

quelques chirurgiens ont essayé de guérir radicalement ce vice de conformation. Les opérations mises en œuvre pour remédier chirurgicalement à l'exstrophie sont très nombreuses, et dans un travail sur ce sujet où je les ai exposées et étudiées en détail, j'ai cru devoir les rapporter toutes à trois grandes méthodes. La première méthode consiste à pratiquer la suture directe des bords de la vessie exstrophée soit par simple affrontement de ses bords avivés (procédé proposé par Gerdy, exécuté par Rigaud de Strasbourg et Hal.-C. Wyman), soit par affrontement après rapprochement préalable des pubis (procédé conçu par Dubois et Dupuytren et mis à exécution récemment par Trendelenburg). La seconde méthode a pour objectif la dérivation du cours des urines par abouchement des uretères dans l'intestin avec conservation de la vessie (procédé de Simon, Holmes, Lloyd, Thomas Smith), ou par greffe des uretères à la paroi abdominale et extirpation du réservoir (procédé de Sonnenburg). La troisième méthode enfin s'attache à restaurer à l'aide de lambeaux empruntés aux parties voisines la paroi vésicale absente. C'est la méthode française imaginée par Roux, perfectionnée par Wood, Thiersch, Le Fort et pratiquée par un très grand nombre d'opérateurs.

Des deux procédés de la première méthode, le premier ne peut convenir qu'à des cas exceptionnels (simple fissure de la vessie, second degré de l'exstrophie), le second n'est praticable seulement que chez les jeunes sujets; la méthode de suture directe des bords de la vessie, qui en principe est la meilleure, puisqu'elle répare par synthèse simple et sans emprunt de tissus étrangers la malformation vésicale, ne peut donc être pratiquement qu'une méthode exceptionnelle.

La méthode de dérivation du cours de l'urine, détestable lorsqu'on la pratique dans l'intestin (tous les opérés sont morts), n'est guère plus recommandable alors qu'on abouche les uretères à la paroi abdominale, car il n'est pas beaucoup plus facile de recueillir alors les urines.

La méthode qui s'applique à la généralité des cas et qui remplit le mieux toutes les indications est la méthode autoplastique. Sans avoir la prétention de reconstituer physiologiquement le réservoir (l'absence anatomique du sphincter s'y oppose), elle restaure suffisamment les formes et se prête au port d'un appareil collecteur de quelque utilité. Parmi les nombreux procédés dont elle dispose, la préférence doit être donnée au procédé de Wood, perfectionné par Le Fort, qui a ingénieusement utilisé le prépuce à la restauration partielle de l'épispadias.

ARTICLE IV. — MALADIES DE LA PROSTATE.

§ 1. — Lésions traumatiques.

Les lésions traumatiques de la prostate sont rares. La situation profonde de la glande, protégée par la ceinture osseuse du bassin, la dérobe

en effet à l'action des corps vulnérants. Cependant cet organe peut être atteint exceptionnellement de contusions et plus souvent de plaies.

On pourrait croire que les traumatismes violents de la portion pubienne du bassin et de la région périnéale entraînent, au milieu de la désorganisation profonde des organes voisins (fracture des os, déchirure des aponévroses, rupture de l'urètre), la dilacération de la prostate. Il n'en est rien, et les recherches expérimentales de Terrillon sont venues encore, il y a quelques années, confirmer les observations anciennes de Chopart en démontrant que la prostate reste indemne, alors que le ligament de Carcassonne, la portion membraneuse de l'urètre, les os du pubis et des ischions ont été déchirés et rompus. Le fait de Velpeau qui, dans une autopsie, trouva le tissu de la prostate semé de petits foyers hémorragiques, reste à peu près unique dans les annales de la science.

Si la contusion violente, aiguë, si l'on peut s'exprimer ainsi, est rare, il n'en est peut-être pas de même de la contusion chronique de la prostate, résultant de l'exercice immodéré de l'équitation, du vélocipède. Certaines prostatites aiguës ou chroniques, que nous avons eu occasion d'observer chez plusieurs cavaliers ou vélocipédistes, en dehors de toute atteinte blennorrhagique antérieure, avaient peut-être pour point de départ des petits foyers hémorragiques, de minimes lésions destructives provoquées par l'ébranlement prolongé du périnée chez ces malades.

