

abcédée alors que les noyaux épидидymaires sont petits et crus, paraissent justifier cette hypothèse. Mais la disposition inverse s'observe plus fréquemment. Au surplus, comme l'a fait remarquer Reclus, les lésions du cordon ne sont ordinairement pas continues : les extrémités testiculaires et prostatiques peuvent présenter des lésions manifestes pendant que le trajet intermédiaire reste sain. Il faut bien admettre une inoculation à distance qui ne permet point de suivre le progrès de l'infection bacillaire. Les vésicules séminales peuvent être précocement tuberculisées, et leur lésion doit être recherchée avec soin. Il est certain aussi que la lymphangite et l'adénite tuberculeuses jouent un rôle dans le développement de l'affection : Lannelongue a montré que les ganglions pelviens, situés entre la vessie et le rectum, sont envahis de bonne heure et deviennent l'origine des suppurations et des fistules de l'espace pelvi-rectal inférieur.

La prostate peut s'inoculer par infection descendante, d'origine rénale. Rayer avait signalé jadis ces tuberculoses débutant par le rein et gagnant de proche en proche l'uretère, la vessie et l'urèthre prostatique. Tapret a fait connaître de nombreux faits analogues ; les études de Durand-Fardel et de Cayla, mettant en lumière la tuberculose rénale primitive, ont établi cette origine urinaire de la prostatite bacillaire.

Quelle est la proportion de la tuberculose prostatique, par rapport à la tuberculose pulmonaire? Voici les chiffres de Reclus : sur 100 phthisiques pulmonaires, 2 présentent des lésions bacillaires dans l'appareil génito-urinaire. D'autre part, sur 50 sujets atteints de tuberculose de cet appareil, l'examen clinique en a révélé 16 frappés de lésions du côté des poumons et 14 indemnes. Une statistique de Jullien portant sur 41 cas, une de Desnos résumant 16 autopsies, confirment à peu près cette dernière proportion : la tuberculose génito-urinaire peut tuer sans se propager aux poumons ; cette généralisation est loin d'être la règle, puisqu'elle ne s'observe guère cliniquement que dans la moitié des malades vivants ; elle est tardive, puisqu'elle se constate dans les deux tiers environ des cas autopsiques.

Symptômes et diagnostic. — La forme uréthrale ou uréthro-cystique de l'affection se traduit par les signes fonctionnels ou physiques communs à toutes les phlegmasies chroniques de la portion profonde du canal. Chez un blennorragien, un écoulement persiste ou récidive, en dépit du traitement le plus rationnel ; l'arrière-urèthre en est le siège : sa sécrétion se collecte derrière le sphincter membraneux et s'éjacule par gorgées intermittentes ; ou bien, les glandes prostatiques sont atteintes d'une hypersécrétion qui s'échappe par véritables décharges muco-purulentes, provoquées surtout par le passage du bol fécal ou le toucher rectal ; parfois, mais plus rarement, l'écoulement est entretenu par une cavernule prostatique qui se vide dans le canal. L'examen bactériologique de ce liquide, recueilli avec l'explorateur à boule, peut asseoir le diagnostic de nature en montrant le bacille de Koch. Les douleurs sont celles de l'uréthro-cystite : les envies sont fréquentes ; la miction, la fin des mictions surtout, est l'occasion de souffrances vives dénonçant l'extension néoplasique à la région cervicale. — L'hématurie est quelquefois précoce, analogue à l'« hémoptysie vésicale » des cystites tuberculeuses : généralement ce sont quelques stries sanglantes teignant les dernières gouttes ; plus rarement c'est une véritable uréthrorragie. La rétention complète peut s'observer : des crises de con-

gestion péri-tuberculeuse sont venues alors s'enter sur la néoplasie bacillaire.

Dans la forme rectale ou circonférentielle, où les lésions évoluent surtout vers les couches postérieures de la glande, l'affection passe longtemps inaperçue ; c'est pour une arrière-urétrite, une induration épидидymaire, une cystite, que les malades consultent le médecin. On note quelquefois du ténésme rectal, de la pesanteur au périnée, de la constipation, une douleur plus ou moins vive au passage du bol fécal.

