

l'inflammation du tissu interstitiel, on voit souvent survenir une suppuration à marche rapide, avec fièvre intense, suppuration qui envahit également le tissu conjonctif environnant (**périprostatite phlegmoneuse de DEMARQUAY**). L'abcès s'ouvre alors plus souvent dans le rectum ou peut être incisé par cette dernière voie. Quelquefois la suppuration s'étend jusqu'au péritoine, le pus perfore cette membrane et provoque une péritonite mortelle, ou bien il se répand dans le tissu conjonctif du bassin et envahit les parois abdominales, ou encore il infiltre le tissu conjonctif du voisinage du rectum et de la concavité du sacrum, et remonte le long de la colonne vertébrale; dans d'autres cas nous l'avons vu se faire jour au périnée.

Quant au **mode de terminaison de la prostatite**, il consiste, soit dans la guérison complète, soit dans le passage à la forme chronique. Dans les cas de suppuration, l'évacuation du pus peut être suivie d'une cicatrisation rapide, avec rétraction cicatricielle consécutive plus ou moins forte et guérison complète. Dans d'autres cas, il reste des fistules, qui peuvent être incomplètes, c'est-à-dire n'avoir qu'un seul orifice s'ouvrant dans l'urètre ou le rectum; ou complètes, c'est-à-dire faisant communiquer l'urètre avec le rectum ou le périnée. Grâce aux infiltrations concomitantes des tissus, le diagnostic, à cette période, présente parfois des difficultés. La mort peut être la conséquence, soit d'une péritonite, soit d'une pyémie, d'une septicémie, d'une fièvre hectique, dans les cas de suppurations étendues.

Le **traitement** consiste, au début, dans l'application de compresses froides ou d'une vessie de glace sur le périnée. Parfois aussi on prescrira des bains de siège chauds de courte durée et des compresses chaudes et humides sur le périnée, dans les cas où le froid n'est pas supporté. PATTERSON, CRAIG et GUYON ont conseillé l'emploi de cataplasmes rectaux, mais l'application de ces derniers est plus compliquée et n'est pas plus efficace que les compresses chaudes et humides recouvrant le périnée. Le malade doit garder le repos; on fera en sorte d'obtenir d'abondantes évacuations alvines, et l'on évitera toutes les injections irritantes, etc. On prescrira des acides à l'intérieur, et l'on fera prendre en grandes quantités des eaux alcalines gazeuses. Lorsque l'inflammation ne cède pas à ce traitement, lorsque la fièvre, le ténesme, la dysurie annoncent la formation du pus, on **cherche, par l'introduction d'une sonde, à provoquer l'évacuation du pus par l'urètre**. Si ce moyen ne réussit pas, si la tumeur s'accroît dans la direction du rectum, tandis que le ténesme persiste ou devient encore plus intense, on **pratiquera en tout cas la section du sphincter anal, même en l'absence de fluctuation**. Cette opération soulage le malade presque instantanément; c'est le plus sûr moyen d'éviter la formation d'une fistule, soit que l'abcès s'ouvre spontanément, soit que l'on donne issue au pus par le rectum ou le périnée, lorsqu'on a pu reconnaître le foyer purulent par la

palpation. La section du sphincter accélère la guérison d'une façon extraordinaire. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de nous convaincre de son efficacité. Dans les cas de suppurations étendues, après avoir incisé le sphincter, et au besoin la paroi rectale, on cherchera à introduire aussi profondément que possible, de gros et longs tubes à drainage, et à empêcher, par de fréquents lavages de la cavité de l'abcès, l'accumulation et la décomposition du pus.

§ 287. — **L'inflammation chronique de la prostate** s'observe plus souvent que l'inflammation aiguë. Tantôt elle succède à cette dernière, tantôt, et plus souvent, elle se développe très lentement dans les affections des organes urinaires, surtout dans la blennorrhagie urétrale, les rétrécissements, les catarrhes de la vessie; mais même en l'absence de toutes ces causes, elle survient parfois à la suite d'excès vénériens, d'onanisme. D'après les recherches anatomo-pathologiques, encore bien restreintes, publiées jusqu'ici, le tissu glandulaire offre une teinte brun-sale, et il est plus mou, plus riche en suc que le tissu normal. Les espaces préexistants sont agrandis, en partie soudés entre eux et communiquent avec l'urètre par des conduits excréteurs dilatés. Dans les cas graves, le tissu musculaire interstitiel est en grande partie détruit par dégénérescence graisseuse et suppuration.