Quoi qu'il en soit, la description clinique de la contusion prostatique est encore à faire, et les matériaux manquent pour mener à bien cette étude.

Quoique peu fréquentes, les plaies de la prostate ont aujourd'hui leur histoire complète dans les livres classiques. Elles sont produites de dedans en dehors par l'intermédiaire du canal de l'urètre, ou de dehors en dedans.

Le premier genre de plaies résulte d'un cathétérisme maladroit ou violent ou encore de la présence d'un corps étranger (calcul ou autres) ayant déchiré le canal prostatique. Nous traiterons de ces plaies à propos des ruptures de l'urètre et des fausses routes.

Les plaies de dehors en dedans sont déterminées par des instruments piquants, tranchants et contondants. Une division reposant sur la nature des corps vulnérants a bien son importance, mais la considération du point par lequel ils atteignent la glande a une plus grande valeur. A cet égard, la prostate peut être atteinte par le périnée, le rectum, l'hypogastre.

Les plaies faites à travers le périnée sont de beaucoup les plus fréquentes. Ce sont d'abord toutes les plaies chirurgicales réclamées par les tailles; viennent ensuite les plaies accidentelles produites au cours d'une lutte (épée, couteau, tranchet) ou survenues dans une chute sur un échelas (Velveau), une branche d'arbre (Dugas).

Les plaies faites par l'intermédiaire du rectum sont un peu moins fréquentes, aujourd'hui surtout que les tailles rectales et la ponction de la vessie par l'intestin sont délaissées. Elles succèdent, en général, au passage de corps étrangers dans le rectum (épingles, noyaux de fruits, graviers). On les observe surtout, à la suite des manœuvres que réclament l'extraction des objets plus ou moins volumineux que certains individus s'introduisent dans le rectum par gâgeure, aberration mentale ou lubricité.

Les plaies faites par l'hypogastre sont infiniment rares, et presque toujours elles s'accompagnent de désordres tels du côté de la vessie, voire même du cul-de-sac péritonéal, qu'elles ne constituent plus qu'un épiphénomène dans l'évolution de ce grave traumatisme. On a cependant vu la prostate être atteinte par le trocart dans une ponction sus-pubienne de la vessie.

Les phénomènes symptomatiques qui résultent de la blessure de la prostate sont bien différents suivant que l'agent vulnérant s'est arrêté dans le parenchyme glandulaire ou qu'il a intéressé le canal de l'urèthre. Dans le premier cas, le réel symptôme de la plaie de la prostate est, avec la douleur plus ou moins vive, l'hémorrhagie. Cette hémorrhagie, parfois insignifiante, est quelquefois si abondante, lorsque la prostate est très vasculaire, comme c'est le cas fréquent chez les vieillards, ou lorsque les plans périprostatiques ont été intéressés, qu'elle nécessite le tamponnement du rectum.

Lorsque l'urèthre a été intéressé, à l'hémorrhagie externe se joint un écoulement de sang qui se fait tout entier dans la cavité vésicale ou se déverse dans l'urèthre, donnant lieu à l'urétrorrhagie. L'urine sort par la plaie antérieure, soit seulement au moment des mictions, soit d'une façon continue. On admet, en général, dans ce dernier cas, que le col vésical a été intéressé; mais ce que Guyon nous a appris touchant le rôle du sphincter membraneux comme appareil de rétention normal de l'urine fait comprendre que l'écoulement de l'urine peut être continu, alors même que le col de la vessie a été respecté par le traumatisme. Lorsque la plaie est sinueuse et étroite, l'urine ne sort que pendant les efforts de la miction. L'écoulement du sperme n'est possible que si les vésicules séminales ont été blessées. Quant à l'écoulement du liquide prostatique, il est sécrété en trop petite quantité en dehors de l'orgasme vénérien pour qu'il puisse être constaté.

