

mailles serrées qui monte jusqu'au cul-de-sac vésico-rectal. La lymphangite péri-prostatique a donc pour elle une forte probabilité anatomique; cliniquement, elle explique bien ces suppurations du tissu rétro-glandaire, sans abcès intermédiaire de l'organe, succédant à une lésion minime de la muqueuse uréthro-prostatique. L'adénite péri-prostatique est moins vraisemblable que l'angioleucite: les ganglions lymphatiques que Lannelongue a signalés sur les parties latérales du rectum et le long des urètères sont trop haut situés, et d'ailleurs trop inconstants, pour être considérés comme le siège des suppurations péri-prostatiques.

Au total, nous admettons, avec Segond et Guyon, deux formes de phlegmons péri-prostatiques. Dans la première, phlegmon par diffusion, la collection purulente intra-prostatique rompt l'aponévrose postérieure et vient faire irruption dans le tissu cellulaire environnant. La seconde forme est représentée par le phlegmon par propagation, que celle-ci soit lymphatique, veineuse ou cellulaire. Tantôt, le phlegmon est péri-prostatique d'emblée: c'est-à-dire que la glande est simplement hyperhémée ou enflammée à un léger degré et que le processus a, pour ainsi parler, sauté la prostate pour se montrer prépondérant dans la zone cellulaire ambiante. Tantôt, au contraire, l'inflammation a également intéressé les tissus prostatiques et péri-prostatiques: c'est alors une prostatite phlegmoneuse diffuse. Ces collections siègent habituellement à la face postérieure de la prostate: elles sont parfois limitées en un point peu étendu qui répond au centre de la glande; plus souvent elles forment des nappes de pus qui la débordent largement. Desault avait déjà trouvé le tissu cellulaire « comme abreuvé d'une matière purulente ». Les fusées vers les traînées conjonctives du voisinage sont particulièrement redoutables. Les organes voisins peuvent rester indemnes en dépit de larges destructions du tissu cellulaire; quelques autopsies montrent les vésicules séminales, la prostate, le canal déférent, disséqués et baignés dans le pus, mais résistant à l'action ulcéralive. Le rectum et l'urètre sont plus exposés à ces altérations de voisinage: des clapiers aux trajets multiples peuvent se former, qui sont le siège d'une fistule anfractueuse et rebelle.

Symptomatologie. — Au cours d'une uréthrite, vers la troisième semaine en général, le processus blennorrhagique a envahi la muqueuse uréthrale postérieure: la prostate, la vessie, les vésicules séminales, les épидидymes sont dès lors exposés à une propagation de l'infection. Celle-ci peut parfois envahir, en un coup, tous ces organes; ou bien, l'uréthrite postérieure précède ces complications d'un temps plus ou moins long. La prostate participe à l'inflammation de l'urètre rétro-membraneux suivant quatre types cliniques que nous admettons avec Finger parce qu'ils sont superposables aux formes anatomiques: la *congestion de l'organe*; la *folliculite aiguë*; la *prostatite parenchymateuse*; le *phlegmon péri-prostatique*.

1° Congestion de la prostate. — Dans une forme atténuée, qui doit répondre à la simple hyperhémie de l'organe, le malade éprouve de la pesanteur vers le rectum: la défécation est douloureuse; il y a un peu de dysurie. Le toucher rectal montre la prostate uniformément augmentée de volume, chaude, sensible au doigt. L'épreuve des deux verres montre un trouble des deux portions de l'urine. Après cette manifestation sommaire et brève, la maladie peut tourner court.

2° Folliculite aiguë. — La symptomatologie n'y prend point un caractère bien décisif, et le meilleur signe qui puisse permettre d'affirmer l'existence de cette forme, c'est la constatation de nodosités, du volume d'un pois, nous dit Finger, tranchant par leur consistance dure sur le parenchyme de la prostate tuméfiée.

