

## **Contribution à l'étude du sarcome de la prostate ... / par Marcel Descuns.**

### **Contributors**

Descuns, Marcel.  
Université de Toulouse.

### **Publication/Creation**

Toulouse : J. Marquette, 1912.

### **Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/dp6c7qes>

### **License and attribution**

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>

UNIVERSITE DE TOULOUSE  
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE  
Année 1911-1912 N° 987

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DU  
SARCOME DE LA PROSTATE

THÈSE  
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE  
*Présentée et soutenue publiquement en Janvier 1912*

PAR  
**Marcel DESCUNS**

MEMBRES DU JURY... { MM. JEANNEL. *Président.*  
DIEULAFE, }  
DALOUS, } *Assesseurs.*  
MARTIN, }

TOULOUSE  
Librairie J. MARQUESTE  
*34, Rue Saint-Rome, 34*

—  
1912





UNIVERSITY OF CHICAGO

LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF CHICAGO

1800 S. MICHIGAN AVE. CHICAGO, ILL. 60607

TEL: 773-936-5000 FAX: 773-936-5001

WWW.CHICAGO.EDU

CHICAGO, ILL. 60607

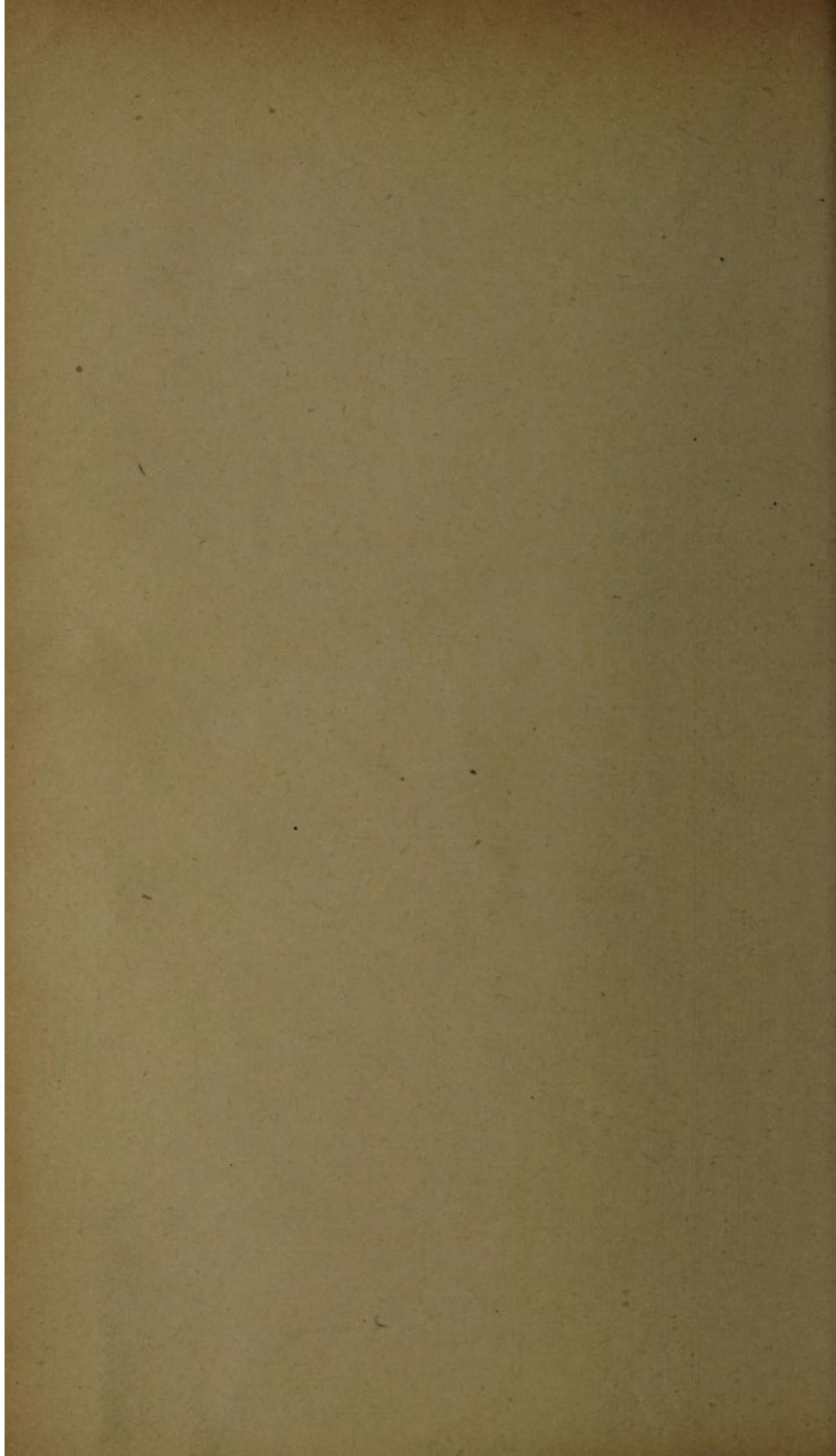
CHICAGO, ILL. 60607

CHICAGO, ILL. 60607

CHICAGO, ILL. 60607

CHICAGO, ILL. 60607





UNIVERSITE DE TOULOUSE  
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE  
Année 1911-1912 N° 987

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DU  
SARCOME DE LA PROSTATE

---

THÈSE  
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue publiquement en Janvier 1912*

PAR

**Marcel DESCUNS**

---

MEMBRES DU JURY....	{	MM. JEANNEL, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		DIEULAFE,		
		DALOUS,		
		MARTIN,		

---

TOULOUSE  
Librairie J. MARQUESTE  
34, Rue Saint-Rome, 34

—  
1912



UNIVERSITÉ DE TOULOUSE  
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN.....	MM. JEANNEL.
ASSESEUR.....	MARIE.
<b>PROFESSEURS</b>	
Anatomie.....	MM. N...
Histologie normale.....	TOURNEUX.
Physiologie.....	ABELOUS.
Anatomie pathologique.....	TAPIE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	HERRMANN.
Pathologie interne.....	ANDRE.
Thérapeutique.....	SAINT-ANGE.
Clinique médicale.....	CAUBET.
Clinique chirurgicale.....	MOSSE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANNEL.
Clinique des maladies mentales.....	E. CESTAN.
Chimie et Toxicologie.....	AUDRY.
Matière médicale.....	REMOND.
Histoire naturelle.....	FREBAULT.
Physique.....	BRÆMER.
Clinique des maladies des enfants.....	LAMIC.
Pathologie expérimentale.....	MARIE.
Médecine légale.....	BEZY.
Clinique obstétricale.....	MAUREL.
Hygiène.....	GUILHEM.
Pharmacie.....	AUDEBERT.
	MOREL.
	RIBAUT.
<b>PROFESSEURS ADJOINTS</b>	
Anatomie topographique.....	MM. SOULIE.
Histoire naturelle.....	N...
Bactériologie.....	RISPAL.
<b>CHARGÉS DE COURS</b>	
Chimie.....	MM. ALOY.
Clinique ophtalmologique.....	FRENKEL.
Hydrologie.....	GARRIGOU.
Cours théorique d'obstétrique aux sages-femmes.....	AUDEBERT.
Cours élémentaire aux élèves sages-femmes.....	SOULIE.
Cours de propédeutique.....	R. CESTAN.
Médecine opératoire.....	MARTIN.
Pathologie externe.....	MERIEL.
Histoire naturelle.....	CAUBET (H.).
	JAMMES.
<b>AGRÉGÉS EN EXERCICE</b>	
Pathologie interne et Médecine légale.....	MM. BAYLAC.
Chirurgie.....	CESTAN (R.).
Accouchements.....	DALOUS.
Anatomie et Histologie.....	DAMBRIN.
Physiologie.....	MARTIN.
Chimie.....	GARIPUY.
Pharmacie.....	DIEULAFÉ.
Physique (chargé des fonctions).....	M. BARDIER.
Secrétaire de la Faculté.....	ALLOY.
	LABORDE.
	BERNARDIN.
	CHAUDRON.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises  
par les candidats.) Délibération en date du 12 mai 1891.



A MES GRANDS PARENTS

---

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage d'amour filial

---

A MA SŒUR

---

A MES PARENTS

---

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DALOUS

Hommage de profonde reconnaissance  
pour la bienveillance et le dévouement  
dont il a fait preuve vis-à-vis de ma  
famille.



A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNEL

Professeur de Clinique Chirurgicale  
Doyen de la Faculté  
Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

---

A MES MAITRES

De la Faculté et des Hôpitaux

---

A MES AMIS

## INTRODUCTION

---

Parmi les tumeurs malignes de la prostate, le sarcome est de celles qui ont été le plus rarement observées. Son étude est de date assez récente et les cas certains publiés jusqu'ici sont au nombre de 40.

Nous devons à l'obligeance de M. le docteur Clermont une observation nouvelle de cette affection. Sur ses conseils, nous avons groupé les cas identiques déjà parus pour en faire une étude générale et c'est le résultat de nos recherches que nous exposons dans notre thèse inaugurale.

Notre travail est divisé en plusieurs chapitres :

CHAPITRE PREMIER. — Historique.

- II. — Etiologie.
- III. — Symptomatologie.
- IV. — Anatomie pathologique.
- V. — Histologie pathologique.
- VI. — Diagnostic.
- VII. — Pronostic et traitement.
- VIII. — Observations.

CONCLUSIONS.

BIBLIOGRAPHIE.



1870

1871

1872

1873

1874

1875

1876

1877

1878

1879

1880

1881

1882

1883

1884

1885

1886

1887

1888

1889

1890

1891

1892

1893

1894

## HISTORIQUE

---

L'histoire du sarcome de la prostate est de date assez récente. C'est, en effet, Langstaff qui le premier, en 1842, publia l'observation d'un enfant de huit ans atteint de cette affection. Brée, en 1846, observe cette maladie chez un enfant de neuf mois. Ces deux auteurs disent avoir affaire à un sarcome médullaire, mais leur diagnostic n'est basé sur aucun examen microscopique.

