

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

que l'on réussisse à les transformer en sucre de raisin. Elles brûlent complètement sans laisser de cendres ; elles sont insolubles dans l'alcool et l'éther ; elles se ratatinent dans les acides concentrés et se gonflent, au contraire, dans les alcalins caustiques qui leur font perdre leur forme stratifiée. Lorsqu'elles présentent une striation radiée (sels calcaires), celle-ci disparaît par l'addition d'acide chlorhydrique. Les concrétions formées depuis longtemps **s'imprègnent de sels calcaires**, surtout de phosphate et de carbonate de chaux, deviennent peu à peu plus dures et constituent de véritables calculs. La constitution chimique de ces derniers a été déterminée par LASSAIGNE (suivant THOMPSON) ; cet auteur a trouvé qu'ils étaient formés de 84,5 0/0 de phosphate de chaux, de 0,5 0/0 de carbonate de chaux et de 15 0/0 de substance organique.

Les **petits corpuscules amylicés et les petits calculs** ne produisent pas de troubles fonctionnels et n'offrent pas de signes objectifs permettant d'en faire le diagnostic, sauf que, parfois, on en rencontre dans les sédiments urinaires des individus âgés, et qu'ils contribuent à l'augmentation de volume de la glande. Ils ne sont pas non plus l'objet d'un traitement particulier.

Les **calculs volumineux**, par contre, peuvent être reconnus au toucher rectal après l'atrophie du tissu glandulaire. Ils donnent sous le doigt une sensation particulière de crépitation analogue à celle que l'on éprouve en serrant un sachet rempli de plomb de chasse (ADAMS). Même alors ils sont complètement entourés par la capsule de la prostate, et souvent ils ne sont nullement une cause de souffrances pour le malade. Mais parfois ils pénètrent dans l'urètre, la vessie, le rectum, soit par les conduits excréteurs dilatés, soit à la suite de l'inflammation et de l'ulcération des tissus, et ils provoquent alors les symptômes propres aux calculs de la vessie et de l'urètre.

D'autre part, de **véritables calculs urinaires peuvent parvenir dans la prostate**, soit qu'ils restent fixés dans la portion prostatique de l'urètre, soit que, dans l'opération de la taille, des fragments de calculs restent dans la plaie de la prostate et pénètrent dans le tissu de cet organe, soit enfin que des concrétions urinaires se forment par stagnation de l'urine dans un abcès, etc.

Même les calculs volumineux de la prostate n'exigent pas de traitement lorsqu'ils ne sont pas une cause de souffrances pour le malade. Dans le cas contraire, on les enlève par la taille médiane. Les calculs qui ont pénétré de la prostate dans l'urètre et la vessie, sont extraits d'après les règles formulées précédemment.

§ 286. — **L'inflammation de la prostate** n'est pas une maladie fréquente, si, toutefois, on ne fait pas rentrer l'hypertrophie de cet organe dans les processus inflammatoires chroniques. Nous avons à distinguer une forme aiguë et une forme chronique d'inflammation.

L'inflammation aiguë de la prostate, en tant que maladie indépendante et primitive, peut survenir soit à la suite de troubles circulatoires (action du froid, de l'humidité), soit à la suite d'un coup ou d'un choc ;

mais ces cas sont extrêmement rares. Pour notre part, il nous est arrivé une fois seulement de ne pouvoir assigner d'autre cause à la prostatite qu'un refroidissement. Ordinairement cette affection est due à la propagation de processus inflammatoires des organes urinaires et des autres organes génitaux ; elle est surtout fréquente dans la blennorragie urétrale (prostatique blennorragique), dans les rétrécissements et les inflammations chroniques de l'urètre, dans la cystite. Enfin on l'a observée dans le cours de la fièvre typhoïde et de la pyémie, par thrombose et fonte purulente. L'introduction mal à propos d'instruments de chirurgie, et l'irritation due à des fragments de calculs qui se sont fixés dans la prostate, peuvent être également une cause d'inflammation de cet organe. Lorsque la prostatite aiguë se développe dans le cours d'une blennorragie, ce sont des mouvements violents du corps, des excès *in baccho* et *venere*, des cathétérismes pratiqués sans précautions, qui sont habituellement la cause déterminante de l'inflammation.

Quand à la **symptomatologie** et au **diagnostic**, le malade accuse d'abord une douleur dans la région de la vessie et au périnée, une sensation de chaleur et de pesanteur, sensation particulièrement vive, au moment de la miction et de la défécation. Les douleurs arrivent parfois à un très haut degré d'intensité, avec exacerbations à chaque mouvement, et irradiations vers la région lombaire, le gland et les cuisses. Le malade ne peut rester dans la position assise, et il est en proie à un ténésme douloureux du rectum et de la vessie, symptômes qui s'accompagnent de constipation et d'une dysurie pouvant aller jusqu'à l'ischurie complète.

À l'**exploration** on trouve que le périnée est douloureux ; au toucher rectal, lequel provoque de vives douleurs et des contractions spasmodiques du sphincter, on sent au **niveau de la paroi antérieure du rectum la prostate indurée, tuméfiée et très douloureuse**. L'augmentation de volume de l'organe est variable ; parfois elle est à peine appréciable, ou bien elle est limitée à une partie de la glande. Lorsqu'une rétention d'urine nécessite le cathétérisme, l'introduction de la sonde dans la portion prostatique est très douloureuse et produit facilement une hémorragie ; souvent on est obligé, à cause de la douleur, d'avoir recours à la chloroformisation.

En ce qui concerne la **marche ultérieure de la maladie**, on admet, malgré l'absence de recherches à ce sujet, que le processus inflammatoire peut intéresser soit le parenchyme glandulaire, parfois avec régression complète consécutive ou passage à la forme chronique, soit le tissu musculaire et le tissu conjonction interstitiel. Dans la plupart des cas de la première variété d'inflammation, il y a production de pus sous forme de petits abcès qui s'ouvrent ordinairement dans l'urètre ; on voit quelquefois un amendement rapide de tous les symptômes succéder à l'introduction de la sonde, grâce à la rupture de la poche qui s'est opérée au moment du passage de l'instrument au niveau de la portion prostatique. Dans