

avoir lieu, mais souvent il subsiste, après l'évacuation du pus, des trajets fistuleux qui entraînent des suppurations interminables, susceptibles d'ouvrir la porte à des accidents graves ou de devenir le point de départ d'infirmités déplorables.

Le pronostic de la prostatite et de la périprostatite n'est pas très grave au point de vue de la vie. Les malades emportés par la phlébite, l'infection purulente, l'épuisement par suppuration sont relativement rares (34 fois sur 114 faits de Segond). La persistance des trajets fistuleux n'est même pas fréquente, puisque Segond n'a trouvé que 10 fistuleux sur 70 malades ayant échappé à la mort. Indépendamment des trajets fistuleux, nous devons noter, comme conséquence éloignée des suppurations prostatiques, l'atrophie et même la disparition complète de la glande, la diminution de la sécrétion du sperme et la production d'une douleur vive au moment de l'éjaculation.

Pour un chirurgien attentif, sachant bien interpréter les symptômes fonctionnels précédemment signalés et ne négligeant pas la recherche des signes physiques au moyen du toucher rectal, le diagnostic de la prostatite et de la périprostatite ne présente aucune difficulté. La cystite du col, la coupérite, la vésiculite en seront aisément distinguées.

**Traitement.** — La première indication thérapeutique consiste à enrayer le processus phlegmasique et à empêcher la suppuration. La saignée générale est abandonnée de nos jours, mais dans les cas à réaction violente, les émissions sanguines locales ne devront pas être négligées. A cet effet, rejetant le procédé difficilement applicable, douloureux et parfois même dangereux de Bégin, qui conseillait d'appliquer des sangsues directement sur la muqueuse rectale, on se contentera de les poser au périnée et en grand nombre (20, 25, 30), suivant les indications de Fournier. Les grands bains tièdes et prolongés (Le Dentu) ou chauds et très courts (Thompson) seront préférés aux bains de siège, qui congestionnent. Une mention spéciale doit être faite des lavements d'eau très chaude (55°) poussés lentement deux fois par jour dans le rectum et combinés avec des applications de compresses également très chaudes maintenues en permanence sur le périnée (Reclus). En même temps qu'on combattra ainsi l'inflammation, on remédiera à la douleur par l'administration à l'intérieur des opiacés, des calmants divers, par l'emploi local de cataplasmes laudanisés, d'embrocations calmantes, de suppositoires à la morphine, à la belladone, à la jusquiame, par des lavements au laudanum, au chloral, etc.

S'il survient de la rétention d'urine, on pratiquera le cathétérisme avec la plus grande douceur en se servant d'une sonde molle en caoutchouc, de préférence à tous instruments rigides et surtout métalliques. Si le gonflement de la prostate offre quelque obstacle au passage des instruments, il vaudra mieux avoir recours à la ponction hypogastrique de la vessie que de s'exposer à faire une fausse route. Si

l'instrument évacuateur a pu être introduit une fois et qu'on prévoie quelques difficultés pour sa réintroduction, il sera prudent de le laisser à demeure.

Si, malgré tout, la suppuration se produit, il faut donner issue au pus dès qu'il est réuni en collection. Trois voies s'offrent pour cela au chirurgien. La voie uréthrale, qui ne convient qu'aux abcès centraux, n'offre qu'une issue insuffisante au pus; elle met en communication l'abcès avec l'urèthre et expose ainsi à des accidents graves. Elle n'est donc pas recommandable. Si, par exception, le chirurgien se croyait en droit d'y avoir recours, après avoir fait saillir la collection vers l'urèthre à l'aide du doigt placé dans le rectum, il introduirait dans le canal une sonde jusqu'à l'obstacle, sur lequel il passerait.

