pronostic.**

Favorable dans les cas où l'inflammation est circonscrite à la glande, le pronostic doit toujours être réservé quand le tissu périglandulaire s'entrepren, en raison du danger de l'infiltration urinaire, de la persistance d'une fistule uréthrale, de la compression de l'urèthre, accidents qui comportent des suites, sinon très graves du moins toujours très désagréables.

**Traitement.**

Le traitement est simple. Il faut, à la phase aiguë, interrompre le traitement local de l'uréthrite, prescrire le repos et recourir aux moyens antiphlogistiques (compresses froides, vessie de glace sur le périnée), jusqu'à ce que la fluctuation soit manifeste. L'incision est alors indiquée, puis on traite l'abcès chirurgicalement. L'induration de la glande et du tissu périglandulaire cède aux frictions d'onguent napolitain et aux fumigations.

Quand le pus s'est fait jour au périnée et qu'il persiste une fistule, l'excision du trajet fistuleux et de la glande elle-même peut être indiquée.

## IV. — DE LA PROSTATITE

**Généralités.**

On sait depuis très longtemps que la prostate peut prendre une large part au processus blennorrhagique, part que l'on a cependant très souvent exagérée.

Pour les anciens médecins c'était surtout la prostate qui était le siège de la blennorrhagie; cet organe était censé s'enflammer et suppurer à chaque atteinte d'uréthrite. ZELLER (1700), LITRE (1711), WARREN (1711) pensaient ainsi. Cette opinion trouvait sa raison d'être dans ce fait que l'on n'avait guère alors, pas plus qu'aujourd'hui du reste, l'occasion d'autopsier des sujets atteints d'uréthrite simple, non compliquée, succombant à une maladie intercurrente. Par contre, les cas suivis de nécropsie étaient toujours des cas graves, sur lesquels s'était greffée l'une ou l'autre complication dangereuse, entre autres et surtout une prostatite. Les données fournies par un cas particulier étaient alors généralisées.

Ces idées furent très longtemps reçues, et même après que l'on eut acquis des notions plus exactes sur la nature de la blennorrhagie. Pour SWEDIAUR (1798), GIRTANNER (1803), le siège de la blennorrhée chronique était encore la prostate. Pour GIRTANNER notamment, cet organe était presque toujours plus ou moins entrepris chez les blennorrhagiens. Après la guérison complète de l'uréthrite, la prostate restait volumineuse et dure, elle pouvait même, croyait-il, augmenter encore de volume et obstruer le col vésical. WENDT (1827) et SIGMUND (1858) pensaient aussi que dans toute blennorrhagie un peu intense, la prostate était plus ou moins atteinte. GIRTANNER et VIDAL rapportaient déjà à la blennorrhagie l'hypertrophie prostatique des vieillards.

Des observations précises ont appris que la prostate, au cours des blennorrhagies aiguë et chronique, s'entreprenait souvent soit partiellement, soit totalement. Nous pouvons donc distinguer des prostatites chroniques et des prostatites aiguës. Ce sont les irritations

diverses qui amènent des exacerbations de l'urétrite qui provoquent d'ordinaire l'éclosion de la prostatite, ce sont : les excès in Baccho et Venere, les mouvements violents, exagérés, les injections fortes, le cathétérisme, etc. Cependant beaucoup de prostatites apparaissent spontanément ou tout ou moins sans cause bien appréciable. Les rapports de voisinage expliquent d'ailleurs la facilité avec laquelle l'inflammation émigre de la muqueuse uréthrale dans la prostate. Jusqu'ici la question de savoir si la prostatite est une affection purement blennorrhagique ou si elle résulte d'une infection mixte n'est pas résolue.

Toutefois, nous devons admettre que dans les cas qui se terminent par l'abcission ou qui s'accompagnent d'accidents pyémiques généralisés il s'agit certainement d'une infection mixte.

### Symptômes.

#### A. — PROSTATITE AIGUE

Le développement d'une prostatite, au cours de l'urétrite aiguë, n'est possible que si la muqueuse de l'urèthre postérieur prostatique est elle-même malade, par conséquent s'il existe une urétrite postérieure.

Comme cette urétrite postérieure n'apparaît pas d'ordinaire avant le troisième septénaire de la blennorrhagie (il faut faire abstraction des cas où elle naît plus tôt, à la suite d'une exploration instrumentale, intempestive du canal), la prostatite elle-même ne peut éclore avant ce terme.

