

J'ai vu en Allemagne ouvrir le périnée infiltré, inciser l'urètre et par cette boutonnière drainer la vessie. Cette pratique ne me paraît présenter aucun avantage et elle expose à quelques inconvénients : il n'y a pas d'avantage à drainer la vessie dans ces cas, parce que la maladie elle-même a détruit plus ou moins largement l'urètre et que l'urine s'écoulera facilement au dehors par la large incision périnéale; il y a inconvénient, parce que l'opération est inutilement compliquée, parce que dans l'urètre, plus ou moins largement sphacélé, on ne peut savoir l'étendue qu'il convient d'inciser, si l'on se propose de traiter en même temps le rétrécissement; la réparation spontanée changera l'aspect de la région, on pourra avoir fait trop ou trop peu.

Il convient de commencer par rechercher le point de départ du phlegmon; d'inciser largement sur le périnée, les bourses ou la verge, jusqu'à ce que l'on arrive au foyer central péri-urétral (fig. 152). On fera ensuite de longues incisions dans toutes les parties infiltrées, si reculées soient-elles : ces incisions arriveront jusqu'à l'aponévrose d'enveloppe et seront séparées les unes des autres par des intervalles suffisants pour que le sphacèle de la peau entre les points incisés ne soit pas à craindre. On peut pratiquer les incisions avec le thermocautère ou avec le bistouri : je préfère ce dernier instrument, tout particulièrement lorsque les lésions sont très étendues et qu'il est besoin d'incisions très multipliées. Dans ces cas, le thermocautère est trop lent. Les incisions faites, on drainera largement les foyers périnéaux et tous les clapiers existants, et, suivant les besoins, entre les incisions on placera de larges tubes à drainage en anse. Les plaies seront ensuite lavées avec de l'eau oxygénée ou avec du nitrate d'argent au 1/1000^e et on les couvrira avec de larges pansements humides renouvelés aussi souvent qu'il en sera besoin. Il convient d'éviter chez ces malades, profondément intoxiqués, l'emploi d'antiseptiques toxiques, comme le sublimé ou l'acide phénique. L'eau oxygénée donne d'excellents résultats dans les infiltrations gangreneuses : son action spéciale sur les microbes anaérobies explique la rapide et remarquable modification des plaies.

Traitement général : alcool à l'intérieur et injections de sérum (2-3 litres dans les vingt-quatre heures) seront d'une grande utilité.

III. — ABCÈS URINEUX CHRONIQUES. TUMEURS URINEUSES ET FISTULES.

Je comprends dans la même description les tumeurs urineuses et les fistules qui en sont la conséquence, pour ne pas m'exposer à des redites. Pour les fistules uréthro-rectales, voy. *Maladies de la prostate*.

Les abcès urineux chroniques présentent la même étiologie et une pathogénie analogue à celle des abcès aigus; le mode d'évolution de la maladie diffère seul et entraîne des dissemblances symptomatiques et une thérapeutique spéciale. Comme dans les abcès aigus, l'immense

majorité des malades sont des rétrécis atteints le plus souvent de rétrécissements étroits, plus rarement de rétrécissements larges. L'infection péri-urétrale se fait par le même mécanisme que dans les abcès aigus, mais la moindre virulence des microorganismes détermine, aux lieux et places d'une vaste suppuration, un foyer purulent peu considérable entouré de fortes barrières de tissus sclérosés. La bactériologie de ces abcès est encore peu étudiée et n'a guère été faite qu'au moment des poussées aiguës : j'ai trouvé alors les mêmes microbes que dans les cas primitivement aigus; du coli, des microcoques, des anaérobies variés.

Anatomie pathologique. — L'abcès urineux chronique comprend une cavité suppurante généralement restreinte et une paroi épaisse, parfois énorme, qui donne à l'abcès le nom de tumeur urineuse lorsque son développement acquiert un volume très prépondérant par rapport à celui de la cavité.

