FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1906-1907 N° 33

UN CAS D'ADÉNO-EPITHÉLIOME KYSTIQUE DE LA PROSTATE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 27 Juillet 1907, à 11 heures

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

E. BOYÉ

Né le 7 Janvier 1882, à Monthureux-sur-Saône (Vosges)

Examinateurs de la Thèse :

MM. Gross, professeur..... *Président.*
Weiss, professeur..... } *Juges.*
André, agrégé..... } *Juges.*
Michel, agrégé..... } *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, rue Saint-Dizier, 40, rue des Dominicains
(Passage du Casino)

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1906-1907 N° 33

UN CAS D'ADÉNO-EPITHÉLIOME KYSTIQUE DE LA PROSTATE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 27 Juillet 1907, à 11 heures

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

E. BOYÉ

Né le 7 Janvier 1882, à Monthureux-sur-Saône (Vosges)

Examinateurs de la Thèse :

MM. Gross, professeur..... *Président.*
Weiss, professeur.....
André, agrégé..... *Juges.*
Michel, agrégé.....

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, rue Saint-Dizier, 40, rue des Dominicains
(Passage du Casino)

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. Gross, ✻, I ✪.
Assesseur : M. Bernheim, ✻, I ✪.
Professeur honoraire : M. Beaunis, ✻, I ✪.

Professeurs

Clinique médicale	M. Bernheim ✻, I ✪, professeur.
Clinique chirurgicale	M. Gross ✻, I ✪, professeur.
Physique médicale	M. Charpentier, ✻, I ✪, professeur.
Médecine opératoire	M. Chrétien, I ✪, professeur.
Clinique chirurgicale	M. Weiss, ✻, I ✪, professeur.
Chimie médicale et toxicologie	M. Garnier, I ✪, professeur.
Clinique médicale	M. Spillmann, I ✪, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. Herrgott, I ✪, professeur.
Hygiène	M. Macé, I ✪, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale	M. Schmitt, I ✪, professeur.
Anatomie descriptive	M. Nicolas, I ✪, professeur.
Physiologie	M. Meyer, I ✪, professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne	M. Simon, I ✪, professeur.
Histologie	M. Prenant, I ✪, professeur.
Histoire naturelle médicale	M. Vuillemin, I ✪, professeur.
Clinique ophtalmologique	M. Rohmer, I ✪, professeur.
Médecine légale	M. Parisot, I ✪, professeur.
Clinique des maladies des enfants	M. Haushalter, I ✪, professeur.

Professeurs adjoints

Professeur adjoint	M. Guilloz I ✪.
Pathologie externe	M. Vautrin, I ✪, chargé du cours.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des vieillards	M. Etienne, I ✪ agrégé lib., ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. Février, ✻, I ✪, ag. lib., ch. du cours.
Accouchements	M. Schuhl, A ✪, ag. lib., chargé du cours.
Fondation de l'Université — Clinique d'orthopédie	M. Frœlich, A ✪, ag. lib., ch. du cours.
Fondation de l'Université — Clinique d'électrothérapie	M. Guilloz, I ✪, prof.-adj., ch. du cours.
Fondation de l'Université — Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. Jacques, A ✪, ag. lib., chargé du cours.
Fondation de l'Université — Clinique des voies urinaires	M. André, A ✪, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies mentales	M. Paris, A ✪, chargé du cours.
Anatomie pathologique	M. Hoche, I ✪, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. Lambert, A ✪.
André, A ✪.
L. Spillmann, A. ✪.

MM. Michel, A ✪.
Hoche, A ✪.
Richon.

MM. G. Gross, A ✪.
Fruhinsholtz.
Weber, A ✪.

AGRÉGÉS LIBRES : MM. Remy, A ✪ ; Février, ✻, I ✪ ; Étienne, I ✪ ; Zilgien, A ✪ ; Frœlich, I ✪ ; Schuhl, I ✪ ; Jacques, A ✪.

M. F. Lambert des Cilleuls, ✠, I ✪, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSS

INTRODUCTION

L'étude du cancer de la prostate n'est plus à faire. Autrefois, cette affection était confondue avec l'hypertrophie simple, et c'est seulement en 1869 que Jacques Jolly les sépara nettement. En 1888, Guyon fit une bonne description de la carcinose prostato-pelvienne ; Engelbach, la même année, faisait une étude très approfondie des tumeurs malignes de la prostate. Depuis, les travaux de Jullien, Rigaud, Abadie, Pasteau, Albarran et Hallé, et tout récemment Hallopeau, ont mis la question au point.

Cependant, nous fûmes mis à même de voir dans le service de M. le Professeur agrégé André, un cas qui nous a semblé intéressant par sa rareté. Nous voulons parler d'un adéno-épithéliome kystique de la prostate, dont nous nous proposons d'étudier l'observation seule dans notre thèse inaugurale.

Nous inspirant des auteurs précités, nous avons fait un court résumé d'anatomie pathologique et de symptomatologie du cancer de la prostate en général, résumé après lequel notre observation a trouvé sa place. Après avoir dit quelques mots des kystes qu'on peut trouver dans la prostate dans notre cha-

pitre de diagnostic, nous aidant de nos deux premiers chapitres, nous avons fait le diagnostic de notre cas ; quelques mots de traitement terminent ce modeste travail.

Auparavant, nous sommes heureux de profiter de l'occasion qui se présente pour remercier tous nos Maîtres de la Faculté de Nancy.

