

du périnée est toujours prise. J'ajoute que, dans la plupart des cas, le début de la coxypérite est plus aigu que celui des abcès urinaires.

Les *poches urineuses* seront distinguées par leur communication facile avec l'urètre dont témoignent leurs changements de volume au moment de la miction. Souvent le malade indique que, après avoir uriné, il s'écoule encore de l'urine par le méat lorsqu'il presse sur son périnée. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que la poche urinaire peut être le point de départ d'un abcès.

LES ABCÈS OSSIFLUENTS, notamment ceux qui viennent d'une lésion des branches ischio-pubiennes, peuvent donner au périnée l'aspect qu'il présente dans les abcès urinaires : on les distinguera à leur marche torpide, à la lésion osseuse que révèle la douleur à la pression limitée. Les *abcès péri-anaux* peuvent gagner la région périnéale et prêter à confusion ; il suffit, pour éviter l'erreur, d'examiner soigneusement d'un côté l'urètre, de l'autre côté l'anus. Je me borne à mentionner les confusions plus rares qui ont été faites avec des *abcès prostatiques*, avec une *hernie étranglée* (Ch. Bell) ou avec un *épithélioma de l'urètre*. Il est moins rare de voir des *abcès tuberculeux* du périnée ou de la verge, consécutifs à des lésions de la prostate ou de l'urètre, pris pour de véritables abcès urinaires : l'évolution, les symptômes, peuvent être les mêmes et l'erreur ne peut être évitée que par le diagnostic préalable de la tuberculose prostatique ou urétrale.

Pronostic. — Un abcès urinaire est dans tous les cas un accident sérieux, souvent grave, parfois mortel. Il ne faut guère compter sur la résolution, même dans les indurations encore circonscrites autour de l'urètre, et il faut craindre leur retour. Dans tous les cas, il faut se rappeler ce que Guyon a dit : « Tout malade atteint d'abcès urinaire est exposé à l'infiltration d'urine. »

Traitement. — Lorsque chez un rétréci on voit se développer au-dessous de l'urètre un noyau induré qui indique le début d'un abcès, il convient de s'abstenir de toute manœuvre intra-urétrale qui ne pourrait que favoriser le développement de la collection. Si la résolution s'effectue, il est sage d'attendre que tout phénomène périnéal ait disparu avant d'essayer la guérison du rétrécissement et des lésions urétrales qui ont été les causes de l'infection péri-urétrale. J'ai vu souvent des abcès évoluer plus vite parce qu'on dilatait les malades ; j'ai vu un malade mourir parce que, une induration périnéale étant déjà presque spontanément disparue, on lui fit l'urétrotomie interne avec le Maisonneuve : l'abcès se reforma rapidement, des accidents généraux infectieux survinrent et, malgré de larges incisions périnéales, le malade mourut.

Lorsqu'on constate l'existence d'un abcès urinaire, il ne faut pas

attendre pour l'ouvrir que la fluctuation soit nette ; on s'exposerait à des fusées purulentes, à la transformation de la collection circonscrite en phlegmon diffus. L'intervention gagne à être hâtive.

Les indications opératoires sont : 1° ouvrir l'abcès ; 2° éviter que l'ouverture reste fistuleuse et le retour des accidents, c'est-à-dire soigner la lésion urétrale cause de l'abcès.

1° **Ouvrir l'abcès.** — M. Guyon a démontré, et tous nous avons maintes fois vérifié, que dans tout abcès urinaire il existe une poche juxta-urétrale où les accidents débutèrent ; cette poche se trouve le plus souvent sur un des côtés, et plus rarement à la partie inférieure de l'urètre, car les lésions urétrales favorisent cette invasion latérale des tissus périphériques. Le point de départ des accidents est toujours profondément situé et, sous peine d'intervention incomplète, sous peine de voir les accidents évoluer malgré l'incision, il est nécessaire de l'atteindre. Peu importe l'épaisseur des tissus gonflés par l'œdème infectieux qu'il faille traverser, peu importe encore que, la collection étant devenue superficielle, le pus s'écoule au premier coup de bistouri, il faut aller plus loin, arriver à l'urètre et mettre largement en communication avec l'extérieur le foyer juxta-urétral. Il faut encore songer aux prolongements antérieurs ou postérieurs de l'abcès, les ouvrir et les drainer largement.

