

Les vésicules séminales peuvent être blessées dans l'opération de la taille. Dans les rétrécissements de l'urètre il peut se produire une rétraction cicatricielle, avec oblitération des conduits éjaculateurs.

L'**inflammation des vésicules séminales** a été observée soit sous la forme aiguë, soit sous la forme chronique. KOCHER a recueilli 8 cas d'inflammation aiguë sans compter une observation personnelle. La cause consistait dans la propagation d'une urétrite ou dans un traumatisme.

Les **symptômes** consistent dans de la fièvre, des douleurs persistantes, des tiraillements dans la région de l'anus, du sacrum, des lombes et de l'hypogastre. La miction est douloureuse; il y a du ténesme vésical; les urines sont mélangées de sang et de pus. En outre, à chaque évacuation alvine s'écoule une certaine quantité de sperme; l'urine contient des spermatozoïdes; le malade a des éjaculations fréquentes d'un sperme brun rougeâtre. KOCHER a observé un œdème inflammatoire par propagation, avec rougeur de la peau, dans la région de l'épine iliaque postéro-inférieure. Au toucher rectal on constate une grande sensibilité des vésicules séminales et une augmentation de volume de ces organes. La tumeur est dure ou fluctuante: une vésicule dilatée peut contenir de 40 à 50 grammes d'un liquide purulent. L'inflammation peut passer à la forme chronique, ou bien le pus perce les parois de la vésicule; l'abcès peut ainsi s'ouvrir dans la cavité péritonéale et entraîner une terminaison mortelle. KOCHER a vu son malade succomber à l'infection malgré l'incision du foyer purulent. Le processus inflammatoire peut être suivi soit de la rétraction et de l'atrophie, soit de la dilatation permanente des vésicules séminales. Les soi-disant calculs spermatiques du conduit éjaculateur sont aussi en relation avec l'état inflammatoire. Ils consistent en carbonate et en phosphate de chaux, ainsi qu'en cellules de forme épithéliale et en spermatozoïdes en très grand nombre. La substance organique y est fortement représentée; la forme du calcul et son volume persistent sans changement, après sa décalcification.

Le **traitement** doit consister dans l'évacuation aussi prompte que possible du foyer purulent par la voie rectale. Dans la forme chronique de l'inflammation VERNEUIL a obtenu une amélioration lente par l'emploi des balsamiques, des injections de morphine et des bains de siège prolongés.

La **tuberculose** des vésicules séminales, ainsi que d'autres néoplasmes de ces organes, n'ont pas d'importance clinique particulière, car ils ne surviennent que secondairement, à la suite d'affections de même nature d'autres parties de l'appareil génito-urinaire.

Maladies de la prostate.

§ 283. — La prostate (glandula prostata, prostata superior, parastata adenoides) est un corps aplati, ayant la forme d'un cône ou d'un marron; par son plus grand diamètre dirigé transversalement, elle embrasse la portion terminale de l'urètre, immédiatement en avant de l'orifice vésical; la **base** du cône est dirigée vers la vessie (face vésicale, MERCIER), et regarde en haut et en arrière; le **sommet** (extrémité urétrale, apex prostatae) regarde en bas et en avant; la face tournée vers la paroi antérieure de l'abdomen (**face pu-**

bienne) est presque verticale; la face postérieure (**face rectale**) regarde en arrière et en bas, et en même temps est inclinée latéralement, de chaque côté, de façon à former un angle aigu avec le plan transversal. Le **bord supérieur** large tourné vers la vessie, est légèrement échancré en son milieu, de sorte que la face rectale offre la forme d'un cœur de cartes à jouer; cette face est unie au rectum par du tissu conjonctif dense, dépourvu de graisse, tandis que la face antérieure est fixée à la face interne de la paroi antérieure du bassin par l'aponévrose pelvienne. Le sommet de la prostate s'appuie sur une paroi rigide, le **diaphragme uro-génital**. La partie de beaucoup la plus considérable de la prostate est située en arrière de l'urètre. — Ces notions anatomiques sont de la plus grande importance pour comprendre les altérations qui se produisent au niveau de la vessie et de l'urètre dans l'hypertrophie de la prostate.