Monsieur le Professeur Gross, qui a bien voulu accepter la présidence de notre Jury, depuis notre plus tendre enfance nous a toujours entouré de ses soins et de sa bienveillante attention. Qu'il soit assuré de toute notre gratitude.

C'est M. le Professeur Weiss qui, durant deux années, a guidé nos premiers pas dans l'art chirurgical. De ses excellentes leçons et de notre séjour dans sa clinique nous conserverons toujours le plus agréable souvenir.

Nous prions M. le Professeur agrégé André d'agréer tous nos remerciements pour la sympathie qu'il nous a toujours marquée et les bons enseignements qu'il nous a donnés pendant le semestre d'externat que nous passâmes dans son service. C'est à lui que nous devons le sujet de notre thèse.

Durant deux stages de vacances, M. le Professeur agrégé Michel nous a donné de bons conseils dans le service de M. le Professeur Weiss, nous l'en remercions vivement.

Nous n'oublierons jamais notre trop court passage dans les cliniques de MM. les Professeurs Bernheim, Herrgott et Rohmer.

Nous serions considéré comme un ingrat si nous

n'exprimions ici toute notre reconnaissance à notre père, le Docteur Boyé, non seulement au point de vue filial, mais aussi au point de vue médical. Il a toujours mis les conseils de son expérience à notre disposition au lit de ses malades et c'est lui qui a fait nos débuts dans la carrière médicale.

Que les Docteurs Bichat et Hoummel soient assurés de toute notre amitié.

Nous n'oublierons jamais non plus notre vieille camaraderie avec les Docteurs Jacopin, Vilte et Lelong.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique

Des deux sortes de tumeurs malignes de la prostate, épithéliomas et sarcomes, c'est l'épithélioma qui est le plus fréquent. Il est rarement secondaire. Très rare chez l'enfant, il est l'apanage presque exclusif de l'âge adulte, principalement vers cinquante ans.

Le cancer de la prostate se présente sous deux formes : ou bien la tumeur en s'accroissant se contente de comprimer les organes voisins sans les toucher dans leur structure : c'est la forme circonscrite ; ou bien poussant des prolongements dans tous les sens, elle envahit les organes, et cherche même à s'échapper de l'excavation pelvienne : c'est la forme diffuse que le professeur Guyon a fort bien décrite en 1888 sous le nom de carcinose prostato-pelvienne.

La première est la plus rare et en somme constitue un stade de début qui par des transformations successives passera à la seconde.

Dans ce cas, le cancer se produit presque toujours sur un seul des lobes, le droit en particulier.

Il reste encapsulé dans la loge fibreuse de la glande.

Son volume égale à peu près celui d'un œuf.

Sa couleur est gris rosé.

De consistance ligneuse, nous dirons même parfois pierreuse, sa surface reste rarement lisse et uniforme ; au contraire, elle présente de nombreux nodules qui forment des bosselures résistantes entrecoupées d'îlots dont la consistance est moins ferme.

Dans son développement, la tumeur soulève le trigone vésical, ce qui permet parfois de l'apercevoir au cystoscope. Elle peut également par compression changer la forme de l'urèthre et apporter ainsi des perturbations dans les fonctions urinaires.

La prostate étant une véritable éponge lymphatique, les conditions de propagation de la néoplasie sont favorisées, ce qui fait que la deuxième forme est de beaucoup la plus fréquente. Nous y retrouvons les caractères généraux de la première mais beaucoup plus accentués.

Le volume atteint celui des deux poings, voire même d'une tête de fœtus et le petit bassin est rempli.

La prostate peut avoir conservé sa forme, mais le plus souvent elle disparaît au milieu de la masse néoplasique.

La dureté est encore plus manifeste, les bosselures plus nombreuses.

A la coupe, l'aspect encéphaloïde est le plus fréquent.

La tumeur peut renfermer des cavités, sortes de cavernes provenant de la nécrose du tissu cancéreux. Engelbach et Hallopeau parlent de rares observations où on aurait trouvé de petites cavités multiples à contenu fibrineux.

Tels sont les caractères généraux du cancer diffus de la prostate. Examinons maintenant les organes qui sont envahis.

Ce sont : la vessie, les uretères, le rein, les vésicules séminales, l'urèthre, le rectum, les différents groupes glanglionnaires, les tissus osseux et musculaires environnants.

D'après les statistiques de Kauffmann et d'Engelbach, la propagation du néoplasme prostatique à la vessie est très fréquente, plus fréquente surtout que l'envahissement de la glande par une tumeur vésicale.

La muqueuse simplement épaissie peut être complètement infiltrée. On y remarque des bosselures irrégulières, des bourgeons blanchâtres à aspect nettement néoplasique, voire même des ulcérations.

L'envahissement se fait sur la paroi postérieure et les parois latérales voisines, soit dans la région du col pouvant même recouvrir l'orifice de l'urèthre, soit dans la région du trigone.

La vessie se trouve-t-elle envahie de bonne heure ? Certains auteurs le nient, d'autres l'affirment se basant sur ce fait que les hématuries précoces reconnaissent comme cause les lésions occasionnées dans le réservoir urinaire par le cancer.

Le néoplasme atteignant la région du trigone, les

uretères sont oblitérés, qu'ils soient refoulés en arrière, comprimés par les parois latérales, ou encore que des bourgeons obstruent la lumière, et par conséquent finissent par se dilater.