3° Prostatite parenchymateuse. — La symptomatologie se fait plus intense: à la sensation de lourdeur périnéo-anale succède une douleur continue, que le malade rapporte souvent au col, mais qui peut présenter des irradiations de voisinage vers les cuisses, les lombes, la verge. La pression exercée sur le périnée est insupportable, aussi les malades évitent-ils de s'asseoir. Cette douleur augmente lorsque le malade va à la selle. « Il lui semble, disait J.-L. Petit, et non Desault, à qui les classiques attribuent à tort cette comparaison, il lui semble avoir besoin de rendre un gros tampon de matières fécales qu'il s' imagine être toujours prêt à sortir du rectum. » La miction est gênée par la tuméfaction de la glande: le jet est mince et la durée de l'acte accrue d'autant, ce qui prolonge la douleur de la miction. Le besoin normal résultant de l'irritation des premières gouttes d'urine sur le segment postérieur de l'urètre prostatique, les envies de miction deviennent plus nombreuses et plus impérieuses. Si l'inflammation parenchymateuse de l'organe évolue vers la résolution, les symptômes tendent à s'apaiser vers la fin de la première semaine.

Si, au contraire, la suppuration se prépare, les douleurs augmentent et prennent un caractère pulsatile. Chez de vieux urinaires atteints de cystite chronique ou de blennorrhée, l'inflammation peut aboutir insidieusement à la formation d'un abcès prostatique: de là ce précepte de Guyon et Segond considérant comme aussi urgent de toucher fréquemment la prostate des urinaires que d'ausculter le cœur des rhumatisants. Mais les formes aiguës franches sont généralement observées. La fièvre peut se présenter suivant des modalités que Guyon a bien distinguées. Le mouvement fébrile de la prostatite simple et du phlegmon péri-prostatique peu étendu est rarement intense: une élévation thermique brusque de 1 à 2 degrés se maintient pendant quelques jours et descend franchement à la période de défervescence. S'il arrive, plus tard, que la fièvre se prolonge avec des ascensions vespérales et des rémissions au matin, c'est que l'évacuation des abcès n'est point totale, et qu'il y a des stagnations purulentes: c'est le type de la fièvre de rétention. S'agit-il de prostatite traumatique, la fièvre peut monter brusquement et d'emblée à un chiffre très élevé, sans que cette poussée initiale comporte une gravité particulière: c'est un franc accès urinaire. Le tracé prend-il la forme capricieuse, aux poussées irrégulières, de l'infection purulente, des complications phlébitiques sont à redouter. La soif est vive, la langue se couvre d'un enduit saburral; les douleurs augmentent et un foyer très douloureux se dessine sur le raphé entre le bulbe et l'anus; le croisement des jambes et la position assise éveillent de vives souffrances. Les efforts de la défécation exaltent les battements douloureux qui occupent la région prostatique. On voit les malades s'immobiliser en position accroupie et pelotonnée, « en chien de fusil ». La rétention est parfois totale. Des érections douloureuses compliquent le tableau.

4° Phlegmon péri-prostatique. — Cette symptomatologie est, dans l'ensemble de ses traits, commune à toutes les phlegmasies de la glande ou de son enveloppe cellulaire. La différence ne s'accuse que par l'inégale intensité des phéno-

mènes : la dysurie est peut-être moindre, la sensation de pesanteur plus diffuse, la défécation plus gênée dans la péri-prostatite que dans la prostatite. Mais ce ne sont que des nuances, incapables de fixer le diagnostic ; et il faut le toucher rectal pour établir ici une distinction. L'index doucement mené trouve, dans la prostatite simple, la glande grossie, tendue, douloureuse, mais seule malade et gardant ses limites. Il rencontre au contraire, dans le phlegmon péri-prostatique, une plaque empâtée qui masque les contours de l'organe : des battements artériels sont perceptibles à ce niveau.

Formes suppurées. — « On reconnaît, disait Desault, que la prostate est suppurée, lorsque les symptômes de l'inflammation se sont continués au delà du huitième jour de son invasion ; qu'après avoir toujours été en croissant jusqu'à cette époque, ils ont ensuite semblé diminuer pour s'accroître de nouveau ; que la fièvre a été avec des redoublements vers le soir et souvent précédée de frissons. » En effet, la persistance des phénomènes aigus, les battements profonds, « cadencés », comme dit Guyon, succédant à la tension gravitative des premiers jours, le frissonnement répété signalent la formation probable du pus. Le toucher rectal fait-il percevoir un point mou, dépressible, à bords nets, dont la sensation « ressemble beaucoup à celle que donnerait un carré d'étoffe mal tendue sur un petit cadre rigide » ; c'est que le doigt a rencontré un foyer de suppuration. Si à côté on sent une tumeur dure et convexe rappelant nettement le contour de la glande, c'est que la suppuration est intra-prostatique. Trouve-t-on, au contraire, une nappe diffuse à limites lointaines : c'est que la collection est péri-prostatique.