La voie rectale est déjà beaucoup plus sûre, mais elle offre deux dangers redoutables : l'hémorragie d'une part et la septicémie d'autre part, aussi tend-on à la délaisser. Voici comment Guyon y procède. Le malade étant placé dans la position de la taille, le chirurgien conduit sur son index gauche préalablement introduit dans le rectum un bistouri dont la pointe est coiffée d'une boulette de cire et la lame entourée de diachylon jusqu'à un centimètre de son extrémité. Arrivé au point où il croit devoir inciser, il abaisse brusquement le manche de façon à ce que la pointe, se relevant, traverse la boule de cire et pénètre dans le foyer. La voie périnéale est véritablement le procédé par excellence pour ouvrir les collections purulentes de la prostate. Elle va méthodiquement à la recherche du pus, elle incise les tissus dans la largeur voulue, elle assure un libre écoulement au pus, en deux mots elle met en garde contre tous les accidents primitifs (hémorragie) et secondaires (septicémie). Elle a été surtout préconisée chez nous par Segond, qui préfère à l'incision médiane (boutonnière) de Thompson une incision transversale comme dans le premier temps de la taille prérectale de Nélaton.

#### B. Prostatite chronique.

La prostatite chronique n'est bien connue que depuis les travaux de Lagneau, Swediaur et surtout Haukeswerth Sedwich. Dans ces derniers temps, Gross (de Philadelphie), Thompson, Harrisson à l'étranger et surtout Guyon en France, ont apporté à l'étude de ce sujet délicat le fruit de leur observation.

La cause qui domine de haut l'étiologie de la prostatite chronique, c'est l'urétrite blennorrhagique si souvent cantonnée dans la profondeur du canal, et, d'après Guyon, ce serait même là la seule cause de la prostatite chronique. Mais l'extension de l'inflammation de la muqueuse uréthrale aux glandes et au parenchyme de la prostate, ne se fait en général que sous l'influence d'un certain nombre de causes occasionnelles que nous devons énumérer. C'est ainsi qu'on la voit se pro-



duire à la suite de phénomènes congestifs ou irritatifs déterminés par un cathétérisme intempestif, une injection mal faite, l'abus des balsamiques, la reprise hâtive du coït, la masturbation, les érections prolongées. Les affections de l'anus et du rectum, les hémorroïdes, d'après Perivier, la constipation habituelle, d'après Boulemié, sont aussi susceptibles de déterminer la propagation de l'urétrite prostatique à la glande sous-jacente par le même mécanisme congestif des plexus péri-prostatiques. Il en est de même des inflammations de la vessie, des calculs vésicaux, des rétrécissements de l'urètre, qui aggravent ainsi singulièrement le pronostic de la blennorrhagie vulgaire.

L'inflammation préalable du canal de l'urètre n'est cependant pas indispensable au développement de la prostatite chronique, et on peut la voir survenir chez un individu indemne de tout accident blennorrhagique, par exemple à la suite des manœuvres répétées du cathétérisme, de la mise d'une sonde à demeure, d'un traumatisme quelconque portant son action sur la glande. Sedwich, Harrisson rapportent des observations de phlegmasie chronique de la prostate développée chez des jeunes gens à l'époque de la puberté, et ils pensent que c'est là une manifestation de certaines diathèses, telles que la scrofule, l'arthritisme, le rhumatisme, etc. Enfin Gross et Campbell, Black ont signalé le développement de la prostatite chronique à la suite de lésions traumatiques ou spontanées de l'axe médullaire. Rien n'est moins prouvé que l'influence de ces diverses affections de la moelle sur le développement des lésions de la prostate, et elles entraînent bien plutôt des troubles fonctionnels (prostatorrhée, spermatorrhée) que des troubles anatomiques.

Esquissée par Verdier, l'anatomie pathologique de la prostatite chronique a été étudiée à fond par Thompson et Le Dentu. L'organe est en général augmenté de volume dans toutes ses parties ou par places; dans ce cas, le tissu malade semble plongé au milieu du tissu sain. A la coupe, la glande est foncée de couleur, très friable et comme spongieuse. Par la pression, on exprime des culs-de-sac glandulaires et de leurs conduits un liquide trouble, incolore, parfois rosé. La muqueuse de l'urètre dans la traversée prostatique est recouverte d'exsudats pseudo-membraneux, mais aussi parfois elle a conservé tous ses caractères normaux.