Les lésions remontant le long des uretères peuvent parvenir jusqu'au rein et y former des nodules plus ou moins nombreux. Nous trouverons également de l'hydronéphrose qui, si elle s'infecte, donnera de la pyélonéphrite suppurée.

L'envahissement de l'urèthre est une rareté due probablement au manque de communications lymphatiques. Quand il existe, l'organe se sphacèle et des perforations se produisent. Les lésions portent tantôt sur l'urèthre prostatique, tantôt sur le bulbe. Les changements de forme, allongement et aplatissement, et les courbures anormales, sont plus souvent notées et sont dues au voisinage de la tumeur.

Presque toujours, au contraire, les vésicules séminales sont prises, surtout au commencement de la maladie. La tumeur au début forme un croissant de chaque côté : ces croissants, au fur et à mesure de l'évolution, marchent l'un vers l'autre et finissent par se rejoindre, enchatonnant les vésicules. Anatomiquement, Kaufmann n'a vu l'organe envahi que 23 fois alors que dans 77 autres cas il était simplement englobé.

La rareté de la propagation au rectum est la règle, les lésions apportées sur lui se bornant à la compression.

Enfin, le tissu pelvien est envahi de tous côtés

directement. Le tissu cancéreux jette des ponts sur tous les organes contenus dans l'excavation, les réunissant les uns aux autres et aux os du bassin.

L'envahissement du périnée est plus rare.

Les artères et les nerfs sont comprimés fortement, compression causant des œdèmes des membres inférieurs pour les unes, des douleurs et des névrites rebelles pour les autres.

Comme nous l'avons déjà fait remarquer plus haut, la prostate est une véritable éponge lymphatique, d'où grande facilité des métastases ganglionnaires. Elle renferme un réseau glandulaire et un réseau périglandulaire, dont les canaux collecteurs s'en vont les uns dans les ganglions hypogastriques, d'autres dans les ganglions iliaques externes, d'autres enfin dans les ganglions sacrés. Tous sont pris de bonne heure et forment bientôt des amas néoplasiques où on retrouve tous les caractères de la tumeur primitive, dureté, bosselures, etc.

Deux autres localisations ganglionnaires sont intéressantes à noter : dans un cas, les ganglions pré- et juxta-aortiques sont atteints et entourent la veine cave et l'aorte comme d'une véritable gaine. Dans l'autre, les ganglions inguinaux sont pris à leur tour et forment tantôt de petites masses isolées, tantôt une tuméfaction grosse comme un œuf et adhérente. Cela s'explique d'autant plus difficilement que ces ganglions n'ont aucune communication lymphatique directe avec la prostate. D'après le professeur Guyon, cette infection serait due à des lésions de l'étage inférieur du périnée, de l'anus ou de l'urèthre.

D'après Joli, on devrait incriminer le reflux de la lymphe arrêtée aux ganglions iliaques externes.

Les autres adénopathies, bronchiques, médiastinales, sus-claviculaires sont rares.

Très fréquentes également sont les métastases osseuses et la généralisation aux os avoisinants, portant surtout sur les os du bassin et le squelette du membre inférieur. Ces phénomènes peuvent se passer de deux façons différentes. 1° Par propagation dans la continuité. C'est ainsi que les os du bassin sont parfois comme incrustés dans la masse néoplasique, formant une tumeur très dure qu'il est difficile de désagréger. Poussant plus loin son processus, le cancer peut s'échapper par les échancrures sciatiques et venir jusque dans le membre inférieur, comme c'est le cas pour notre observation.

2° Propagation à distance par métastases dans les autres parties du squelette. Les os attaqués sont, par ordre de fréquence, les côtes, le sternum, l'humérus et les os du crâne.

Quant aux autres organes, ce sont le poumon, le foie et la plèvre qui peuvent quelquefois renfermer des noyaux secondaires.

Telles sont les lésions que nous révèle ordinairement l'autopsie. Donnons maintenant un court aperçu des lésions microscopiques.

Histologiquement on reconnaît deux formes de tumeurs épithéliales de la prostate, classification faite tout récemment par Motz et Majevski : 1° l'adeno-épithéliome décrit par Albarran et Hallé en 1900; 2° le cancer alvéolaire soit circonscrit, soit diffus.

Dans l'adéno-épithéliome, le stroma qui forme le tissu de la prostate a presque complètement disparu. Il est remplacé par des formations épithéliales, tubulaires et étroites. Ces tubes sont jetés sans ordre au milieu d'un substratum conjonctivo-musculaire. Ils sont revêtus d'une seule ou de deux couches de cellules, soit cylindriques, soit polyédriques, dont les plus petites sont à la base. Une particularité fréquente de ces cellules de revêtement, c'est d'être claires, chose qu'on a notée fréquemment dans les épithéliomas du rein. Les tubes sont bourrés également de cellules cylindriques. L'ensemble a nettement l'aspect d'une néoformation glandulaire, ce qui est la caractéristique de l'adéno-épithéliome. Les vaisseaux sont rares et réduits à de fins capillaires.

Dans le cancer alvéolaire, le stroma devient sclé-reux ; les éléments glandulaires sont moins nombreux. Autour des tubes, on aperçoit de grosses cellules rondes à gros noyaux dont tout le tissu conjonctif est infiltré. Le stroma jette des travées dans tous les sens, formant des cloisons qui emprisonnent les tubes, ce qui donne à la coupe l'aspect alvéolaire.