L'incision sera longue et profonde. Le malade est mis dans la position de la taille et les bourses sont relevées par un aide ; avant d'inciser, on explore encore en avant, sur la ligne médiane, les limites de la tuméfaction. On commence l'incision, toujours médiane, même si l'abcès proémine d'un côté, au niveau ou au delà de sa limite antérieure, sans se soucier de couper ou non le scrotum ; en arrière, l'incision se termine à un travers de doigt au-devant de l'anus dans les cas ordinaires ; en tous cas, au niveau ou au delà des limites de l'abcès. On coupe successivement sur la ligne médiane les tissus infiltrés jusqu'à ce que la collection purulente soit ouverte. Abandonnant alors le bistouri, on introduit l'index gauche dans la cavité de l'abcès et, avec les ciseaux, on l'ouvre largement en avant et en arrière. On explore alors l'urètre qu'on voit plus ou moins disséqué au centre du foyer et on déchire les brides qui cloisonnent le foyer, mettant ainsi bien à découvert la portion juxta-urétrale de l'abcès. Il faut alors vérifier : 1° si en avant, au niveau de la partie médiane, sous les bourses, la collection est bien ouverte ; 2° s'il existe des prolongements antéro-latéraux ; 3° s'il n'y a rien du côté des fosses ischio-rectales.

Les prolongements qui se font en avant du côté du cordon seront mis en large communication avec le périnée et bien drainés. On peut, dans ce but, faire une contre-ouverture et placer un drain en anse, ou, encore mieux, placer ce que M. Guyon appelle un *drain au plafond* ; on noue à l'extrémité d'un drain un crin de Florence

formant une anse; on passe du pubis vers la plaie une longue aiguille de Reverdin qui fera sortir sur le côté du pubis le crin attaché au drain, et on fixe le crin sorti au moyen d'un rouleau de gaze: on a ainsi placé dans le périnée un drain qui va jusqu'au fond du prolongement antérieur de l'abcès et qui ne peut se déplacer.

Si le pus a envahi la fosse ischio-rectale, on pratique à ce niveau une incision et on passe un drain communiquant avec le foyer périnéal. La plaie est largement lavée avec du nitrate d'argent au 1 p. 1000 ou avec de l'eau oxygénée (antiseptiques inoffensifs pour l'organisme) et on panse par bourrage.

2° *Traiter l'urètre.* — Voillemier indiquait déjà très explicitement qu'il vaut mieux ne s'occuper d'abord que d'inciser la collection purulente et, dans une seconde intervention, pratiquée de quatre à six jours après, lorsque la plaie granule, intervenir sur le rétrécissement. M. Guyon a surtout insisté sur ce précepte; il a montré notamment les dangers que peut présenter la pratique qui consiste à faire, en même temps que l'incision de l'abcès, l'urétrotomie interne. La plaie du canal peut être dans ces cas le point de départ d'une redoutable infection, comme nous l'avons observé avec M. Tuffier chez deux malades qu'il avait opérés à Necker, tandis que l'opération pratiquée quelques jours plus tard est exempte de dangers. La pratique courante de Necker, celle que M. Guyon enseigne, consiste, lorsque l'abcès est bien ouvert, à ne pas s'inquiéter pour le moment du canal; s'il y avait de la rétention, on la voit cesser après l'ouverture périnéale et très exceptionnellement on aurait besoin de pratiquer le cathétérisme. Le malade urine ensuite, soit par le méat, soit en partie par la plaie; les tissus se détergent, la plaie devient granuleuse et les prolongements de l'abcès se combent: pendant ce temps, le plus souvent dès le premier ou le second jour, la fièvre tombe et l'état général s'améliore. C'est lorsque tout marche ainsi, dans un délai qui varie de six à quinze jours après l'ouverture de l'abcès, qu'on explore l'urètre et qu'on applique suivant les cas les différentes méthodes de traitement étudiées plus haut pour guérir le rétrécissement. Le plus souvent, il est nécessaire d'avoir recours à l'urétrotomie interne, et une sonde à demeure est laissée en place pendant plus ou moins longtemps. Chez nombre de malades, en quelques semaines la plaie est cicatrisée; chez certains, une fistule persiste et on doit la traiter (Voy. p. 512).

