

tuants. Par la palpation abdominale, on sent dans les fosses iliaques des masses ganglionnaires dures, irrégulières, plongeant dans le petit bassin et faisant corps avec la prostate, ainsi qu'on peut s'en rendre compte en combinant le toucher rectal et la palpation hypogastrique. Un signe constant, et que ne saurait expliquer la distribution des lymphatiques de la prostate, est l'adénopathie inguinale. Il est infiniment probable, ainsi que le fait remarquer Engelbach, qu'elle est sous la dépendance de l'envahissement par la néoplasie de l'urèthre et de la vessie.

Le cathétérisme explorateur, qu'on pourrait être tenté de pratiquer, ne fournit que de bien faibles renseignements pour le diagnostic et, comme il pourrait provoquer des hémorrhagies, il vaut mieux s'en abstenir. Si une rétention d'urine oblige à y avoir recours, on devra se servir d'une sonde en caoutchouc ou en gomme, et à bécuille si la première ne peut passer en raison de sa trop grande flexibilité. La sonde, toujours conduite avec la plus grande douceur, fera éprouver à son passage dans le canal prostatique un sentiment de constriction caractéristique.

La marche et la durée du cancer de la prostate sont variables. Parfois l'allure de l'affection est suraiguë, foudroyante, le malade succombe en quelques jours. Il est infiniment probable que cette rapidité n'est qu'apparente et que la maladie latente existait depuis longtemps. Cette forme s'observe surtout dans l'enfance. Dans d'autres circonstances la marche est subaiguë et les malades sont emportés après dix ou douze mois de souffrance. Enfin, lorsque la marche est lente, chronique, la terminaison fatale survient au bout de deux ou trois ans. Dans cette forme les progrès du mal ne sont pas toujours régulièrement croissants. On peut voir survenir des périodes d'accalmie de plusieurs mois, brusquement interrompues par des phases d'exacerbation de tous les symptômes. Un certain nombre de complications peuvent venir aggraver le mal et précipiter le dénouement. Nous signalerons l'œdème des membres inférieurs dû à la compression veineuse exercée par les masses ganglionnaires, la *phlegmatia alba dolens*, le gonflement des testicules et des bourses, consécutif à l'oblitération des veines spermaticques en un point de leur long trajet, l'hydronéphrose, la pyélonéphrite par effacement du calibre des uretères. Lorsque les patients ne sont pas emportés par quelqu'une de ces complications, ils succombent à la généralisation et à la cachexie.

Quoi qu'en disent Julien et Jolly, une analyse minutieuse des symptômes présentés par les malades atteints de cancer de la prostate permettra de faire par exclusion le diagnostic du mal dès son début. La maladie confirmée, on ne la confondra ni avec la cystite, ni avec les calculs vésicaux. Les tumeurs de la vessie présentent dans leur symptomatologie certains points de contact avec les néoplasmes de la

prostate. Cependant l'hématurie des tumeurs vésicales est plus abondante, périodique, survenant sans cause provocatrice; la prostate conserve son volume normal, et si le doigt rectal trouve quelques indurations, il les rencontre au-dessous du niveau même de la vessie; enfin le cathétérisme vésical, lorsqu'il donne des résultats positifs, lève tous les doutes. Dans la prostatite chronique la glande est moins grosse, ses bosselures sont plus petites, il y a des écoulements urétraux et pas d'adénopathie. La prostatite tuberculeuse se différencie à peu près par les mêmes signes. Enfin dans l'hypertrophie de la prostate, l'organe est moins gros, sa surface plus régulière, le malade n'éprouve pas de douleurs à moins de complications, les hématuries sont exceptionnelles, il n'y a pas de retentissement sur les ganglions.

**Traitement.** — Le traitement du cancer de la prostate est avant tout palliatif et il est dirigé contre les douleurs, la rétention et les troubles rectaux. La douleur sera combattue par l'opium et ses dérivés, par la belladone, par la jusquiame, administrés à l'intérieur par le tube digestif, ou sous forme de lavements, de suppositoires, d'onctions. Une mention spéciale doit être faite des injections hypodermiques de morphine.