L'urétrite postérieure, nous l'avons dit, ou bien débute par une explosion de symptômes, à la suite de certaines influences nocives, ou bien s'établit spontanément, lentement et insidieusement, sans symptômes pour ainsi dire.

*L'apparition de la prostatite sera donc précédée ou non des symptômes de l'urétrite postérieure.* Mais comme les deux affections peuvent se développer en même temps ou presque en même temps, les symptômes de l'une et de l'autre se confondent souvent.

Il est difficile de préciser par des chiffres la fréquence avec laquelle l'urétrite postérieure se complique de prostatite. Sans aucun doute, cet accident arrive très souvent. D'après SIGMUND (1858) toute chaude-pisse datant de quelques semaines s'accompagnerait d'un certain

gonflement de la prostate, parfois très considérable, qui persisterait souvent après le décours de la maladie.

MONTAGNON (1885) et ERAUD (1886) admettent que 70 p. 100 des cas d'urétrite postérieure se compliquent de prostatite.

La prostate participe à l'inflammation de l'urèthre postérieur de quatre façons :

*a) Congestion de la prostate.* — C'est la forme la plus fréquente. Elle succède aux symptômes de l'urétrite postérieure ou s'établit tout à fait insidieusement ; spécialement dans le dernier cas, les malades se plaignent d'une sensation de pression, de pesanteur ressentie du côté du périnée ; ils renseignent un sentiment de plénitude du rectum. Les mictions sont un peu plus fréquentes ; les défécations, surtout quand le bol fécal est très solide, sont douloureuses.

Au toucher rectal, on trouve la prostate uniformément ou irrégulièrement augmentée de volume, plus chaude que normalement et douloureuse à la pression. La sécrétion uréthrale ne diminue pas d'ordinaire et l'épreuve des deux verres révèle un trouble des deux portions de l'urine. Cet état persiste aussi longtemps que dure la période aiguë de l'urétrite, puis, il disparaît de lui-même en quelques jours. Mais, alors encore, des irritations externes, notamment des injections et le coït, peuvent ramener l'hyperémie et provoquer l'inflammation. Les pollutions fréquentes qui proviennent de l'hyperexcitabilité sexuelle liée à l'urétrite prostatique, ont le même effet.

Il faut se garder de rapporter à la congestion de la prostate toutes les sensations douloureuses que l'on peut provoquer par la pression du doigt introduit dans le rectum. Pour qu'il y ait congestion de la prostate, il faut que cet organe soit augmenté de volume. La sensibilité douloureuse de l'urèthre prostatique peut en effet, à elle seule, éveiller déjà ces sensations.

*b) Folliculite aiguë.* — Elle survient à la période aiguë de l'urétrite postérieure ou plus tard à l'occasion d'une rechute, d'une exacerbation de cette urétrite amenée par des injections, le coït ou l'onanisme.

Ordinairement quelques heures, six à vingt-quatre heures après la mise en jeu de la cause qui provoque la prostatite, le patient souffre de pressants besoins d'uriner ; les mictions se renouvellent toutes les demi-heures et plus souvent encore. Cet état douloureux dure quelques heures, un jour au plus, puis disparaît. L'écoulement uréthral

n'augmente pas, comme c'est le cas généralement à la suite d'une influence nocive, mais l'urine paraît trouble, muqueuse dans ses deux portions, et après un certain temps, elle laisse déposer de légers nuages floconneux. L'addition d'acide acétique fait souvent disparaître partiellement ce trouble; il y a donc aussi de la phosphaturie. L'émission des dernières gouttes d'urine s'accompagne d'une douleur cuisante ou lancinante que le malade localise toujours au même point.

Une sensation analogue est ressentie dans les parties profondes de l'urèthre au passage des urines.

À l'exploration per anum, la prostate est modérément tuméfiée; dans l'un des lobes on sent une ou deux nodosités dures, du volume d'un pois, qui tranchent nettement par leur consistance sur le reste du parenchyme. La pression exercée en ce point provoque une vive douleur.