D'autres chirurgiens, comprenant le danger de l'urétrotomie interne immédiate et voulant néanmoins soigner dès le début le rétrécissement urétral, pratiquent l'urétrotomie externe et le drainage périnéal de la vessie. Cette pratique est assez répandue en Allemagne.

Horteloup (1) avait été frappé de l'induration périnéale qui persiste

(1) HORTELOUP, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1891, p. 685.

souvent après l'opération classique des abcès urineux, et il conseilla d'extirper complètement la poche purulente, d'examiner immédiatement après le canal et de pratiquer séance tenante, suivant les cas, l'urétrotomie interne ou externe et même la résection de l'urètre. Nous verrons plus loin que dans les abcès chroniques avec larges indurations périnéales, ce procédé est très recommandable. Horteloup pense que dans les abcès aigus l'extirpation de la poche est encore plus facile, qu'elle se décolle des tissus voisins et qu'on l'enlève aisément d'une seule pièce ou par morceaux. Je ne crois pas qu'on puisse extirper convenablement un abcès aigu, à moins qu'il soit encore très circonscrit; dans tous les autres cas, l'immense majorité de la pratique, le procédé d'Horteloup est inapplicable, car, comme l'a fait remarquer Legueu (1), ces abcès n'ont pas de paroi isolable susceptible d'être disséquée.

II. — PHLEGMON URINEUX DIFFUS (INFILTRATION D'URINE)

Symptômes. — Dans son récent article, le professeur Forgue (2) résume bien l'opinion classique depuis Voillemier. Il existe deux variétés d'infiltration: l'une siégeant dans la loge inférieure du périnée, au-dessous de l'aponévrose moyenne, consécutive aux lésions de la portion spongieuse de l'urètre; l'autre procède des régions membraneuse et prostatique et s'épand dans la loge supérieure du périnée. « Lors donc que l'infiltration s'est faite en avant de la région membraneuse, ce qui est le cas le plus commun, l'urine, bridée en haut et en arrière par l'aponévrose moyenne, en bas et en avant par l'aponévrose superficielle, est arrêtée par l'encoignure que forme la réunion de ces deux lames; elle s'épand en avant dans le tissu cellulaire lâche des bourses, des aïnes, œdématisé le fourreau de la verge, envahit le pubis, remonte aux flancs et aux lombes si le couteau du chirurgien ne lui barre pas la route. Quand l'urètre est ouvert dans sa position membrano-prostatique, l'infiltration, enfermée entre le plancher de l'aponévrose moyenne et le plafond de l'aponévrose supérieure, s'épanche vers la portion anale du périnée, descend à la fosse ischio-rectale, peut disséquer le rectum et remonte plus ou moins haut dans la cavité pelvienne; elle s'insinue parfois entre les faisceaux qui composent les ligaments vésico-pubiens et se glisse vers la nappe celluleuse prévésicale; rarement elle se porte en haut, gagne les fosses iliaques et peut décoller le tissu cellulaire sous-péritonéal jusqu'à une grande hauteur, le long de la colonne vertébrale; quelquefois, elle effondre l'aponévrose moyenne et se verse dans la loge inférieure. »

J'ai déjà dit, et je crois avoir démontré, qu'il ne s'agit point d'infiltration d'urine, mais d'un phlegmon septique urineux; en outre, la

(1) LEGUEU, *Gaz. hebdom.*, 29 avril 1893.

