

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

font particulièrement saillie et donnent lieu aux altérations de forme les plus diverses. La forme la plus fréquente et en même temps la plus importante au point de vue clinique, c'est celle dans laquelle **l'hypertrophie intéresse particulièrement la partie de la prostate située immédiatement en arrière de l'orifice vésical de l'urètre** (*portio intermedia s. supramontana*) ; cette partie en forme de languette, due à une hyperplasie des fibres musculaires lisses, fait saillie de la paroi postérieure de la vessie sur l'orifice urétral (**valvule prostatique de Mercier**). Lorsque cette partie est fortement hypertrophiée, elle se trouve séparée des portions latérales par deux sillons profonds qui convergent vers le verumontanum, et elle constitue alors un **troisième lobe ou lobe médian**. Si les deux lobes latéraux sont en même temps augmentés de volume, la prostate prend une forme trilobée, et l'urètre vu de la vessie a la forme d'un  $\lambda$  (SOCIN). Le lobe médian peut, à son tour, se diviser en plusieurs tumeurs qui font saillie dans la vessie, et peuvent atteindre le volume d'un œuf de poule ; elles ont une large base d'implantation, ou, parfois, possèdent un pédicule étroit qui les relie au reste de la prostate ; elles entourent la moitié inférieure de la circonférence de l'orifice vésical de l'urètre. Dans les lobes latéraux, des portions isolées peuvent également se développer plus fortement sous forme de nodosités irrégulières et de tumeurs mieux circonscrites, et faire saillie dans la vessie ou s'étendre du côté de l'urètre pour creuser dans le lobe opposé une excavation correspondante.

Une hypertrophie purement partielle, telle que l'ont décrite MERCIER, THOMPSON, etc., est rare ; SOCIN ne l'a jamais observée. Un peu plus fréquente est l'hypertrophie isolée des deux lobes latéraux.

Quant à la **fréquence de ces différentes formes d'hypertrophie**, THOMPSON, sur 123 cas en a trouvé 76 qui présentaient une augmentation de volume régulière de toutes les parties de la prostate ; dans 49 cas, la partie moyenne était plus fortement atteinte que les parties latérales ; dans 8 cas, c'était le lobe droit, et dans 11 autres, le lobe gauche qui étaient surtout augmentés de volume ; dans 5 cas les deux lobes latéraux étaient seuls hypertrophiés ; enfin dans 3 cas, l'augmentation de volume portait uniquement sur la commissure antérieure et, dans trois autres, sur la portion moyenne seule. D'après SOCIN, l'hypertrophie régulière est encore plus fréquente, car THOMPSON a utilisé les pièces des collections anatomiques se rapportant surtout à des individus qui avaient souffert de troubles très marqués, et le plus souvent mortels, de la sécrétion urinaire. Or, ces troubles s'observent principalement dans les hypertrophies partielles de la prostate.

Au point de vue **histologique**, on distingue, comme nous l'avons déjà fait remarquer, une **forme musculaire** et une **forme glandulaire** de l'hypertrophie. Cependant, il est extrêmement rare que l'augmentation de volume n'intéresse que la substance glandulaire ou le tissu musculaire. Le plus souvent, les deux tissus sont hypertrophiés, mais

l'un d'eux l'est à un plus haut degré que l'autre. Lorsque c'est l'hypertrophie glandulaire qui est prédominante, les tumeurs de la prostate sont très volumineuses, de consistance molle, de forme irrégulière. Lorsque l'hypertrophie intéresse surtout le tissu musculaire, la tumeur est dure, plus régulière et d'un volume modéré. Les myomes purs, avec absence complète de tissu glandulaire, sont rares ; le plus souvent, le myome se montre sous forme de nodosités dures ou de tractus situés entre les amas de tissu glandulaire hypertrophiés. Ainsi, les tumeurs décrites plus haut comme siégeant à la partie inférieure de l'orifice vésical de l'urètre, sont des myomes détachés du tissu glandulaire ; de même, la soi-disant valvule de MERCIER est constituée par du tissu musculaire, c'est-à-dire par une prolifération du sphincter externe et interne de la vessie<sup>1</sup>.

Les **altérations que subit la portion prostatique de l'urètre**, du fait de l'hypertrophie de la prostate, sont de la plus grande importance, et se rapportent à la longueur, au calibre, à la direction et à la perméabilité de cette partie du conduit ; ces altérations sont une cause de troubles divers de la miction, et constituent un obstacle à l'introduction des instruments.

La **longueur de la portion prostatique de l'urètre** est accrue dans toute hypertrophie de la prostate. Toute augmentation de volume de cet organe forme une tumeur qui s'étend en haut et en arrière dans la cavité du bassin ; en effet, elle ne peut se porter en avant à cause de la symphyse, ni en bas à cause du diaphragme uro-génital. La partie du canal urétral comprise entre le ligament de Carcassone et l'orifice vésical, se trouve par le fait allongée, et la vessie est soulevée d'une quantité correspondante. SOCIN a observé des cas dans lesquels la distance entre le verumontanum et l'orifice de la vessie, atteignait jusqu'à 5 centimètres.

Un fait sur lequel SOCIN a particulièrement attiré l'attention, c'est que le **diamètre antéro-postérieur du canal urétral se trouve considérablement allongé**. Dans nos remarques anatomiques, nous avons vu que la portion prostatique de l'urètre offre sur une coupe, à l'état normal, l'aspect d'une fente transversale arciforme ; dans l'hypertrophie de la prostate, cette fente devient longitudinale, et elle prend la forme d'un  $\lambda$  lorsque le lobe moyen de la prostate est fortement agrandi, ainsi qu'on l'observe habituellement. Lorsque l'hypertrophie intéresse particulièrement un lobe latéral, l'urètre se recourbe de façon que sa concavité regarde le côté hypertrophié. Toutefois, les extrémités supérieure

1. D'après GUYON, ce qui caractérise l'hypertrophie de la prostate au point de vue histologique, c'est la substitution lente et progressive du tissu fibreux au tissu glandulaire, et non pas l'hypertrophie et hyperplasie des fibres musculaires lisses de l'organe. Il ne saurait donc y avoir une assimilation quelconque entre l'hypertrophie de la prostate et les myomes utérins. (Note du trad.).