Tel est l'aperçu général de l'anatomie pathologique du cancer de la prostate. Au chapitre de symptomatologie nous allons voir les symptômes concordant avec l'évolution du néoplasme.

CHAPITRE II

Symptomatologie

Dans la grande majorité des cas, le début du cancer de la prostate est insidieux et ses signes sont tellement peu caractéristiques qu'il peut passer inaperçu. Ils ressemblent fort à ceux de l'hypertrophie simple.

Généralement le malade vient nous consulter pour des troubles de la miction. Dans les derniers temps, il a commencé à maigrir, son appétit a diminué, son teint a changé. Il remarque qu'il est obligé de se relever souvent pour uriner surtout dans la seconde partie de la nuit. Dans la journée, il urine plus fréquemment, chaque miction nécessite quelques efforts et s'accompagne souvent d'une sensation de brûlure au niveau du méat. Le jet d'urine, jusque là normal, diminue de force et d'abondance.

En même temps il ressent une sensation de pesanteur au périnée.

Ses selles deviennent plus rares et sont souvent douloureuses.

Tels sont les renseignements que nous donnera notre malade.

La palpation et l'inspection ne nous donneront

pas de grandes lumières à ce stade peu avancé de la maladie.

Le toucher rectal révèle une prostate simplement augmentée de volume, de consistance normale. Parfois cependant, nous percevrons une certaine sensation de dureté spéciale qui nous donnera l'éveil.

La tumeur n'ayant pas encore eu le temps de comprimer la lumière du canal, le cathétérisme se fera sans difficulté et ne donnera rien de particulier.

Ce sont là en somme les symptômes de l'hypertrophie prostatique, et si ce n'était l'amaigrissement du sujet, son teint spécial et dans quelques cas les révélations du toucher, on ne pourrait guère songer à un néoplasme.

Tout autres, au contraire, sont les symptômes de l'affection en sa pleine évolution traduisant le développement des lésions anatomo-pathologiques.

Ils nous sont fournis : 1° par les troubles fonctionnels ; 2° par l'examen direct.

Les mictions deviennent à la fois plus fréquentes et plus difficiles, le malade se relève cinq ou six fois dans la nuit, et ne peut plus expulser qu'une petite quantité d'urine à la fois, qui s'écoule goutte à goutte. Il fait des efforts de plus en plus considérables, obligé bien souvent de se tirer sur la verge, de s'accroupir, voire même de mettre en contact avec son périnée ou la face interne de ses cuisses la paroi froide de son vase, pour provoquer un réflexe qui facilite la miction.

A l'occasion d'une fatigue ou d'une poussée congestive du côté du périnée, il est pris brusquement de

rétention et doit faire appel au médecin pour le sonder. Ce cathétérisme est répété les jours suivants, car il n'expulse plus que quelques gouttes d'urine à la fois. Bref, il pisse par regorgement, phénomène tenant soit aux mictions trop impérieuses causées par les contractions vésicales, soit à l'altération du sphincter concomitante à l'envahissement de la tumeur.

Cette stagnation en arrière du col envahi constitue une excellente prédisposition à l'infection et les urines, qui jusque-là étaient restées limpides et sans odeur, deviennent troubles et ammoniacales. La cystite en est la conséquence fréquente.

Un signe d'une grande valeur, vu sa constance, est l'hématurie, toujours précédée par la dysurie. Elle est plus ou moins abondante, survient à la fin de la miction, plus rarement au début. Elle reconnaît comme cause, en général, un reflux de l'urèthre prostatique dans la vessie, venant des prolongements que le cancer a poussés dans le canal, et non, comme on pourrait le croire, une évacuation trop brusque de la vessie en rétention ou un cathétérisme maladroit.

L'examen des urines ne peut nous renseigner qu'autant qu'il nous fera découvrir des débris de la tumeur. Mais cela n'arrive guère que quand la maladie est avancée et le diagnostic déjà fait.

A ce cortège de symptômes urinaires, viennent s'ajouter des signes rectaux. Le plus dominant et le plus habituel est une constipation due à la compression. Le malade a des envies fréquentes, du ténesme, et n'aboutit qu'à des selles peu abondantes, dou-

loureuses, de forme aplatie, expulsées au prix de violents efforts.

La diarrhée, exceptionnelle d'ailleurs, serait causée par l'irritation rectale apportée par le voisinage du néoplasme.

Parfois ces troubles existent seuls en dehors de tous troubles vésicaux. Engelbach, se basant sur cette particularité, a décrit deux formes de cancer de la prostate, l'une vésicale, l'autre rectale. Cette dernière peut parfois être tellement marquée, que, le petit bassin étant envahi, l'oblitération du rectum devient presque complète et le malade présente des signes d'obstruction chronique.

Les douleurs constituent un symptôme précieux. Elles sont spontanées, augmentent avec la défécation. Elles n'ont pas de siège déterminé. Elles sont localisées au pourtour de la tumeur, mais, en général, elles s'irradient vers le périnée, l'hypogastre, vers la région lombaire ou sacrée, soit encore vers l'extrémité du gland à la fin de la miction.

Très souvent, le plexus sacré étant comprimé, elles suivent le trajet du nerf sciatique, ce qui a pu faire dire à Legueu, d'après Engelbach, qu'une sciatique rebelle à cinquante ans était symptomatique d'un cancer de la prostate. Cette sciatique peut cependant manquer.

Tels sont les signes fonctionnels que nous présente la maladie à sa période d'état.