(2) FORGUE, *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, 2^e édition.

description qui précède est trop schématique, surtout en ce qui se rapporte aux soi-disant infiltrations de la loge périnéale supérieure. Les lésions de l'urètre membraneux donnent lieu à des phlegmons qui se développent par en bas, dans le périnée. Les lésions de l'urètre prostatique et particulièrement les plus communes d'entre elles, les fausses routes, donnent lieu à de l'hémorragie, à des prostatites suppurées, à des phlegmons prévésicaux, mais l'urine ne s'infiltré pas dans les tissus. Dans sa longue expérience de clinicien, mon maître Guyon m'a dit ne jamais avoir vu une infiltration de la loge supérieure ; je n'en ai point vu et Escat insiste sur ce qu'il n'a pu en trouver aucune observation. Ce que j'ai vu et ce que je décrirai plus loin, ce sont des périprostatites suppurées venant faire saillie dans le périnée qu'elles envahissent d'arrière en avant et qui peuvent prendre les allures d'un phlegmon diffus du périnée.

Le phlegmon urineux diffus du périnée a un début variable : 1° dans la très grande majorité des cas, le malade présentait déjà depuis plusieurs jours un abcès péri-urétral à début insidieux, accompagné des symptômes déjà décrits, lorsque, assez brusquement, les phénomènes douloureux deviennent beaucoup plus accusés et en quelques heures la tumeur acquiert des proportions considérables ; 2° dans des cas très rares, qu'il est classique de considérer comme la règle, c'est pendant un effort de miction, chez un malade atteint de rétention d'urine, que se produit une détente dans la douleur et que rapidement le périnée, les bourses se gonflent à l'excès. Escat, interrogeant les malades, ne trouve jamais la sensation de soulagement que les auteurs signalent et il pense que ce mode de début brusque n'existe pas. J'ai déjà cité plus haut une observation personnelle de phlegmon diffus gangreneux à début brusque commençant au niveau de la verge. Damaschino (1) cite un malade de M. Guyon chez qui l'infiltration phlegmoneuse se développa en deux heures ; j'ai observé, étant interne, en 1889, à Necker, un malade chez qui, sans autre antécédent que des phénomènes de grande dysurie, se développa en quelques heures une grosse tuméfaction périnéale. Je pourrais citer encore des observations anciennes analogues. Si donc le phlegmon diffus est presque toujours précédé d'une phase de phlegmon circonscrit, cette phase peut manquer ou passer inaperçue et la maladie débute brusquement et marcher avec rapidité. Le phlegmon urinaire diffus est caractérisé par la marche envahissante et la rapidité grande dans l'évolution des phénomènes morbides, par la tendance gangreneuse du phlegmon et la profonde atteinte de l'état général.

Le phlegmon débute le plus souvent au niveau du périnée ou du scrotum, parfois dans le fourreau de la verge. Lorsqu'il commence au niveau du périnée, on voit toute la région se tuméfier et devenir tendue ;

(1) DAMASCHINO, thèse de Paris, 1896, p. 77.

bientôt les bourses, le fourreau de la verge sont pris et le gonflement leur donne un aspect monstrueux (fig. 151), la verge est gonflée, déformée, présentant des plis, prenant des aspects bizarres ; le scrotum est gonflé, tendu, sans rides, violacé, souvent séparé du périnée par un profond sillon transversal. Mais l'invasion septique se propage plus loin, le mont de Vénus paraît empâté, soulevé par l'œdème inflammatoire et plus loin la région hypogastrique, les aines appa-

