

qui doit servir de base à la description. Qu'il s'agisse d'une phlegmasie primitive, d'une simple migration ou d'une occupation purulente simultanée, la situation clinique reste la même; les symptômes prennent une gravité spéciale, et, si le chirurgien n'intervient pas activement, il faut redouter l'apparition d'accidents graves tels que la phlébite, la pyohémie ou les fusées purulentes lointaines.

Le pus du phlegmon périprostatique se forme en arrière de la prostate. Il envahit cette région à tissu cellulaire lâche et dépourvu de graisse qui sépare le rectum de la prostate et des vésicules séminales. Les dispositions générales du foyer purulent sont à peu près constantes dans toutes les autopsies; c'est toujours une cavité plus ou moins vaste, limitée, en haut par le tissu cellulaire sous-péritonéal épaissi, en arrière par le rectum, en bas par la partie postérieure du ligament de Carcassonne, à droite et à gauche par les attaches rectales des aponévroses latérales de la prostate, en avant par la face postérieure de l'aponévrose prostatopéritonéale. En un mot, la suppuration envahit la loge rétro-prostatique.

Les données de l'anatomie topographique montrent les différentes voies qui s'offrent au pus lorsqu'il veut sortir de sa loge. Une préparation fort simple permet d'acquérir à cet égard des renseignements précis. Il suffit d'ouvrir la loge rétro-prostatique par son bord supérieur et d'explorer ses parois pour reconnaître immédiatement quels peuvent en être les points faibles. Voici comment il faut procéder :

Le bassin d'un sujet, jeune ou vieux, mais sans lésion abdominale, étant séparé du tronc, le rectum sectionné

et lié à son extrémité supérieure et les organes du petit bassin soigneusement respectés, on attire la vessie en avant, de manière à mettre en évidence le fond du cul-de-sac recto-vésical. En ce point, on pratique sur le péritoine une incision transversale, longue de deux travers de doigt, puis, on introduit son index par l'incision, entre le rectum et l'aponévrose prostatopéritonéale. La laxité du tissu cellulaire est telle, que l'on croit pénétrer dans une bourse séreuse : sans le moindre effort, on arrive sur la face supérieure de l'aponévrose moyenne. Là, on éprouve un arrêt, et le doigt ne peut plus avancer. En arrière, on sent la paroi molle et dépressible du rectum; en avant, la prostate et les vésicules. Sur les côtés enfin, on est bridé par les solides attaches rectales des aponévroses latérales de la prostate. Si maintenant, par des pressions exercées avec la pulpe de l'index, on essaye de forcer les limites de la loge, on constate ce qui suit :

Sur les côtés, dans toute leur hauteur depuis l'aponévrose moyenne jusqu'au niveau de la base des vésicules : résistance absolue, solide, pour ainsi dire infranchissable.

En bas et sur la ligne médiane : résistance médiocre; l'index pénètre sans trop d'effort et gagne le périnée antérieur.

En bas et en dehors : résistance très faible; une pression légère conduit immédiatement en pleine fosse ischio-rectale.

En avant et sur les côtés, on est barré par la jonction de l'aponévrose prostatopéritonéale et des aponévroses latérales, ou, mieux, par l'adhérence intime de ces dernières avec la glande.



Tels sont les résultats fournis par cette exploration rapide. *A priori*, ils autorisent à penser que les abcès périprostatiques tendront surtout à s'ouvrir vers la partie inférieure de la loge. En arrière, ils trouveront une issue facile en ulcérant la paroi rectale. En bas, ils pourront de même doubler la face postérieure de la prostate et gagner l'urèthre, à moins qu'une cavité intra-prostatique ne leur offre une voie plus directe encore vers le canal. Sur les côtés, au contraire, les aponévroses latérales s'opposeront à l'envahissement du pus et protégeront l'espace pelvirectal supérieur contre son irruption.