La cavité de l'abcès est presque toujours irrégulière. Dans tous les cas elle comprend un foyer central, juxta-urétral, duquel partent des prolongements variés. Ce foyer juxta-urétral, plus ou moins anfractueux et de dimensions généralement restreintes, se trouve presque toujours situé dans la portion périnéale, sur un des côtés de l'urètre et empiète plus ou moins sur sa paroi inférieure, arrivant parfois jusque sur le côté opposé. Cette localisation particulière du foyer primitif est en rapport avec ce que nous avons vu sur les lésions de l'urètre en arrière du rétrécissement; comme nous l'avons dit page 501, c'est souvent sur les côtés, parfois même sur la paroi supérieure que la transformation fongueuse de la paroi est le plus avancée; c'est à ce niveau qu'on voit parfois ces traînées épithéliales signalées par Wassermann et Hallé, qui sont peut-être primitives et marquent leur route aux microorganismes, peut-être encore secondaires, l'épithélium ne faisant que recouvrir après coup un trajet fistuleux préformé.

Du foyer central partent des fusées secondaires qui aboutissent soit directement à la peau en déterminant une fistule, soit à un clapier secondaire, qui lui-même sert de point de départ à d'autres trajets. C'est ainsi que peuvent se former dans la peau du périnée une ou plusieurs fistules à trajet direct ou contourné, aboutissant plus ou moins directement à l'urètre. Parfois les fusées purulentes cheminent en dehors du périnée et envahissent le creux ischio-rectal, les fesses, les cuisses; elles peuvent remonter vers les aines et Cruveilhier a vu un malade dont la fistule s'ouvrait à l'angle inférieur de l'omoplate.

La cavité du foyer central peut être très petite et revenue sur elle-même lorsque l'abcès s'est vidé par les fistules. Du côté de l'urètre on constate dans certains cas une communication assez large pour être visible dans les fongosités qui l'entourent; d'autres fois il est impossible de voir un orifice de communication entre l'abcès et

l'urètre : les parois du canal sont modifiées par la sclérose, mais elles sont encore épaissies et non perforées. Plus rarement il existe plusieurs pertuis faisant communiquer l'urètre avec la poche de l'abcès.

La cavité de l'abcès chronique, avant d'être vidée, contient du pus généralement bien lié et peu ou pas mélangé d'urine : ce pus peut s'évacuer uniquement dans l'urètre et la cavité constitue alors une variété de poche urineuse. D'autres fois, l'abcès s'ouvre uniquement à l'extérieur, mais dans la plupart des cas on voit se faire successivement des ouvertures cutanées et urétrales; dès lors l'urine passe en partie ou en totalité par les fistules. Lorsque l'abcès s'est ouvert et que les fistules existent, le clapier central revient sur lui-même et se rétrécit; il ne contient alors que très peu de pus et sa cavité se trouve comblée par des fongosités de couleur grisâtre qui tapissent en outre les trajets fistuleux et les clapiers secondaires. Lorsque les lésions sont de longue durée, on peut constater que les fistules sont tapissées plus ou moins régulièrement d'une couche épithéliale pavimenteuse : Guyon, Poncet, ont vu cet épithélium être le point de départ d'une tumeur maligne.

Paroi de l'abcès. — Nous venons de dire que la cavité de l'abcès et les parois des fistules sont tapissées par des fongosités : ces fongosités reposent elles-mêmes sur un tissu scléreux et dur, produit par la transformation scléreuse des parties molles péri-urétrales. Lentement le processus inflammatoire détermine la formation de masses, parfois énormes, de tissus indurés creusés de trajets fistuleux ; souvent les bourses sont englobées dans ce processus scléreux hypertrophique ; la verge elle-même peut prendre un aspect éléphantiasique et des proportions énormes. A la coupe, ces tissus transformés sont durs et crient lorsque le bistouri les sectionne ; la tranche de la coupe est de couleur blanc gris, d'aspect scléreux et par places on reconnaît encore des parties musculaires ou quelques lobules adipeux. Lorsqu'on regarde au microscope une coupe des tissus périnéaux ainsi transformés, on voit des bandes de tissu fibreux analogues à celles des fibromes, mais on constate aussi, dans presque tous les cas, un développement très considérable de fibres lisses qui forment par endroits d'épais faisceaux entre-croisés. J'ai examiné souvent des préparations de tumeurs urineuses qui, au point de vue de la structure, sont des *fibro-myomes*, mais il ne s'agit pas là de néoplasies dans le vrai sens du mot.