Pendant longtemps les lésions restent localisées aux conduits et culs-de-sac glandulaires, mais à la longue les tissus cellulaire et musculaire périphériques se prennent, leurs éléments revenus à l'état embryonnaire prolifèrent vigoureusement, et à la prostatite glandulaire succède la prostatite parenchymateuse. Son évolution extrême dure dix, quinze, vingt ans, mais elle finit par disparaître entièrement, ramenant après elle l'atrophie de la glande.

Il est exceptionnel que la prostatite chronique, qu'elle soit glandulaire ou parenchymateuse, donne lieu à la formation d'abcès.

La prostatite chronique traduit son existence par des troubles fonctionnels et des signes physiques. Le plus important des troubles fonctionnels est l'écoulement d'un liquide par l'urètre se faisant en dehors de la miction et de l'éjaculation. Ce liquide présente des caractères et un mode d'écoulement sur lesquels il convient d'insister. Il est blanc, jaunâtre, de la consistance du lait épais, non visqueux; sa réaction est alcaline. Au microscope, on y trouve des granulations graisseuses, des cellules épithéliales et des leucocytes en abondance. Ce n'est guère que par la présence de ces leucocytes que le liquide prostatique pathologique se distingue du liquide prostatique normal. Quant au produit de sécrétion des glandes de Méry, qui baigne si souvent en abondance l'urètre des névropathes, même en l'absence de toute excitation génésique, il est filant, clair, limpide, tout à fait analogue à la salive sous-maxillaire ou à la glycérine et ne saurait être confondu avec le liquide prostatique. La manière dont il apparaît au méat ne sert pas moins à le différencier que ses caractères physiques. Déversé en avant du sphincter interurétral, c'est-à-dire dans l'urètre antérieur, il s'écoule goutte à goutte d'une façon continue. Au contraire, le liquide prostatique sécrété en arrière de la portion membraneuse ne pénètre que d'une façon intermittente dans l'urètre antérieur, soit spontanément lorsque sa quantité est suffisante pour entr'ouvrir le sphincter, soit mécaniquement lorsqu'une pression quelconque le chasse dans l'avant-canal. C'est là ce que l'on observe le plus souvent, et le liquide prostatique apparaît en général sous forme de petites éjaculations pendant la défécation, le bol fécal comprimant la prostate au passage. En l'absence de renseignements fournis par le malade sur le mode de sortie du liquide, l'examen du linge peut, suivant Guyon, donner des indices précieux pour le diagnostic. Le liquide des glandes de Cowper, incessamment déversé en très petite quantité, forme des taches petites, circulaires, isolées ou en zone polycyclique; le liquide de la prostate, éjaculé par intervalle en quantité relativement grande, forme des taches plus étendues, à bords irréguliers, festonnés.

Il n'y a rien à attendre de l'exploration de l'urètre pour la recherche des signes physiques. La douleur que la bougie à boule provoque parfois n'est pas constante; quant aux sécrétions ramenées sur le talon de l'instrument, elles font défaut, et lorsqu'on les constate, elles sont le résultat de la sécrétion de l'urètre prostatique enflammé chroniquement. Par contre, le toucher rectal fournit des renseignements très utiles. Il révèle presque toujours une augmentation de volume de la prostate soit dans sa totalité, soit seulement dans un de ses lobes. La surface de la glande est inégale, bosselée, mais, fait important, ces bosselures, au lieu d'être saillantes et bien circonscrites comme dans la prostatite tuberculeuse, sont mal limitées, se confondant avec le reste du tissu. D'après Thompson la prostatite chronique donne



lieu à une diminution du volume de la glande. Guyon n'a jamais observé ce phénomène, mais ce qui ne saurait être contesté, c'est qu'alors même qu'existe un écoulement pathologique abondant de liquide prostatique, la prostate conserve son volume normal. Outre l'augmentation de volume, le toucher rectal révèle chez certains malades, mais non chez tous, une sensibilité plus ou moins vive à la pression. Enfin l'introduction du doigt dans le rectum permet souvent d'exprimer le produit de sécrétion de la glande malade et d'en provoquer la sortie par l'urèthre.