Passons maintenant à l'examen clinique.

A l'inspection, le ballonnement du ventre ou le

gonflement du périnée peuvent nous révéler l'existence de la tumeur.

La palpation de la région hypogastrique, pratiquée en déprimant fortement la paroi abdominale, donne l'impression d'une grosseur plus ou moins bosselée débordant la vessie.

Lorsque les ganglions de la région inguinale sont engorgés, ils sont petits et roulent facilement sous le doigt.

Bien autrement importants sont les renseignements fournis par l'examen de l'appareil urinaire, le toucher rectal pour la prostate, le cathétérisme pour l'urèthre, la cystoscopie pour la vessie.

Toute notre attention doit porter sur le toucher ; c'est lui qui nous permet d'affirmer le diagnostic ; la sensation qu'on éprouve étant tout à fait pathognomonique du cancer de la prostate. Malheureusement, il est presque toujours très douloureux. Il nous permet de sentir une tumeur dont le volume varie dans les limites assez étendues de la grosseur d'un œuf à celle des deux poings. Elle est dure, ligneuse, irrégulière, parsemée de bosselures de consistance inégale, envahissant toujours un seul des lobes, le droit de préférence. Le doigt la délimite assez nettement et peut la contourner au début.

Mais bientôt l'index ne peut plus s'insinuer latéralement entre la masse néoplasique et la paroi pelvienne, le néoplasme fusant même à travers l'échancrure sciatique et ayant envahi le bas-fond de la vessie, les vésicules séminales, tout le petit

bassin. En un mot, c'est la carcinose prostato-pelvienne de Guyon.

En combinant au toucher la palpation abdominale pratiquée de l'autre main, nous pourrons parfois sentir les prolongements indurés du cancer, comme de véritables cornes.

L'explorateur à boule nous montre un allongement de la partie prostatique de l'urèthre ; il est serré, passe à frottement, surtout si le néoplasme s'est développé vers la lumière du canal. Cette exploration donne lieu quelquefois à une légère hémorragie, due au traumatisme de la muqueuse friable causé par le passage de l'explorateur.

Une sonde, introduite jusque dans la vessie, ramène un résidu d'urine trouble et fétide en général.

L'examen cystoscopique, en admettant que le cystoscope puisse passer, ne nous donnera des renseignements qu'autant que le néoplasme aura envahi la vessie. On apercevra sur la muqueuse épaissie et turgescente, soit des bourgeons, soit des ulcérations.

En même temps, l'état général du malade s'altère de plus en plus ; son teint est jaune paille, il perd complètement son appétit, ses forces diminuent, il a de la diarrhée profuse. Finalement, il succombe aux progrès de sa cachexie.

Tel est le tableau clinique du cancer de la prostate, dont nous allons retrouver les deux formes dans notre observation.

CHAPITRE III

OBSERVATION

(Inédite, due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé ANDRÉ.)

Age : 53 ans.

Sa mère est morte à 84 ans, de fluxion de poitrine.

Père mort à 54 ans, à la suite d'une ingestion d'une dose exagérée de laudanum.

L'un de ses frères mort d'une affection de la moelle.

Un autre frère et une sœur bien portants.

Son fils est mort tuberculeux à 17 ans.

Depuis six mois le malade est atteint de névrite sciatique rebelle dans le membre inférieur droit avec des périodes d'amélioration et d'aggravation malgré tous les traitements suivis.

Depuis deux mois, difficulté d'uriner croissante, surtout marquée dans les quinze derniers jours où, à plusieurs reprises, elle a pu aller jusqu'à la rétention. Le malade souffrait beaucoup et n'urinait qu'avec de grands efforts.

A ce moment, il consulte son médecin qui constate une tumeur de la prostate et l'envoie à l'hôpital.

Le malade a passablement maigri dans ces derniers temps.

A l'examen on constate ce qui suit :

Un explorateur n° 21 parcourt le canal facilement. Il est un peu serré au niveau de la prostate, mais passe cependant.

On introduit facilement aussi une sonde à béquille n° 18 qui évacue une certaine quantité d'urine claire.

Au toucher, le lobe gauche est petit. Il n'est pour ainsi dire pas senti. Le lobe droit est au contraire très volumineux, environ de la grosseur d'un œuf, formant une saillie consi-

dérable dans le rectum, saillie latérale allant jusqu'à la paroi du petit bassin, dont le sépare cependant un sillon bien net. Cette saillie est arrondie, ovoïde, allant de la pointe à la base de la prostate et du côté droit seulement.

Sa consistance est rénitente, ce qui donne l'impression qu'il s'agit là d'un kyste de la prostate.

28 décembre 1905. — Pour vérifier la chose une ponction aspiratrice est pratiquée dans la tumeur par le rectum, après qu'on a bien exposé la prostate à l'aide d'une valve rectale. On retire en effet le contenu de la seringue, soit 10 grammes d'un liquide ambré ayant la couleur et la consistance du sérum sanguin. Après cette ponction la poche paraît beaucoup moins tendue au toucher. L'opération est décidée pour le lendemain.

29 décembre. — Le malade est opéré dans la position périnéale inversée. On fait une incision périnéale transverse, un peu moins longue que pour la prostatectomie. On procède comme dans le premier temps de l'opération pour aborder la prostate. La poche kystique est un peu difficile à trouver, à cause de son affaissement partiel à la suite de la ponction. On la trouve bien là où on l'avait reconnue au toucher, c'est-à-dire à la place du lobe de la prostate qu'elle semble remplacer et dont on ne trouve pas de partie solide.