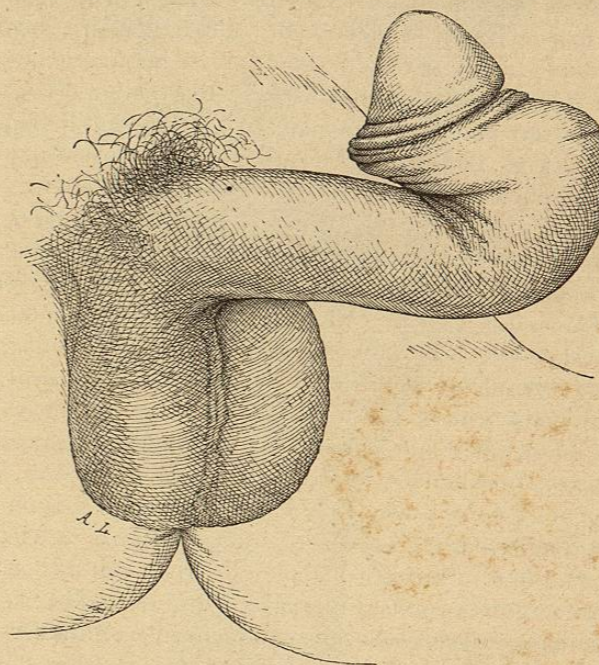


Fig. 151. — Infiltration du fourreau de la verge (phlegmon diffus par anaérobies).

raissent œdématisées ; puis se prennent les flancs, la région lombaire. J'ai vu l'œdème arriver jusqu'aux aisselles. En arrière du périnée, les fosses ischio-rectales, puis les fesses, les cuisses, sont envahies, gonflées, déformées. Pendant que les lésions s'étendent au loin et que les derniers points envahis présentent encore leur coloration normale, on voit dans les parties primitivement prises la peau devenir violacée et des plaques brunâtres avec ou sans phlyctènes : la gangrène s'étend, des lambeaux sphacelés se détachent et des dégâts énormes peuvent se produire : la verge peut perdre son fourreau en entier, une partie du gland peut disparaître et les testicules peuvent être mis à nu. Dans le périnée, l'urètre est disséqué, entouré de tissus méconnaissables, noirâtres, effilochés, et de grandes étendues du canal, le rétrécissement lui-même, peuvent se sphaceler. Dans certains cas, l'envahissement gangreneux est si rapide que lorsqu'on

incise, loin du foyer primitif, les portions dernièrement envahies, on trouve déjà sous la peau blanche le tissu cellulaire de couleur brun noir, infiltré de sérosité louche et roussâtre. Par les plaies que l'élimination des portions gangrenées a produites, par les incisions chirurgicales, il s'écoule un liquide sanieux, fétide, qui entraîne des lambeaux sphacelés. L'urine passe par les plaies, mais on ne voit pas la vessie se vider brusquement lorsque les foyers sont ouverts; l'urine s'écoule dans le pansement qu'il faut renouveler plusieurs fois dans la journée, mais la vessie se vide encore d'une manière incomplète pendant quelque temps; rarement il persiste de la rétention complète obligeant à vider artificiellement la vessie (observation d'Escat).

Pendant que ces phénomènes locaux se développent, l'état général est des plus graves. La fièvre haute, atteignant et dépassant 40°, avec des grandes oscillations, est fréquente: le malade est abattu et a des sueurs profuses; la langue est sèche; souvent on voit des vomissements ou de la diarrhée fétide. L'état moral de ces malades est souvent remarquable; il existe d'abord une certaine quiétude d'esprit et de l'indifférence, qui fait place au délire, puis vient le coma terminal.