La clinique vient pleinement confirmer les données de l'anatomie. L'analyse de 77 observations (1) de suppuration périprostatique (par diffusion ou par propagation), au point de vue de la fréquence réciproque des directions suivies par le pus, montre en effet ce qui suit :

64 fois	le pus s'est fait jour par l'urèthre.
43 fois	— — — par le rectum.
15 fois	— — — par le périnée.
8 fois	— — — par la fosse ischio-rectale.
5 fois	le pus s'est dirigé vers la région inguinale.
2 fois	— — — vers le trou obturateur.
1 fois	— — — vers l'ombilic.
1 fois	— — — vers la fesse, par la grande échancre sciaticque.
1 fois	— — — vers le rebord des fausses côtes.
1 fois	l'abcès s'est ouvert dans le péritoine.
1 fois	la diffusion a gagné la cavité préperitonéale de Retzius.

En résumé ce tableau nous montre qu'il faut, au point de vue de la marche de la suppuration, distinguer :

(1) V. p. 231 (nous négligeons naturellement les 35 observations d'ouverture uréthrale simple).

*Des cas fréquents, habituels* (ouvertures rectales et uréthrales, fusées périnéales et ischio-rectales).

*Des cas rares* (propagation ou fusées inguinales et obturatrices).

*Des cas exceptionnels* (ouverture péritonéale, propagation préperitonéale, fusées vers l'ombilic, vers la grande échancre sciaticque et même vers les fausses côtes).

Recherchons maintenant les caractères de la maladie dans ses différents cas.

Je ne reviendrai pas sur l'*ouverture uréthrale*, et je pourrais répéter ce que j'ai dit à propos des abcès intra-prostatiques. Le pus gagne l'origine de la portion membraneuse en doublant la face postérieure de la prostate. Ailleurs, le foyer périprostatique communique avec une collection intra-prostatique, et le chemin se trouve tout tracé. L'ouverture exclusivement uréthrale des abcès périprostatiques non compliqués d'abcès intra-prostatiques, est tout à fait exceptionnelle, et presque toujours le pus suit en même temps une autre direction.

L'*ouverture rectale* offre une grande fréquence (43 fois sur 67 observations). S'il existe en même temps un abcès intra-prostatique, il peut se former une sorte d'abcès en double bouton de chemise, dont l'un des points rétrécis correspond à la paroi rectale perforée, et l'autre à la portion détruite de l'aponévrose prostato-péritonéale. Nos 43 observations d'ouverture rectale comprennent : 18 abcès ouverts dans le rectum seulement, 21 abcès ouverts à la fois dans l'urèthre et le rectum et 4 cas plus compliqués (voir p. 234).

Lorsque l'ouverture rectale se fait en temps opportun, spontanément ou par incision, la marche des accidents est



généralement simple et la guérison assez rapide. Dans les abcès intra-prostatiques eux-mêmes, il faut encore s'efforcer de provoquer ce mode de terminaison. M. Conche (1) a très bien fait ressortir la gravité de l'ouverture tardive des abcès par l'urèthre comparée à l'ouverture hâtive par le rectum.

L'ouverture simultanée dans le rectum et l'urèthre est fréquemment observée; il se produit alors une fistule uréthro-rectale toujours sérieuse au point de vue du pronostic; elle peut même persister indéfiniment. Le pus s'écoule beaucoup plus par le rectum que par l'urèthre; à chaque miction, les urines passent par l'anus en totalité ou en partie. On peut observer aussi des phénomènes curieux, tels que la sortie des gaz intestinaux par l'urèthre. Dans un cas observé par M. Guyon (*v. obs.* 15), ce phénomène s'accompagnait d'un bruit singulier, d'une sorte de sifflement dont le malade s'étonnait fort. Il est exceptionnel de voir les matières fécales pénétrer dans l'abcès. Si la destruction prostatique est un peu étendue, les canaux éjaculateurs peuvent être atteints, et, dans un cas de ce genre, Lallemand a noté qu'il se faisait chaque jour, et sans érection préalable, un écoulement de sperme (*voir obs.* 73); ce phénomène est probablement très rare. L'observation V donne un exemple des fistules intarissables qui peuvent succéder aux suppurations prostatiques lorsque le pus gagne à la fois le rectum et l'urèthre.