La partie essentielle de la prostate est formée par une **glande en grappe**; elle contient, en outre des muscles chargés de fermer la vessie (**sphincter externe et interne de la vessie**), ainsi que les parois des conduits éjaculateurs, de l'utricule prostatique et de l'urètre. L'**utricule prostatique** (sinus prostaticus, sinus pocularis, uterus masculinus) se présente sous la forme d'un petit cul-de-sac tapissé d'une muqueuse et d'une tunique musculaire propre; cette cavité s'étend en arrière jusque dans la prostate à une profondeur de 1 à 1,2 centimètre, et elle s'ouvre sur le verumontanum entre les conduits éjaculateurs. L'urètre présente sur une coupe transversale la forme d'une fente antéro-postérieure immédiatement en arrière de l'orifice vésical, et dans le reste de la portion prostatique, celle d'une fente transversale, arciforme, dont la convexité est tournée vers le pubis. Le canal de l'urètre divise la prostate en deux **lobes latéraux** par un sillon plutôt appréciable à la palpation qu'à la vue. La partie postéro-supérieure de la prostate, dans le point correspondant à l'entrée des conduits éjaculateurs, offre un sillon transversal qui divise l'organe en un lobe antérieur et un lobe postérieur. Le lobe antérieur à son tour présente de chaque côté un sillon antéro-postérieur qui le divise en une partie moyenne (**lobe médian** (HOME), tubercule, lobe pathologique, isthme de la prostate) et deux masses latérales. HOME qui a décrit le premier ce lobe médian, a déjà fait remarquer son importance; CRUVEILHIER et THOMPSON le considèrent simplement comme une commissure postérieure. HOME attribue à l'augmentation de volume de ce lobe le rétrécissement de l'orifice urétral de la vessie.

Le **liquide sécrété par la prostate** est clair, filant, d'un aspect vitreux. On peut le faire sortir par l'urètre en exerçant une pression sur la glande par la voie rectale.

Le **volume de la prostate** est très variable. D'après HENLE, son plus grand diamètre transversal est de 2,2 à 4,3 centimètres; du sommet à la base l'organe mesure 2,5 à 3,5 centim.; enfin sa plus grande épaisseur est de 1,4 à 2,2 centim. La prostate peut s'hypertrophier, et l'on comprend que cette altération de volume puisse exercer une influence considérable sur l'excrétion de l'urine et du sperme. Comme nous l'avons déjà fait remarquer, la prostate, au point de vue fonctionnel, doit être considérée comme appartenant à l'appareil génital; cependant, on n'a pas encore pu reconnaître d'une façon tout à fait sûre la part prise par cet organe aux fonctions génitales; un fait certain, c'est que lui seul contient l'appareil musculaire de fermeture de la vessie.

284. — L'exploration de la prostate se fait à l'aide de l'index introduit dans le **rectum**; le malade est couché sur le dos, le siège élevé, ou bien il se tient debout le corps fortement incliné en avant. Les caractères anatomiques de la prostate, tels que nous venons de les décrire, peuvent être reconnus plus ou moins exactement par le toucher, suivant la couche plus ou moins épaisse de tissu qui sépare le rectum de l'urètre. Une seconde voie d'exploration est l'**urètre**. C'est en combinant le toucher rectal avec le cathétérisme que l'on obtient les meilleurs résultats. L'**exploration bimanuelle**, consistant à appliquer une main sur la paroi abdominale, tandis qu'un ou plusieurs doigts de l'autre main sont introduits dans le rectum, ne doit pas non plus être négligée dans les affections de la prostate qui s'accompagnent d'une augmentation de volume de cet organe. L'*exploration combinée par le rectum et l'urètre est aussi le meilleur moyen de déterminer la longueur de la portion prostatique de l'urètre et, par conséquent, aussi la longueur de la prostate elle-même* (SOCIN). On se servira de préférence dans ce but d'une sonde métallique. On l'introduit d'abord dans la vessie, puis on la retire lentement jusqu'à ce que l'urine cesse de couler, ce qui arrive au moment où l'œil latéral de la sonde est bouché par la paroi latérale de la portion prostatique de l'urètre. Un aide détermine alors la longueur de la portion de sonde qui fait saillie hors du méat. Le pénis étant maintenu tout à fait immobile, on retire la sonde jusqu'à ce que l'index introduit dans le rectum sente bien le bec de l'instrument, au moment où il arrive dans la portion membraneuse de l'urètre; puis on procède de nouveau à la mensuration de la partie extra-urétrale de la sonde. La différence obtenue entre les deux mensurations que l'on répète plusieurs fois dans le même sens et dans le sens contraire, donne des résultats parfaitement utilisables dans la pratique.