Les troubles fonctionnels sont extrêmement variables dans leur manifestation et leur intensité. Chez certains malades les phénomènes douloureux sont nuls, chez d'autres ils se réduisent à une sensation de gêne, de pesanteur au périnée et à l'anus, mais il en est chez lesquels cette sensation plus vive constitue une véritable douleur s'exagérant dans la station assise, la marche, la voiture. Ayant son maximum d'acuité au périnée, elle s'irradie à la racine des cuisses, au sacrum, au coccyx, etc. En général les troubles de la mixtion sont nuls ou peu accentués et tiennent bien plus à l'uréthro-cystite concomitante qu'à l'inflammation même de la prostate; ce sont : de la fréquence des besoins, du retard dans l'émission volontaire, un certain ténésme du col à la fin de l'expulsion des urines.

Les troubles de l'éjaculation sont plus prononcés. La sensation voluptueuse qui accompagne l'émission du sperme est affaiblie, abolie, et parfois même douloureuse. Les érections sont incomplètes, l'éjaculation se fait avant l'intromission du pénis. Le sperme est parfois teinté de sang, mais ce phénomène n'appartient pas en propre à la prostatite, il est sous la dépendance d'une vésiculite concomitante. En réalité, la plupart des symptômes fonctionnels que nous venons d'énumérer sont surtout régis par l'état particulier du système nerveux chez ces sujets. Leurs préoccupations ne se bornent pas aux seuls organes génito-urinaires, mais encore ils accusent de la céphalalgie, des douleurs vagues dans les lombes, le sacrum, les membres inférieurs. Ils se plaignent de fatigue au moindre effort; leur esprit est paresseux, leur mémoire baisse. Ils digèrent mal, sont enclins à la constipation ou plus rarement à une diarrhée abondante. Bref, ils présentent tout le cortège symptomatique de la neurasthénie.

La marche de la prostatite chronique est essentiellement lente, mais elle est irrégulière dans son allure et procède par poussées. Ces recrudescences des phénomènes accusés par les malades coïncident ordinairement avec une fluxion congestive du côté de la glande, comme par exemple celle qui succède à un excès de table, de coït, mais souvent aussi ils ne sont que le résultat de cette irritabilité du système nerveux des malades, qui de temps à autre sans raison leur fait exagérer la moindre sensation.

La durée de l'affection est longue, mais elle n'entraîne jamais la mort. Tôt au tard un traitement bien entendu finit par faire disparaître les lésions anatomiques et avec eux les signes physiques de la maladie, mais cette disparition n'est pas toujours suivie immédiatement de la cessation des phénomènes neurasthéniques offerts par le malade. La prostatite chronique n'est donc pas grave par elle-même; elle ne le devient que chez les faibles d'esprit, les impressionnables, les névropathes, en raison de la série des troubles psychiques qu'elles aggravent ou plutôt qu'elles déterminent.

Après ce que nous avons dit des phénomènes fonctionnels et des manifestations nerveuses et mentales que l'on peut constater dans le cours de la prostatite chronique, on comprend que le diagnostic ne peut reposer sur leur constatation; seuls les signes physiques sont capables de fournir des données sérieuses pour distinguer la maladie qui nous occupe des autres affections capables de la simuler. La cystite du col par la fréquence des besoins d'uriner qu'elle détermine, la douleur finale de la mixtion, les troubles des urines, l'absence d'augmentation de volume, d'induration de la prostate, est trop facile à distinguer pour que nous insistions. Dans l'uréthrite chronique postérieure l'écoulement matinal ou diurne et intermittent du produit de sécrétion de l'urèthre prostatique enflammé peut jusqu'à un certain point donner le change, mais alors le canal prostatique est toujours très sensible au contact de l'explorateur, la boule de l'instrument ramène du pus concentré en filaments, la glande n'est pas développée, à moins que, fait assez fréquent, il y ait coexistence de l'uréthrite postérieure et de la prostatite.