Les destinées d'une collection purulente prostatique ou rétro-prostatique diffèrent suivant la forme, suivant l'ampleur du foyer, suivant le traitement employé. Il est fréquent de voir les abcès intra-prostatiques se faire jour par l'urèthre : Segond a noté cette terminaison 55 fois sur 115 observations. Ordinairement, la collection purulente se crève spontanément ou sous l'influence d'un effort ; souvent aussi, c'est le bec de la sonde qui bute contre l'abcès en saillie et qui l'ouvre. L'écoulement peut persister pendant un certain temps : le premier jet de chaque miction balaie le pus, et l'urine devient ensuite limpide ; la sécrétion purulente, quand elle est assez copieuse, peut s'éjaculer par intervalles, sous la forme de vraies gorgées forçant le sphincter membraneux. Un abcès de la glande ainsi ouvert dans l'urèthre comporte souvent un pronostic bénin ; en quelques semaines, la cavité se comble. Mais il arrive, par contre, que l'évacuation soit insuffisante, que la cicatrisation hâtive des lèvres de l'ouverture reproduise la caverne purulente ; que des trajets fistuleux se creusent dans le voisinage : si une intervention chirurgicale n'assure pas le libre écoulement du pus, c'est une menace possible de fistules à parcours multiples, d'infiltration urinaire et même d'infection purulente.

Le pus des abcès intra-prostatiques traverse parfois l'aponévrose prostatopéritonéale, la paroi intestinale et se verse dans le rectum. Mais ces faits, comme l'observe Segond, appartiennent à l'histoire des abcès péri-prostatiques. Or, une fois dans l'espace cellulaire péri-rectal, le pus prend des chemins différents. Comme le fait prévoir l'anatomie topographique, il tendra surtout à se porter vers la partie inférieure de la loge et gagnera le périnée antérieur ; en arrière, il n'aura pas de peine à perforer la paroi rectale ; en avant et en bas, il pourra doubler la face postérieure de la prostate et gagner ainsi l'urèthre membraneux, à moins qu'une caverne intra-glandulaire ne lui ouvre un abord plus

direct vers le canal prostatique ; sur les côtés, au contraire, les aponévroses latérales protègent l'espace pelvi-rectal supérieur. Segond, analysant 77 observations, a montré qu'il faut, au point de vue de la marche de la suppuration, distinguer : des cas fréquents (ouvertures rectales et uréthrales, fusées périnéales et ischio-rectales) ; des cas rares (fusées inguinales et obturatrices) ; des cas exceptionnels (ouvertures péritonéales, propagation pré-péritonéale, fusées vers l'ombilic, la grande échancrure sciatique et même vers les fausses côtes). L'ouverture uréthrale a déjà été étudiée comme terminaison des abcès intra-prostatiques. L'ouverture rectale offre une grande fréquence : 45 faits sur 67 observations, 21 abcès étant ouverts à la fois dans l'urèthre et le rectum. Alors que l'ouverture simple dans le rectum, faite avant l'heure des larges décollements, peut être suivie d'une guérison rapide, l'ouverture simultanée dans le rectum et dans l'urèthre donne lieu à une fistule rebelle, compliquée par le passage partiel ou total des urines par l'anus. Lorsque le pus, triomphant de la faible résistance que lui opposent les limites inférieures de la région prostatique, a gagné la fosse ischio-rectale, il produit le plus souvent des décollements considérables, gagne tout l'espace pelvi-rectal inférieur et prépare des fistules tenaces. Quand il fuse vers le périnée antérieur, si l'ouverture est précoce, la guérison peut être aisée ; quand l'incision retardée lui laisse le temps de commettre de larges dégâts, de dénuder, comme chez un malade de Guyon, toute la racine des corps caverneux, ou de disséquer, comme dans une observation de Demarquay, toute la peau du pénis, le pronostic s'assombrit singulièrement.