Symptômes. — La description anatomique qui précède me permet d'être bref.

Le début de la maladie est insidieux : dans certains cas le malade éprouve seulement de la gêne du côté du périnée et, quelques jours après, il remarque l'induration : d'autres fois les symptômes sont plus accusés : il y a de la dysurie, un peu de douleur périnéale, du ténésme rectal comme dans les abcès aigus, mais les symptômes

s'amendent et ce n'est que très lentement, après plusieurs poussées subaiguës, que l'abcès finit par percer.

Lorsque l'abcès est petit ou de moyen volume, l'examen du malade révèle le long de l'urètre, faisant corps avec lui, une tumeur arrondie ou allongée, de consistance ferme, parfois très dure. La peau conserve sa coloration et sa souplesse normales et pendant longtemps elle glisse sur la tumeur ; plus tard, si l'ouverture se fait à l'extérieur, ce qui est de règle, la peau devient fixe sur les parties profondes, elle rougit dans un point ; la fluctuation peut alors être perçue et bientôt l'abcès s'ouvre. Il reste ensuite une fistule donnant uniquement passage au pus dans les cas les plus rares, à du pus et à de l'urine dans les plus fréquents. Il est exceptionnel de voir l'abcès se vider dans l'urètre sans qu'il y ait d'ouverture extérieure.

Dans un certain nombre de cas, on assiste au développement d'une petite tumeur urineuse périnéale qui n'aboutit pas à la formation d'un abcès et qui peut disparaître spontanément ou après la dilatation de l'urètre. Fréquemment on voit, chez ces malades, une nouvelle tumeur semblable à la première se développer après un temps variable. Lorsque l'abcès s'est ouvert à l'extérieur, il n'est pas rare d'observer l'oblitération spontanée de la petite fistule, mais le périnée reste induré. Après quelque temps, le malade éprouve de nouveau les symptômes douloureux du commencement et une nouvelle fistule se forme. Alors même que la première ouverture est restée fistuleuse et donne passage à du pus ou à de l'urine, on assiste souvent au développement de nouvelles fistules et pendant ce temps le périnée se déforme de plus en plus : c'est ainsi que, lentement, on arrive à ces grosses tumeurs urineuses, ravinées de sillons et percées de nombreux orifices par lesquels s'écoule toute ou la plus grande partie de l'urine.

Diagnostic. — On reconnaît aisément que les masses indurées du périnée, avec ou sans fistules, sont dues à une lésion urétrale que l'explorateur à boule fait diagnostiquer facilement. Il faut à cet égard ne pas oublier que des lésions périnéales sérieuses peuvent être la conséquence de rétrécissements larges et explorer le canal avec des explorateurs de gros calibre. Pour reconnaître si les fistules communiquent ou non avec l'urètre, lorsqu'il n'y passe pas d'urine, on recommande les injections de lait ou d'antiseptiques colorés faites par le méat. Pour savoir le trajet plus ou moins direct de la fistule vers l'urètre, on peut y introduire un stylet ; on peut encore faire cette exploration en même temps qu'on introduit un instrument métallique dans l'urètre, dans le but de le toucher avec le stylet introduit par la fistule.

Je ne pratique chez mes malades ni injections colorées ni exploration avec le stylet, sauf dans des circonstances exceptionnelles : il importe peu, au point de vue du traitement, qu'il passe ou non une petite quantité d'urine par la fistule et que son trajet soit plus ou

moins direct. Ce dont il faut se rendre compte, c'est : 1° de l'existence des rétrécissements, de leur nombre, de leur étroitesse, etc..., toutes conditions déjà étudiées page 435 ; 2° de l'étendue de la tumeur et des prolongements qu'elle peut présenter ; 3° de l'existence ou de l'absence de lésions prostatiques concomitantes ; 4° de l'état de la vessie, en particulier si elle se vide complètement, et des reins ; 5° enfin de l'état général du malade.