La poche est largement ouverte ; il s'en échappe encore environ 5 centimètres cubes de liquide. Le doigt s'y enfonce profondément jusqu'au niveau de la prostate et au voisinage du petit bassin. La poche est unique, sans cloison ; sa paroi apparaît au doigt molasse et tomenteuse. En la frottant fortement avec le bout de compresses, montées sur des pinces, on ramène des débris plus ou moins décolorés, quelques-uns sont noirâtres comme si le kyste avait une origine hématique, le sérum constituant la partie liquide et les caillots tapissant la paroi.

La tumeur n'est pas enlevée.

Le kyste n'a aucune communication avec la vessie. On le bourre avec une mèche de gaz qui sort par le milieu de la plaie dont les angles sont rétrécis par quelques points de suture. Au préalable on a touché les parois avec un tampon imbibé de chlorure de zinc à 1 p. 10. On fait un pansement compressif.

Suites opératoires normales. Le soir on est obligé de sonder le malade qui n'a pu uriner seul.

Le lendemain la miction se rétablit spontanément. On fait faire l'examen de la tumeur, examen qui conclut à du cancer de la prostate. L'examen du liquide n'a pas été fait. On trouve dans les débris des cellules cancéreuses.

2 janvier 1906. — La mèche est retirée et remplacée par un drain qui va jusqu'au fond de la poche où on fait chaque matin un lavage à l'eau oxygénée.

5 janvier. — Le tube étant tombé, on ne le remet pas. Depuis plusieurs jours le malade n'a pas souffert de la jambe droite. On enlève un des points de suture.

8 janvier. — On enlève les points de suture qui restent. La plaie est bien réunie et n'offre à la vue que le trajet du drain.

11 janvier. — Le malade se lève un peu.

13 janvier. — Il quitte l'hôpital. Il y a encore quelques difficultés de la miction. Le malade se plaint à nouveau de sa sciatique.

29 janvier. — Il continue à souffrir et est obligé d'uriner toutes les demi-heures.

12 avril 1906. — Le malade est revenu. A deux reprises il a été sondé par son médecin, une rétention complète étant survenue. Il urine souvent et ressent de fortes douleurs dans la jambe droite, ce qui le force à marcher avec des béquilles.

Une sonde passe à frottement dur dans le canal, les urines sont troubles, quelques gouttes de sang après la miction.

Au toucher, on sent la prostate entière indurée et bosselée. Il s'agit manifestement d'un cancer. Le kyste semble s'être reproduit en partie.

En outre on découvre que l'extrémité supérieure du fémur droit est le siège d'une tumeur osseuse déjà volumineuse et étendue, sans doute secondaire.

Actuellement le malade est arrivé à une cachexie profonde. Il est très amaigri et ne mange presque plus.

Les urines assez abondantes sont troubles et épaisses.

Le toucher rectal révèle une tumeur dure, bosselée, déve-

loppée sur toute la prostate. On ne peut plus la délimiter, elle semble remplir toute l'excavation pelvienne.

La tumeur s'étend depuis l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'à la moitié inférieure de la cuisse. La hanche est ankylosée complètement. Le reste du membre a subi une atrophie considérable.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

(Dû à l'amabilité de M. le Professeur agrégé Hoche)

Le fragment de la paroi du kyste qui a été soumis à l'examen histologique après avoir subi les préparations habituelles, fixation au formol, à 10 p. 100, inclusion dans la paraffine, coloration des coupes à l'hématoxyline, fuchsine picrique, etc., s'est montré constitué presque exclusivement par du tissu épithélial.

Le stroma est réduit à de fins axes de tissu vasculo-conjonctif où les vaisseaux sont capillaires. Ils sont très graciles, ramifiés dans divers sens. On les voit recouverts d'assises uniques ou stratifiées, de cellules cubiques par endroits, le plus souvent cylindriques, de cellules claires, dont beaucoup sont aux divers stades de la division mitotique.

Ces cellules forment par leur arrangement et leurs replis divers, des revêtements plus ou moins épais, ou encore des replis, des recessus en forme de culs-de-sac glandulaires que la coupe intéresse en divers sens, ce qui donne à l'œil un aspect très élégant, en raison de la netteté des formes épithéliales et des contours cellulaires.

Il s'agit nettement d'un adéno-épithéliome kystique de la prostate.

CHAPITRE IV

Diagnostic

On le voit, cette observation renferme nettement les deux phases d'évolution du cancer de la prostate. La première fois que le malade vient consulter, la tumeur est encore circonscrite, c'est la forme de début ; la seconde fois, la maladie a évolué, retentissant non seulement sur les organes du petit bassin et l'os du fémur, mais aussi sur l'état général, c'est la forme prostato-pelvienne.

Examinons maintenant la valeur des signes qu'il présente dans chacune de ces phases.

A cinquante-trois ans, un homme n'est pas encore un vieillard. Or, l'hypertrophie de la prostate ne survient guère que dans la vieillesse ; par conséquent, ce dernier point doit déjà nous donner l'éveil.

Les troubles de la miction, efforts en urinant, pollakiurie, parfois même rétention, sont des signes que nous trouvons également dans l'hypertrophie prostatique. Mais, nous dit notre observation, le malade souffrait beaucoup en évacuant sa vessie. Dans cette dernière maladie, la douleur n'existe pas, et cette particularité seule différencie les troubles urinaires.