Ce n'est point sur cette symptomatologie que se basera un diagnostic. Le cathétérisme est peu instructif : dans la forme rectale ou même centrale, il ne donnera aucun renseignement ; dans le type uréthral, en dehors de la récolte d'un échantillon purulent, il n'apportera que des données obscures, et expose en revanche à quelques inconvénients : le sphincter membraneux est contracturé et la traversée du canal prostatique douloureuse, le bec peut buter dans une menue caverne à fleur de muqueuse. Au toucher intra-rectal appartient le rôle décisif : c'est une habitude d'exploration maintenant établie que de palper la prostate de tout malade atteint d'une uréthro-cystite invétérée et rebelle, porteur de nodosités à l'épididyme et au testicule, ou de trajets fistuleux au périnée, de tout vieux pisseur de pus, en général de tout urinaire chronique. Le doigt, explorant la surface prostatique, constate son augmentation de volume totale ou partielle : çà et là, il peut trouver des points durs, des bosselures, des foyers limités de ramollissement, de vrais abcès ; dans quelques cas, la glande est semée de granulations offrant au toucher « la sensation de grains de plomb incrustés dans un parenchyme élastique ou rénitent » ; lorsque la lésion est plus avancée, lorsque le pus a fait une destruction partielle de la glande, cette dernière paraît diminuée de volume, mal limitée, scléreuse.

Pronostic et traitement. — L'affection n'a point un cours régulier : telle forme centrale ou rectale arrive insidieusement à des collections purulentes graves ; telle variété uréthro-cystique montre de bonne heure une symptomatologie vive et douloureuse. L'arrêt du processus, la guérison même par évolution scléreuse, ne sont point impossibles ; comme le poumon, la prostate réserve de pareilles surprises à l'autopsie. C'est surtout par le traitement général qu'on peut aider à cette terminaison, heureuse, mais insolite. Localement, par l'urèthre du moins, nous n'avons pas grande action : le nitrate d'argent n'a plus sur les formes uréthro-cystiques sa belle influence qui le recommande pour les phlegmasies chroniques de l'arrière-canal ; bien plus, les instillations peuvent exaspérer le processus, et cette impuissance thérapeutique devient, en l'espèce, une épreuve diagnostique. La castration d'un testicule suppurant, l'ouverture à l'hypogastre d'une vessie atteinte de cystite tuberculeuse, sont capables d'améliorer l'état prostatique par la suppression d'un foyer voisin d'infection bacillaire.

L'action chirurgicale sur la prostate elle-même est légitime, tant que l'état général ou la gravité des lésions locales ne créent point de contre-indication respectable : il est loisible de marcher sur la glande, soit par l'incision médiane, soit par la taille pré-rectale, soit par le débridement des trajets fistuleux existants, de gratter à la cuiller tranchante tous les clapiers et les points fongueux. L'intervention de Bouilly est un exemple à suivre : après débridement au thermo de tout le parcours, depuis l'anus jusqu'à la racine des bourses, on tombe en avant de la région anale dans une vaste caverne qui remonte très haut le long

de la paroi antérieure du rectum. On reconnaît facilement la région bulbeuse de l'urèthre; à partir de ce point, le canal est entouré de tissus enflammés et suppurés dans lesquels il est perdu. Toutes ces parties sont grattées à la cuiller jusqu'à ce que les parois de la loge paraissent saines et résistantes, et, pendant qu'un doigt introduit dans le rectum contrôle les progrès de l'instrument, celui-ci ramène de grandes quantités de masses caséuses crues et molles. L'urèthre se trouve isolé de toutes parts et traverse comme un pont la région grattée et vidée. Toute la cavité est bourrée à la gaze iodoformée; une sonde est placée à demeure jusqu'au dixième jour. En quatre mois, la vaste brèche était cicatrisée.

Roux, qui a eu deux fois l'occasion de rencontrer la tuberculose épидидymaire propagée au canal déférent et combinée à celle de la vésicule séminale homonyme chez des malades francs de poumons, a fait l'excision de la vésicule séminale et du conduit spermatique en totalité. Après castration, nous décrit-il, « au lieu de sectionner le cordon tout entier à l'entrée du canal inguinal, j'en sépare le *vas deferens*, sur lequel j'opère de douces tractions en refoulant l'atmosphère conjonctive et vasculaire avec une fine éponge, comme dans le raccourcissement des ligaments ronds de la femme. Tout le paquet vasculaire lié et sectionné, je parviens sans aucune peine à libérer ainsi le canal déférent sur une longueur de 6 à 7 centimètres. Je le sectionne alors en biais, pour contrôler plus tard si j'ai réellement enlevé ce conduit en totalité, puis je termine cette première partie de l'opération en plaçant ma *suture-pansement*, légèrement modifiée en ce sens que j'affronte les bords de la peau par un surjet, et je reviens sur mes pas dans un surjet profond comprenant cette fois une bandelette de gaze iodoformée appliquée sur la première ligne, et voilà tout. Le malade est ensuite placé dans la position de la taille périnéale et maintenu dans une immobilité absolue par mon appareil gynécologique, qui vous présente le périnée comme un pupitre. Une incision d'environ 10 centimètres, à 2 ou 3 centimètres de la ligne médiane, analogue à la section para-rectale de Wölfler, mais atteignant tout juste en arrière le niveau du coccyx, permet d'arriver très rapidement sur la prostate et la face antéro-latérale du rectum, dès qu'on a sectionné les fibres antérieures du releveur de l'anus.