S'il survient de la rétention d'urine, le cathétérisme pratiqué avec une grande douceur, de préférence à l'aide d'une sonde en caoutchouc, sera indiqué. Mais pour peu que le passage de la sonde soit difficile, douloureux, on aura recours à la ponction hypogastrique. La cystotomie elle-même sera parfaitement légitime dans certains cas; à l'avantage de donner une issue facile aux urines, elle joindra celui de mettre au repos le réservoir et plus particulièrement son col et l'urèthre dégénéré. Pour ce faire, la taille hypogastrique devra être préférée à la taille périnéale pratiquée par Lund, Warthon, Harrison, dans laquelle l'incision chirurgicale traverse la prostate malade. On remédiera à la constipation au moyen de lavements, de laxatifs, de purgatifs. Si le calibre du rectum tend à être effacé par la néoplasie, on tâchera de le dilater à l'aide de bougies rectales; que s'il survenait une obstruction complète on pourrait, à l'exemple d'Oswald et de Fenwich, pratiquer un anus lombaire ou iliaque. Le chirurgien peut-il faire plus que de combattre les symptômes du cancer de la prostate, et est-il en droit de tenter un traitement curatif par l'extirpation de l'organe dégénéré? Opératoirement la chose n'est pas impossible, ainsi que le prouvent les essais cadavériques de Kuchler, Cadge, Fergusson, Keil, et les tentatives faites sur le vivant par Demarquay, Spanton et Billroth, mais si on réfléchit à la diffusion rapide du cancer par les lymphatiques si nombreux dans la prostate, on comprendra combien peu cette opération est justifiée en pratique.

## B. — Tuberculose de la prostate.

Le développement de tubercules dans la prostate n'est en général qu'un épisode de la tuberculisation des organes génito-urinaires. Cependant si la tuberculisation de cette glande est le plus souvent secondaire, il est hors de doute que dans un certain nombre de cas les tubercules évoluent primitivement dans cet organe, y restent cantonnés un certain temps et qu'en un mot il y a lieu de décrire la tuberculose de la prostate.

Comme dans toutes les manifestations de la tuberculose, l'hérédité joue un rôle considérable dans l'étiologie de cette affection. Sur trente-cinq cas, seize fois la tuberculose a été notée chez les ascendants (Desnos). La maladie apparaît surtout dans la période de l'activité sexuelle, de vingt à quarante ans ; exceptionnellement elle se développe dans la vieillesse et le jeune âge.

Presque toujours l'éclosion des tubercules dans la prostate est déterminée par une cause occasionnelle dont l'influence est considérable : en premier lieu vient l'*uréthro-cystite blennorrhagique*.

Les excès de coït en congestionnant la prostate, les cystites de diverses natures, les prostatites antérieures, les rétrécissements, en un mot toutes les causes d'irritation, prédisposent à la tuberculose, mais aucune de ces causes n'a l'influence de l'inflammation gonorrhéique de l'urètre.

Inutile d'insister sur les lésions microscopiques de la tuberculisation de la prostate. Elles consistent d'abord dans le développement des granulations grises caractéristiques dans l'épaisseur des parois des glandes (Thompson, Simmonds), puis dans leur transformation en granulations jaunes, qui, par leur ramollissement, leur fusion avec les voisines, forment des noyaux caséux où pullulent les bacilles de Koch. C'est en général à la périphérie de la glande, dans les lobes latéraux que se développent ces masses caséuses et, d'après Guyon et Thompson, la tuberculose de la prostate est plus souvent excentrique que centrale. La glande est augmentée de volume, soit régulièrement dans toutes ses parties, soit seulement dans un de ses lobes. Sa surface est irrégulière, bosselée, mamelonnée. Sa consistance au début est ferme, dure, on dirait que l'organe a été injecté au suif (Richet) ; plus tard, lorsque les foyers caséux se sont ramollis, elle est molle. A la coupe et dans les premières périodes on voit disséminés dans l'épaisseur de la glande un plus ou moins grand nombre de points grisâtres et jaunâtres, qui sont les tubercules crus ou ramollis. Plus tard, de véritables foyers caséux leur font place : des éléments purulents se sont mélangés au produit de ramollissement des tubercules et ont donné naissance à de petits abcès. Ces abcès, très nombreux, parfois 10, 20, 30, communiquent d'abord simplement par de légères trainées entre eux, mais tôt ou tard le tissu