L'exploration de la prostate par le toucher rectal ne doit jamais être négligée dans le cas de plaie supposée de cet organe; il fournit souvent de précieux renseignements. Exceptionnellement la plaie sera explorée à l'aide du doigt, d'une sonde de femme, d'un stylet, et, dans ce cas, on devra toujours agir avec une grande douceur dans la crainte d'augmenter les désordres, de rappeler les hémorrhagies, etc.

Petites ou grandes, pourvu qu'elles soient simples, à trajet direct et

régulier, les plaies de la prostate sont bénignes et guérissent avec rapidité, ainsi que le montre la pratique des opérations de tailles péri-néales; cependant lorsqu'elles sont trop larges et dépassent les limites de la glande, elles peuvent s'accompagner d'hémorrhagies graves et même mortelles; elles peuvent aussi consécutivement se compliquer de phlébite des plexus périprostatiques et d'accidents septicémiques. Mais ce sont surtout les plaies irrégulières, anfractueuses qui, en raison de la stagnation de l'urine, des liquides et des produits de la suppuration, exposent à des accidents infectieux presque fatalement mortels.

Traitement. — Les plaies de la prostate, ne communiquant pas avec l'urèthre, ne réclament d'autres indications thérapeutiques que l'arrêt de l'hémorrhagie lorsqu'elle se produit.

La compression exercée simplement sur le périnée ou pratiquée par le rectum (tamponnement), les réfrigérants, les styptiques, suffisent le plus souvent. Desnos conseille d'avoir recours à l'eau très chaude, suivant la méthode de Reclus.

Lorsque l'urèthre est intéressé et que la plaie, petite ou grande, est régulière, à trajet direct et permettant un libre écoulement à l'urine, le chirurgien, après avoir arrêté l'hémorrhagie, pourra se contenter de faire journellement des lavages antiseptiques, d'administrer à l'intérieur le biborate de soude ou autre substance destinée à rendre l'urine aseptique et de laisser la cicatrisation s'accomplir seule. Si, au contraire, la plaie est anfractueuse, irrégulière, il pratiquera des cathétérismes répétés et mettra même une sonde à demeure, afin de prévenir l'infiltration de l'urine dans les tissus. Que si les cathétérismes sont difficiles et la sonde à demeure mal supportée, il devra ne pas hésiter à suivre le conseil de Le Dentu, qui recommande, dans ces cas, d'inciser largement le périnée, de mettre à nu tout le foyer traumatique et d'assurer ainsi l'écoulement de tous les liquides.

§ 2. — Lésions nutritives. — Prostatites.

Comme tous les autres organes parenchymateux de l'économie, la prostate peut être atteinte d'inflammation aiguë ou chronique. Nous étudierons d'abord la première forme.

A. Prostatite aiguë.

Les travaux de J.-L. Petit, de Desault et de quelques autres chirurgiens du siècle dernier ont établi sur des bases indiscutables l'existence de la prostatite aiguë. Un très grand nombre d'auteurs ont depuis lors abordé ce sujet (Velpeau, Segond, Le Dentu).

Les causes de la prostatite aiguë sont extrêmement nombreuses, et pour les énumérer avec fruit, nous les classerons, à l'exemple de

Segond et de Le Dentu, en causes prédisposantes et en causes déterminantes, directes et indirectes.

Les causes prédisposantes jouent un rôle considérable dans le développement de l'inflammation aiguë de la prostate. Toutes agissent en déterminant du côté de la glande un état congestif habituel. Ce sont les habitudes sédentaires, la station assise prolongée, la constipation, l'exercice du cheval, du vélocipède, les excitations génésiques (érections prolongées, coït, masturbation), l'abus ou parfois même, chez certains sujets, le simple usage de médicaments portant leur action sur les organes génito-urinaires (copahu, cubèbe, cantharides, diurétiques), les excès alcooliques, l'emploi intempestif de la médication suppressive au cours de la blennorrhagie (Fournier). Les diathèses ne jouent qu'un rôle secondaire dans la prédisposition à la prostatite, elles agissent surtout parce qu'elles créent un terrain favorable à une cause puissante d'inflammation de cette glande, à la blennorrhagie, et parce qu'elles prolongent cette dernière. Parmi ces diathèses, nous noterons la scrofule, l'arthritisme.