Très souvent enfin le pus obéit aux lois de la déclivité. Il triomphe facilement de la faible résistance que lui opposent les limites inférieures de la région rétro-prostatique, et gagne, soit la fosse ischio-rectale, soit la région péri-

(1) CONCHE, *Bull. Soc. anat.* 1867, p. 185 à 195.

néale antérieure (sur 67 obs. j'ai relevé 23 fois cette direction du pus).

Lorsque le pus fuse dans la fosse ischio-rectale, il donne naissance aux symptômes bien connus des abcès de la marge de l'anus. Le décollement peut être considérable. Tout l'espace pelvirectal inférieur est envahi, et le pus s'insinue même dans l'espace cellulaire situé entre le releveur et le ligament de Carcassonne, dans cette région que M. Paulet a comparée à l'extrémité antérieure d'un bonnet de police. Dans certains cas on peut, en plaçant un doigt dans le rectum et l'autre main sur les côtés de l'anus, se renvoyer la fluctuation d'une main à l'autre. Le pronostic varie avec l'étendue du décollement, l'état général du sujet, l'existence ou l'absence d'une communication uréthrale ou de toute autre complication.

Lorsque le pus gagne le périnée antérieur, il fuse au travers de la partie postérieure du ligament de Carcassonne (1). La faible résistance de cette partie de la loge

(1) Il y a quelques jours, M. Guyon m'a fait disséquer les pièces d'un malade mort à l'hôpital Necker avec une suppuration de la prostate. — Les lésions de la glande étaient, il est vrai, tuberculeuses, mais les trajets fistuleux qui leur ont succédé nous intéressent directement. — La cavité prostatique occupait les deux tiers inférieurs de la prostate. — Largement ouverte dans le canal, elle communiquait, en arrière et en bas, avec un trajet fistuleux offrant à peu près les dimensions d'une plume d'oie. Ce trajet rectiligne, vertical et médian, descendait à travers la partie postérieure de l'aponévrose moyenne au-devant du rectum, jusqu'au raphé périnéal, entre l'anus et le bulbe. Là, il se renflait brusquement en une sorte d'ampoule aplatie et s'ouvrait à la peau à 3 ou 4 millimètres à droite de la ligne médiane. De cette ampoule terminale émergeaient, comme d'un centre commun, trois prolongements secondaires. L'un d'eux se dirigeait directement en arrière, sous la peau, et s'ouvrait, après 4 centimètres de trajet, par un orifice cutané situé sur les côtés de l'anus. — Les deux autres se dirigeaient en avant, dans le triangle ischio-bulbaire droit, et s'anastomosaient par inosculation, si je puis ainsi dire, après un trajet de quelques centimètres.

Cette pièce nous donne un exemple très net de fusée périnéale antérieure.



rétro-prostatique s'explique facilement. Le plan fibro-musculaire très épais et solide, auquel le plancher pelvien doit toute sa résistance, devient, en effet, moins impénétrable dans sa partie postérieure. Les deux aponévroses qui le limitent en haut et en bas, décrites sous les noms d'aponévrose périnéale supérieure et d'aponévrose périnéale moyenne par M. le professeur Sappey, confondues par d'autres auteurs sous le nom d'aponévrose moyenne, furent leurs fibres avec celles du muscle transverse profond ou muscle de Guthrie, et forment à la prostate, comme aux autres organes pelviens, un point d'appui solide que la suppuration détruit difficilement.

Mais, à la partie postérieure, il est certain que l'intrication des fibres qui le constituent se relâche, pour ainsi dire, et permet à la suppuration de s'infiltrer assez facilement jusque dans la loge périnéale inférieure, jusque dans le triangle ischio-bulbaire. Arrivé dans cette région, le pus peut trouver une issue rapide du côté des téguments, spontanément ou par le bistouri. Si l'ouverture est rapide, l'incision précoce, et si le pus ne suit pas d'autres directions, le pronostic reste favorable, la guérison s'obtient facilement. Mais, dans les conditions inverses, le pronostic peut acquérir une gravité extrême, et les dégâts de la suppuration sont parfois considérables. Sur le malade de l'observation V la racine des corps caverneux fut complètement disséquée par le pus. — Dans un cas observé par M. Dumarquay, « le pus fusa du côté de l'espace ischio-rectal et au-devant du bulbe dans la gaine de la verge; tout le tissu cellulaire de la région fut envahi, les corps caverneux furent mis à nu; il en résulta un décollement considérable de la peau du pénis, et le ma-

lade ne fut guéri qu'au bout d'un temps très long ».