L'amaigrissement et la perte d'appétit qu'a présentés notre malade dans les derniers temps doivent nous faire penser au développement d'une tumeur maligne.

Un symptôme, que nous avons retrouvé dans de nombreuses observations d'Engelbach et d'Hallopeau, est ici cette sciatique qui résiste à tous les traitements et ne veut pas guérir. Elle est causée par la compression exercée par le néoplasme sur le plexus sacré et, nous l'avons déjà vu dans notre chapitre de symptomatologie, une sciatique rebelle à 50 ans est pathognomonique d'un cancer de la prostate.

Tels sont les signes fonctionnels que présente notre sujet. Son âge, son amaigrissement, sa sciatique, sont des symptômes qui doivent nous faire douter de l'existence d'une hypertrophie prostatique simple et nous faire songer à un néoplasme.

Mais nous passons au toucher rectal, et, au lieu d'arriver sur une tumeur dure, irrégulière, présentant partout des bosselures, tous caractères du cancer de la prostate, nous trouvons une tumeur arrondie, lisse et régulière, et, caractère frappant, rénitente, ce qui donne l'impression qu'il s'agit d'une poche renfermant du liquide.

A quoi pouvions-nous penser dans ce cas ? Deux hypothèses se présentent : ou un abcès, ou un kyste.

Un abcès prostatique nous aurait donné tous les caractères des phlegmasies. Or nous n'avons noté ni douleur dans la région, ni fièvre. En plus, ordi-

nairement, et surtout après une si longue évolution, l'abcès finit par s'ouvrir dans l'urèthre, et nous n'avons pas trouvé de pus à l'examen.

L'abcès étant éliminé, il ne nous reste que l'hypothèse d'un kyste, soit simple, soit hydatique.

Un kyste hydatique, en six mois, aurait atteint de plus fortes dimensions. Milliet cite dans les *Annales des maladies des voies génito-urinaires* l'observation d'un kyste hydatique de la prostate qui, en quelque temps, aurait eu une contenance de 700 centimètres cubes. Ensuite la ponction aurait ramené un liquide incolore et limpide comme du cristal de roche, qui est la caractéristique du liquide hydatique en général.

Quant aux kystes simples, ils sont très rares. En général, ils sont multiples et n'atteignent guère que le volume d'un grain de raisin. Ce sont de petits kystes par rétention. La littérature des maladies des organes génito-urinaires ne renferme qu'un seul cas de grand kyste dont s'est occupé Desnos ; encore n'était-il qu'une surprise d'autopsie. Comme le nôtre, il renfermait une sorte de liquide hématique.

Une pratique, qui nous a été d'un grand secours pour faire notre diagnostic de kyste, est la ponction exploratrice pratiquée en faisant le vide dans une seringue de 15 centimètres cubes, dont l'aiguille, au préalable flambée, est introduite dans la tumeur par la voie rectale.

L'opération vint confirmer le diagnostic de kyste de la prostate par la découverte d'une poche renfermant encore un peu de liquide qu'avait laissé la ponction.

L'examen uréthral ne nous donne rien qui puisse faire songer à un cancer. La sonde avait été un peu serrée au passage dans la partie prostatique du canal, chose qui peut être aussi bien due à une hypertrophie simple et à un kyste qu'à un cancer.

C'est l'examen histologique qui est venu affirmer les doutes qu'avait pu faire naître dans notre esprit l'interrogatoire du malade. En effet, comme nous l'avons vu dans la petite note qu'a bien voulu nous donner Monsieur le Professeur agrégé Hoche, la coupe présente certainement l'aspect d'un adéno-épithéliome. Réduction du stroma, rareté des vaisseaux, assises de cellules cubiques, polyédriques et claires, aspect glandulaire, rien ne manque à cette forme semblable à celle d'Albarran et Hallé.

L'évolution de la tumeur et les phénomènes de la seconde période viennent bien confirmer le diagnostic de cancer.

L'amaigrissement du malade est complet, il ne mange plus, ne se lève plus, en un mot il est arrivé à une cachexie complète. Une hypertrophie ou un kyste simple n'amènent pas des troubles aussi profonds de la nutrition ; par contre, c'est bien le fait d'une tumeur maligne.

Les troubles de la miction ont augmenté, le malade n'expulse plus que quelques gouttes d'urine trouble et ammoniacale. Il est obligé de se faire sonder. La cystite peut avoir comme cause évidemment un cathétérisme septique, mais surtout les stases veineuses qui sont une condition très favorable à l'infection.

Les hématuries sont venues s'ajouter à ces troubles urinaires, montrant l'existence de prolongements du néoplasme dans le canal.

La sonde passe maintenant à frottement très dur.

Le toucher rectal est tout à fait dissemblable à ce qu'il était au début. Au lieu d'avoir une prostate présentant une saillie lisse et régulière, ce qui peut arriver dans l'hypertrophie, nous avons une tumeur dure et bosselée, ayant envahi les lobes prostatiques, remplissant la cavité pelvienne et tendant à fuser au dehors.

La constipation est devenue opiniâtre, traduisant la compression exercée par le néoplasme sur le rectum.

La tumeur du membre inférieur droit enfin, achèvera de confirmer le diagnostic, étant donné la grande fréquence de la généralisation du cancer prostatique au squelette.