Le plus grand nombre des causes précédentes se rencontrent surtout chez l'adulte; on comprend pourquoi la prostatite s'observe surtout dans la période moyenne de la vie. Les vieillards, chez lesquels les causes de congestion de la prostate sont si fréquentes, échappent à l'inflammation de cet organe, parce que les causes déterminantes font en général défaut.

Au nombre des causes déterminantes directes, on trouve d'abord les traumatismes. Il n'est pas absolument démontré que la contusion chronique du périnée, des cavaliers par exemple, puisse, en l'absence de tout état inflammatoire de l'urèthre, devenir la cause de la prostatite aiguë; la chose n'est cependant pas inadmissible. Les plaies de la prostate produites de dehors en dedans se compliquent assez rarement de phlegmasie aiguë de l'organe; par contre les plaies de dedans en dehors (éraillures de la muqueuse uréthrale, fausses routes) la déterminent souvent, alors surtout que les instruments sont chargés de produits septiques.

Les cathétérismes répétés, la sonde à demeure ne provoquent l'accident que nous étudions que si le chirurgien commet quelque faute dans leur application. Les injections trop violemment poussées et contusionnant en quelque sorte le canal prostatique, après avoir forcé le sphincter interurétral, sont une cause non douteuse de prostatite aiguë. Il en est de même des manœuvres qu'exige la cautérisation de l'arrière-canal avec les divers porte-caustiques, méthode si heureusement remplacée par le procédé des instillations du professeur Guyon.

Enfin, parmi les causes directes de la prostatite aiguë, les inflammations progagées par voie de continuité de l'urèthre ou de la vessie à la glande doivent être regardées comme les plus communes. C'est ainsi

que très souvent l'urétrite blennorrhagique se propage à la prostate (46 fois sur 115, Segond), et cela presque toujours à l'occasion d'une fatigue, d'un excès de table, d'une pollution, d'un coït, d'une masturbation. D'autres fois c'est l'inflammation développée en arrière d'un rétrécissement qui gagne le parenchyme de la glande. Enfin, mais cela est exceptionnel, on a vu les phlegmasies du col de la vessie envahir la prostate.

A côté de ces inflammations par continuité signalons, en terminant, les inflammations par contiguïté, comme celles qui succèdent à diverses affections du rectum (hémorroïdes, rectite, rétrécissements, fistules, fissures) ou des vésicules séminales.

Au nombre des causes indirectes de la prostatite aiguë certains auteurs rangent d'abord l'influence du froid. Segond en rapporte quelques exemples; mais la prostatite *a frigore* reste exceptionnelle. On voit aussi survenir indirectement la prostatite dans certaines maladies générales infectieuses, telles que les oreillons (Gosselin), la variole (Guyon), la goutte (Gaillard, de Rochefort), l'infection purulente (Désormeaux, Socin). Ce sont là les prostatites métastatiques de Segond.

On peut considérer dans l'évolution anatomique de toute inflammation de la prostate parcourant son cycle complet trois phases ou périodes: une première période inflammatoire caractérisée par une prolifération vigoureuse des éléments de la glande; une deuxième, pendant laquelle le pus se collecte en abcès; une troisième enfin, où l'on voit le processus, inflammatoire franchissant les limites de la prostate, déterminer de la périprostatite.

On connaît peu les altérations anatomiques de la première période; seuls les faits de Thompson, de Le Dentu, de Segond, ont permis de les décrire. La prostate est augmentée de volume dans sa totalité ou seulement en partie, un des lobes prédominant sur l'autre et faisant une plus ou moins grande saillie dans le rectum. Les plexus périprostatiques sont gorgés de sang. A la coupe le tissu est rouge et la pression exprime un liquide louche formé d'abord de sérum, d'éléments lymphatiques et bientôt de leucocytes, c'est-à-dire du pus. L'examen microscopique fait à cette période a montré à Brissaud que les lésions inflammatoires débutant dans les culs-de-sac glandulaires et procédant par groupes, consistent dans la prolifération de l'épithélium qui perd bientôt ses caractères, subit la régression et forme une sorte de détritit au milieu duquel se voient quelques globules de pus. Cependant le tissu musculaire et cellulaire avoisinant les acini malades s'enflamme à son tour et devient le siège d'une abondante prolifération nucléaire. Ainsi donc, d'après Brissaud, la prostatite serait d'abord glandulaire, le parenchyme ne se prendrait que consécutivement, et il n'y aurait plus lieu d'admettre avec Velpeau et plus récemment Harrison, une prostatite glandulaire et une prostatite parenchymateuse. Néanmoins il semble bien prouvé que