Il existe beaucoup d'autres faits analogues, mais ces deux exemples suffisent.

Là se termine l'histoire des cas fréquents. Il faut noter que, pour la plupart d'entre eux, la gravité du pronostic tient, avant tout, à la nature des désordres locaux, à la destruction des tissus, aux modifications anatomo-pathologiques profondes qui accompagnent la formation des trajets fistuleux. La multiplicité des fistules est enfin une circonstance particulièrement aggravante.

J'arrive maintenant à l'étude de ce que j'ai appelé les *cas rares* et les *cas exceptionnels*.

Les fusées purulentes ou les propagations *obturatrices* et *inguinales* trouvent ici le premier rang. Il faut en chercher la raison dans la riche vascularisation et dans la laxité du tissu cellulaire qui entoure le canal déférent. « Rien n'est plus frappant, sur toute la longueur du canal, que la transparence du tissu cellulaire dans lequel il est plongé, avec ou sans faisceaux striés du cremaster, avec ou sans vésicules adipeuses, suivant les régions. Rien de plus frappant aussi que le nombre des artérioles, des veinules surtout, et des capillaires dans ce tissu, comparativement aux diverses couches du canal déférent qui ne montre que de rares capillaires (1). »

Ces caractères du tissu cellulaire péri-déférentiel sont faciles à constater. Sur les sujets dont le système veineux pelvien a été injecté par la veine dorsale de la verge, ils apparaissent dans toute leur évidence. On trouve donc

(1) Ch. ROBIN, *Sur la constitution des muqueuses de l'utérus mâle, des canaux déférents et des trompes de Fallope*. Journal de l'anatomie et de la physiologie, 1875, n° de janvier, p. 113.



réunies toutes les conditions favorables à la propagation inflammatoire et à la migration du pus. Les autopsies et les faits de la clinique viennent à l'appui de cette opinion.

L'observation 115 et l'observation 17 offrent deux exemples de propagation vers le *trou obturateur*. Dans l'observation de M. Tillaux, il s'agissait d'une propagation sans fusée purulente, et la tumeur développée au niveau de la région obturatrice disparut par résolution (*voir obs. 115*). Sur le malade de M. Guyon, il s'agissait, au contraire, d'une véritable fusée purulente et l'incision de la tumeur fémorale permit de vérifier le diagnostic; la collection crurale communiquait nettement avec la collection périprostatique par l'intermédiaire du trou obturateur (*voir obs. 17*).

Les observations 103, 31, 61, 105 et 106 sont à leur tour très concluantes au point de vue de la propagation *inguinale*. Dans le cas de Pigeaux (*obs. 103*), présenté à la Société anatomique en 1830, « la prostate formait une vaste poche pleine de pus dans laquelle s'ouvrait le canal déférent dilaté et rempli également de pus jusque vers l'anneau inguinal (1). » Ici la fusée purulente est, on le voit, spéciale, puisque le pus paraît avoir cheminé dans l'intérieur même du canal déférent, et je ne connais pas un seul fait semblable.

Les observations 31, 61, 105 et 106 diffèrent notablement du cas précédent.

Sur le malade de l'observation 31, on voit une fusée purulente, née autour de la prostate, suivre et entourer le canal déférent jusqu'au niveau de l'anneau inguinal in-

(1) PIGEUX, *Bull. Soc. anat.*, 1830, p. 188.

terne. A ce niveau, le pus ne s'était pas arrêté. Fusant, d'une part, le long du *psos* et pénétrant, d'autre part, dans l'anneau inguinal qu'une vieille hernie maintenait béant, il avait gagné la région rénale droite et la partie inférieure du scrotum.

La disposition du foyer purulent était fort nette aussi sur le malade de l'observation 61. La collection purulente inguinale avait succédé à des phénomènes de phlegmon périprostatique. Le foyer incisé par M. Labbé communiquait avec un long trajet qui plongeait dans le petit bassin et gagnait la région prostatique.