parenchymateux se ramollit, disparaît dans la désorganisation générale et un abcès unique plus ou moins vaste, aux parois anfractueuses contenant un pus jaunâtre, souillé, mélangé de débris de tissu, y fait place. Cette fonte purulente peut détruire ainsi toute la prostate, mais il est remarquable de voir que parfois le col de la vessie et l'urètre restent longtemps intacts. Rarement les abcès tuberculeux de la prostate se terminent par résorption, induration ou transformation crétaçée : presque toujours leur contenu s'évacue au dehors. Cette évacuation se fait par l'urètre, le bas-fond de la vessie, le périnée, le rectum, l'anus, les régions hypogastrique et abdominale. Le pus évacué par l'urètre, il reste à la place de la prostate une cavité où s'accumule, s'altère, l'urine tandis que la vessie revient sur elle-même.

Lorsque la suppuration se fait jour par d'autres régions, il en résulte des fistules, qui, suivant que leurs parois s'infiltrèrent ou non de tubercules, sont incurables ou susceptibles de guérison. Si, au début de la maladie, il est permis de supposer au nom de la clinique que dans un certain nombre de cas, la prostate est seule envahie par les tubercules, lorsque les lésions en sont arrivées au point que nous venons de supposer les épидидymes, les vésicules séminales, la vessie, les reins sont également infiltrés de tubercules à divers degrés de leur évolution.

Chose remarquable, dans la tuberculose de la prostate comme dans celle des organes génito-urinaires en général, les poumons ne sont pris que dans la moitié des cas environ.

Débutant en général loin de l'urètre, du côté de la face rectale de la prostate, la tuberculose de cette glande à son début passe inaperçue. Les malades peuvent accuser un peu de gêne, de pesanteur, de douleur pendant la défécation, mais tout cela est vague. Au contraire si les tubercules évoluent d'abord du côté de l'urètre, ce qui est exceptionnel, il existe des troubles précoces de la miction : douleur en urinant, fréquence, besoins impérieux, tous phénomènes qui traduisent l'uréthrocystite symptomatique.

Les symptômes de la maladie confirmée se caractérisent : 1° par l'apparition ou l'aggravation des troubles fonctionnels de la miction ; 2° par des écoulements uréthraux ; 3° par l'adulération des urines souillées de pus et de sang ; 4° enfin par des signes physiques mis en valeur par l'exploration des organes.

Les troubles fonctionnels de la miction, déjà signalés au début, consistent d'abord dans de la douleur en urinant, le malade ne peut satisfaire le besoin d'uriner sitôt son désir, il semble après avoir uriné que sa vessie contient encore de l'urine, il éprouve du ténesme. Ce n'est que si la néoplasie a envahi le col que les besoins sont impérieux, fréquents, et très douloureux à la fin.

Que la muqueuse de l'urètre prostatique soit simplement enflammée par les tubercules comme le voulait Ricord (blennorrhagie tuberculeuse)

que l'inflammation spécifique occupe les glandules de la prostate ou qu'elle ait enfin envahi le parenchyme lui-même, le liquide versé dans l'urèthre en arrière du sphincter membraneux n'apparaît au méat que par intermittence, sous forme de petites éjaculations provoquées mécaniquement par le passage du bol fécal, par la pression de la glande avec le doigt. Il se passe dans la manière d'être de cet écoulement quelque chose de tout à fait comparable à ce qui a lieu dans la prostatite chronique. Mais par son aspect nettement purulent, le liquide de la prostatite tuberculeuse se distingue aisément de celui de la prostatite simple. Le microscope dans les cas ambigus éclairera le diagnostic en montrant avec de nombreux leucocytes et des débris de la prostate les bacilles de Koch.