C'est Isambert qui, le premier, donne une étude histologique de la tumeur. Après lui, d'autres cas sont publiés par Adams et Gross. Thompson rassemble 18 cas de tumeurs malignes de la prostate. Wyss, en 1866, arrive à un total de 26 observations et Jolly à un total de 42. Mais ce dernier auteur a le tort de confondre le carcinome et le sarcome de la prostate.

Jullien, au contraire, en 1880, les différencie nettement dans un article du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Oliva, en 1883, rapporte dans sa thèse une observation du professeur Bruno ; il étudie, en outre, spécialement le sarcome de la prostate.



Kapuste, dans sa thèse, traite du cancer de la prostate, ainsi que Engelbach. Ce dernier rassemble 141 observations, dont 55 sont accompagnées d'un examen microscopique. Parmi celles-ci, il y en a 7 de sarcome.

Wind, en 1888, ajoute 9 observations nouvelles et Barth un cas personnel, à propos duquel il traite cette question d'une manière très complète.

Dès lors, l'existence du sarcome de la prostate n'est plus mise en doute, et cette affection est nettement différenciée du carcinome. Graetzer, en 1895, et Dupraz, en 1896, font surtout l'étude des lésions anatomopathologiques. Lévy, en 1899, se basant sur la morphologie cellulaire, donne une classification des sarcome de la prostate.

Albarran, en 1900, consacre un chapitre à cette affection dans le *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, de Le Dentu et Delbet. Deux ans plus tard, Burckhart, après avoir rigoureusement éliminé les cas douteux, arrête à 24 le nombre des sarcomes primitifs de la prostate publiés jusqu'à lui.

En 1906, Proust et Vian présentent à la Société anatomique de Paris un sarcome de la prostate prélevé à l'autopsie d'un malade du professeur Guyon, âgé de dix-neuf ans. L'année suivante, ils publient cette observation dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* et font une monographie complète de cette maladie. Ils portent à 34 le chiffre des observations incontestables de sarcome de la prostate.

Greig publie en 1908 un cas de rabdo-myo-sarcome

chez un enfant de quatre ans. La même année, Bobbio incise la prostate sarcomateuse d'un jeune homme, croyant avoir affaire à une prostatite aiguë.

En 1909, trois nouveaux cas sont observés par Merocal, Edington et Pachkiss. Ce dernier aurait constaté le premier cas de myosarcome.

Enfin, Gibson, en 1910, publie une nouvelle observation. Il fixe à 36 le nombre des cas authentiques de sarcomes de la prostate observés à ce jour. Nous croyons ce chiffre légèrement inférieur à la réalité, puisque, en comptant le cas de Clermont, nous arrivons à un total de 42.

---



## ÉTIOLOGIE

---

Le sarcome de la prostate s'observe le plus souvent dans le jeune âge. Sur les 41 observations incontestables, nous voyons que dans 29 cas il s'agit de sujets âgés de moins de 30 ans, et parmi ceux-ci, 17 ont moins de 10 ans. Après l'enfant, c'est le vieillard, qui est le plus fréquemment atteint. Huit malades ont, en effet, plus de 50 ans.

Sa fréquence est assez difficile à préciser. Les tumeurs malignes de la prostate ont été pendant longtemps ignorées et la proportion de 4,18 % donnée par Heimann par rapport au chiffre total des cancers constatés chez l'homme est certainement trop faible. Le sarcome de la prostate est beaucoup plus rare que l'épithélioma. Le rapport entre ces deux sortes de tumeurs varie suivant les auteurs ; il est de 14 % pour Engelbach, de 29,8 % pour Wolff, 26,9 % pour Socin et Burckardt, 1/10<sup>e</sup> pour Hallopeau et de 10 à 15 % pour von Frisch.

Ce rapport varie aussi avec l'âge du malade. Le sarcome est la seule tumeur observée dans l'enfance.

La prostate peut être envahie secondairement par le tissu sarcomateux, mais cela est exceptionnel. Dans les cas observés, la lésion primitive était un sarcome des vésicules séminales (Zahn), un fibro-sarcome du coude droit (Reboul), un sarcome globo-cellulaire des corps caverneux (Bordeleben), un sarcome du testicule (Cabot).

Enfin, il est des cas où le sarcome s'était développé au niveau de la prostate et également au niveau soit de la vessie (Chiari, Dittrich), soit du rectum (Orth). Il est alors difficile de préciser le point de départ de la tumeur.

---



## SYMPTOMATOLOGIE

---

Le sarcome de la prostate peut évoluer à tous les âges ; mais son allure clinique n'est pas identique dans tous les cas.

Dans le jeune âge, nous voulons dire chez les enfants et les adolescents, le début de la maladie passe inaperçu. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps que la tumeur, en augmentant de volume, comprime les organes voisins. Les troubles urinaires sont en général les premiers à se manifester. Brusquement, le malade est pris d'une crise de rétention complète. Cette crise est parfois précédée de phénomènes de dysurie ou de rétention incomplète. Menocal a observé chez son malade, tous les matins, de la rétention qui disparaissait ensuite dans la journée. Si le malade n'est pas sondé, il finit par uriner par regorgement. S'il est sondé régulièrement, la miction peut redevenir normale pour quelque temps. Le cathéterisme peut présenter de grandes difficultés, car l'urèthre est le plus souvent allongé, dévié et comprimé en certains endroits.

La compression du rectum entraîne des troubles de la défécation. Au début, c'est la constipation qui est le



plus fréquemment observée, plus tard la diarrhée et même l'incontinence.

Au début, la tumeur se développe sans provoquer de phénomènes douloureux. Les douleurs succèdent en général aux troubles de la miction et de la défécation.

Si l'on examine à ce moment le malade, on voit du côté de l'abdomen une saillie plus ou moins volumineuse, pouvant remonter jusqu'à l'ombilie et ne disparaissant pas complètement après un cathéterisme évacuateur. Souvent le périnée est soulevé dans sa portion préanale.

Le malade peut présenter de l'œdème généralisée (Sociu), ou localisé au niveau des bourses et du périnée (Van der Hoeven), ou au niveau de la cuisse et du genou gauche (Edington).

A la palpation, la tumeur donne une sensation de fluctuation plus ou moins nette, à tel point que certains auteurs, croyant avoir affaire à un abcès, ont incisé à ce niveau, et à travers l'incision s'est rapidement développé du tissu néoplasique. Le doigt introduit dans le rectum permet de sentir une masse plus ou moins dure dans la région prostatique, mais pouvant occuper aussi toute la cavité pelvienne. Le rectum peut être ulcéré et, dans ce cas, le doigt peut ramener des fragments de tumeur.

Assez souvent on perçoit au niveau des aines et parfois dans la fosse iliaque de l'engorgement ganglionnaire. A cette période de la maladie, le malade pré-



sente un état général relativement satisfaisant. La température et le pouls sont normaux.

Mais dès l'apparition des troubles urinaires, l'évolution de la maladie va être très rapide, car, au développement de la tumeur vont s'ajouter des troubles infectieux. C'est d'abord la vessie qui s'infecte. Les urines deviennent troubles, les mictions sont très douloureuses et fréquentes. La région hypogastrique devient douloureuse. L'infection gagne les urétéres et les reins, qui présentent fréquemment à l'autopsie des lésions de pyélonéphrite.

La tumeur s'accroît rapidement, envoie des prolongements dans la vessie qui peuvent obstruer l'urèthre et même les uretères (Edington).

L'état général devient rapidement mauvais ; vers la fin de la maladie la fièvre apparaît et le malade succombe en général dans l'année qui suit l'apparition des troubles urinaires.

Chez le vieillard les symptômes sont beaucoup moins accusés. L'augmentation de volume de la tumeur est beaucoup moins considérable ; l'abdomen est très peu distendu et les troubles urinaires sont moins prononcés, ils rappellent ceux que l'on observe dans l'hypertrophie prostatique. Il est exceptionnel d'observer au début une crise de rétention complète comme chez l'enfant. Le cathétérisme est beaucoup plus facile. La tumeur fait saillie dans le rectum, le comprime, entraînant de la constipation opiniâtre, l'apparition de matières rubanées (Socin) et même des accidents d'occlusion qui ont



décidé Marsh à pratiquer chez un malade un anus iliaque.

Cette lenteur dans l'évolution du sarcome de la prostate chez l'adulte et le vieillard a permis à certains chirurgiens de procéder à l'ablation de la tumeur et de prolonger ainsi de quelque temps la vie de leurs malades.

Elle explique en outre que certains auteurs comme Paschkiss aient pu constater des noyaux métastatiques sous la peau du front, de l'aisselle et du scrotum.

L'observation suivante va nous montrer le tableau clinique le plus fréquemment observé au cours de cette maladie :

---

#### OBSERVATION INÉDITE

(Due à l'obligeance de M. le Docteur CLERMONT, chef de clinique chirurgicale)

Jeune garçon de 14 ans, qui, bien portant jusqu'au mois de juin dernier, vît à cette époque ses mictions devenir plus fréquentes. Cet enfant qui était dans un lycée demandait à chaque instant à sortir de l'étude ou de la classe, causait du désordre et fut, pour ce motif, invité à rentrer dans sa famille avant le commencement des vacances. Mais les mêmes symptômes ne s'atténuent pas, ils s'exagèrent au contraire jusqu'au jour où à la suite d'une promenade un peu longue à bicyclette, le



malade ne peut pas uriner, c'était vers le 15 août. Un médecin appelé introduit, non sans peine, une sonde molle et vide la vessie. Le lendemain et les jours suivants la même opération doit être renouvelée.

Jusqu'à ce moment les urines étaient très claires et l'examen qui en avait été fait plusieurs fois avait été toujours négatif.

Mais après une série de cathétérismes car les mictions spontanées n'étaient pas revenues, cathétérismes pratiqués par la mère du petit malade, les urines deviennent troubles, purulentes ; l'enfant a de la fièvre de temps en temps, maigrit, perd l'appétit et le sommeil.

Au mois de septembre, un chirurgien consulté trouve « au-dessus du pubis, dans la région vésicale, une masse molle, non douloureuse, et pense à un néoplasme vésical ».