certaines inflammations comme celles qui succèdent à un traumatisme ou qui surviennent dans le cours de maladies générales sont tout d'abord et d'emblée parenchymateuses. En définitive d'ailleurs, comme très rapidement glandes et tissu interposé se prennent, cette distinction n'a aucune importance pratique.

Lorsque la phase précédente ne se termine pas par résolution, on voit apparaître çà et là dans la glande de petits foyers jaunâtres formés de pus épais et glutineux. Ce sont de petits abcès dont le nombre est parfois considérable (30 dans un cas de Lallemand). Ces petites collections miliaries ne tardent pas à se réunir par destruction des tissus intermédiaires et à former un vaste abcès pouvant occuper toute la glande, mais siégeant le plus souvent dans un de ses lobes latéraux, très rarement dans le lobe médian et très exceptionnellement dans le tissu glandulaire situé au-dessus de l'urèthre. Le contenu de cet abcès est ordinairement un pus crémeux de bon aloi, mais il s'y mêle souvent des débris de tissu sphacélé, du sang provenant de l'ulcération de minces vaisseaux, enfin parfois aussi des éléments de l'urine. L'urèthre comme disséqué reste parfois intact au milieu de la désorganisation générale de la glande, mais souvent ses tuniques offrent des fissures ou même de larges ouvertures qui mettent en communication l'urèthre avec le foyer de l'abcès et permettent le mélange du pus et de l'urine. Alors même que l'ouverture de l'urèthre offre un passage au produit de la suppuration, celle-ci peut gagner du côté du rectum, où elle s'ouvre après avoir perforé l'aponévrose prostatopéritonéale. Parfois aussi le travail ulcératif détruit les enveloppes aponévrotiques latérales et le processus envahit le tissu périprostatique, mais cette propagation peut aussi se faire par d'autres mécanismes que nous allons signaler. Comme l'urèthre, les canaux éjaculateurs peuvent être disséqués, indurés, obturés et parfois même détruits, et on a vu l'inflammation se propager jusqu'aux vésicules séminales, qui sont épaissies, remplies de pus.

La *périprostatite* ou inflammation du tissu cellulaire qui entoure la prostate et spécialement celui qui est interposé au rectum et à l'aponévrose prostatopéritonéale peut se développer *in situ*, à la suite d'un traumatisme intéressant la paroi antérieure du rectum, à la suite d'une inflammation des vésicules séminales ou de la vessie urinaire elle-même; mais dans la grande majorité des cas elle est consécutive à l'inflammation de la prostate. Cette propagation de la phlegmasie de la glande au tissu cellulaire voisin se fait, soit par irruption du pus dans le tissu périprostatique (phlegmon par diffusion Guyon), soit par propagation, par l'intermédiaire du système veineux (Segond, Carpentier, Méricourt), ou du système lymphatique, ou encore plus simplement par le tissu cellulaire. La propagation par l'intermédiaire des lymphatiques est la plus ordinaire; l'inflammation suit les troncs qui vont de la prostate aux ganglions situés sur les parties latérales du bassin (Sappey) ou entre le

rectum et la prostate (Lannelongue). Cette inflammation périprostatique d'origine lymphangitique a été comparée avec beaucoup d'à-propos à la périmérite, aux inflammations du ligament large (Reliquet, Segond).