Étant donnée en général la petite quantité de pus et de sang mélangée à l'urine, il faut avoir recours pour reconnaître l'adultération de ce liquide à l'épreuve des trois verres. Le jet d'urine émis d'abord lavant l'urèthre prostatique, le premier verre seul contient l'urine altérée, le contenu du second verre est limpide, de même que celui du troisième, à moins que les violentes contractions des muscles du périnée expriment la glande gorgée de suc purulent et de sang. C'est souvent par ce mécanisme et seulement à la fin de la miction, que le sang apparaît dans l'urine. Cette apparition est du reste précoce dans l'évolution des symptômes, les hématuries sont ici analogues aux hémoptysies des tuberculeux pulmonaires et surviennent au début, sous l'influence de la congestion provoquée par la présence des tubercules. Les éjaculations sanglantes n'appartiennent pas à la tuberculose prostatique.

L'exploration urétrale peut être rendue impossible d'abord par le spasme réflexe de la portion membraneuse, en second lieu par la douleur atroce de la région prostatique; mais elle n'est pas indispensable au diagnostic. Quand l'explorateur peut passer, il révèle une sensibilité de la région prostatique, quelquefois il fait reconnaître un relief indiquant un petit foyer caséux non ramolli; presque toujours il ramène sur son talon un liquide purulent utile à analyser. Lorsque l'urèthre a été détruit, l'instrument pénètre dans les cavernes prostatiques.

Le toucher rectal est plus fertile en renseignements. Il révèle d'abord une sensibilité très variable de l'organe mais toujours plus vive que dans la prostatite chronique; en second lieu une augmentation de volume portant en général sur un seul côté et des bosselures plus ou moins saillantes limitées par un bord net et non diffus comme dans la prostatite chronique. Le doigt rectal fait aussi souvent constater l'infiltration des vésicules séminales et parfois celle du bas fond de la vessie, qui alors a perdu sa souplesse et est très sensible au toucher. Lorsque les tubercules ramollis ont donné lieu à la formation d'abcès, il est rare que le doigt perçoive de la fluctuation à leur niveau, il éprouve plutôt une sensation de résistance; d'ailleurs le pus ulcère

très vite les tissus et se fait jour au dehors laissant à ses places des clapiers plus ou moins aufractueux.

La marche de la prostatite tuberculeuse varie suivant le siège des lésions. Elle est très lente, peu bruyante si le développement des tubercules est excentrique et il existe alors un contraste frappant entre les signes révélés par le toucher rectal et les symptômes fonctionnels. Elle est rapide et s'accompagne de manifestations douloureuses s'étendant à la vessie, si les lésions sont centrales et intéressent la muqueuse de l'urèthre prostatique. Lente ou rapide la marche de l'affection est irrégulière: de temps à autre il se fait à l'instar de ce qui se passe dans le poumon des poussées congestives autour des nodules tuberculeux déterminant une recrudescence dans les symptômes. Par contre il peut survenir des périodes d'accalmie de très longue durée équivalant presque à une guérison. Mais cette guérison n'est jamais définitive, et tôt ou tard si les tubercules étaient primitivement localisés à la prostate, ils finissent par envahir le col de la vessie, le testicule, les vésicules séminales, parfois ils déterminent des fistules incurables, toutes lésions, qui entraînent par des mécanismes divers et principalement par épuisement la mort des malades. Quelquefois aussi la mort arrive par généralisation. Le diagnostic de la prostatite tuberculeuse est facile. Ses symptômes diffèrent trop de ceux des cystites pour donner lieu à quelque méprise. La prostatite chronique simple a plus d'un point commun avec l'affection qui nous occupe, mais on trouve déjà des signes différentiels dans les conditions qui président à son développement, les indurations auxquelles, elle donne lieu sont moins nettes, plus diffuses, les écoulements qu'elles provoquent ne présentent pas de bacilles, enfin on ne voit jamais survenir de phénomènes généraux graves. Dans un cas de syphilis prostatique Reliquet constata tous les signes propres à la prostatite tuberculeuse, mais il n'existe jusqu'ici que cette unique observation et il ne faut pas compter avec les raretés dans la pratique.