Les deux observations de M. Reliquet (*obs. 105 et 106*) fournissent enfin deux exemples remarquables de diffusion inguinale. L'une d'elles (*obs. 106*) a trait à un homme de 52 ans chez lequel un abcès rétro-prostatique ouvert spontanément par le rectum, était néanmoins devenu le point de départ d'une fusée inguinale. L'abcès inguinal, incisé couche par couche, se prolongeait vers la région prostatique, et les injections détersives pratiquées dans l'intérieur du foyer ressortaient par l'anus. M. Reliquet a guéri son malade. L'autre observation (*obs. 105*) concerne un homme de 29 ans chez lequel M. Reliquet a pu suivre, pas à pas, la propagation d'un phlegmon périprostatique le long du canal déférent, aux tissus circonvoisins, au péritoine et au cordon en masse : c'était un « véritable phlegmon du ligament large de l'homme (1) ». Une complication singulière s'est produite chez ce malade : « le canal inguinal, y compris ses anneaux, fortement dilaté par le gonflement du cordon, est resté ouvert après

(1) RELIQUET, *Union médicale*, nos du 26 février et du 5 mars 1870.



la résolution de l'inflammation du cordon. De là une hernie consécutive qui a guéri grâce au retrait des anneaux inguinaux ».

Ces migrations purulentes, ces propagations vers le trou obturateur et la région inguinale, trouvent leur trajet tout préparé par la texture spéciale du tissu cellulaire péri-déférentiel. Mais, dans certains cas, il y a tout lieu d'accorder au système lymphatique un rôle pathogénique important. Le ganglion qui existe entre le trou obturateur et le détroit supérieur, recevant une partie des lymphatiques prostatiques, donne à cette hypothèse un grand caractère de probabilité.

En 1877, M. Faucon (1) a fait une étude très complète de ces phénomènes de propagation, à propos de la *péritonite* et du phlegmon sous-péritonéal d'origine blennorrhagique. Il a montré que ces deux complications doivent être considérées comme des effets éloignés de l'inflammation blennorrhagique propagée de l'urèthre au péritoine ou au tissu cellulaire sous-péritonéal par l'intermédiaire du canal déférent, des vésicules séminales ou de la prostate.

M. Peter (2) publiait, en 1856, une observation très intéressante à ce point de vue. Il s'agissait d'un jeune homme de 16 ans (Louis Landais), entré le 4 juin 1856 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau, pour y être traité d'une épididymite blennorrhagique siégeant à gauche. La blennorrhagie datait de quinze jours environ et l'épididymite de cinq jours. Le malade mourait le 20 juin avec des symptômes accentués de

(1) FAUCON, *Arch. génér. de méd.*, 1877, vol. II, p. 383 et 345.

(2) PETER, *Union médicale*, 1856, p. 562.

péritonite. L'autopsie montra tous les caractères d'une péritonite généralisée. En pressant la prostate, on faisait sortir, par chacun de ses orifices glandulaires, une assez grande quantité de liquide purulent. De la prostate incisée, on faisait également sourdre une série de gouttelettes de pus qui s'échappaient manifestement des follicules prostatiques et non du parenchyme. La vésicule séminale gauche contenait du pus et le canal déférent était très injecté, ainsi que le tissu cellulaire ambiant; celui-ci, tuméfié et induré, adhérait intimement au péritoine qui le tapisse.

M. Faucon rapporte un fait du même genre, observé par M. le Dr Laforgue, de Toulouse, et dans lequel on voit une injection abortive, pratiquée au cours d'une blennorrhagie, provoquer une prostatite bientôt suivie de cystite, de phlegmon sous-péritonéal et de suppuration périnéphrétique.

Ces accidents n'ont pas une grande fréquence, et Ricord, au dire de M. Fournier (1), n'a vu la prostatite blennorrhagique se propager au péritoine que deux fois. Tout ce que nous avons dit montre cependant la gravité que la marche du phlegmon périprostatique peut emprunter à ces phénomènes de propagation inflammatoire magistralement décrits en 1845 par M. le professeur Broca (2).