Nous voyons cet enfant dans les premiers jours d'octobre. Il est pâle, amaigri, les traits tirés, marchant péniblement et légèrement courbé. Le malade couché et le ventre découvert, on sent par la palpation une tumeur qui occupe toute la région hypogastrique jusqu'à l'ombilic. Elle donne l'impression d'un globe vésical distendu. Le malade est sondé et on évacue ainsi 600 grammes d'urine nettement purulente. La tumeur hypogastrique s'est affaissée, a diminué de volume, mais n'a pas complètement disparu ; en effet elle n'atteint plus qu'ele milieu de l'espace pubio-ombilical, surtout perceptible et accentuée à gauche où elle semble



déborder sur la fosse iliaque ; elle paraît assez dure, régulière, non bosselée et non douloureuse.

Le toucher rectal montre que la tumeur remplit tout le petit bassin ; elle arrive presque jusqu'à la périnée sans cependant le faire bomber, refoule le rectum en arrière et s'étend latéralement jusqu'aux parois du petit bassin ; elle est immobile, régulière, arrondie, refoulant la paroi antérieure du rectum, de consistance uniforme, indolore et rénitente. Le palper abdominal et le toucher combinés montrent qu'il s'agit d'une seule tumeur à évolution à la fois abdominale et périnéale.

Les urines ne contiennent pas de sang ; d'ailleurs, on n'a jamais, dans le cours d'une affection, constaté l'apparition de la moindre hématurie. Les reins ne sont pas augmentés de volume, puisque ni à droite ni à gauche ils ne sont perceptibles.

Les autres organes de l'économie, successivement et longuement examinés, ne nous témoignent aucun symptôme pathologique.

Les poumons, le cœur, les organes digestifs sont normaux ; le foie, la rate ne sont pas hypertrophiés ; on note toutefois une constipation opiniâtre qui s'explique facilement par la compression du rectum ; mais dans les selles qui ont toujours conservé leur aspect habituel on n'a jamais constaté la présence de sang.

Les ganglions lymphatiques de la région inguinale et des autres régions ne sont pas hypertrophiés. Les tes-



ticules sont tous deux descendus dans le scrotum et ont leur volume normal.

Devant ces symptômes caractérisés par l'évolution rapide d'une tumeur dans le petit bassin, tumeur qui refoule en avant la vessie comprimant l'urèthre, et en arrière le rectum, tumeur régulière, indolente, et renitente nous avons pensé d'emblée à un kyste hydatique du petit bassin. Sans doute, le malade interrogé à ce point de vue ne présentait aucun des signes secondaires, tels que dégoût des matières grasses, urticaire, etc. ; sans doute aussi en explorant la tumeur, nous n'obtenions pas le frémissement hydatique ; mais ces faits négatifs n'étaient pas suffisants pour faire rejeter le diagnostic. Certes pour confirmer notre hypothèse, nous aurions dû pratiquer le séro-diagnostic de l'échinococcose.

Mais la famille prévenue n'a pas voulu subir ce nouveau retard ; d'ailleurs l'état général franchement mauvais du malade nécessitait une thérapeutique urgente.

L'intervention fut pratiquée le 6 octobre, avec l'aide de M. Ducuing. Après la laparatomie sous-ombilicale j'aperçois le pôle supérieur de la tumeur dont l'aspect de la paroi, fibreuse, dure, régulière, semble confirmer le bien fondé de notre hypothèse un trocart est enfoncé dans la tumeur, mais à l'autre extrémité du tube, par l'entonnoir de verre, aucune goutte de liquide ne s'écoule — je retire le trocart et ponctionne en un autre point, même résultat : le diagnostic était



faux, ce n'était pas un kyste hydatique, mais vraisemblablement une tumeur développée soit aux dépens des parois du petit bassin soit aux dépens de la prostate, tumeurs que nous avons éliminées de par leur extrême rareté.

Pour confirmer cette nouvelle hypothèse, j'incise la capsule de la tumeur et à travers les lèvres de l'incision je vois un tissu jaunâtre franchement lipomateux qui, sous le doigt, se laisse facilement décoller de la capsule. J'agrandis mon incision et je me mets en mesure d'énucler la tumeur ; cette manœuvre est facile surtout sur les parois latérales ; plus délicate dans le fond de cul-de-sac de Douglas et surtout dans la région sous-vésicale ; là la tumeur est fortement adhérente, présente un aspect lardacé, ne se décolle pas mais se déchire sous la moindre traction ; le point d'origine est évidemment au niveau de la prostate qui n'a plus sa forme normale ; l'hémorragie qui se produit n'est pas très considérable ; sur les parois latérales du petit bassin nous voyons les uretères qui sont un peu dilatés ce que nous suivons jusqu'à la vessie. Ils sont intacts et il en est de même du rectum. Au niveau de la prostate restent des débris de la tumeur que nous enlevons d'une façon à peu près complète avec les ciseaux.

Nous plaçons un gros drain, nous bourrons cette cavité suintante de mèches la péritonisation étant évidemment impossible et nous terminons rapidement l'intervention qui a duré 40 minutes.

Dans la journée on fait une injection de sérum de



200 grammes. Le soir la température est à  $37^{\circ}2$ , le pouls à 90. Le soir même le malade a une miction spontanée.

Le lendemain l'état général se maintient ; la température oscille autour de 37, le pouls à 100. L'aspiration faite matin et soir par le drain, ramène un liquide séro-sanguinolent en faible abondance ; le 3<sup>e</sup> jour plusieurs selles se produisent après un lavement.

Les mèches sont mobilisées, l'enfant se trouve mieux, urine toujours seul, demande à manger.

Mais dans la nuit du quatrième jour, brusquement, le pouls faiblit, il ne se produit pas de vomissements, le ventre n'est ni douloureux ni ballonné ; pas d'hémorragie, car il ne s'écoule rien par le drain ; on fait des injections de sérum, de caféine, d'huile camphrée mais sans succès, l'enfant meurt quelques heures après.

L'examen histologique d'un fragment de la tumeur, pratiqué par M. le professeur Rispal, a montré qu'il s'agissait d'un myxo-sarcome à grosses cellules rondes.

---

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

---

Nous examinerons successivement les lésions de la prostate elle-même et celles des organes voisins.

En règle générale la prostate est augmentée de volume et cette hypertrophie est plus considérable chez l'enfant que chez l'adulte. Les dimensions sont variables ; la tumeur, petite dans certains cas, peut atteindre dans d'autres la grosseur d'une tête d'enfant. Elle occupe le bassin, s'élevant au-dessus du pubis et parfois même arrivant jusqu'à l'ombilic. Au lieu d'évoluer vers l'abdomen, la tumeur ne développe parfois vers la région périnéale où certains auteurs l'ont vue faire saillie.

La tumeur présente le plus souvent une forme ovoïde ; parfois son aspect est papillomateux ou plus ou moins lobulé ; elle envahit toute la prostate dans le plus grand nombre de cas ; mais il en est d'autres où c'est le lobe droit qui est surtout envahi (Wind, Kaufmann), ou le lobe gauche (Socin et Burckhardt, Tordens), ou enfin le lobe médian (Barth).

Sa surface est en général lisse, parfois bosselée. La tumeur est bien délimitée, comme encapsulée. Sa



consistance est ferme pour certains auteurs, molle pour d'autres et même fluctuante ; d'ailleurs ces divers états peuvent co-exister sur la même tumeur. Pour Socin et Burckhardt, les sarcomes-globo et fuso-cellulaires sont durs, tandis que les sarcomes à petites cellules sont mous.

A la coupe, la tumeur présente un aspect blanchâtre lardacé. Elle a une surface lisse, coupée de bandes fibreuses, tantôt au centre, tantôt à la périphérie ne voient des cavités kystiques et des foyers hémorragiques en voie de régression, parfois aussi de gros vaisseaux.

Les organes voisins sont adhérents à la tumeur ou sont envahis par elle. Les premiers intéressés sont la vessie et le rectum. La vessie est comprimée et refoulée en haut et en avant ; elle est parfois dilatée et peut arriver jusqu'à l'ombilie (Greig) ; exceptionnellement la vessie est ratatinée (Coupland, Dupraz). Les parois sont généralement saines ou légèrement infiltrées. La muqueuse recouvre les saillies formées par la tumeur, plus ou moins pédiculées et siégeant surtout au niveau du trigone ou du col. Parfois la muqueuse est perforée et la tumeur fait saillie dans la vessie.

Le rectum est également comprimé et adhérent à la tumeur au niveau de sa paroi antérieure. La muqueuse est saine, sauf dans les cas rapportés par Socin-Burckhardt et par Bobbio.

L'urèthre est également lésé, mais seulement dans sa portion prostatique. Il est rétréci, dévié à droite ou



à gauche ; ses parois sont infiltrées dans cette même région ; sa lumière peut être obstruée par des formations polypeuses.

Les vésicules séminales et les canaux déférents sont normaux, parfois infiltrés, mais rarement envahis par le tissu sarcomateux (Kaufmann, Bobbio).

Les voies urinaires sont rarement envahies dans leur portion supérieure. Mais elles sont lésées secondairement, soit par compression, soit par infection. Les uretères sont dilatés ; les bassinets le sont également ; et les reins sont parfois atrophiés. On peut observer de la pyonéphrose ou de la pyélonéphrite.

Parfois le tissu sarcomateux envahit le tissu cellulaire rétropéritonéal et prérectal, l'intestin grêle, le colon, l'épiploon, le péritoine et même les os du bassin (Kaufmann).

Les ganglions sont indemnes en général, surtout chez l'enfant. Les premiers pris sont les ganglions sacrés, puis les ganglions inguinaux et une fois les ganglions cervicaux.

Le sarcome de la prostate s'accompagne souvent de métastases, surtout au niveau des poumons et de la plèvre, puis du squelette, du pancréas, de la dure-mère, des reins, du foie, et exceptionnellement au niveau de la rate, de l'artère méningée moyenne et de la muqueuse gastrique.

---



## HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

---

Si, à l'exemple de Proust et Vian, nous adoptons la classification proposée par Brault, nous voyons que le sarcome de la prostate est loin de présenter un type unique, mais présente au contraire de nombreuses variétés. Nous distinguerons tout d'abord les sarcomes à tissu unique et les sarcomes à tissus multiples.