**Traitement.** — Tant que les tubercules sont à l'état d'infiltration dans la prostate le traitement doit être purement médical. Il consiste dans l'administration à l'intérieur de l'arsenic, de l'huile de foie de morue, des phosphates et en particulier de la créosote et de l'iodoforme. On doit s'abstenir de tout traitement local, car l'application de topiques dans l'urèthre prostatique nécessite des manœuvres qui pourraient favoriser l'ulcération de la muqueuse. Si des instillations bien faites à base d'iodoforme ne présentent pas grands dangers, les instillations de nitrate d'argent doivent être rigoureusement proscrites, car elles sont susceptibles d'irriter et de mortifier la muqueuse infiltrée de tubercules. La douleur sera combattue par les moyens généraux ordinaires et spécialement par des lavements calmants, des suppositoires, au besoin des injections sous-cutanées de morphine. S'il survient de la rétention

d'urine, le cathétérisme évacuateur sera pratiqué à l'aide de sondes molles, de façon à ne pas éroder la muqueuse qui peut-être est infiltrée et ramollie. Les petits foyers de suppuration ne réclament aucun traitement spécial, il n'en est pas de même lorsqu'un volumineux abcès s'est développé et que son ouverture s'impose. S'il existe des fistules conduisant dans des clapiers se vidant mal et suppurant abondamment, le chirurgien devra faire les débridements nécessaires et pratiquer le raclage des parois suppurantes.

### C. — Kystes de la prostate.

Les kystes de la prostate constituent une affection rare à symptômes assez obscurs, aussi n'insisterons-nous pas beaucoup sur leur histoire. Tout d'abord nous ne ferons que signaler l'existence de kystes susceptibles de se développer autour des calculs de la prostate et dont Plauty Mauxion a tracé la description ; nous ferons de même pour les kystes purulents, qui, quoi qu'en dise Thompson, ne sont que des abcès. Nous ne décrirons que les kystes par rétention ou kystes séreux et les kystes hydatiques.

*Kystes par rétention.* — Bien que leur pathogénie ne soit pas absolument élucidée, il est infiniment probable qu'ils résultent de la rétention dans les glandes prostatiques du produit de leur sécrétion se modifiant dans la suite.

Ils se présentent sous deux aspects différents, constituant deux variétés. La première variété comprend des kystes petits ne dépassant pas le volume d'un grain de raisin, coïncidant souvent avec l'hypertrophie de la prostate et se rencontrant de préférence dans le lobe moyen. Ils font relief dans la cavité vésicale ou encore au-dessous de la muqueuse de l'urèthre.

La seconde variété comprend des kystes volumineux multiloculaires (cas unique de Cruveilhier) ou uniloculaires (cas de Le Dentu, Desnos) occupant toute la prostate. Le contenu visqueux, filant, lactescent, contient des granulations graisseuses, des cellules épithéliales, des leucocytes, des globules rouges. D'après Desnos il se pourrait que ces kystes suppurant sous l'influence d'une inflammation des voies génitales et urinaires soient le point de départ de ces abcès que l'on voit se produire chez le veillard sans cause appréciable et qui revêtent une allure absolument froide.

*Kystes hydatiques.* — Suivant les auteurs l'existence des kystes hydatiques primitivement développés dans la prostate n'est rien moins que prouvée et sur les 33 cas de kystes hydatiques du bassin réunis par Nicaise dans un rapport à la Société de chirurgie quatre fois seulement la prostate est signalée comme en étant le point de départ.

La constitution de la poche hydatique et son contenu est ici la même

que partout. Notons que dans un cas de Butruille on ne trouva pas de crochets.

Qu'ils soient produit par rétention ou par le développement d'hydatides, les kystes de la prostate ne se révèlent que par des troubles de compressions du côté de l'urèthre d'abord et du rectum ensuite. Sur 33 cas la rétention d'urine est survenue onze fois et la mort en a été la conséquence. On comprendra en effet la gravité de cet accident en songeant à la difficulté du cathétérisme, à la possibilité des fausses routes et à leurs conséquences. Du côté du rectum les accidents sont moins graves. Quelquefois la rupture de la poche se fait dans l'intestin et n'entraîne aucune complication fâcheuse.