C'est avec la spermatorrhée que l'on a le plus de tendance à confondre la prostatite chronique. Les caractères physiques du liquide éjaculé ont, en effet, la plus grande analogie dans les deux cas, mais l'examen microscopique en révélant dans le liquide des prostatiques l'absence ou seulement la présence de quelques rares spermatozoïdes fera aisément faire le diagnostic. A défaut d'examen microscopique, le mode d'issue des liquides par l'urèthre fournira de précieux renseignements. Les éjaculations des spermatorrhéiques se font sans provocation mécanique tandis que celles des prostatiques sont toujours déterminées par une pression sur la glande et se produisent en général au moment de la défécation.

**Traitement.** — Le traitement général tient une place considérable dans la thérapeutique de la prostatite chronique. Ce traitement est d'abord un traitement moral, ayant pour objectif de tranquilliser le malade sur son état, de détourner son attention constamment concentrée sur ses organes génitaux et de lui présenter les manifestations prostatiques comme secondaires et sans importance. L'hydrothérapie sous forme de douches générales de préférence aux douches périnéales, les frictions



sèches au gant de crin, les exercices variés, outre qu'ils fourniront aux malades des éléments de distraction, auront les plus heureux effets sur leur état neurasthénique. On y joindra chez les anémiques le fer sous toutes ses formes et les toniques; chez les strumeux l'huile de foie de morue, les iodures; chez les hépatiques, les arthritiques, les alcalins, l'arsenic, etc.

Le traitement local peut agir par l'intermédiaire du périnée, du rectum, de l'urèthre. Jadis on a proposé l'application de vésicatoires, de cautères, de sétons au périnée; tous ces moyens sont généralement abandonnés de nos jours et on se contente d'embrocations, de pomades calmantes. Contre les poussées congestives on pourrait avoir recours à des ventouses scarifiées, des sangsues. La médication administrée par la voie rectale est beaucoup plus active. Elle consiste d'abord dans l'administration de lavements, destinés les uns à combattre la constipation, les autres à calmer les douleurs à l'aide de substances calmantes (chloral, laudanum, morphine, belladone, etc.); d'autres enfin, consistant en de larges irrigations d'eau chaude (45° à 50°), ont pour but de décongestionner la prostate. Des suppositoires à la jusquiame, à la belladone, au bromure de camphre ou de potassium, à l'iodoforme, etc., rendent aussi de très grands services en diminuant les douleurs du patient, sinon en faisant disparaître la phlegmasie de la glande. On a usé et abusé de la voie uréthrale pour mettre au contact immédiat de la prostate des agents capables de modifier sa sécrétion et de résoudre son inflammation. La méthode des instillations, imaginée par Guyon, est seule capable de mettre en rapport avec l'organe malade, d'une façon précise et sans risque de dépasser la dose voulue, le médicament par excellence des phlegmasies chroniques, le nitrate d'argent.

### § 3. — Lésions formatives.

#### A. — Cancer de la prostate.

L'histoire du cancer de la prostate ne commence véritablement qu'au travail publié par Thompson en 1858, dans son *Traité des maladies de la prostate*. Depuis, l'attention de plusieurs auteurs a été attirée sur ce chapitre de la pathologie urinaire et dans ces derniers temps la question a été envisagée en Angleterre et en Allemagne au point de vue de l'intervention chirurgicale. En France, Guyon a particulièrement insisté sur la marche clinique et l'anatomie pathologique de cette affection et il a donné une conception nouvelle de la carcinose prostatopelvienne diffuse. Son élève Engelbachen reproduit ses idées dans sa thèse.

Le cancer de la prostate est *primitif* ou *secondaire*. La forme secondaire est très rare. La prostate se prend alors par infection à distance dans

le cours d'un cancer de l'estomac (Langstaff, Mercier, Guyot) de la dure-mère (Lebert), ou est envahie par propagation au contact d'un organe voisin, par exemple d'un cancer du rectum (Curling, Bennett) d'un cancer de la vessie, des vésicules séminales, du pénis. D'après Engelbach le cancer primitif de la prostate ne serait pas aussi rare que l'affirment les auteurs, car il en a rencontré 4 cas sur 700 malades observés à la consultation du service de Neckèr, ce qui fait une proportion de un peu plus de un cancéreux prostatique pour 200 urinaires. On ne sait rien sur les causes prédisposantes ou déterminantes du cancer de la prostate. On a bien signalé les affections antérieures de l'urèthre, les maladies de la prostate, en particulier l'hypertrophie (Thompson), mais cela sans preuve démonstrative; contrairement à ce qu'on observe pour les autres cancers, l'hérédité n'a pas été relevée dans le passé des malades observés.