D'autres circonstances peuvent d'ailleurs l'aggraver : la destruction du parenchyme glandulaire et de la nappe cellulaire rétro-prostatique creuse une ample caverne incapable de comblement, carrefours de trajets fistuleux multiples, que le parcours irritant de l'urine épaissit de callosités. D'autre part, la richesse de la région en plexus veineux est une menace trop fréquemment réalisée de phlébite et d'infection purulente : sur 25 cas de mort relatés dans la thèse de Segond, 9 étaient dus à la pyohémie. La guérison néanmoins est la terminaison la plus fréquente : avec l'incision antiseptique précoce, elle doit désormais s'élever bien au-dessus de la moyenne enregistrée par Segond, qui notait déjà 70 guérisons complètes sur 114 observations.

Diagnostic. — Un blennorragien, généralement au déclin de son écoulement, parfois au cours d'un suintement chronique, éprouve dans le périnée une pesanteur douloureuse qu'il attribue à la marche, à la fatigue : c'est le commencement de la prostatite qu'accroissent bientôt le ténésme anal et vésical, la dysurie, la défécation pénible et douloureuse. La cystite du col complique souvent le tableau : quand elle est absente, la prostatite s'en distingue nettement par la moindre intensité des épreintes vésicales, par l'absence de ces besoins impérieux qui traduisent l'excitation du col, de la douleur terminale de la miction, des quelques gouttes sanglantes qui accompagnent parfois les dernières portions du jet ; par la violence de la douleur périnéale ; par la dysurie capable d'aller jusqu'à la rétention, dysurie qui reste rare dans la cystite du col, à moins qu'elle ne se complique d'un état congestif et spasmodique de la portion membraneuse ; au surplus, le toucher rectal montre dans la cystite la prostate normale. La cowpérite, formant tumeur phlegmoneuse dans le périnée profond, capable d'entraîner une rétention complète, peut prêter à confusion ; mais elle

pointe de meilleure heure vers les téguments périnéaux, et le toucher rectal montre l'intégrité de la prostate.

S'agit-il d'un malade atteint de rétention, il faut d'abord, par l'étude des commémoratifs, éliminer deux hypothèses : ce n'est point un rétrécissement, le malade n'a pas un vieux passé urétral; la chose ne sera pas toujours aisée, car la prostatite peut survenir, à l'occasion d'une cause hyperhémiant, chez un blennorrhéen d'ancienne date; d'autre part, le malade n'est point à l'âge et n'accuse pas les troubles antécédents qui peuvent faire songer à l'hypertrophie prostatique. Ces points de l'interrogatoire une fois fixés, il faut procéder au toucher rectal, méthodique et doucement conduit : cette exploration est seule capable de révéler, comme nous l'avons décrit, si la tuméfaction est à l'état phlegmoneux ou offre déjà les caractères de l'abcès collecté; si elle se circonscrit aux limites de la glande ou si elle forme plastron dans la zone cellulaire rétro-prostatique. La diffusion de la cellulite péri-prostatique, aux fusées rapides et lointaines, est si grave qu'elle doit être reconnue dès la première heure, tenue en surveillance continue et enrayée par l'intervention hâtive. L'examen rectal est obligé; le cathétérisme explorateur n'est point toujours nécessaire : quand il s'agit surtout d'un canal en pleine blennorrhagie, il faut autant que possible éviter cette manœuvre, capable de porter l'infection vers le col. C'est avec l'explorateur souple à boule olivaire que doit se faire l'examen urétral : on peut choisir une olive grosse, des n^{os} 16 à 18. Le spasme membraneux arrête parfois l'instrument souple : il faut alors s'armer d'une sonde plus grosse ou d'un cathéter métallique, mais avec réserves; car ces traumatismes de l'urètre prostatique font saigner le canal et amorcent la fausse route; en pareil cas, différez, mettez le malade au bain, prescrivez l'opium et les cataplasmes en permanence, laissez s'apaiser cet état congestif.

Traitement. — Au début des phlegmasies prostatiques, prescrivez des lavements à une température très élevée, à 50 degrés ou 55 degrés; faites recouvrir la région périnéale de compresses de tarlatane trempées d'eau à la même température : ainsi rétrocedent maintes prostatites à phénomènes aigus et alarmants. La glande, baignée dans le liquide qui emplit l'ampoule rectale, se décongestionne vite : les douleurs s'apaisent, les épreintes s'atténuent, la miction devient plus facile, le gonflement diminue, les pulsations artérielles cessent. Une injection de morphine, l'application d'une pommade belladonnée, cocaïnée, au besoin quelques sangsues au périnée : voilà les auxiliaires habituels de cet excellent antiphlegmasique trop négligé, l'eau chaude. En face d'une rétention d'urine absolue, le cathétérisme évacuateur devient indispensable : choisissez une petite sonde béquille, à un seul œil; les n^{os} 14, 15, 16 passeront sans froisser le canal; une sonde de Nélaton est souvent utilisable.