« L'index gauche introduit dans le rectum va accrocher la vésicule séminale qu'il amène facilement dans le fond de la plaie, où on la saisit dans une anse de fil. Une fois qu'on la tient de cette façon, on refoule avec le doigt, au fond de la plaie, sans difficulté aucune, tous les tractus conjonctifs qui la fixent en haut, soit du côté de la vessie, soit en arrière et de côté, et l'on attire enfin avec une extrême facilité le reste du canal déférent, qui présente la tranche oblique faite dans le canal inguinal. On tient maintenant la vésicule par son extrémité supérieure; le col est sectionné au ras de la prostate et je place alors des points au catgut sur la muqueuse, puis sur la musculaire, et enfin une dernière suture attire sur le tout les tissus voisins. »

CHAPITRE VII

CANCER DE LA PROSTATE

MERCIER, Recherches sur les maladies des organes urinaires et génitaux chez les hommes âgés. Paris, 1841, p. 169. — CIVIALE, Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires, 5^e édit., t. II, p. 541, 542. Paris, 1858. — VIDAL, Traité de pathologie externe, 1860, 5^e édit., t. V. — NÉLATON, Éléments de pathologie chirurgicale, 1858, t. V, p. 549. — LEBERT, Anatomie pathologique, t. II, p. 395. — BÉRAUD, Thèse d'agrég. de chir., 1857, chap. III, p. 108-117. — JOHN ADAMS, Anatomy and diseases of the prostate gland, 2^e édit. London, 1855. — GROSS, Diseases of the urinary organs. Philadelphie, 1856, p. 179. — HENRI THOMPSON, The diseases of the prostate gland. London, 1861, p. 262. — OSCAR WYSS, Die heterologen Neubildungen der Vorsteherdrüse. Arch. für Anat. von Virchow, 1866. — JACQUES JOLLY, Essai sur le cancer de la prostate. Arch. gén. de méd., 1869, t. XIII, p. 577 et 705, et t. XIV, p. 61 et 184. — VOILLEMIER et LE DENTU, Traité des maladies des voies urinaires, t. II. — THOMPSON, Traité pratique des maladies des voies urinaires, 2^e édit. Traduction française. Paris, 1881, p. 758-754. — OSCAR KAPUSTE, Ueber den primären Krebs der Prostata. Inaug. diss. München, 1885. — GUYON, Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate. De la carcinose prostatopelvienne diffuse, 1888, p. 1049, 1095. — ENGELBACH, Les tumeurs malignes de la prostate. Thèse de Paris, 1888. — WIND, Die malignen Tumoren der prostata im Kindesalter. Diss. inaug. München, 1888. — BUCHAL, Ueber den primären Krebs der Prostata. Inaug. dissert. Greifswald, 1889. — STEIN, Ueber die Exstirpation der Prostata wegen maligner Neubildungen. Arch. für klin. Chir., 1889, t. XXXIX, p. 557-554. — TOUART, Cancer prostatopelvien. Journal de méd. de Bordeaux, 50 août 1891. — ALBARRAN et HALLÉ, Hypertrophie des néoplasies épithéliales de la prostate. Annales des maladies des organes génito-urinaires, août 1898.