Ici, comme pour la plupart des lésions cancéreuses, c'est après cinquante ans que la maladie a sa plus grande fréquence, mais les tout jeunes enfants n'en sont pas exempts, et au-dessus de dix ans la proportion des cancéreux prostatiques est plus grande que dans la période moyenne de la vie.

Toutes les variétés histologiques de cancer ont été rencontrées dans la prostate. Il résulte des examens de Küster en Allemagne, et de Engelbach en France, qu'on observe par ordre de fréquence; le *carcinome*, particulièrement l'encéphaloïde; le *sarcome* (chez l'enfant), plus loin derrière le *squïrre*, le cancer colloïde, mélanique, ossifiant.

Contrairement à ce qui a lieu dans la prostatite chronique et la tuberculose de la prostate, le cancer de cette glande envahit d'emblée la totalité de l'organe, mais souvent les lésions prédominent dans le lobe droit. Le volume de la tumeur, toujours considérable, dépasse ordinairement celui d'un œuf de poule et atteint parfois la grosseur d'une orange, du poing, d'une tête de fœtus. La consistance du néoplasme est dure au début, qu'il s'agisse d'un sarcome ou d'un carcinome, mais elle se ramollit bientôt, devient inégale, en même temps que la surface de la tumeur se hérissé de bosselures, de mamelons.

A la coupe, l'aspect du tissu pathologique varie suivant sa structure histologique. Dans la forme carcinomateuse encéphaloïde, la plus fréquente, la coupe est d'un gris rosé avec des taches ecchymotiques disséminées çà et là et résultant d'hémorragies interstitielles; parfois le sang, épanché en plus grande abondance, forme des petits foyers, des petits kystes sanguins; ailleurs le tissu ramolli offre dans son intérieur des poches remplies d'une matière puriforme.

Telles sont les lésions présentées par la prostate, mais il est absolument exceptionnel qu'elles soient limitées à cet organe et très rapidement la tumeur, débordant la loge aponévrotique, diffuse pour ainsi dire dans toute la cavité du petit bassin. En effet, comme l'a fait remar-



quer le professeur Guyon dans sa description, ce qui domine dans l'histoire anatomique du cancer de la prostate, c'est sa grande tendance à envahir les ganglions pelviens, à pousser des prolongements dans les régions voisines, en un mot, c'est sa *grande diffusibilité*. C'est pour rappeler ce caractère essentiel que Guyon a proposé la dénomination de *carcinose prostatopelvienne diffuse*.

Ainsi donc très rapidement les ganglions se prennent, et cette adénopathie se prolonge sous forme de masses continues le long des gros vaisseaux du bassin jusque sur l'aorte, la veine cave, et le long des uretères jusqu'aux reins. Le tissu périganglionnaire dégénérant bientôt lui-même, forme une gangue compacte dans laquelle il faut sculpter les organes précédents pour les mettre à découvert. Grâce à cet envahissement des ganglions et de leur tissu ambiant, le néoplasme pousse rapidement des prolongements dans les régions voisines. Guyon les divise : 1° en prolongements latéraux s'avancant vers les échancrures sciatiques ; 2° en prolongements postérieurs vers le sacrum ; 3° en prolongements antérieurs vers l'ogive pubienne. Assez rapidement toute la cavité du petit bassin est remplie par la masse néoplasique qui se fusionne avec le bassin. Chose remarquable, à part les vésicules séminales, tous les organes de la région (vaisseaux, nerfs, rectum, vessie, uretères), engainés, comprimés par le tissu pathologique, restent le plus souvent indemnes de toute dégénérescence. Assez souvent le cancer de la prostate se généralise et il n'est pas rare de trouver des noyaux cancéreux dans le rein, l'estomac, la colonne vertébrale, les poumons, la face. Mais ces généralisations sont-elles toujours secondaires ?