Le *diagnostic différentiel* sera établi aisément pendant que cet examen soigneux du malade est pratiqué. Les fistules périnéales urinaires ne peuvent guère être confondues qu'avec les affections suivantes :

Fistules consécutives à la coupérite. — Dans ces cas, la fistule est latérale ; il y a peu ou pas d'induration ; il ne passe pas d'urine par le périnée, sauf le cas exceptionnel de double ouverture urétrale et cutanée. Pas de rétrécissements.

Fistules péri-anales. — Sont souvent tuberculeuses et accompagnées d'autres lésions génitales ou générales ; siègent surtout aux alentours de l'anus ; il y a peu de tumeur périnéale : l'exploration au stylet combinée au toucher rectal et l'examen de l'urètre lèvent tous les doutes.

Fistules prostatiques. — Sont surtout postérieures ; l'évolution de la maladie, le toucher rectal et l'exploration du canal font le diagnostic.

Abcès péri-urétraux tuberculeux. — Peuvent simuler très exactement les abcès urinaires chroniques, d'autant plus que l'urètre peut présenter des rétrécissements tuberculeux. Le diagnostic se fait par la connaissance de l'évolution très torpide de l'abcès et surtout par les lésions tuberculeuses de la prostate, des vésicules et des épидидymes.

Fistules ostéopathiques. — Le diagnostic se fait par l'exploration avec le stylet et l'examen soigneux du squelette.

Traitement. — Lorsque chez un rétréci on observe au début une petite induration péri-urétrale ne s'accompagnant pas de phénomènes réactionnels, on peut espérer que la résolution sera le résultat de soins prudents donnés à la sténose du canal. On pourrait à la rigueur dans ces cas essayer la dilatation graduelle et très lente, sans forcer le rétrécissement, en ayant bien soin de laver avec des antiseptiques faibles le canal. Il faut surtout éviter un traitement précipité, et savoir s'arrêter si la tumeur augmente, si le cathétérisme donne lieu à des poussées fébriles. J'ai déjà dit plus haut le danger qu'il peut y avoir dans des cas semblables à pratiquer l'urétrotomie interne : la simple dilatation peut provoquer de la fièvre et précipiter le développement de l'abcès ; dans les cas les plus favorables, lorsque la résolution est observée, le malade est exposé à des récidives.

Lorsque l'abcès chronique a acquis un certain développement, il

est inutile d'en attendre la résolution et il vaut mieux, de suite, décider l'intervention opératoire. Si l'abcès est limité, entouré d'une coque qui l'isole assez bien, on peut l'extirper en entier comme le conseillait Horteloup, ou, mieux encore, l'inciser largement, évacuer son contenu et extirper ensuite, dans la même séance, la coque fibreuse qui l'entoure. Lorsque l'abcès est plus considérable, lorsque surtout une poussée subaiguë s'accompagne de phénomènes généraux de quelque importance, il vaudra mieux agir comme pour un abcès primitivement aigu et opérer en deux temps : dans une première séance, on évacuera au bistouri la collection et, quelques jours plus tard, on s'occupera de l'urètre.

Lorsque des fistules existent, le traitement conseillé par les auteurs varie un peu. La plupart pensent que, dans un grand nombre de cas, alors surtout que la tumeur périnéale est peu considérable, on peut guérir la fistule en soignant le rétrécissement par la dilatation, par l'urétrotomie interne et surtout par l'emploi de la sonde à demeure qui empêche l'urine de passer par la fistule et de l'entretenir. Il est certain que des fistules à trajet direct, sans clapier secondaire, ne s'accompagnant guère d'indurations périphériques, peuvent guérir en soignant uniquement le rétrécissement par la dilatation ou par la sonde à demeure avec ou sans urétrotomie. Il est non moins certain que, dans la grande majorité des cas, la guérison n'est que temporaire et que, de nouveau, la fistule s'ouvrira. C'est en raison de ce fait que, toutes les fois qu'il existe une fistule urinaire, simple ou compliquée, je préfère opérer. Dans ces cas, j'interviens toujours par le périnée de dehors en dedans, et si je pratique l'urétrotomie interne, c'est en même temps que l'opération périnéale, comme un complément de celle-ci. Voici la conduite que je suis dans les cas de fistules périnéales.