Les signes physiques des kystes de la prostate sont tout aussi obscurs que les signes fonctionnels. L'exploration de l'urèthre peut bien révéler l'existence d'un obstacle mais il n'en indique pas la nature. Le toucher rectal fait constater la présence d'une tumeur plus ou moins volumineuse, lisse, arrondie, médiane, rénitente occupant en partie ou en totalité la cavité du petit bassin. Somme toute le diagnostic des kystes de la prostate est difficile et ne peut se faire que par exclusion.

Une simple ponction a suffi dans quelques cas pour amener une guérison définitive. Si, ce moyen plusieurs fois répété, échoue, on devra pratiquer une large incision de la poche soit par le rectum (Tillaux) soit par le périnée, par la marge de l'anus (Dolbeau). Ce traitement s'impose absolument si la poche vient à suppurier.

### D. — Concrétions et calculs de la prostate.

On peut rencontrer dans la prostate des concrétions et calculs d'origine diverse. Il en est qui se forment aux dépens des substances sécrétées par les glandes prostatiques, *calculs endoprostatiques*, d'autres se forment aux dépens du liquide urinaire, *calculs extraprostatiques*.

*Les calculs endoprostatiques*, attribués par Mercier à la condensation de l'humeur prostatique, par Quekett à un dépôt de matière terreuse dans les cellules sécrétantes, par Virchow au mélange du sperme et d'une substance protéique insoluble, résultent, d'après Willing et Lannais, de la dégénérescence amyloïde des cellules épithéliales glandulaires autour desquels se déposent concentriquement le produit de sécrétion des glandules. Cette origine s'accorde bien avec l'analyse chimique qu'en a fait Robin et d'après laquelle elles sont formées d'une matière organique azotée.

En général, extrêmement fins, les calculs que nous étudions lorsqu'ils sont très développés ne mesurent pas plus d'un millimètre de diamètre.

Leur nombre est considérable (1000 Thompson). Leur forme arrondie ou ovoïde est parfois polyédrique par pression réciproque. Leur couleur est pâle, jaunâtre s'ils sont très petits ; elle est plus foncée s'ils sont plus

volumineux et parfois ils présentent une coloration noire qui les a fait comparer à des grains de tabac. Au microscope ils paraissent formées des couches concentriques. Tels sont les caractères d'une première variété de calculs endoprostatiques (concrétions azotées de Robin). Leur enveloppe peut s'incruster de sels calcaires (phosphate de chaux le plus souvent, carbonate et oxalate exceptionnellement) et on a alors les calculs endoprostatiques de la deuxième variété.

Ces calculs sont beaucoup plus rares que les précédents; comme eux ils s'observent de préférence chez les vieillards. En général ils sont multiples, mais moins nombreux que les concrétions de la première variété. On en compte 20, 30, 50, 200. Leur volume varie depuis celui d'un grain d'orge, d'une fève, jusqu'à celui d'une noix, d'un œuf de poule. Leur forme est ovoïde, parfois ils sont polyédriques. Leur couleur est brunâtre. Leur surface est bien polie parfois, d'autrefois rugueuse hérissée de saillies comme les calculs muraux des voies urinaires. Les petites concrétions de la première variété ne déterminent aucun symptôme. Ce sont des trouvailles d'amphithéâtre. Quoi qu'en dise Sappey, elles ne jouent aucun rôle dans le développement de l'affection que l'on décrit sous le nom d'*hypertrophie de la prostate*.

Les concrétions plus volumineuses de la seconde variété passent aussi souvent inaperçues cliniquement. Mais si elles atteignent un certain volume, si elles sont nombreuses, si elles siègent du côté de la face rectale de la glande ou du côté de l'urètre, elles se traduisent par des symptômes assez nets. Outre de la gêne, de la pesanteur au périnée, les calculs occupant la face rectale de la prostate se révèlent au toucher par l'existence de saillies dures, irrégulières, parfois même s'ils sont nombreux et en contact les uns avec les autres par une sensation de crépitation. S'ils sont sous-jacents à l'urètre ils entretiennent un priapisme habituel, provoquent des douleurs au moment de l'éjaculation, déterminent de la difficulté de la miction, parfois même de la rétention des urines. C'est dans ce cas que le cathétérisme peut faire constater leur présence.