Quand aucune nouvelle influence fâcheuse ne vient peser sur l'évolution de la prostatite, les symptômes subjectifs s'amendent rapidement, les petits infiltrats noduleux sont résorbés et tout rentre dans l'ordre, n'étant que l'écoulement uréthral fait souvent alors sa réapparition. Quand les nodosités prostatiques signalées plus haut passent à la suppuration, l'abcès crève habituellement dans l'urèthre puis se ferme et laisse après lui une cicatrice qui, lorsqu'elle siège au voisinage d'un conduit éjaculateur, peut en amener l'occlusion; nous avons eu l'occasion de l'observer dans une autopsie. L'occlusion d'un conduit spermatique entraîne à sa suite l'oligospermie, l'occlusion double a pour conséquence l'aspermatisme.

c) **Prostatite parenchymateuse.** — Elle succède aux formes précédentes ou s'établit d'emblée.

Elle s'annonce par la fréquence obligée des mictions, par un sentiment de plénitude du rectum et de pesanteur du côté du périnée. L'écoulement disparaît, mais la fièvre éclate et tous les autres phénomènes morbides s'aggravent. Les mictions sont gênées par la tuméfaction prostatique, le jet urinaire est mince, la presse abdominale intervient énergiquement. A cause de la compression exercée sur la glande enflammée à chaque défécation, cet acte est devenu très douloureux. D'ailleurs, il existe aussi des douleurs spontanées, déchirantes, horribles, qui sont d'abord ressenties au niveau du périnée mais qui s'irradient le long de l'urèthre, du côté du rectum, du sacrum, des cuisses. Beaucoup de malades accusent une sensation de corps étranger dans le rectum: ils ne sont pas seulement tourmentés par le ténésme vésical, ils ont aussi du ténésme anal.

La pression exercée sur le périnée est insupportable, aussi ces malades évitent-ils de s'asseoir et recherchent-ils les positions couchées, les membres inférieurs en flexion. La prostate dans ces cas est considérablement gonflée, chaude, douloureuse à la pression et proémine fortement dans le rectum.

Pendant cinq ou six jours tous ces phénomènes augmentent en intensité. Le gonflement de l'organe peut aller jusqu'à produire une rétention d'urine ou une rétention stercorale en dépit du ténésme continu. Ces symptômes s'apaisent souvent à la fin de la première semaine, la tuméfaction inflammatoire de la prostate diminue alors rapidement; mais, au lieu de diminuer les douleurs peuvent augmenter, prendre un caractère pulsatil; on observe des frissons, c'est qu'alors la suppuration se prépare. La fonte purulente de l'infiltrat se fait en peu de temps; en trois ou quatre jours la fluctuation est déjà manifeste. Le processus est-il abandonné à son évolution spontanée, la capsule de l'abcès se ramollit en un point au niveau duquel le pus finit par se frayer une issue. Quand c'est du côté de l'urèthre que se fait cette rupture, le malade éprouve au moment où elle se produit (c'est ordinairement à l'occasion d'un effort de défécation ou de miction) une douleur aiguë, un jet de pus sanguinolent s'échappe aussitôt de l'urèthre et tous les phénomènes morbides montrent immédiatement une rémission.

Mais l'abcès peut s'ouvrir ailleurs et le pus s'épanche alors dans le tissu cellulaire lâche et entre les aponévroses du petit bassin pour se faire jour, soit dans le rectum, soit à l'extérieur au niveau du périnée.

On observe là où la rupture doit se faire une tuméfaction; la peau devient rouge, s'amincit et s'ouvre. La voie que suit la fusée purulente est du reste très étrange parfois.

C'est ainsi que dans 140 cas, rassemblés par **SEGOUD**, le pus a fait irruption :

- 64 fois dans l'urèthre.
- 43 — dans le rectum.
- 13 — au niveau du périnée.
- 8 — dans la cavité ischio-rectale.
- 3 — dans la région inguinale.
- 2 — par le trou obturateur.
- 1 — par l'ombilic.
- 1 — par le trou ischiatique.
- 1 — au niveau du bord des fausses côtes.
- 1 — dans la cavité abdominale.
- 1 — dans la cavité de Retzius.

Ensuite, dans les cas favorables, la cavité de l'abcès se remplit de granulations et la guérison s'établit assez rapidement.

Mais le voisinage de l'urèthre, de la vessie et du rectum est une cause fréquente d'infection. Celle-ci peut encore se faire par l'extérieur.