Les sarcomes à tissu unique forment le groupe le plus nombreux puisqu'ils comprennent environ les deux tiers des cas observés.

Ce groupe comprend plusieurs variétés :

1° *Sarcomes globo-cellulaires*. — Tantôt ces tumeurs sont constituées par de petites cellules rondes ou polyédriques, par pression réciproque, d'égales dimensions deux fois et demie plus grandes qu'un globule rouge, à gros noyau, très pauvres en protoplasma, accolées les unes aux autres ou séparées sur certains points par une substance inter-cellulaire, très peu abondante. On a parfois distingué quelques vaisseaux sanguins. Tel est le cas des sarcomes observés par Socin (obs. II), Kaufmann (obs. V), Rose (obs. VIII),



Oliva (obs. XXI), Guyon (obs. XXIII), Hughes (obs. XXXI), et Gibson (obs. XXX).

Plus rarement on a affaire à des sarcomes à grosses cellules rondes. Les vaisseaux dilatés sont assez nombreux ; on peut aussi y remonter des cavités kystiques hémorragiques. On y retrouve rarement du tissu prostatique. Graetzer (obs. XIX), Socin (obs. XXXVI) et Dupraz (obs. XLI) en ont publié des observations. Le malade de Dupraz présentait en même temps un sarcome de l'omoplate, Ménocal (obs. XXV), a également publié un cas de sarcome glôbo-cellulaire intéressant, en ce que la prostate contenait un abcès qui fut incisé. Dans le pus on trouva du gonocoque et l'infection y avait été apportée par une sonde avec laquelle on avait cathétérisé le malade.

2° *Sarcomes fuso-cellulaires*. — Assez fréquents, ils présentent une consistance plus ferme que les précédents. Chez le malade de Wind (obs. XIV), toutes les cellules fusiformes sont petites. Mais c'est là une exception, car le plus souvent on y rencontre de grandes et de petites cellules inégalement réparties, disposées en séries allongées. Les vaisseaux y sont assez nombreux, sans paroi propre, limités par les éléments néoplasiques. En certains points Tordens (obs. III), a vu de la dégénérescence myxomateuse, et Isambert (obs. XVII), un tissu assez analogue à des fibres musculaires striées.

A la périphérie de la tumeur Marsh (obs. XXXVIII),



a vu du tissu fibreux qui formait une capsule très nette. Le malade de Bland Sutton (obs. XVI), mourut d'une hémorragie consécutive à une incision que l'on fit au niveau de la tumeur.

3° *Sarcomes à cellules polymorphes*. — Ces tumeurs constituées par des cellules rondes et fusiformes présentent parfois des foyers de dégénérescence myxomateuse comme l'ont remarqué Schalek (obs. IX), Barth (obs. XX), West (obs. XXIV) et Spanton obs. XXXIX), Bobbio (obs. XXII), a remarqué des plasmodes et des fibres conjonctives ébauchées.

4° *Lymphosarcomes*. — Deux cas ont été publiés, l'un par Kaufmann (obs. XXVI), l'autre par Coupland (obs. XXIX). La tumeur est alors constituée par du tissu réticulé rempli par de petites cellules lymphoïdes ou par des cellules plus volumineuses présentant les caractères des leucocytes.

#### B. SARCOMES A TISSUS MULTIPLES

Ce groupe, moins nombreux que le précédent, comprend plusieurs variétés de tumeurs.

1° *Myxo-sarcomes*. — Dans ce cas les éléments sarcomateux sont mélangés à du tissu muqueux très nettement différencié. Ces tumeurs ont été signalées par Lévy (obs. XI), par Spranton (obs. XIII), par Verhoogen (obs. XXXVII), par Edington (obs. VI) et enfin par



Clermont (obs. XVIII) dont nous rapportons dans ce travail l'observation inédite.

2° *Augio-sarcome*. — C'est Kaufmann qui en a donné la première description à propos d'un malade de Socin et Burckhardt (obs. XXXIV). L'axe des formations dont l'ensemble constitue la tumeur est occupé par un vaisseau sanguin. Autour de ce vaisseau, affectant une disposition rayonnée, sont disposées les cellules sarcomeuses fusiformes.

Un autre cas a été observé par Mathias (obs. XL).

3° *Choudro-sarcome*. — Un seul cas en a été publié. C'est celui de Kapsammer (obs. XXXII), où l'auteur a constaté à côté d'éléments globo-cellulaires, la présence de nombreux îlots de cartilage hyalin.

4° *Adéno-sarcome*. — Ces deux éléments étaient combinés chez un malade de Birsch-Hirschfeld (obs. VII).

5° *Myo-sarcome*. — C'est Paschkiss (obs. XXXV) qui a signalé le seul cas observé jusqu'à présent.

6° *Fibro-myome*. — Le cas de Lévy (obs. XXXIII), dont le diagnostic primitif était celui de sarcome fusocellulaire, mis en doute plus tard par le professeur von Kahliden. Pour celui-ci les cellules fusiformes ressembleraient à des cellules musculaires lisses. Les vaisseaux sanguins seuls, bien que rares, n'ayant pas de paroi différenciée ressembleraient à ceux que l'on trouve dans les sarcomes.



7° *Rhabdomyome malin.* — C'est Kaufmann (obs. IV, X, XXVIII) qui en a publié les premiers cas. Il en a observé trois : deux chez des enfants de 9 mois et de 4 ans, le troisième chez un jeune homme de 26 ans. Plus récemment Greig (obs. XII) a signalé un cas chez un enfant de 4 ans.

L'examen histologique de ces tumeurs montre qu'elles sont constituées par des cellules fusiformes, avec dégénérescence myxomateuse en certains endroits. Mais le caractère le plus important est que l'on y trouve « de grandes cellules, le plus souvent polynucléées, tantôt arrondies, tantôt polygonales, tantôt pyriformes ou étoilées, ayant des prolongements analogues à ceux des cellules nerveuses, et souvent une fine membrane d'enveloppe fibreuse, le plus souvent séparée du corps cellulaire par un espace vide. On note également sur ces cellules une striation longitudinale et parfois aussi transversale..... On peut voir toutes les formes de transition entre les petites formes cellulaires décrites plus haut, et les bandes et fibres musculaires de longueur, de largeur, et de forme très variables, qui apparaissent les unes non striées, les autres striées longitudinalement, ou même transversalement sur une étendue plus ou moins grande. La situation des fibres, les unes par rapport aux autres, montre tantôt une tendance à la disposition fasciculée, tantôt au contraire, un entremêlement désordonné ».

Aux observations que nous énumérons dans ce chapitre, nous devons ajouter celles de Rose (obs. I), de

Van der Hoeven (obs. XV), et de Stein (obs. XXVII),  
pour lesquelles ces auteurs ont porté le diagnostic de  
sarcome, après examen microscopique, mais sans en  
préciser la variété.

---



## DIAGNOSTIC

---

Une crise subite de rétention d'urine chez l'enfant, et l'apparition d'une tumeur au niveau de l'hypogastre et du périnée suivie de troubles de l'état général aboutissant rapidement à la cachexie permettront, si l'on y songe, de porter le diagnostic de sarcome de la prostate.

Chez le vieillard les troubles de la miction et de la défécation, les phénomènes de cachexie devront également y faire songer.

On devra éviter de confondre le sarcome de la prostate avec :

1° *le sarcome de la vessie.* — Ce diagnostic peut être parfois difficile à faire surtout quand le sarcome se développe au niveau du bas-fond vésical et chez les tout jeunes enfants. Chez l'adulte le toucher rectal permettra de constater que la prostate n'a pas augmenté de volume.

2° *un kyste hydatique du petit bassin.* — Dans ce cas l'évolution est beaucoup plus lente. Le frémissement hydatique est ordinairement absent, mais des

symptômes secondaires comme l'urticaire, le dégoût des matières grasses, permettent de songer à cette affection. Enfin, si l'état du malade le permet, la recherche de l'eosinophilie et la réaction de fixation de Weinberg et Parvu permettront de porter à coup sûr le diagnostic de kyste hydatique.

3° *les abcès du périnée.* — Mais la notion des lésions antérieures de l'urèthre, où les signes locaux élimineront finalement ce diagnostic.

4° *l'hypertrophie de la prostate.* — Cette affection ne s'observe que chez le vieillard. Dans ce cas, les troubles de dysurie sont plus marqués ; la prostate a une forme plus régulière et provoque moins souvent des troubles dus à la compression du rectum. Enfin, l'allongement de l'urèthre dans sa portion prostatique est beaucoup plus appréciable.

5° *l'épithélioma de la prostate.* — Evoluant chez le vieillard l'épithélioma a une consistance beaucoup plus dure que celle du sarcome. Il s'accompagne en outre d'hématuries et envoie des prolongements qui peuvent comprimer le plexus sacré.

Cependant le diagnostic de sarcome est loin d'être porté sans difficultés. Nous en avons la preuve dans la plupart des observations où nous voyons que le sarcome de la prostate n'a été affirmé le plus souvent que par l'examen histologique d'un fragment de tumeur prélevé soit au cours d'une opération exploratrice, soit post mortem.



## PRONOSTIC ET TRAITEMENT

---

Le sarcome de la prostate présente un tel caractère de malignité que la chirurgie est actuellement impuissante à en arrêter l'évolution.

Chez l'enfant le traitement palliatif est le seul indiqué. Pour combattre la rétention on devra faire une cystostomie sus-pubienne. On évitera autant que possible l'incision du périnée qui entraînerait l'infection de la tumeur et lui permettrait de se développer au dehors.

Toute autre intervention semble inutile. Bayer, en effet, extirpa la tumeur avec la vessie chez un enfant de trois ans et trois mois par la voie sus-pubienne, sectionna les canaux défférents et aboucha les uretères dans le rectum. L'enfant mourut cinq jours après.

Gratzer fut obligé de s'arrêter au cours d'un intervention par voie périnéale à cause d'une hémorragie trop abondante. Son malade mourut vingt-huit jours plus tard.