Les **symptômes** consistent dans une sensation de pesanteur désagréable dans la profondeur du périnée, dans une légère douleur le long de l'urètre pendant la miction, dans une sensation presque continuelle de chatouillement au niveau de ce canal, et avant tout, dans la soi-disant **prostatorrhée**, c'est-à-dire l'écoulement d'un liquide clair ou légèrement trouble, laiteux, muqueux, filant, qui s'écoule par gouttes spontanément de l'urètre, ou sort abondamment, surtout au moment de la défécation, lorsque des matières fécales dures compriment la prostate. Les malades se plaignent souvent de fatigue et sont tourmentés par des érections morbides; ils sont très déprimés par cette affection ordinairement de longue durée, et qui résiste au traitement; ils attribuent leur écoulement, soit à une blennorrhagie chronique, soit encore plus souvent à une spermatorrhée. **Au toucher rectal**, que l'on ne doit, par conséquent, jamais négliger, en présence de ce tableau clinique ou de symptômes analogues, on constate le plus souvent que la prostate est un peu tuméfiée, légèrement douloureuse à la pression et plus molle qu'à l'état normal. C'est surtout la partie moyenne de l'organe qui est compressible; en la comprimant avec le doigt, on voit ordinairement sortir de l'urètre, par gouttes, le liquide décrit plus haut. L'évacuation de la prostate par la pression du doigt réussit surtout bien lorsque le malade a retenu longtemps son urine. *Ce mode d'exploration est celui qui permet le mieux d'éviter de confondre, ainsi qu'il arrive souvent, la prostatite avec la simple blennorrhagie, ou de constater l'existence d'une prostatite à côté de l'urétrite.* Un autre moyen de diagnostic entre ces deux affections, comme

aussi avec la spermatorrée, c'est l'examen microscopique du liquide qui s'écoule par l'urètre; ce liquide, en effet, dans la prostatite, ne contient pas de spermatozoïdes, mais bien des corpuscules du mucus et des quantités très variables de cellules épithéliales cylindriques, ainsi que des amas de tubes glandulaires et des **concrétions prostatiques stratifiées (corps amyloïdes)**, dont nous avons donné plus haut la description; ces derniers, il est vrai, ne sont pas constants. La prostatite chronique se distingue du catarrhe chronique de la vessie par les caractères de l'urine, dont les premières portions émises sont mélangées de mucus, tandis que l'urine qui s'écoule ensuite n'en contient pas. Aussi THOMPSON a-t-il soin de recevoir dans un vase particulier les 50 à 60 premiers grammes d'urine; si celle qui s'écoule ensuite est claire, on peut exclure le catarrhe de la vessie, car c'est précisément dans cette dernière partie de l'urine que l'on trouve la plus grande quantité de mucus et de pus, lorsqu'il s'agit d'une cystite catarrhale.

Parmi les **modes de terminaison défavorables de la prostatite chronique**, nous devons mentionner les abcès qui communiquent avec l'urètre; dans ces cas la miction est incomplète, et l'on observe un écoulement persistant d'un liquide putride. On peut aussi dans ces cas voir survenir une « phtisie » des organes génitaux avec terminaison mortelle plus ou moins prompte.