Il me reste enfin quelques mots à dire des *cas exceptionnels*. Dans l'observation 17, nous voyons notés une *fusée purulente vers l'ombilic* et des phénomènes de propa-

(1) FOURNIER, art. *Blennorrhagie*, in *Nouveau Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. V, p. 203. Paris, 1866.

(2) PAUL BROCA, *De la propagation de l'inflammation*, Th. doct. Paris 1849.



gation vers la cavité prépéritonéale de Retzius. Ce fait est le seul que je connaisse. M. Horion (*obs.* 82) a publié, il est vrai, une observation d'abcès prostatique avec production ultérieure d'une fistule urinaire ombilicale, mais il n'y avait pas fusée purulente et le diagnostic de Nélaton fut : « dilatation de l'ouraque resté perméable ».

Quant à la *propagation prévésicale*, elle est de son côté extrêmement rare. Encore faut-il faire ici quelques réserves. Le malade de l'observation 17 offrait des conditions diathésiques spéciales : il était tuberculeux. De plus, le phlegmon périprostatique avait, dans sa diffusion, suivi des voies multiples (trou obturateur, ombilic) ; l'envahissement du tissu cellulaire situé au-devant de la vessie n'avait été qu'un phénomène secondaire, et M. Castañeda y Campos fait lui-même cette restriction : « que la tumeur vésicale n'était pas bien nette (1) ». Toutefois M. Guyon, à qui M. Castañeda y Campos doit cette observation, m'a confirmé le fait. La diffusion prévésicale du phlegmon périprostatique était indiscutable dans ce cas particulier, et, ne fût-ce qu'à titre d'exception, nous devons retenir la possibilité d'une propagation de cette nature (2).

M. Dransart a publié une observation dans laquelle un abcès périprostatique s'est ouvert dans le péritoine (*obs.* 53). Le malade, âgé de 35 ans, était entré à l'hôpital Cochin dans le service de M. Desprès. A l'autopsie, on reconnut tous les signes d'une péritonite, et, dans le cul-de-

(1) CASTAÑEDA Y CAMPOS, *Th.* Paris, 1878, p. 35.

(2) A l'observation XXVIII on trouvera un exemple de fusée purulente ayant, par exception, contourné la face externe de la prostate dans toute son étendue. Mais la cavité prépéritonéale était intacte.

sac péritonéal recto-vésical, on put constater une ouverture ronde, large de deux millimètres, par laquelle on faisait sourdre du pus venant de la prostate.

Enfin, les deux exemples les plus curieux de ces fusées insolites ont été observés par M. Guyon en 1869 et en 1872 (*obs.* 4 et *obs.* 6).

Sur l'un de ces deux malades, l'abcès de la prostate communiquait à gauche avec le petit bassin. Les muscles, obturateur interne et pyramidal, étaient en partie détruits et baignaient dans un pus grisâtre et fétide ; *le pus gagnait la fesse par l'intermédiaire de la grande échancrure sciatique* et contournait le grand trochanter dont la surface rugueuse baignait au milieu du pus. Dans ce cas, les attaches rectales des aponévroses latérales étaient détruites, l'espace pelvirectal supérieur était envahi. Je ne connais pas un seul fait analogue. L'excessive rareté des fusées de cette nature trouve, comme je l'ai dit, son explication dans la résistance et la solidité des attaches rectales des aponévroses latérales de la prostate.

Sur le deuxième malade, la marche de la suppuration s'est montrée plus insolite encore. La prostate était le siège d'une caverne considérable, et le pus, contournant le col de la vessie sur sa droite, s'était porté en avant entre le col et la symphyse. Là, il était remonté derrière les tendons des muscles droits, en passant au-delà de la ligne médiane, au-dessus de l'aîne gauche. Puis, suivant les fibres du transverse et décollant les couches musculaires de la paroi abdominale, *il avait gagné les insertions costales* de ce muscle et formait, à leur niveau, une collection purulente dont l'incision avait fait sortir 560 grammes de pus. Dans ce fait, dont la relation a été donnée à la Société