Chez l'adulte la tumeur évoluant moins rapidement peut permettre au chirurgien d'intervenir. Mais par quelle voie ? Fuller emprunte la vois sus-pubienne,

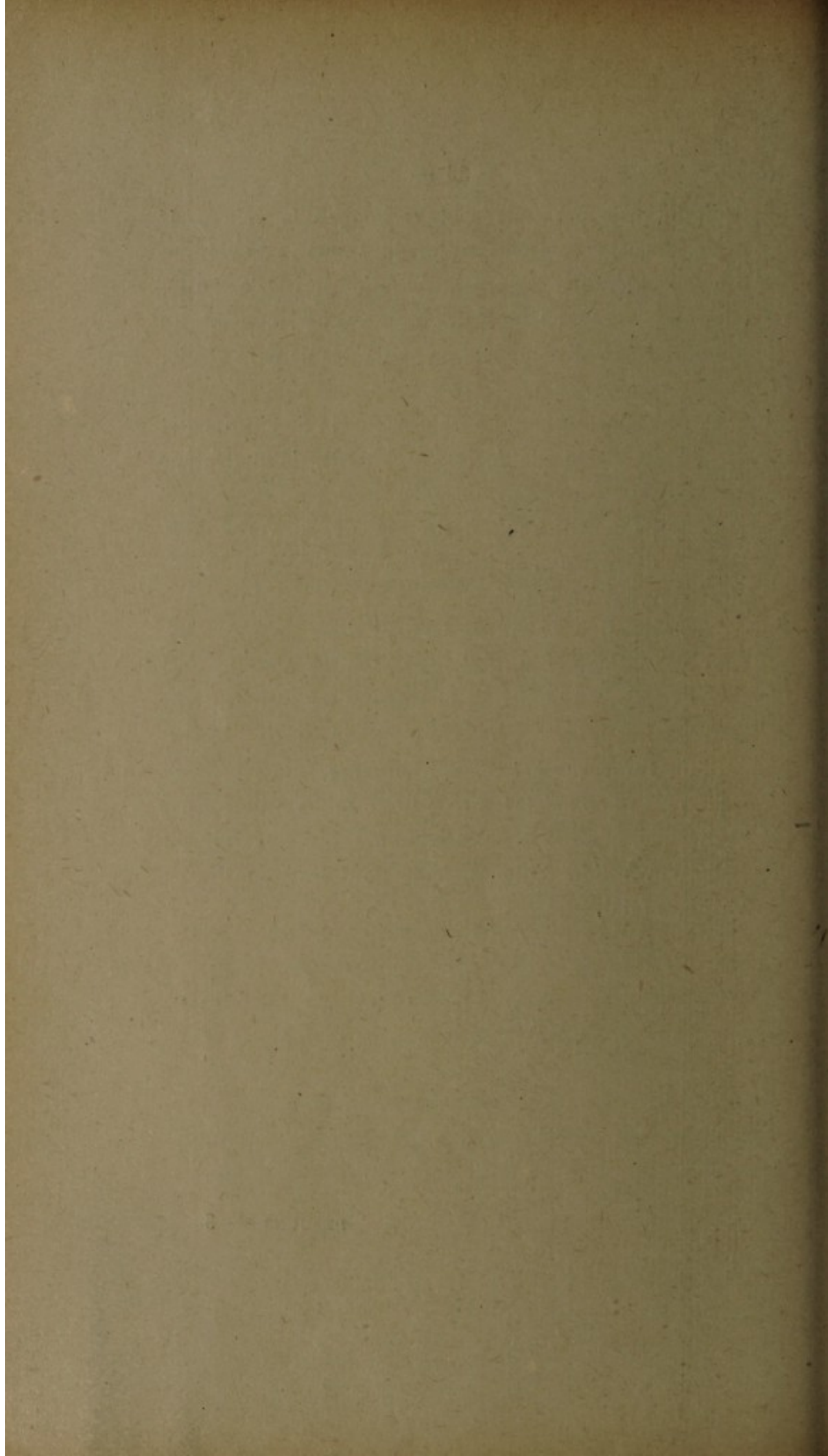
Socin la voie para-sacrée et Verhoogen la voie périnéale. Proust recommande pour les tumeurs de volume peu considérable la prostatectomie périnéale large, telle que Young l'a réglée pour le cancer, et pour les tumeurs très volumineuses ou saillantes dans la vessie, la voie transvésicale.

La prostatectomie a donné une survie de cinq ans et demi à un malade de Socin-Burckhardt, de quatre ans à un malade de Gowan, de onze mois à un malade de Fuller et de neuf mois à un malade de Verhoogen. Dans ce dernier cas, la tumeur adhérait déjà aux muscles releveurs de l'anus.

L'intervention chirurgicale peut donc amener chez l'adulte une survie suffisamment longue pour la légitimer. Encore faut-il que la tumeur ne soit pas trop développée ; d'où la nécessité d'un diagnostic précoce.

Si la tumeur est trop volumineuse, nous croyons qu'il vaut mieux s'abstenir de toute intervention grave et difficile, comme la prostatectomie, qui ne ferait que hâter l'évolution d'une maladie dont le pronostic est toujours fatal.





## OBSERVATIONS

---

Nous avons divisé les observations de sarcome de la prostate en deux groupes :

1° Cas certains dont le diagnostic est affirmé par l'examen microscopique ;

2° Cas probables qui ne s'accompagnent pas d'examen microscopique, ou qui manquent de détails suffisants.

Toutes ces observations sont très résumées, et nous n'avons signalé pour chacune d'elles que les points les plus saillants. Elles sont classées d'après l'âge des malades.

### A. Cas certains

#### OBSERVATION PREMIÈRE

ROSE (E.). — Zwei Fälle von Prostata tumoren bei Kinder (Communication à la « Frei Vereinigung des Chirurgen Berlins » 119<sup>e</sup> séance, 11 novembre 1901).

Enfant, 5 mois. Rétention complète. Cathétérisme impossible. Cystostomie. Développement rapide de la tumeur prostatique. Compression du rectum. Mort. — Sarcome à petites cellules. Consistance molle. Maladie : 22 jours.



## OBSERVATION II

SOCIN (A). — Die Krankheiten der Prostata (Haudbuch der Chirurgie de Pitha et Billroth, Stuttgart, 1871-1875, t. III, p. 106-107) et Socin et Burckardt : Die Verletzungen und Krankheiten der Prostata (Deutsche chirurgie de Von Bergmann et Bruns. Stuttgart, 1902, p. 389-390).

Enfant de 8 mois. Rétention d'urine. Mictions par regorgement. Tumeur remontant à l'ombilic. Mort. — Sarcome globo-cellulaire. Consistance molle. — Maladie : 15 semaines.

## OBSERVATION III

TORDENS. — Tumeur abdominale, sarcome de la prostate chez un enfant de 9 mois (Journal de méd. de chirur. et de pharmac., Bruxelles, 1890, vol. XC, p. 405-412).

Enfant de 8 mois. Tumeur abdominale volumineuse, indolore. Troubles tardifs de la miction et de la défécation. Mort. — Sarcome fuso-cellulaire avec dégénérescence myxomateuse. — Maladie : 18 jours.

## OBSERVATION IV

KAUFMANN. — In Socin et Burckardt (loc. cit. p. 396-402).

Enfant de 9 mois. Mictions douloureuses. Distension de la vessie Cathétérisme difficile. Mort. — Rhabdomyome malin. Consistance ferme. Pas de saillie de la vessie. — Maladie : 7 semaines.

### OBSERVATION V

KAUFMANN. — (loc. cit. p. 390).

Enfant de 1 an et demi. Rétention complète subite.  
Mort. — Sarcome globo-cellulaire avec dégénérescence  
myxomateuse et graisseuse. — Maladie : 11 jours.

### OBSERVATION VI

EDINGTON. — Myxosarcome de la prostate chez un enfant (Communication au LXX, VII<sup>e</sup> Congrès de l'Ass. Méd. Brit. Belfast, 27-30 juillet 1909, in the Brit. Méd. Journal, n<sup>o</sup> 2542, 18 septembre 1909, p. 754-756).

Enfant de 21 mois. Incontinence. Œdème de la  
cuisse et du genou gauches. Consistance dure, lisse.  
Mort. — Myxo-sarcome. Reins légèrement hydroné-  
phrotiques. Polypes obstruant l'urèthre et les uretères.

### OBSERVATION VII

BIRSCH-HIRSCHFELD. — Lehrbuch der path. Anat. Leipzig 1895  
II, p. 1008.

Enfant de 2 ans. Tumeur à développement rapide.  
Mort. — Adémo-sarcome.

### OBSERVATION VIII

ROSE (E). — (loc. cit).

Enfant de 2 ans et demi. Tumeur abdominale. Mictions goutte à goutte par regorgement. Cathétérisme difficile. Adénite inguinale. Cystostomie. Mort. — Sar-



come à petites cellules rondes. — Maladie : trois semaines.

#### OBSERVATION IX

SCHALEK (A). — Über einen Fall von Primären Sarkom der Prostata bei einen 3  $\frac{1}{4}$  Jährigen Knaben (Prager medicin. Woch. t. XXIV, 1899, p. 547-553).

Enfant 3 ans 3 mois. Rétention complète. Cathétérisme difficile. Adénite inguinale. Tumeur abdominale. — Sarcome à cellules polymorphes. — Maladie : deux mois.

#### OBSERVATION X

KAUFMANN. — (loc. cit. p. 403-405).

Enfant de 4 ans. Douleurs urétrales. Rétention complète. Cathétérisme difficile. Tumeur jusqu'à l'ombilic. Adénite inguinale. Mort. — Rhabdomyome malin. — Maladie : cinq mois.

#### OBSERVATION XI

LÉVY (L). — Zur Kasuistik der Prostatageschwülste im Kindesalter (Müncher méd. Woch, 10 mars 1903, n° 10, p. 430-431).

Enfant de 4 ans. Rétention complète. Cathétérisme difficile, et même impossible à la fin. Cystostomie sus-pubienne. Tumeur bombant au périnée. — Myxo-sarcome. — Maladie : deux mois et demi.

### OBSERVATION XII

GREIG. — Un cas de rhabdomyosarcome de la prostate chez un enfant de quatre ans (*The Brit. Journ. of. Childern's. Dis.* 1908, n° 5, mai, p. 185-189).