Si je puis passer un conducteur dans l'urètre jusque dans la vessie, je pratique l'urétrotomie interne et je place une sonde à demeure. Ce temps préliminaire étant fini, quel que soit le siège des fistules dans le périnée, que la tumeur soit grosse ou petite, qu'il y ait ou non des clapiers secondaires, j'incise longuement le périnée sur la ligne médiane et, à travers les masses indurées, je vais à la recherche de l'urètre sans m'embarrasser de stylets ou de sondes cannelées introduits dans les fistules. Arrivé sur l'urètre, je cherche le foyer primitif, celui d'où sont parties toutes les fusées purulentes secondaires, et je dégage le canal en enlevant de chaque côté, avec les pinces à griffes, le bistouri et les ciseaux, toutes les masses indurées qui englobent le périnée et les régions voisines. Bientôt l'urètre apparaît au milieu de tissus que le doigt sent souples. Si je constate que l'urètre lui-même n'est pas induré et si, en l'examinant soigneusement, je ne puis découvrir aucune ouverture fistuleuse sur aucune de ses parois, je me borne à cette *libération externe de l'urètre*,

comme l'a nommée Guyon. Il est rare qu'il en soit ainsi ; presque toujours la section des tissus indurés m'a conduit dès le début jusque sur l'urètre qui a été ouvert avant même que toutes les masses indurées qui l'entourent aient été extirpées, et, suivant les cas, je pratique une résection plus ou moins étendue du canal (Voy. p. 462).

Lorsqu'au début de l'opération je n'ai pu pratiquer l'urétrotomie interne, j'agis comme dans les interventions périnéales sans conducteur, décrites page 458.

Lorsque l'opération a été pratiquée ainsi, tous les trajets fistuleux se trouvent extirpés dans la profondeur ; leur orifice cutané peut encore persister et il suffit de les enlever à la fin de l'opération avant de pratiquer, comme il a été dit, la suture des parties profondes, tout en laissant ouverte la plaie périnéale.

Dans la *région pénienne*, les abcès urinaires sont plus rares que dans le périnée ; souvent, à leur suite, on observe de courtes fistules dont l'orifice cutané est très rapproché du canal. Ces fistules, aussi bien que les autres fistules de la région pénienne consécutives à des folliculites suppurées, aux traumatismes, aux gommés ou au chancre, demandent à être traitées différemment. Souvent il suffit de pratiquer un large avivement de leurs bords et de les suturer ensuite ; d'autres fois, on aura recours à des procédés autoplastiques, à un ou deux lambeaux analogues à ceux décrits page 465.

MALADIES DE LA PROSTATE

PAR

J. ALBARRAN

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien des Hôpitaux.

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES

Nous étudierons successivement : les *contusions*, les *plaies* et les traumatismes chirurgicaux accidentels, les *fausses routes prostatiques*.

I. — CONTUSIONS.

De par sa situation anatomique, la prostate est peu exposée à ce genre de traumatisme. Protégée en avant par la symphyse pubienne, elle est soutenue en bas par le plancher périnéal, très résistant en avant au niveau du ligament sous-pubien de Henle, solide en arrière au niveau du corps périnéal ; sa face postérieure est protégée indirectement par le coccyx, le sacrum ; elle n'est abordable que par voie rectale. Sa face supérieure reste en contre-bas du pubis et les traumatismes abdominaux, quelle que soit leur ligne d'action, ne peuvent l'atteindre que très difficilement.

Terrillon a étudié dans sa thèse les effets du traumatisme périnéal ; il a vu le choc, si violent qu'il fût, s'épuiser dans les parties molles du périnée, le bulbe de l'urètre, l'urètre membraneux, la masse même du plancher et la prostate fuir devant le trauma, utilisant en cela sa mobilité relative.

Il n'existe qu'une observation indiscutable de contusion de la prostate ; c'est le cas partout cité de Velpeau (1). Dans un traumatisme périnéal étendu, il trouva, entourée de tissus profondément désorganisés, la glande « criblée de petits grumeaux sanguins ». Il émet aussi l'opinion, du reste purement théorique, que l'équitation et les

(1) VELPEAU, *Dictionnaire* en 30 vol., art. PROSTATE. — BÉRAUD, thèse d'agrégation, 1854.