La mort est en effet la terminaison la plus fréquente de la maladie abandonnée à elle-même: souvent même, lorsqu'on intervient un peu tardivement, l'intoxication de l'organisme est trop profonde et le malade meurt, alors même que la marche envahissante du phlegmon est arrêtée. Chez d'autres malades encore, la mort est plus tardive, la fièvre cesse, la réparation des plaies commence, mais les forces ne reviennent pas et la terminaison fatale arrive douze, quinze ou vingt jours après l'intervention. Lorsque le malade *guérit*, on voit d'abord que le phlegmon ne progresse plus et que la température tombe; la langue devient humide et les tissus sphacelés commencent à s'éliminer; malgré l'urine qui les baigne, les plaies deviennent rosées, elles bourgeonnent et se cicatrisent, laissant après elles des traces étonnamment restreintes de si vastes désordres. Mais la guérison n'est jamais complète en ce sens que, toujours, il reste une ou plusieurs fistules par lesquelles s'écoule l'urine en tout ou en partie.

Diagnostic. — Le diagnostic du phlegmon urineux diffus est évident lorsque se développent les symptômes que je viens de décrire; mais il existe une série de cas intermédiaires entre l'abcès urineux circonscrit et le phlegmon diffus qu'il est difficile ou impossible de classer dans un groupe plutôt que dans un autre, et que seule l'évolution ultérieure pourrait distinguer; or, nous l'avons vu, tout abcès urineux peut devenir un phlegmon diffus.

Le *diagnostic différentiel* doit être fait avec les phlegmons diffus originaires du rectum ou de la prostate et envahissant secondairement le périnée. Rarement la confusion aura lieu avec des *phlegmons péri-anaux*; l'examen de l'urètre, la marche du phlegmon ayant

débuté sur les côtés de l'anus, suffisent au diagnostic. Dans les *phlegmons d'origine prostatique*, l'envahissement du périnée commence en avant de l'anus et se fait plutôt sur un ou sur les deux côtés que sur la ligne médiane: le toucher rectal renseigne sur l'état de la prostate et permet souvent de faire sourdre du pus par le méat en pressant

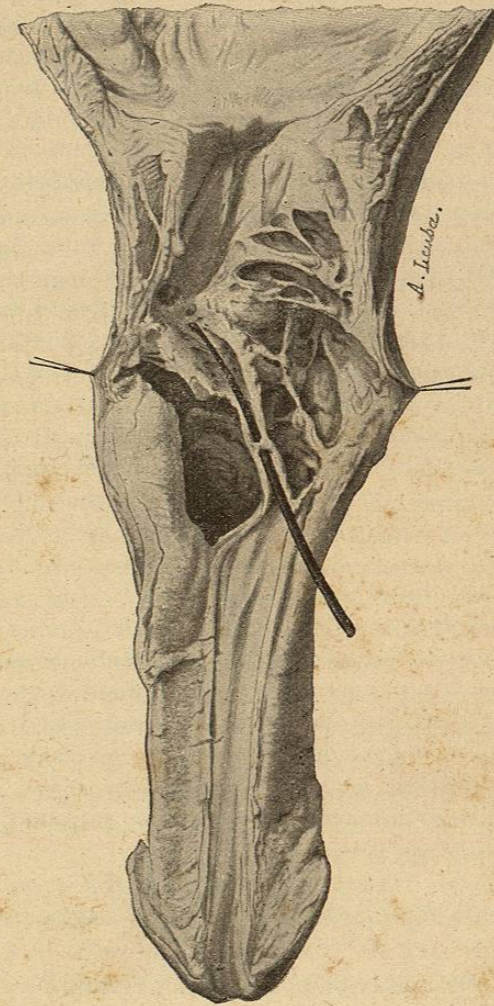


Fig. 152. — Phlegmon diffus péri-urétral: destruction de l'urètre et foyer juxta-urétral dans un cas de rétrécissement blennorragique (Musée Guyon, n° 244).

sur la glande; en dernier lieu, s'il en était besoin, on pourrait avoir recours à l'exploration interne du canal qui leverait tous les doutes.

Traitement. — Comme dans les abcès urineux circonscrits, il faut ici ne pas s'inquiéter, dès le début, de l'urètre, et se contenter de soigner le phlegmon: en France, cette pratique est unanimement acceptée.