Enfant de 4 ans. Incontinence d'urine. Pollakiurie très douloureuse. Vessie à l'ombilic. Consistance dure. Taille hypogastrique. Mort dix jours après. Cellules sarcomateuses fusiformes ; fibres musculaires striées.

### OBSERVATION XIII

SPANTON. — Myxosarcoma of prostate and bladder (*Transact of the path. Soc. of London*, t. XLII, 1891, p. 218) et Ailen, sarcome of prostatae (*Provinc. méd. Journal*, 1891, X, p. 208).

Enfant de 6 ans et demi. Adénite inguinale. Mictions douloureuses et difficiles. Cathétérisme impossible. Tumeur prostatique à développement rapide. Ponction sus-pubienne. Mort. — Myxo-sarcome. Consistance molle. — Maladie : treize semaines.

### OBSERVATION XIV

WIND (A). — Die malignen tumoren der Prostata im Kindesalter (*Inaug. Diss. München*, 1888).

Enfant de 5 ans et demi. Mictions douloureuses. Vessie distendue. Rétention complète. Cathétérisme très difficile. Tumeur arrondie remontant à l'ombilic. Mort. — Sarcome à petites cellules fusiformes. Consistance très ferme. — Maladie : trois mois et demi.



### OBSERVATION XV

VAN DER HEEVEN (J). — Sarcom van der Prostata (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk, 1903, n° 16, 18 avril, p. 923).

Enfant de 6 ans et demi. Rétention d'urine ; cathétérisme. On suppose calcul vésical. Uretrotomie externe. Cystostomie sus-pubienne. Développement rapide de la tumeur. Mort. — Sarcome. — Maladie : trois mois.

### OBSERVATION XVI

BLAND SUTTON. — (Communication à la « Clinical. Soc. of London » 9 avril 1897, in Brit. med. Journ. 1897, I, 17 avril, p. 976).

Enfant de 7 ans. Tumeur pointant au périnée comme un abcès. Incision provoquant hémorragie. Mort. — Sarcome fuso-cellulaire.

### OBSERVATION XVII

ISAMBERT. — Tumeur de la prostate : rétention d'urine, néphrite purulente. Mort (Bull. de la Soc. anat. de Paris : mars, 1853, XXVIII, p. 97-102).

Enfant de 8 ans et demi. Rétention d'urine. Cathétérisme difficile. Tumeur volumineuse remontant à l'ombilic. Mort. — Sarcome fuso-cellulaire. — Maladie : sept mois.

### OBSERVATION XVIII

CLERMONT. — Observation inédite.

Enfant de 14 ans. Au début pollakiurie, rétention d'urine. Urines deviennent purulentes. Tumeur réniforme atteignant le milieu de l'espace pubo-vésical. Constipation opiniâtre. On pense à un kyste hydatique du petit bassin. Mort. — myxo-sarcome. — Maladie : cinq mois.

### OBSERVATION XIX

GRAETZER. — Zur Statistik der Prostatasarkome (Inaug. Diss. Würzburg, 1895).

Enfant de 14 ans et demi. Troubles de la miction. Tuméfaction de la région périnéale. Cathétérisme facile. Prostatectomie périnéale incomplète à cause de l'hémorragie. Mort vingt-huit jours après. — Sarcome à grosses cellules rondes. — Maladie : cinq mois.

### OBSERVATION XX

BARTH. — (Obs. II). Ueber Prostatasarkom (Archiv. f. Klin. Chir. 1891, t. XLII, 4, p. 757).

Jeune homme de 17 ans. Rétention d'urine. Douleurs. Cathétérisme difficile. Urines purulentes. Taille périnéale. Prolifération rapide de la tumeur au niveau de la plaie. Mort. — Sarcome fuso-cellulaire. — Maladie : neuf semaines.



### OBSERVATION XXI

OLIVA. — Di un sarcoma prostatico (Oss. Torino, 1883, XXX, p. 609, 625, 641, 657 et Gaz. della Clin. 1883, n° 39-42).

Jeune homme de 18 ans. Mictions difficiles. Rétention. Cathétérisme difficile. Tumeur abdominale volumineuse. Taille périnéale. Ponction sus-pubienne. Mort. — Sarcome à petites cellules rondes. — Maladie : sept mois.

### OBSERVATION XXII

BOBBIO (L.). — Contribution à l'étude des sarcomes de la prostate (Clinique Chirurg. 1908, t. XVI, n° 12, p. 2040-2052).

Jeune homme de 18 ans. Blénnorrhagie depuis huit mois mal guérie. Brusquement rétention, fièvre, douleurs. On pense à prostatite aiguë. Incision prérectale. Prostate molle. Mort au bout de quatre mois. — Sarcome polymorphe avec plasmodes et fibres conjonctives ébauchées.

### OBSERVATION XXIII

GUYON. — (Voir Proust et Vian : le sarcome de la prostate : Annales des mal. des organes genito-urinaires, 1907, p. 727-730).

Jeune homme de 19 ans. Rétention avec distension et miction par regorgement. Tumeur périnéale. Incision prérectale. Accroissement rapide de la tumeur abdominale. — Sarcome à petites cellules rondes. Mort. — Maladie : treize mois.

OBSERVATION XXIV

WEST (S.). — Sarcoma of prostate and bladder of very rapid development (Transact. of the Pathol. Soc. of London, 1883, vol. XXXIV, p. 145).

Jeune homme de 21 ans. Difficulté de la miction. Vessie distendue. Cathétérisme. Hématurie. — Sarcome à petites cellules rondes et fusiformes. — Maladie : un mois.

OBSERVATION XXV

MENOCAL. — Sarcome de la prostate (Revue de Med. y Cir. de la Habana, 1909, t. XIV, p. 59-64).

Jeune homme de 21 ans. Rétention. Tuméfaction prérectale. Incision. Gros abcès prostatique contenant du gonocoque à la suite d'un cathérisme. Tumeur se développe. Mort deux mois et dix jours après son entrée à l'hôpital. — Sarcome globo-cellulaire.

OBSERVATION XXVI

KAUFMANN. — (Loc. cit.).

Jeune homme de 24 ans et demi. Aucun symptôme clinique. — Lymphosarcome.

OBSERVATION XXVII

STEIN (A.). — Ueber die exstirpation der Prostata wegen maligner Neubildungen (comm. au XVIII<sup>e</sup> Congrès allemand de Chirurgie publié in Archiv. f. klin. chir. 1889, XXXIX, 3, p. 537-554).

Jeune homme de 25 ans. Rétention d'urine. Cathétérisme difficile et douloureux. Troubles de la défécation.



Durcissement rapide de la tumeur. Cathétérisme devenu impossible. Taille hypogastrique. Mort. — Sarcome. — Maladie : neuf mois et demi.

#### OBSERVATION XXVIII

SOCIN ET BURCKHARDT. — (Loc. cit.).

Jeune homme de 26 ans. Vomissements. Douleurs dans divers os et articulations. Marche pénible. Défécation douloureuse. Pas de troubles urinaires. Mort. — Rhabdomyome malin. — Maladie : cinq mois.

#### OBSERVATION XXIX

COUPLAND-LYMPHOMA. — (lympho-sarcoma), of the prostate. Secondary nodules in pancreas and suprarenal capsule (Transact. of the pathol. Soc. of London, vol. 28, 1877, p. 179).

Jeune homme de 29 ans. Cystite. Rétention d'urine. Cathétérisme. Hématurie abondante. Diarrhée. Mort. — Lymphosarcome. — Maladie : cinq mois.

#### OBSERVATION XXX

GIBSON (L.). — Sarcome de la prostate (The Jour. of the Amer. Med. Assoc. t. LIV, n° 17, 23 avril 1910. p. 1372-1373).

Homme de 34 ans. Depuis deux mois pollakiurie nocturne. Douleurs dans le ventre. Masse dure allant de l'ombilie au pubis. Cathétérisme facile. Opération exploratrice. Augmentation rapide de la tumeur malgré l'emploi du sérum de Coley. Mort. — Sarcome à petites cellules.

OBSERVATION XXXI

HUGUES. — Sarcoma of the prostate gland (Philadelphia med. Times, 16 décembre 1882, vol. XIII, p. 205).

Homme de 35 ans. Rétention d'urine après difficulté de la miction. Cathétérisme impossible. Ponction sus-pubienne. Tumeur remontant à l'ombilic. Taille périméale. Péritonite. Mort. — Sarcome globo-cellulaire.

OBSERVATION XXXII

KAPSAMMER. — Ein Beitrag zur Klinik der Prostatatumoren (Wiener klin. Woch, 1903, n° 5).

Homme de 40 ans. Mictions difficiles. Rétention d'urine. Cathétérisme. Cystite. Hématuries. Mort. — Sarcome enchondromateux. — Maladie : neuf mois.

OBSERVATION XXXIII

LÉVY (R.). — Ueber einen Fall von primæren Binde substanz. Tumor der prostata (Inaug. Diss. Freiburg-in-Brigau, 1899).

Homme de 45 ans. Défécation douloureuse. Hémorragies rectales fréquentes. Constipation. Tumeur ayant fait irruption dans le rectum. Troubles urinaires tardifs et peu marqués. — Fibro-myome. — Maladie : cinq ans.

OBSERVATION XXXIV

BURCKHARDT. — Zur Kasuistik und Therap. des Prostatasarkoms



(Centr. f. die Krankh. der Harn-und Sexual. Org., 1894, t. V, 3. p. 152-157).

Homme de 50 ans. Constipation opiniâtre. Tumeur rectale. Urèthre libre. Prostatectomie périnéale. Guérison se maintenant deux ans après l'opération. — Angiosarcome.

### OBSERVATION XXXV

FASCHKISS. — Myosarcome de la prostate (Soc. imp. royale de Vienne, Séance du 16 avril 1909).

Homme de 50 ans. Quatre ans avant hypertrophie du lobe droit de la prostate. Il y a deux ans, tumeur de la moitié droite du bassin qui provoquait constipation opiniâtre, douleurs rectales et rétention d'urine. Noyaux métastatiques sous la peau du front, de l'aiselle, du scrotum. Opéré par Zuckerkandt le 15 février 1909. Tumeur sous-péritonéale encapsulée du poids de 2 kilos. Mort le cinquième jour. — Premier cas de myosarcome.