Le cancer de la prostate s'annonce en général chez l'enfant d'une façon brusque, par de la rétention d'urine par exemple. C'est qu'alors la néoplasie envahit sourdement tout le petit bassin sans donner lieu à aucun phénomène prémonitoire jusqu'au jour où éclatent subitement des symptômes alarmants. Chez l'adulte l'affection détermine d'abord des troubles vagues de la miction, tels que fréquence, douleurs, difficulté dans l'émission des urines pouvant parfois simuler un rétrécissement, hématurie, etc. Une fois confirmée, elle se caractérise au point de vue des signes fonctionnels par des troubles urinaires, des phénomènes du côté du rectum, des douleurs, des modifications dans la composition des urines.

Les troubles urinaires consistent surtout dans de la dysurie. Le malade éprouve de la difficulté à émettre ses urines, l'expulsion des dernières gouttes est particulièrement pénible, ce qui tient à la compression et à la déviation de l'urèthre prostatique. Il accuse de la fréquence des mictions et est atteint de polyurie. Ces deux phénomènes s'accroissent pendant la nuit sous l'influence de la congestion que détermine chez eux comme chez les gens atteints d'hypertrophie de la prostate, le décubitus dorsal au lit. A la fin on peut voir survenir de la réten-

tion ou, au contraire, de l'incontinence, due soit au regorgement, soit à la destruction du sphincter et du col par la néoplasie.

Les phénomènes rectaux sont longtemps nuls et parfois même ne se produisent jamais, car ils dépendent du degré de compression qu'exerce le néoplasme sur l'intestin. Ils consistent d'abord dans le développement d'hémorroïdes, témoignage de la gêne de la circulation veineuse, plus tard survient de la constipation lorsque le rectum est comprimé ou dévié ; l'effacement du calibre du rectum peut être tel qu'il donne lieu aux phénomènes de l'obstruction intestinale comme dans le cas de Fenwich. Il n'est pas rare que la muqueuse s'enflamme (rectite) et donne lieu à des écoulements glaireux, purulents, hémorrhagiques.

Les malades atteints de cancer de la prostate, souffrent presque toujours beaucoup, même en dehors des mictions, et leurs douleurs ne sont pas seulement localisées aux organes génito-urinaires, mais elles se propagent souvent très loin, ce qu'explique la diffusion de la néoplasie dans le petit bassin. En outre des irradiations douloureuses à la verge, à la base du gland, au périnée, à l'hypogastre, les patients se plaignent de douleurs continues au sacrum s'accroissant pendant la défécation et s'étendant à tout le bassin ; ils ressentent des élancements névralgiques dans les membres inférieurs, particulièrement dans le territoire du sciatique, ils souffrent dans la colonne vertébrale et c'est souvent là le prélude d'une paraplégie cancéreuse. Les urines restent longtemps claires et limpides, tout au plus renferment-elles de temps à autre quelques gouttes de sang s'écoulant à la fin de la miction ou quelques petits débris de la tumeur. L'hématurie de quelque importance ne se rencontre que chez l'adulte et encore assez rarement. Elle ne se montre que tardivement et survient spontanément à la suite d'un cathétérisme ; spontanée, elle se montre soit au début de la miction sous forme de petits caillots, soit à la fin, lorsque les dernières contractions de la vessie expriment les tissus du col dégénéré. Elle est toujours peu abondante et ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle est susceptible de mettre la vie des malades en danger. Lorsque la dégénérescence de la prostate s'est compliquée de cystite, les urines deviennent purulentes, fétides, ammoniacales.

Pour la recherche des signes physiques, le toucher rectal a une valeur considérable. Le doigt introduit dans le rectum ne trouve plus les limites de la glande, il semble que toute la cavité du petit bassin soit remplie par une masse charnue immobilisable. Sa surface présente des bosselures grosses, dures, mal limitées, qui se différencient précisément par ces caractères des bosselures qu'on observe dans la tuberculose prostatique.

« La prostate, dit Guyon, n'est pas lobulée, elle est lobée. » Au début la consistance générale de la glande est dure, ligneuse ; plus tard on constate disséminés çà et là des points ramollis, presque fluc-