Il ne faut point, dans l'histoire du cancer de la prostate, reculer au delà du siècle : pour J.-L. Petit, pour Chopart, pour Desault, squirrhe de la prostate et hypertrophie prostatique sont termes synonymes. Lallemand, un des premiers, montra que cet engorgement squirrheux des vieux auteurs correspondait, dans la majorité des cas, à une hypertrophie simple, et que le vrai cancer de la glande était rare. Velpeau mentionne le carcinome prostatique; Mercier en rapporte 1 cas, Civiale en cite 5 exemples; Vidal consacre 12 lignes à cette affection et Nélaton une demi-page. Cruveilhier n'a jamais rencontré de cancer authentique de la glande; Béraud, dans sa thèse de concours, reproduit 8 faits, dont 2 doivent être éliminés; l'annotateur de la dernière édition de Valleix accorde à la dégénérescence cancéreuse de la glande une brève mention. En face de cette pauvreté de la littérature chirurgicale française, des études de valeur avaient déjà eu le temps de se produire à l'étranger : en 1850, John Adam écrit la première monographie du cancer prostatique; en 1855, Gross distingue le squirrhe de la glande et les autres espèces cancéreuses; en 1861, Henry Thompson, dans une seconde édition, revue et augmentée, base sur l'analyse de 18 faits un travail d'ensemble qui est longtemps resté l'étude autorisée et partout reproduite. La littérature allemande compte dès 1866 un bon mémoire : celui d'Oscar Wyss, qui relate deux observations inédites et réunit, en un tableau synoptique, un total de 28 faits; cette étude mérite d'être consultée. En France, la monographie, soigneusement documentée et commentée, de Jacques Jolly, réalise en 1869 une synthèse claire des travaux antérieurs : elle s'appuie sur 40 observations authentiques. La question, depuis, a été reprise par Jullien, dans le Dictionnaire pratique, par Voillemier et Le Dentu. L'étude de Guyon a

apporté une notion originale sur les allures diffuses de la maladie, dont certains types justifient bien la dénomination de carcinose prostatopelvienne. La thèse d'Engelbach est le reflet de ce point d'enseignement du chirurgien de Necker. Le travail récent d'Albarran et Hallé a été une intéressante contribution anatomo-pathologique.

Étiologie. — Le cancer prostatique est rare, mais non exceptionnel. L'obscurité symptomatique, la négligence de l'exploration rectale, la propagation aux viscères et aux trainées lymphatiques du voisinage expliquent que le carcinome de la glande reste parfois inaperçu ou indistinct. Depuis qu'on connaît mieux son histoire, sa fréquence est mieux reconnue. Tanchou avait autrefois trouvé 5 cancers prostatiques sur 1904 hommes cancéreux; Thompson a fait de cette statistique fantaisiste une critique décisive. En dix ans, Wyss avait pu recueillir une dizaine de cas inédits; Jolly en avait ajouté 12, Jullien avait porté à 55 le nombre des cas observés jusqu'en 1882; Engelbach a pu réunir 41 cas nouveaux. Buchal a communiqué récemment 4 observations empruntées à Grawitz. Dubrueil nous a dit en avoir rencontré 5 dans sa carrière. Engelbach signale que sur 700 malades venus dans l'année à la consultation de Necker, 4 étaient atteints de carcinose prostatique; Stein signale 8 cas de carcinome et de sarcome de la glande observés à la clinique de Heidelberg, dans l'espace de huit années. — « Le cancer de la prostate, disait Lebert, est encore plus rare que la tuberculose de cet organe »; or, nous savons maintenant combien les localisations tuberculeuses y sont communes et nous commençons à reconnaître que le cancer y est plus fréquent qu'on ne pensait. Albarran et Hallé ont cru pouvoir déduire de l'examen de 86 cas cette conclusion : « Dans un certain nombre de prostatites séniles volumineuses (plus d'un dixième des cas), sans que l'évolution clinique ait différé, sans que l'organe ait perdu les caractères macroscopiques habituels de l'hypertrophie, on constate déjà, à l'autopsie, des lésions épithéliales néoplasiques avancées, nettement malignes : lobules d'épithélioma adénoïde, infiltration épithéliale du stroma, îlots de cancer alvéolaire. Ces lésions se présentent à divers degrés : ici, tout à fait au début et localisées; là, plus étendues et déjà diffuses; ailleurs encore, presque généralisées à toute la glande. » Certes, il est des cas où l'on voit le cancer évoluer après une hypertrophie sénile bénigne; mais il nous paraît que cette éventualité clinique est plus rare que l'anatomie pathologique ne le fait redouter : le cas n'est pas isolé et les kystes de l'ovaire nous en fournissent une belle démonstration.