L'infiltration d'urine, l'infection septique, la gangrène, la pyémie s'observent parfois à la suite de la pénétration des urines ou des matières fécales dans la cavité de l'abcès.

Quand le foyer purulent s'ouvre à la fois dans l'urèthre et dans l'intestin, ou à la fois dans l'urèthre et au périnée, l'urine peut s'écouler par cette voie et occasionner une infiltration urineuse ou bien une fistule.

La prostatite parenchymateuse est donc une affection très grave.

Sur les 114 cas observés par SEGOND,

70 se sont terminés par la guérison.

34 — par la mort.

10 ont laissé des fistules urinaires.

*Quand la prostatite parenchymateuse ne se termine pas par la résolution complète ou par l'abcission, elle peut avoir une autre issue, assez rare cependant : l'induration.* Les phénomènes morbides aigus et les symptômes subjectifs disparaissent, mais on trouve à l'exploration per anum une prostate grosse et dure. Ce gonflement peut encore, il est vrai, disparaître à la longue; il peut aussi conduire à l'hypertrophie de l'organe.

La prostatite parenchymateuse au lieu d'évoluer d'une façon aiguë comme nous venons de le voir peut affecter au contraire une marche torpide, insidieuse. Sous l'influence de certaines causes nocives, les envies d'uriner deviennent plus fréquentes et plus impérieuses, mais elles n'importunent pas énormément les malades. Si l'on suspend le traitement local de l'urétrite, l'écoulement redevient abondant. Pendant cinq ou six jours les malades peuvent vaquer à leurs occupations, peuvent marcher sans difficultés, voyager, s'asseoir; puis surviennent des frissons, de la fièvre, des mictions et des défécations douloureuses. Si à ce moment on explore la prostate on est extrêmement surpris de la trouver grosse et déjà fluctuante. PITTMAN (1860) a signalé un cas de ce genre et moi-même j'ai eu l'occasion d'en observer plusieurs.

*Aussi, ai-je pour principe d'explorer la prostate dès que la fièvre éclate au cours d'une blennorrhagie.*

d.) Phlegmon périprostatique. — PAUPERT (1836), PARMENTIER

(1862), DUBREUIL (1872) ont fait remarquer que les causes qui provoquaient de la prostatite parenchymateuse pouvaient aussi produire l'inflammation du tissu périprostatique. La prostate est entourée d'un tissu cellulaire graisseux, abondant surtout en arrière et en dessous; les collections purulentes qui se forment dans ce tissu entre la prostate et le rectum peuvent s'étendre vers le haut et venir décoller le péritoine. Le pus fuse le plus souvent vers le bas et se fraye une issue à travers le périnée ou dans le bulbe. On trouve plus rarement le pus entre la prostate et l'urèthre. Les symptômes se rapprochent beaucoup de ceux de la prostatite aiguë, le diagnostic se fait à l'aide du toucher rectal qui permet de constater l'intégrité de la prostate. L'abcès s'ouvre habituellement au périnée, rarement dans le rectum. La marche de la périprostatite est plus favorable que celle de la prostatite parenchymateuse; l'infiltration urineuse, la gangrène sont moins à craindre.

#### B. — PROSTATITE CHRONIQUE

Elle se développe à la suite de la prostatite aiguë surtout après la prostatite folliculeuse ou bien elle s'établit d'emblée comme telle, à titre de complication de l'urétrite chronique.

La séméiologie de la prostatite chronique rentre si bien dans le cadre de l'urétrite postérieure chronique que nous croyons pouvoir ne plus y revenir. Qu'il nous suffise de rappeler les symptômes cardinaux de cette affection : la neurasthénie sexuelle et la prostatorrhée. A l'inverse de FÜRBRINGER (1890), POSNER (1889) s'est rallié complètement à notre façon de voir et a admis la description que nous avons faite de la prostatite chronique d'origine uréthrale.

#### Anatomie pathologique.

Abstraction faite des données fournies par les anciennes autopsies, autopsies qui se rapportaient généralement à des prostatites abcédées, c'est avant tout à HOME (1811), HAMILTON (1850), THOMPSON (1857), que nous sommes redevables des connaissances anatomo-pathologiques acquises sur les prostatites. Certes, ces connaissances sont encore très imparfaites parce qu'elles sont basées sur un trop petit nombre d'observations.