Abandonnés à eux-mêmes, les calculs endoprostatiques peuvent parfois s'éliminer au dehors par l'urètre, mais le plus souvent ils restent silencieux dans la glande en provoquant des accidents d'infiltration d'urine, de suppuration (abcès, rare, Segond) des fistules. Les calculs endoprostatiques qui ne déterminent aucun trouble ne sont justiciables d'aucune intervention. Lorsqu'ils font saillie du côté de l'urètre on peut essayer de les extraire avec la pince de Collin ou de les broyer avec un lithotriteur urétral. Mais ces manœuvres sont délicates, peuvent déterminer de la fièvre et il vaut mieux recourir aux voies artificielles. Cette voie s'impose quand la concrétion proémine du côté du rectum. Alors à l'incision par l'intestin, qui souvent se termine par une fistule, on préférera l'incision périnéale soit par simple bou-

tonnière, soit comme dans le premier temps de la taille de Dupuytren.

*Les calculs extra-prostatiques* se forment dans l'intérieur même du tissu prostatique *calculs autochtones*, ou bien ils pénètrent tout formés dans le parenchyme glandulaire, *calculs exotiques*.

Lorsqu'ils sont *autochtones*, leur formation nécessite toujours une solution de continuité de l'urètre prostatique donnant accès à l'urine dans le tissu de la glande; telles sont les ulcérations, en arrière des rétrécissements, les lésions tuberculeuses, les opérations chirurgicales, ayant ouvert la prostate (taille, boutonnière, uréthrotomie externe).

Lorsqu'ils sont *exotiques* ils peuvent pénétrer de vive force dans la glande, mais souvent comme les précédents ils s'y engagent grâce à une fissure de l'urètre prostatique à la suite de taille, de trajet fistuleux.

Souvent les calculs extra-prostatiques ne donnent pendant longtemps lieu à aucun symptôme, mais à la fin ils provoquent des phénomènes inflammatoires très intenses, douloureux, qui cèdent parfois seuls, sont suivis d'une période d'accalmie après laquelle ils reparissent à nouveau. Finalement il se produit des abcès et des fistules, qui parfois peuvent donner issue aux calculs.

Comme pour les calculs endoprostatiques l'extraction s'impose aux moindres phénomènes inflammatoires. A moins de facilités exceptionnelles offertes par la voie urétrale, on devra préférer pour cette extraction la voie périnéale en utilisant, s'il en existe, les fistules préexistantes.

#### E. — *Hypertrophie de la prostate.*

Bien que le terme d'hypertrophie de la prostate, créé par Baillie, ne soit pas toujours justifié par les lésions caractérisant le complexe morbide que nous allons décrire, nous le conserverons d'abord parce qu'il est consacré par l'usage, en second lieu parce qu'il exprime l'état anatomique le plus ordinaire de la glande, et enfin parce qu'il a l'avantage sur bien d'autres de ne refléter aucune des idées émises sur la nature de cette affection. Chemin faisant d'ailleurs, nous indiquerons les dénominations diverses que des considérations doctrinales exclusives lui ont fait imposer tour à tour.

A lire les auteurs qui ont écrit sur l'étiologie de l'hypertrophie prostatique, les causes capables de produire cette affection sont nombreuses, mais si à l'exemple du Prof. Guyon on les soumet au creuset de l'observation, on s'aperçoit qu'il ne reste rien de tout cet édifice étiologique laborieusement édifié.

On a d'abord accusé toutes les causes qui provoquent et entretiennent une excitation habituelle du côté des organes génito-urinaires, à savoir, les excès génésiques (coït, masturbation), les habitudes sédentaires, l'équitation, les plaisirs de la table. Si assez souvent on retrouve dans le passé d'un individu frappé d'hypertrophie prostatique ces