En général le phlegmon par diffusion donne lieu à des collections purulentes circonscrites et peu vastes. Par contre le phlegmon par propagation est très étendu et donne lieu à un abcès unique sans bride ni cloisonnement, siégeant presque toujours en arrière de la prostate, rarement sur les côtés et ayant une grande tendance à s'étendre à tout le tissu qui occupe l'étage supérieur du petit bassin. Il est remarquable de voir que souvent malgré la fonte purulente de toute la prostate et du tissu voisin, le col de la vessie, l'urèthre, les vésicules séminales, le rectum, restent indemnes et conservent ultérieurement toutes leurs fonctions. Il arrive cependant que ces organes sont atteints, et l'urèthre et le rectum présentent une disposition toute spéciale à ces altérations de voisinage. Leurs parois détruites en un ou plusieurs points mettent en communication ces organes avec le foyer suppuré; il en résulte un épanchement de l'urine, plus rarement des fèces, dans le foyer et partant des accidents infectieux graves d'emblée, des suppurations interminables et, si le malade échappe à ces causes diverses de mort, des fistules rebelles.

La prostatite qui succède à une inflammation de l'urèthre a un début insidieux: un peu de douleur, une gêne, une pesanteur au périnée augmentant pendant et après la miction, une certaine difficulté à uriner et à aller à la garde-robe, la disparition de l'écoulement urétral, quelques légers frissons, un petit mouvement fébrile, sont les seuls symptômes qui traduisent l'invasion de la phlegmasie. Par contre l'inflammation qui se déclare d'emblée dans la prostate a un début bruyant. Le malade est pris d'un frisson violent, prolongé, suivi de sueurs abondantes, la soif est vive, la céphalalgie intense, la température s'élève à 38°, 39° et plus. Suivant Guyon, ces phénomènes généraux reconnaissent pour cause l'irruption de l'urine dans le tissu de la prostate, par exemple à la suite d'un traumatisme, d'une fausse route; dans les autres cas la fièvre initiale est moins vive. Quoiqu'il en soit, en même temps que ces phénomènes généraux, le malade accuse une douleur vive au périnée avec sensation de battements s'irradiant aux cuisses, aux lombes; la marche, la station assise, les moindres mouvements, aggravent les douleurs. La miction est pénible, gênée et parfois même la rétention des urines est complète, soit que le gonflement de la glande amène l'effacement du canal, soit qu'il se produise un spasme de la portion membraneuse. Les besoins d'uriner sont un peu augmentés de fréquence, mais les envies ne sont jamais subites, impérieuses comme cela s'observe dans la cystite du col. Le passage des garde-robes à travers l'anus est extrêmement douloureux et après la défécation le malade est pris de ténésme, il éprouve une sensation de plénitude constante dans le rectum, qui, sui-

vant l'expression de Desault, lui donne la sensation « d'un gros tampon de matière fécale prêt à sortir du rectum. »

Les signes physiques sont mis d'abord en valeur par le toucher rectal, qui est très douloureux au point de devenir parfois impraticable. Si le chirurgien parvient à introduire le doigt dans le rectum, il constate que la prostate est augmentée de volume, dure, sensible, bosselée, mais parfois régulière; elle est déformée et semble carrée, suivant Vidal de Cassis.

Le cathétérisme de l'urèthre, qui ne révélerait d'ailleurs que des signes de minime importance, ne doit pas être pratiqué, parce que la douleur le rendrait impossible ou très douloureux et que les instruments même prudemment maniés, risqueraient de pénétrer le tissu friable de l'organe enflammé et de faire de redoutables fausses routes.

La périprostatite isolée ou concomitante de la prostatite présente à peu près les mêmes signes fonctionnels; notons seulement que tandis que les signes du côté de l'urèthre (dysurie) sont moins marqués, ceux qui ont pour siège le rectum (douleurs, difficultés de la défécation) le sont davantage. Les signes physiques diffèrent sensiblement. En effet le doigt introduit dans le rectum constate l'existence d'une large plaque phlegmoneuse dépassant les limites de la glande, donnant une sensation de rénitence, d'empâtement comme on l'observe dans le phlegmon péri-utérin et parfois même de battements artériels (pouls rectal).

La période purement inflammatoire de la prostatite et de la périprostatite dure en moyenne de 6 à 8 jours. Alors elle peut se terminer par résolution ou par suppuration donnant lieu en ce cas aux abcès prostatiques et périprostatiques que nous allons décrire. On a bien signalé le passage à l'état chronique de la phlegmasie prostatique et la possibilité d'autre part de sa terminaison par gangrène, mais ces modes d'évolution sont si rares, si même ils existent, que nous ne faisons que les signaler.