Le **traitement de la prostatite chronique** se heurte parfois à des difficultés dues à la mélancolie profonde des malades. Il doit s'adresser avant tout aux causes de la maladie; on cherchera à guérir les rétrécissements de l'urètre, les catarrhes de la vessie, et à régulariser les fonctions génitales, etc.; en outre, on instituera un traitement local convenable. On fera jusque dans la portion prostatique de l'urètre des injections astringentes (solutions de nitrate d'argent, d'acétate de plomb, de sulfate de zinc, de tannin), soit à l'aide d'une sonde ordinaire, soit au moyen d'une sonde à bout coupé et munie d'un piston (sonde à piston de GARREAU). SOCIN injecte avec succès une solution iodo-iodurée (1 partie d'iode et 4 d'iodure de potassium, sur 100 parties d'eau). Il est encore préférable d'appliquer les médicaments en lieu et place sous forme d'onguent, soit en se servant du porte-remède de DITTEL (fig. 81), soit en remplissant de l'onguent en question la petite cavité du porte caustique de LALLEMAND, soit enfin en l'appliquant sur des bougies d'étain de BÉNIQUÉ. Selon nous, ces dernières agissent déjà très favorablement par leur seul poids, et l'on se contentera de les enduire d'huile toutes les fois qu'il s'agit d'éviter la réaction qui, souvent, succède à l'introduction dans l'urètre de certaines substances médicamenteuses. On se servira de préférence d'un onguent à la glycérine, par exemple un mélange de nitrate d'argent (0,5), de baume du Pérou (0,5) et de glycérolé d'amidon (15,00). L'introduction des bougies doit être répétée tous les 3 ou 4 jours, suivant la réaction qu'elles déterminent. THOMPSON, PHILIPS, etc., ont con-

seillé l'emploi des révulsifs sur le périnée (vésicatoires, huile de croton, séton, fer rouge); dans nombre de cas nous avons essayé les badigeonnages iodés, les frictions d'onguent gris jusqu'à production d'eczéma, mais sans en obtenir un succès bien évident. Par contre, les bains de siège froids, pris de préférence le matin, sont un très bon adjuvant du traitement; de même la sonde réfrigérante de WINTERNITZ agit parfois très favorablement. Aux individus vigoureux, on fait prendre à l'intérieur de l'iodure de potassium, avec du bicarbonate ou de l'acétate de potasse, tandis qu'aux individus faibles on prescrit des préparations de fer et de quinine, et la diète lactée. Quant aux cures de bains, celles qui nous ont donné les meilleurs résultats, sont Carlsbad, Kreuznach, Jastrzemb, Goczkowitz, Rehme, Kissingen, ainsi que la combinaison d'eaux-mères de Salines et de bains de mer (Colberg, etc.).

Lorsque, par l'exploration rectale, on a constaté la **suppuration d'une partie de la prostate**, on n'a plus à espérer un résultat quelconque des moyens mentionnés jusqu'ici. Il faut alors, après avoir sectionné le sphincter anal, inciser largement l'abcès par la voie rectale, et instituer ensuite un traitement approprié. La section du sphincter dispense d'avoir recours à l'ouverture de l'abcès par le périnée avec décollement de la paroi postérieure du rectum, procédé qui a été conseillé, mais qui présente certaines difficultés d'exécution.

Tumeurs de la prostate.

§ 288. — On désigne sous le nom d'**hypertrophie de la prostate**, une affection très fréquente de l'âge avancé, affection qui consiste dans une néoplasie du tissu glandulaire et du tissu musculaire interstitiel de la prostate. Cette néoplasie peut être générale ou intéresser à des degrés divers les différentes parties et les différents tissus de l'organe. On a autrefois beaucoup exagéré la fréquence de cette maladie. H. THOMPSON l'a rencontrée 56 fois sur 164 hommes âgés de 60 à 94 ans; dans 26 cas, le poids de l'organe dépassait 40 grammes. D'après cet auteur, le poids normal étant de 17 à 18,5 grammes, une prostate pesant 27 grammes est certainement pathologique.

L'hypertrophie de la prostate est parfois **régulière** et intéresse toutes les parties et tous les tissus de l'organe; la consistance n'en est pas altérée. Le volume de la prostate est modéré et les troubles fonctionnels sont légers ou font entièrement défaut.

Une **seconde forme d'hypertrophie** beaucoup plus fréquente, constitue des tumeurs bien plus volumineuses, qui intéressent d'une façon **irrégulière** les différentes parties et tissus de l'organe. Il est vrai que la prostate toute entière est augmentée de volume, mais certaines parties