Il s'agit donc manifestement d'un épithélioma kystique de la prostate. Non seulement au cours de la maladie nous avons relevé tous les symptômes, signes fonctionnels, amaigrissement, troubles de la miction, sciatique rebelle, constipation opiniâtre, signes physiques, gêne du passage de la sonde dans la portion prostatique, révélations du toucher rectal, mais l'évolution même de la maladie, envahissement du petit bassin par les ganglions, et généralisation au membre inférieur devaient lever tous nos doutes, s'il pouvait encore en exister.

CHAPITRE V

Traitement

En somme, nous avons affaire à une forme rare de cancer de la prostate, puisque nous n'avons pu trouver aucune observation semblable dans la littérature des maladies des organes génito-urinaires.

Nos indications de traitement devront donc porter sur le cancer d'abord, sur le kyste ensuite.

Pour le cancer, le traitement sera le même, que pour le cancer de la prostate en général.

La rapide propagation du cancer aux ganglions et autres organes, fait de la cure radicale une opération très chanceuse. Cependant, dans quelques cas où nous sommes appelés à constater un cancer au début alors qu'il est encore encapsulé dans la coque fibreuse qui entoure la prostate, nous tenterons l'extirpation, toutes réserves faites quant à la récidive. La méthode employée sera celle de Young.

Ce n'est pas ici le lieu de donner une technique opératoire.

Dans les cas de carcinose prostato-pelvienne, nous

nous contenterons d'un traitement palliatif, destiné à soulager notre malade par tous les moyens à notre portée.

Contre l'élément douleur, nous emploierons le chloral, la belladone et la morphine, pris à l'intérieur, absorbés en suppositoires ou en injections hypodermiques.

A la rétention, nous opposerons le cathétérisme, pratiqué avec tous les ménagements possibles, la muqueuse de l'urèthre étant devenue friable et la brusquerie pouvant provoquer une véritable hémorragie.

Les bains de siège et les cataplasmes seront également employés.

Si pour une raison ou pour une autre nous voulons mettre la vessie au repos, c'est à la cystostomie sus-pubienne que nous aurons recours.

La cystite sera combattue par de fréquents lavages de vessie.

L'anus iliaque sera notre dernière ressource dans les cas où la tumeur trop développée aura fermé d'une manière complète le passage aux matières fécales.

Quant au kyste, dont l'action nocive reste due surtout à la compression qu'il provoque, deux moyens s'imposent à nous pour enrayer ces phénomènes, c'est d'une part la ponction par la voie rectale répétée selon que la poche s'agrandira plus ou moins rapidement ; d'autre part, l'ouverture de la poche, si la ponction est insuffisante et n'évacue pas complètement le contenu.

Dans le cas particulier, enlever la tumeur du fémur par une désarticulation de la hanche, serait une opération dangereuse, le malade étant arrivé à une cachexie très profonde.

Quant au traitement général, nous nous efforcerons de soutenir les forces de notre malade, par le traitement général de tous les cancers.

CONCLUSIONS

1. — Il existe une forme rare de tumeur épithéliale de la prostate : c'est l'adéno-épithéliome kystique. Sa marche est rapide.

2. — Le diagnostic de cancer, dans ce cas, est assez délicat, surtout lorsqu'il est encore encapsulé : l'examen histologique nous donnera seul la certitude.

3. — Quant au kyste, nous aurons recours à la ponction exploratrice, tant pour déceler son existence que pour connaître la nature de son contenu.

4. — Le traitement ne sera radical que dans les rares cas où la tumeur sera restée circonscrite et où on pourra tenter l'ablation, opération chanceuse, vu la fréquence et la rapidité des récidives.

Dans les autres cas, il sera simplement palliatif. Le kyste sera ponctionné souvent, ouvert même, si cela ne suffisait pas, pour décomprimer les organes voisins.

Vu :
Le Président de la Thèse,
GROSS.

Vu :
Le Doyen,
GROSS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur,
Ch. ADAM,
Correspondant de l'Institut.

Nancy, le 19 juillet 1907.

BIBLIOGRAPHIE

1888. — Engelbach, Thèse de Paris, *Tumeurs malignes de la prostate.*

1888. — Desnos, *Bulletin de la Société anatomique de Paris,* Kyste de la prostate, p. 172.

1891. — Rigaud, Thèse de Bordeaux, *Du cancer de la prostate.*

1895. — Julien, Thèse de Paris, *Contribution à l'étude clinique du cancer de la prostate.*

1896. — Abadie, Thèse de Lyon, *Du cancer de la prostate.*

1897. — Guépin. — *Du cancer de la prostate, Presse médicale,*

1898. Pasteau, Thèse de Paris, *Communications lymphatiques dans le cancer de la prostate.*

1900. — Albarran et Hallé, *Hypertrophie et néoplasme épithéliales de la prostate.*

1902. — Darvinche, Thèse de Lille, *Métastates osseuses dans le cancer de la prostate.*

1905. — Piollenc, Thèse de Lyon, *Vingt-cinq observations de prostatectomie.*

1906. — Hallopeau, Thèse de Paris, *Du cancer de la prostate.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

Tome II, p. 276, *Une observation de kyste hydatique de la prostate.* — Tome XVIII, *Quatorze observations de cancer de la prostate.*

Duplay et Reclus, *Traité de chirurgie,* tome VII.

Guyon, *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.*

TABLE DES MATIÈRES

ssh

NANCY. — IMPRIMERIE A. CRÉPIN-LEBLOND