### OBSERVATION XXXVI

SOCIN. — Loc. cit.).

Homme de 51 ans. Rétention d'urine. Cathétérisme difficile. Cystite. Mort. — Sarcome globo-cellulaire. Dégénérescence calcaire. — Maladie : deux mois

OBSERVATION XXXVII

VERHOOGEN. — Ueber einen Fall von Totalexstirpation der Prostata Wegen maligner Neubildung (Centr. f. die. Krank. der Harn, und sexual org. 1898, t. IX, p. 19).

Homme de 53 ans. Tumeur périnéale indolore. Pas de troubles fonctionnels. Prostatectomie périnéale. Guérison. Mort neuf mois après de récidence, probablement myxo-sarcomes. Dégénérescence calcaire. — Maladie : un an neuf mois.

OBSERVATION XXXVIII

MARSH (H.). — A case of sarcoma of the prostate with remarks (Transact. clin. Soc. of. London 1896-1897, vol. XXX, p. 162).

Homme de 57 ans. Constipation opiniâtre. Tumeur abdominale partant du petit bassin. Laparatomie. Ré-tention d'urine. Cathétérisme. Anus artificiel. Mort. — Sarcome fuso-cellulaire. — Maladie : deux ans et demi.

OBSERVATION XXXIX

SPANTON. — Large sarcomatous tumor of prostate gland excision fatal result. remarks (The Lancet, 1882, 24 juin, t. I, p. 1032).

Homme de 70 ans. Constipation opiniâtre. Douleurs intestinales. Tumeur abdominale. Prostatectomie périnéale. Mort. — Sarcome fuso-cellulaire. — Maladie : deux ans.



### OBSERVATION XL

MATHIAS (H.). — Zur Kasuistik der Prostata (Inaug. Diss. München 1889).

Homme de 70 ans. Constipation et dysurie. Douleurs abdominales. Rétention d'urine. Cathétérisme. Mort. — Angio-sarcome trabéculaire. — Maladie : six mois.

### OBSERVATION XLI

DUPRATZ (A.-L.). — Le sarcome de la prostate, étude clinique et anatomo-pathologique (Revue des maladies cancéreuses, II, 1896-1897, p. 74).

Homme de 73 ans. Cystite et rétention d'urine. Subluxation de l'épaule gauche attirant toute l'attention. Tentative de résection de l'épaule. Mort d'hémorragie. — Sarcome à petites cellules rondes. Métastases dans l'épaule. — Maladie : deux ans.

---

## B. Cas probables

### OBSERVATION XLII

BRÉE. — Medullary sarcome of the prostate (The provinc. med. and surg. Journal 1846, t. XLIX-L., p. 76).

Enfant de 9 mois. Rétention d'urine. Cathétérisme. Tumeur périnéale. Accroissement rapide. Compression du rectum. — Sarcome médullaire. — Maladie : quarante-quatre jours.

### OBSERVATION XLIII

BARTH (A.). — (Obs. (I) Ueber Prostatasarkom (Arch. f. Klin chir. 1891, t. XLII, fasc. 4, p. 757-766).

Enfant de neuf mois. Dysurie puis rétention. Cathétérisme impossible. Cystostomie sus-pubienne. Tumeur ombilicale. Cathétérisme et ponction sus-pubienne.

### OBSERVATION XLIV

ADAMS. — On the prostate, 2<sup>e</sup> édit. 1853, p. 145, cité et résumé par Thompson, in the dis. of the prostate, 2 édit. London, 1853, p. 280.

Enfant de trois ans. Rétention d'urine. Cathétérisme et ponction sus-pubienne.

### OBSERVATION XLV

BUSH. — Cité par Gross, On urinary organs, 2 édit., p. 719. cité par Thompson, loc. cit.

Enfant de trois ans. Rétention. Cathétérisme difficile, puis impossible. Ponction sus-pubienne. — Tumeur médullaire. — Maladie : sept mois.

### OBSERVATION XLVI

SOLLY. — Fungoid diseases of the prostate gland (Proceedings of the path. Soc. of London, V, III, 1850-51, p. 130).

Enfant de trois ans. Dysurie. Rétention. Cathétérisme difficile. Cellules innombrables. — Maladie : trois mois.



### OBSERVATION XLVII

STAFFORD (R.-A.). — A case of enlargement from melanoid tumour of the prostate gland in a child of five years of age (Medico-chirurg. Transact, t. XXII, 1839, 9 avril, p. 218).

Enfant de cinq ans. Tumeur abdominale et rétention d'urine. Cathétérisme. — Tumeur encéphaloïde et mélanique.

### OBSERVATION XLVIII

OWEN. — The surg. dis, of children, 1885, p. 303 (Cassel et C<sup>ie</sup>, éditeurs, London)

Enfant de six ans. Rétention d'urine. Cathétérisme difficile. Tuméfaction périnéale. Incision et taille périnéale. — Mort de scarlatine. — Tumeur sarcomateuse.

### OBSERVATION XLIX

HODGKINS. — Enormous enlargement of the prostate (The Lancet, 1843-1844, t. I, 9 déc., p. 324).

Enfant de sept ans. Dysurie, douleurs abdominales. Constipation. Rétention. Cathétérisme difficile. Accroissement rapide de la tumeur. — Maladie : trois mois.

### OBSERVATION L

LAUGSTAFF. — Catalogue of Langstaffs Museum, London, 1842, p. 357. Cité par Thompson, loco citato.

Enfant de huit ans. Rétention. Cathétérisme. Tuméfaction de périnée. Sarcome médullaire.

### OBSERVATION LI

HEURTAUX. — In Heurtaux et A. Malherbe. Recherches sur le sarcome. Paris, 1904, p. 553-554.

Enfant de 15 ans. Hématurie et rétention d'urine. Défécation difficile. Rectotomie. Enucléation de la tumeur prostatique. — Mort de récidence. — Sarcome fuso-cellulaire. Dégénérescence myxomateuse.

### OBSERVATION LII

STEIN. — (Obs. I). Ueber die extirpation de r Prostata wegen maligner Neubildungen (communication au XVIII<sup>e</sup> Congrès allem. de chirurgie, Berlin, 1889, publié in Archiv. Klng, chirurg. 1889. XXXIX bd. 3, p. 543).

Jeune homme de 17 ans. Constipation et douleurs dans le rectum. Tumeur abdominale. Dysurie. Métastases cérébrales. — Mort. Pas d'autopsie. — Maladie : deux ans.

### OBSERVATION LIII

BARTH. — (Observ. III), loc. cit.

Homme de 27 ans. Constipation opiniâtre. Tumeur abdominale. Pas de troubles urinaires. — Pas d'autopsie.

### OBSERVATION LIV

COUPLAND. — (Observ. II). Medullary cancer of the prostate (Transact. of the pathol. Soc. of London, vol. 28, 1897, p. 185).

Jeune homme de 19 ans. Dysurie. Cathétérisme.



Ponction. Carcinome pour l'auteur. D'après détails histologiques, interprétation comme sarcome paraît plausible.

#### OBSERVATION LV

ORTH. — Lehrbuch der speziellen pathologischen anatomie,  
Berlin, 1893, t. II, 1, p. 307.

Adulte. Sarcome à petites cellules rondes.

## CONCLUSIONS

---

I. — Le sarcome de la prostate est une affection maligne peu fréquente et évoluant en général dans le jeune âge.

II. — Il se manifeste par des troubles urinaires, le plus souvent par une crise de rétention d'urine, et par des troubles de la défécation dûs à la compression du rectum. Le toucher rectal permet de préciser le siège de la tumeur. L'état général s'altère rapidement. Chez l'adulte l'évolution est beaucoup plus lente .

III. — La prostate présente une hypertrophie et une consistance variables. Les ganglions lymphatiques sont le plus souvent indemnes. Au microscope on distingue les sarcomes à tissu unique (globo-cellulaires, fusocellulaires, à cellules polymorphes et les lympho-sarcomes) et les sarcomes à tissus multiples, moins fréquents (myxo-sarcomes, angio-sarcomes, chondro-sarcomes, adéno-sarcomes, myo-sarcomes, fibro-myomes et rhabdo-myomes malins).

IV. — On évitera de confondre le sarcome de la prostate avec le sarcome de la vessie, un kyste hydatique



du petit bassin, un abcès du périnée et surtout avec l'hypertrophie et l'épithélioma de la prostate.

V. — Chez l'enfant on fera un traitement purement symptomatique. Chez l'adulte, si le diagnostic a été précoce, on devra essayer la prostatectomie.

Vu : *Le Président de la thèse,*  
JEANNEL.

Vu : *Le Doyen,*  
JEANNEL.

*Vu et permis d'imprimer :*

Toulouse, le 13 décembre 1911.

*Le Recteur,*  
*Président du Conseil de l'Université,*  
LAPIE.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- ADAMS. — Anatomy and diseases of the prostate.  
2<sup>e</sup> édition Londres, 1853, page 145.
- ADLER. — Sarcoma of Prostata. Saint-Louis med.  
and. surgic. Journal, 1882, p. 629.
- AIKEN (A.). — Sarcoma of Prostata. Provincial médi-  
cal Journal, 1891, X., p. 208.
- ALBARRAN. — Traité de chir. clin. et opér. de Le  
Dentu et Delbet. Paris 1900, t. IX, p. 704.
- BORDELEBEN. — In Köehler. Charité Annalen 1878,  
p. 607.
- BARTH. — Ueber Prostatasarkom. Verhanxdl. d.  
deustch. Gesellsch. f. Chir., Leipzig, 1891, XX.,  
p. 131 et Archiv. f. klin. Chir. 1891, XLII,  
p. 757-766.
- BARTON. — Carcinoma of. the prostate gland. Dublin  
Journ. of. Méd. Sc., 1881, LXXI, p. 553.
- BIRSCH-HIRSCHFELD. — Lehrbuch der pathol. Anato-  
mie. Leipzig, 1895, II, 2, p. 1008.
- BLAND SUTTON. — (Communication à la « Clinical  
Soc. of London », 9 avril 1897), in Brit med.  
Journ., 1897, I, p. 976.