Le cancer secondaire de la prostate est moins souvent observé. Jolly l'avait rencontré 6 fois sur 45 cas; Engelbach l'a trouvé 11 fois sur 62 observations suivies d'autopsie. Il peut prendre naissance de deux façons : par propagation d'une néoplasie émanée d'un organe voisin, ou bien par infection, la tumeur siégeant primitivement en un point plus ou moins éloigné, mais sans connexion avec la glande. Bernett, Curling, Demarquay, ont rapporté des exemples de cancer rectal propagé à la prostate. Le cancer par infection à distance avait été mis en doute par nombre d'observateurs et entre autres par Broca; cependant, des exemples de Mercier, Langstaff et Guyot semblent établir la localisation secondaire sur la prostate au cours d'un carcinome de l'estomac; Reboul, en 1886, a montré à la Société anatomique, entre autres métastases consécutives à un sarcome de l'humérus, des tumeurs secondaires occupant la prostate.

L'enfance et la vieillesse sont les deux âges d'élection des néoplasies malignes

de la prostate. Sur 55 observations, Jolly avait noté 7 cas de un à dix ans. Sur 89, Engelbach en signale 9 cas, dont 5 au-dessous d'un an. Il y a là évidemment une forte moyenne : « De toutes les parties du corps, disait Jolly, l'œil est peut-être la seule qui puisse soutenir la comparaison avec la prostate pour la fréquence de la dégénérescence cancéreuse chez l'enfant. » Au delà de la cinquantaine, se trouve l'autre maximum de fréquence; sur 55 cas, Jolly en signalait 21 apparus après cinquante ans; sur 89 malades, Engelbach en trouve 49, âgés de cinquante à quatre-vingts ans. Quant à pénétrer plus intimement les raisons de cette localisation cancéreuse, sur la prostate des tout jeunes ou des vieux, on ne peut que hasarder des hypothèses : chez les premiers, cette prédilection se rattache peut-être, suivant la théorie de Conheim, à des résidus cellulaires de l'évolution embryogénique; chez les vieillards, cela se rattache vraisemblablement à la congestion habituelle de l'organe, à ses modifications de tissu et à la prédisposition qui s'observe à cet âge pour les productions néoplasiques.

Anatomie pathologique. — Le sarcome et le carcinome sont les seules espèces néoplasiques dont la présence dans la prostate ait été confirmée par un examen histologique probant. Deux observations, dont l'une est due à Langstaff et dont l'autre appartient à Stafford, mentionnent bien l'existence d'un cancer mélanique de la glande; mais le fait demeure très douteux : comme le fait remarquer Thompson, de vieux foyers hémorragiques, extravasés dans la masse carcinomateuse, peuvent être pris à l'œil nu pour des dépôts mélaniques. Sur 55 tumeurs examinées, Engelbach trouve 48 carcinomes et 7 sarcomes. S'il fallait dresser une échelle de fréquence des néoplasies prostatiques, les faits se classeraient dans l'ordre suivant. Le cancer encéphaloïde représente l'espèce la plus commune, celle qui fait les plus grosses tumeurs, aux tendances extensives les plus redoutables. Le sarcome embryonnaire vient ensuite, surtout observé chez l'enfant, constituant des masses considérables souvent creusées de cavités kystiques. Quelques faits bien observés signalent, en troisième ligne, le squirrhe de la glande dont Thompson n'avait cité qu'un seul cas authentique et que Jolly trouve noté 8 fois sur 40 observations. Le cancer colloïde est une variété exceptionnelle dont l'existence ne s'appuie que sur le cas de Curling; on cite une observation de sarcome ossifiant.

Il paraît probable que la néoplasie attaque plusieurs points à la fois, sinon la totalité de la glande. Rarement un seul des lobes est atteint : sur 45 observations, Jolly notait ce siège isolé de la néoplasie 7 fois sur le lobe droit, et 5 fois sur le lobe gauche. Dans la presque totalité des faits, bien que l'affection ait pris un développement dominant sur l'un des lobes, la glande, dans son ensemble, paraît de bonne heure occupée par de menus dépôts cancéreux : la tuméfaction précoce des ganglions du petit bassin le démontre clairement.

Deux types anatomiques du cancer prostatique peuvent être décrits : ou bien la néoplasie n'a point eu le temps de sortir hors de la loge de la glande; ou bien, au contraire, la tumeur a diffusé dans tout le petit bassin. Dans le premier cas, on trouve une masse circonscrite, du volume moyen d'un œuf de poule, d'une mandarine, d'une grosse orange, de surface habituellement irrégulière, bosselée de larges lobes. Dans le second cas, la tumeur est énorme : de la masse centrale prostatique rayonnent des bosselures multiples. La prostate est une éponge lymphatique; aussi la diffusion est rapide; les ganglions pelviens dégénérés