§ **285.** — Les **anomalies congénitales de la prostate** sont très rares; l'absence complète de cet organe n'a été observée que dans des cas où il existait en même temps d'autres anomalies par défaut de l'appareil génito-urinaire. Dans l'aberration de lieu d'une partie de la glande, décrite par LUSCHKA, cette dernière possède un conduit excréteur qui s'ouvre au niveau de la peau du pénis; cette anomalie nous donne peut-être l'explication de certaines fistules péniennes congénitales, s'ouvrant surtout sur le dos du pénis, et par l'orifice desquelles s'écoule, au moment d'une excitation sexuelle, un liquide clair et filant.

ENGLISCH décrit comme **affection pathologique congénitale l'occlusion de l'utricule prostatique**; il peut en résulter une dilatation kystique de la glande et un obstacle à l'écoulement de l'urine. La soudure des bords de l'orifice de l'utricule peut être plus ou moins solide, et parfois même on ne réussit pas à détruire cette adhérence en introduisant une sonde dans l'urètre.

On observe aussi à l'**état congénital des kystes** situés dans le tissu cellulaire qui sépare la vessie du rectum, kystes dont ENGLISCH rapporte l'origine

à un développement ultérieur de la portion terminale, disposée en cul-de-sac, de l'utricule prostatique. Ces kystes, même lorsqu'ils sont peu volumineux, peuvent déterminer des troubles de la miction et de la défécation. On les a confondus avec des tumeurs solides de la prostate, des kystes à échinocoques, et même avec la vessie dilatée (cas de THOMPSON). Leur traitement consiste dans l'évacuation du kyste par le rectum, à l'aide d'un trocart. Les injections irritantes ne sont pas à conseiller, car elles font courir le danger d'une péritonite. Si les ponctions répétées ne conduisent pas au but, on fera bien de pratiquer, soit une **incision par le périnée**, soit une **incision par le rectum**, en ayant soin de **sectionner en même temps le sphincter**.

Les **lésions traumatiques de la prostate** (plaies par instruments tranchants, plaies contuses, perforations) sont rarement dues à une violence extérieure accidentelle; elles sont, par contre, souvent produites, intentionnellement ou non, par la main du chirurgien. Les plaies de la prostate, dans l'opération de la taille, guérissent généralement bien, et ne laissent pas à leur suite de troubles fonctionnels. Cependant, lorsque la plaie s'étend au-delà de la capsule fibreuse de l'organe, lorsque ce dernier a subi de fortes contusions et déchirures, il n'est pas rare de voir survenir une infiltration putride du tissu cellulaire du bassin, suivie d'une péritonite mortelle.

Une sonde introduite maladroitement dans l'urètre, peut produire des plaies contuses en forme de canaux, des perforations partielles ou complètes, connues sous le nom de **fausses routes**; ces dernières peuvent conduire dans la vessie, dans le tissu cellulaire du bassin et dans le rectum. Nous avons déjà parlé du danger d'infiltration d'urine qui peut en être la conséquence. Nous donnerons de plus amples détails sur ces fausses routes, dans notre étude de l'hypertrophie de la prostate.

Corps étrangers de la prostate. Calculs prostatiques.

On rencontre aussi, dans la prostate, des adultes de petites masses stratifiées, appelées **corps amylicés** (VIRCHOW, PAULITZKY), qui sont probablement formés par la sécrétion normale de la glande, et s'accroissent par apposition de couches successives. Ces corps peuvent être microscopiques ou arriver jusqu'au volume d'un pois. Leur coloration ne peut parfois être distinguée de celle du tissu prostatique; quelquefois ils sont d'un jaune d'ambre, ou bien d'un brun rougeâtre, et même noirs. Plus ces concrétions sont nombreuses et volumineuses, et plus elles refoulent le tissu glandulaire; elles deviennent confluentes et prennent alors des formes polygonales, ou constituent même des concrétions plus volumineuses, irrégulières et bosselées.

La **constitution chimique** de ces concrétions est très variable. Les plus petites ont une grande analogie avec les grains d'amidon des végétaux (VIRCHOW).

Cependant, la réaction iodée fait souvent défaut, et il est encore plus rare