- BOBBIO (L.). — Contribution à l'étude des sarcomes de la prostate. *La Clinica Chirurgica*, 1908, t. XVI, n° 12, p. 2040-2052.
- BRÉE. — Medullary sarcome of the prostate. *The provinc. med and surg. Journal*, 1846, t. XLIX et L, p. 76.
- BURCKHARDT. — In Socin et Burckhardt. *Die Verletzungen und Krankheiten der Prostata*. Deutsche Chirurgie Lief., 53, Stuttgart, 1902.  
Zur Kasuistik und Therapie des Protatasarkoms, *Centralblatt f. die Krankh. der Harn- und Sexualorgane*, 1894, t. V, 3, p. 152-157.
- BUSH. — Cité par Gross. *On urinary organs.*, 2<sup>e</sup> édit. p. 719.
- CABOT (A.-T.). — Sarcoma of the Prostate. *Boston med. a. surg. Journal*, 27 avril 1905, p. 493.
- CHIARI. — Ueber die anat. Verhältnisse eines primæren Harnblasensarkoms. *Prag. med. Wochenschrift*, 1886, n° 50, p. 481.
- COUPLAND. — Lymphoma (lympho-sarcoma) of the prostate. Secondary nodules in pancreas and suprarenal capsules. *Transact. of the pathol. Soc. of London*, vol. 28, 1877, p. 179.  
Medullary cancer of the prostate. *Transact. of the pathol. Soc. of London*, vol. 28, 1877, p. 185.
- CYRENUS DARLING. — Sarcoma of the bladder. *Annals of Surgery*, 1905, p. 831.
- DITTRICH. — Ueber zwei Fälle von primæren sarkom



der Harnblase. Prag. med. Wochenschrift, 1889, n° 48, p. 557.

DUPRAZ. — Le sarcome de la prostate. Rev. méd. de la Suisse romande, 1896, XVI, p. 465-509.

EDINGTON. — Myxosarcome de la prostate chez un enfant. The British Med. Journal, n° 2542, 18 septembre 1909, p. 754-756.

ENGELBACH. — Les tumeurs malignes de la prostate. Thèse, Paris, 1888.

FENWICK. — Colotomy in cancer of the Prostate. British med. Journ., 1887, 22 octobre, p. 873.

VON FRISCH (A.). — Les maladies de la prostate. Trad. franç. Paris, 1903, p. 192.

FULLER. — Journal of cutan, and gen, urin. disease, t. XVI, n° 12, déc. 1898, p. 581.

GIBSON (C.-L.) — Sarcome de la prostate. The Journ. of the American Medical Association, t. LIV, n° 17, 23 avril 1910, p. 1372-1373.

GRAETZER. — Zur Statistick der Prostatasarkome. Inaug. Dissert. Würzburg, 1895.

GREIG (D.-M.). — Un cas de rhabdo-myo-sarcome de la prostate chez un enfant de 4 ans. The Brit. Jour. of Children's Dis., 1908, n° 5, mai, p. 185-189.

GRIFFITHS. — Sarcoma of the prostate. British med. Journal, 1897, t. I, 17 avril, p. 976.

GROSS (S.-D.). — The diseases... of the urinary bladder, Philadelphia, 1855.



- GUYON. — Observation in Ann. des mal. des org. gén. urin., 1907, p. 727.
- HALLOPEAU (P.). — Contribution à l'étude des tumeurs malignes de la prostate. Thèse, Paris, 1906.
- HEICHELHEIM (L.). — Statistisches über die Carcinome der Prostata, etc., Inaug. Diss. Würzburg, 1898.
- HEIMANN. — Arch. für klin. Chir., 1898, t. 57, p. 911-961.
- HEURTAUX. — In Heurtaux et Malherbe. Recherches sur le sarcome. Paris, 1904, p. 553.
- HODGKINS (Ch.). — Enormous enlargement of the prostate. The Lancet, 1843-1844, t. 1, p. 324.
- HUGHES. — Sarcoma of the prostate gland. (Présentation à la « Pathol. Soc. of Philadelphia » in Philadelphia med. Times, 16 décembre 1882, vol. XIII, p. 205.
- ISAMBERT. — Tumeur de la prostate ; rétention d'urine. Néphrite purulente. Mort. Bull. de la Soc. anat. de Paris, t. XXVIII, 1853, p. 97-102.
- JOLLY (J.). — Essai sur le cancer de la prostate. Archives de Médecine, 1869, 6<sup>e</sup> série, vol. XIII, p. 597.
- JULLIEN. — Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, Paris, 1880, XXIX, p. 697.
- KAPSAMMER. — Ein Beitrag zur Klinik der Prostata tumoren. Wiener klin. Wochenschrift, 1903, n<sup>o</sup> 5.
- KAPUSTE (O.). — Über den primären Krebs der Prostata. Inaug. Dissert. München, 1885.



- KAUFMAN. — In Socin et Burckhardt. Deutsche Chirurgie, Stuttgart, 1902, p. 390-395-402.
- KOEHLER (R.). — Statistischer Bericht über die chirurgische Klinik des Herrn G. Bordeleben, 1908. Charité Annalen, 1878, p. 607.
- LANGSTAFF. — Case of fungus hēmatodes with observation. Médico-chirur. Transact. London, 1817, t. VIII, p. 279.
- Catalogue of Lanstaffs Museum, Londres, 1842, p. 357.
- LÉVY (R.). — Ueber einen Fall von primären Binde-substanztumor der Prostata (Inaug. Dissert. Freiburg-in-Brisgau, 1899.
- MAC GOWAN. — Roundcelled sarcome of the prostate. Virginica medical semi-monthly, t. VIII, 1903, p. 166.
- MARSH (H.). — A case of sarcoma of the prostate ; withe remarks (Transact. clin. Soc. of London), 1896-97, vol. XXX, p. 162.
- MATHIAS (H.). — Zur Kasuistik der Tumoren der Prostata. Inaug. Dissert. München, 1889.
- MENOCAL. — Sarcome de la prostate. Revista de Medicina y Cirurgia de la Habana, 1909, t. XIV, p. 59-64.
- OLIVA. — Di un sarcoma °prostatico. Osservatore Torino, 1883, XXX, p. 609, 625, 641, 657 et Gaz. della Cliniche, 1883, n<sup>os</sup> 39 à 42.
- ORTH. — Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie. Berlin, 1893, t. II, 1, p. 301.



OWEN. — The surgical dis. of children, 1885, p. 303  
(Cassel et C<sup>ie</sup>, édit., London).

PASCHKISS. — Myosarcome de la prostate. Société  
Impéριο-royale de Vienne, Séance du 16 avril  
1909.

PROUST (R.) et VIAN (E.). — Le sarcome de la pros-  
tate. Ann. des mal. des org. génito-urinaires,  
1907, p. 721.

REBOUL. — Fibro-sarcome du coude droit, etc...  
Progrès médical, 1887, 12 février.

ROSE (E.). — Zwei Fälle von Prostata tumoren bei  
Kinder. Communication à la Freie Vereinigung  
der Chirurgen Berlin, 119<sup>e</sup> séance, 11 novem-  
bre 1901.

SCHALEK (A.). — Über einen Fall von Primären Sar-  
kom der Prostata bei einem 3 1/4 Jährigen  
Knaben.

Prager medicin. Wochenschrift, t. XXIV, 1899,  
p. 547-553.

SOCIN (A.). — Die Krankheiten der Prostata. Handbuch  
der Chirurgie de Pitha et Billroth, Stuttgart,  
1871-1875, t. III, p. 106-107 et Burckardt (voir  
Burckardt).

SOLLY. — Fungoid dis. of the prostate gland. Proce-  
dings of the pathol., Soc. of London, 1850-51,  
p. 130.

SPANTON. — Large sarcomatous tumor of prostate  
gland. excision, fatal result. ; remarks. The Lan-  
cet, 1882, 24 juin, t. I, p. 1032.

Myxosarcoma of prostata and bladder. Tran-



sact. of the pathological Soc. of London, XLII, 1891, p. 218.

STAFFORD (R.-A.). — A case of enlargement from melanoïd tumour of the prostate gland in a child of five years of age. *Medic. Chirurg. Transact.* t. XXII, 1839, p. 218.

STEIN. — Ueber die Exstirpation der Prostata wegen maligner Neubildungen. *Archiv. f. klin. Chirurgie*, 1889, XXXIX, bd 3, p. 543.

TARGETT. — Sarcoma of Prostata. *Clinical soc. of London*, 1897, 26 mars.

THOMPSON. — The diseases of the prostate gland. London 1<sup>re</sup> édition 1858 et 2<sup>e</sup> édition 1861.

TORDENS. — Tumeur abdominale (sarcome de la prostate) chez un enfant de 9 mois. *Journal de méd. de chirur. et de pharmac.*, Bruxelles, 1890, vol. XC, p. 405-412.

VAN DER HOEVEN (J.). — Sarcom van der Prostata. *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk.* 1903, n° 16, p. 923.

VERHOOGEN. — Ueber einen Fall von Totalexstirpation der Prostata wegen maligner Neubildung. *Centralblatt für die Krankheiten der Harn u. Sexual Organe*, 1898, t. IX, p. 19.

VIAN. — Voir Proust.

WEST. — Sarcoma of prostate and bladder of very rapid development. *Transact. of the Pathol. Soc. of London*, 1883, vol. XXXIV, p. 145.

WIND (C.). — Die malignen Tumoren der Prostata im Kindesalter. *Inaug. Dissert.* Munich, 1888.



WOLFF (R.). — Ueber die böartigen Geschwülste der Prostata insbesondere ueber die carcinom derselben. Deutsche Zeitsch. f. Chir. 1900, t. 53.

WYSS (O.). — Die heterologen böartigen Neubildungen der Vorsteherdrüse. Virchow's Archiv für path. Anat. 1866, t. XXXV, p. 378.

ZAHN. — Ueber einen Fall von primären Sarkom der Samenblason, etc... Deutsche Zeitschr, f. Chir. 1885, t. XXII.