Lorsque l'inflammation de la prostate et du tissu voisin doit se terminer par abcès, la suppuration s'annonce par une recrudescence des symptômes généraux: petits frissons répétés, élévation thermométrique pouvant s'élever jusqu'à 40° et même 41°; sécheresse de la langue, soif vive, anorexie profonde, constipation opiniâtre. Le toucher rectal, encore plus douloureux que dans la phase inflammatoire, fait constater une nouvelle augmentation du volume de la prostate. Alors même que le pus est nettement collecté et que l'abcès siège près de la paroi du rectum, le doigt ne perçoit pas de fluctuation, mais il éprouve une sensation de dépressibilité, de mollesse qui tranche sur la consistance ferme des parties voisines. Il semble que la pulpe appuie sur une baudruche tendue sur un cadre résistant. Si l'abcès siège au centre de la glande au voisinage de l'urèthre, le toucher ne révèle plus rien. On pourra dans ce cas être tenté de faire l'exploration par le cathétérisme de l'u-

rèthre, mais outre que les renseignements fournis par cette manœuvre seraient bien vagues, leur recherche exposerait à trop de dangers pour qu'on puisse la conseiller d'une façon générale.

Les abcès de la prostate abandonnés à eux-mêmes finissent toujours par se faire jour à l'extérieur. Rarement ils restent latents au milieu des tissus pendant des mois et des années (Civiale), et rien n'est moins prouvé que leur transformation en kyste ou la résorption complète de leur contenu. Leur voie d'élimination est variable. Le plus souvent ils s'ouvrent dans l'urèthre, soit spontanément, soit pendant les efforts de la miction ou de la défécation, soit enfin au cours d'un cathétérisme. Le pus est alors évacué par le canal de temps à autre sous forme de petites éjaculations, comme le produit de la blennorrhagie chronique postérieure. Si l'abcès est petit, la guérison peut avoir lieu ainsi. S'il est considérable, non seulement la collection ne peut se vider complètement par cette voie, mais l'urine pénétrant dans le foyer peut provoquer les accidents redoutables de l'infiltration urineuse, de l'infection purulente, etc. Il est tout à fait exceptionnel que les abcès de la prostate s'ouvrent dans la vessie. L'ouverture dans le rectum est presque aussi fréquente que celle dans l'urèthre, mais presque toujours elle se fait à la faveur d'un phlegmon périprostatique par diffusion, et rarement des adhérences s'établissent entre l'intestin et l'aponévrose prostatopéritonéale de manière à établir une communication directe entre le foyer de suppuration prostatique et la cavité rectale.

Les abcès périprostatiques ne s'ouvrent pas ordinairement dans l'urèthre, du moins dans sa portion prostatique, mais on voit plus souvent le pus contourner le bord de la glande pour venir s'ouvrir en avant au niveau de la région membraneuse. C'est le plus communément par le rectum que s'évacue la suppuration périprostatique, et comme l'abcès occupe souvent à la fois le sinus périglandulaire et la glande elle-même, il se fait jour simultanément dans le rectum et le canal, donnant ainsi lieu à une fistule recto-urétrale d'autant plus difficile à guérir qu'il existe entre les deux orifices une cavité plus ou moins vaste et anfractueuse. Parfois le pus fait irruption dans la fosse ischio-rectale et simule un abcès de la marge de l'anus. D'autres fois il gagne le périnée antérieur, après avoir effondré le ligament de Carcassonne. Enfin signalons, comme migration exceptionnelle, mais possible, de ces collections purulentes, leur passage à travers le trou obturateur, qui détermine une tumeur à la racine de la cuisse, leur pénétration dans le canal inguinal, dans la cavité de Retzius, leur diffusion jusqu'à l'ombilic, la base du thorax, etc.

Nous avons dit quelle était la marche et la durée de l'inflammation de la prostate jusqu'à la formation du pus. Celui-ci formé et sa collection ouverte, la durée de la maladie est très variable, suivant le siège de cette ouverture, l'étendue des lésions, etc. La guérison complète peut