Cherchez chaque jour par le toucher rectal s'il n'y a pas de point ramolli, sinon fluctuant : incisez au plus tôt et en bonne place. Dans la grande majorité des cas, attaquez la collection purulente par le périnée. L'indication de l'ouverture urétrale est exceptionnelle : tout au plus doit-on l'admettre pour le cas hypothétique d'une petite poche fluctuante que la pression de la sonde suffit à crever. L'incision des abcès par le rectum est réservée à ces faits rares où une collection limitée et superficielle de la face postérieure de la glande pointe franchement sous la muqueuse rectale : la pulpe du doigt rencontre sur la plaque dure du phlegmon un petit point dépressible; le périnée est peu

tuméfié. Placez le malade dans la position de la taille; poussez l'index gauche jusqu'au point fluctuant; reconnaissez les pulsations des artères rectales qu'il faut fuir sous peine d'hémorragie grave; glissez sur l'index le bistouri, chemisé de gaze iodoformée jusqu'à 2 centimètres de sa pointe; ponctionnez d'un coup et incisez la poche fluctuante.

Hormis ces faits où une collection superficielle vient au-devant de vous par le rectum, préférez, comme l'a proposé Segond, l'incision méthodique par le périnée. Elle seule permet d'agir antiseptiquement et d'éviter les phlébites infectieuses, assure une ouverture suffisante, n'expose point aux hémorragies rectales, parfois d'une abondance inquiétante. Chez un opéré de Guyon, il a fallu recourir au tamponnement pour arrêter un écoulement sanguin des plus inquiétants; Le Dentu relate un cas analogue; Guiard a récemment conté l'histoire d'un malade, chez qui la perte sanguine fut assez considérable pour abaisser la température axillaire de 59 à 56 degrés. Seule, enfin, l'ouverture périnéale prévient les fistules uréthro-rectales trop souvent incurables.

Les incisions courtes, ou même les simples ponctions, dont nous parle Otto Stall, sont incapables d'assurer l'écoulement intégral du pus. Incisez couche par couche, méthodiquement, comme dans le premier temps de la taille pré-rectale; reconnaissez le bulbe et coupez les fibres les plus antérieures du sphincter anal. « Cela fait, nous dit Segond, il est prudent de laisser le bistouri pour la sonde cannelée : le bulbe est repoussé en avant, et, décollant pour ainsi dire la paroi antérieure du rectum, on chemine facilement jusqu'au foyer purulent que jalonne l'index de la main gauche, introduit dans le rectum dès le début; lorsque l'abcès est volumineux, il se laisse très vite atteindre; lorsqu'il est petit ou très haut situé, l'index gauche peut faciliter le travail de la main droite en accrochant, pour ainsi dire, le bord supérieur de la prostate pour l'abaisser vers le périnée. » Vous pourrez ainsi au grand jour ouvrir la collection dans tous ses foyers, explorer de l'index droit et débrider, en gardant le doigt gauche dans le rectum pour éviter toute lésion de la paroi, les clapiers secondaires, les abcès en bouton de chemise avec cavité intra-prostatique, vider la poche, la désinfecter par des irrigations, forcipresser et lier les vaisseaux qui donnent. Un tamponnement à la gaze iodoformée secouée assurera l'antisepsie, le drainage et l'hémostase secondaire; des incisions poursuivront les fusées purulentes.

La méthode, du reste, n'est point neuve : chez un soldat, Lallemand avait déjà pratiqué une véritable taille bilatérale pour évacuer un vaste foyer prostatique ouvert dans l'urètre; Demarquay avait plusieurs fois pris la route du périnée, pour vider des abcès de la glande. Au surplus, la voie est souvent désignée d'avance par le cheminement du pus vers le périnée. Si la suppuration se prolonge et si la fièvre persiste, n'en cherchez l'explication que dans l'insuffisante évacuation : élargissez le trajet périnéal et traquez les foyers secondaires; le dilateur gouttièrre de Tripier rend, à cet égard, des services signalés. Si une fistule périnéale ou rectale succède à la suppuration prostatique, comportez-vous ainsi que nous l'avons précisé.