

tion secondaire par divers microbes entrera en jeu et, la cavité se vidant mal, le sujet succombera à la septicémie chronique après une amélioration passagère. C'est le chemin que prenait une fille dont vous trouverez l'histoire dans la Thèse de Lecoq et que j'ai opérée après une fistulisation ombilicale suivie d'un début de septicémie. Le large drainage a coupé court aux accidents et l'enfant a guéri.

Donc n'attendez pas ces complications qui, une fois installées, n'obéiront pas toujours à votre thérapeutique. Mais retenez ce fait que l'opération de la péritonite à pneumocoques n'est généralement pas une opération d'urgence. N'ouvrez le ventre qu'une fois l'épanchement bien constaté, et sachez qu'alors le pronostic dépend essentiellement de la disposition anatomique des lésions : bénin dans la péritonite enkystée, qui guérit comme un simple abcès, il est grave au contraire dans la péritonite généralisée. Mais, même dans cette variété, quelques succès ont été publiés, et mes observations prouvent qu'en effet la bénignité est plus grande que pour les autres suppurations péritonéales enkystées.

Dans une, sans doute, la mort fut rapide. Mais dans l'autre, après la laparotomie, l'amélioration fut telle que pendant quelques jours je crus d'abord au succès, et la mort fut causée par une broncho-pneumonie, tout allant bien du côté du péritoine.

Quant à la technique opératoire, je n'ai rien de spécial à en dire. La plupart du temps, vous devrez pratiquer la laparotomie médiane, qui convient à la fois à la péritonite généralisée ou à l'ordinaire grande poche enkystée sous-ombilicale. Mais, pour les collections enkystées, tous les sièges sont possibles et vous devez alors inciser sur le point culminant de la tumeur. Après ouverture large, vous drainerez avec de gros tubes en caoutchouc. Les lavages sont la plupart du temps inutiles; je n'en fais jamais au moment de l'opération, et je n'y recourus que si, pendant les jours suivants, j'observe des accidents fébriles qui me paraissent liés à une évacuation insuffisante du pus.

TRENTE ET UNIÈME LEÇON

LYMPHANGITE GANGRENEUSE DU SCROTUM

- I. — Description générale de la lésion. On peut l'observer chez l'enfant nouveau-né. Pronostic sévère, mais non désespéré.
- II. — Porte d'entrée au prépuce, au scrotum, quelquefois à la cuisse, avec lymphangite rétrograde. Lésion locale de gravité variable selon la profondeur de l'eschare. Traitement par les débridements profonds au thermo-cautère.

Dans diverses régions du corps, et surtout sur les téguments des organes génitaux externes de l'homme, on peut observer des gangrènes septiques qui surviennent par un processus de lymphangite aujourd'hui bien connu, surtout depuis la si intéressante thèse qu'en 1880 Jalaguier a consacrée à la lymphangite gangreneuse.

Certes, les descriptions cliniques sont loin d'être récentes, et il y a plus de cinquante ans que Moulinié, en 1849, signalait les gangrènes foudroyantes des organes génitaux de l'homme. Je ne veux d'ailleurs pas reprendre ici cette histoire dans son entier, mais vous dire seulement qu'après avoir été qualifiées de « spontanées », ces gangrènes ont été, à juste titre, rapportées à un processus de lymphangite. On a vu, en effet, que presque toujours il y avait eu comme porte d'entrée, chez l'adulte, soit des chancres mous, soit une vive inflammation du prépuce à la suite d'une blennorragie particulièrement intense, — je ne mentionne que les deux causes les plus banales; — et de là était partie une lym-

phangite réticulaire, pendant longtemps méconnue parce que la phase inflammatoire en est d'ordinaire fort courte.

Si l'on assiste à cette période initiale, on constate localement une lymphangite classique. Mais déjà l'état général est hors de proportion avec elle; il y a non seulement l'hyperthermie banale, mais souvent un abattement précoce, du délire. Et très souvent, sur les téguments enflammés se délimitent, avec ou sans phlyctènes préalables, des plaques plus ou moins étendues de mortification. Au scrotum en particulier, ces plaques ont coutume d'être blanches; si quelquefois elles restent superficielles et se détachent, souvent autour d'elles se déclarent des phénomènes de suppuration graves aboutissant à la mort. Si le sujet en réchappe, on est étonné de voir comme les délabrements se réparent, comme le scrotum se reconstitue; au reste, cela n'a rien de spécial aux gangrènes de cette nature, et vous en voyez tous les jours autant à la suite de celles qu'engendre l'infiltration d'urine.

Tel est, rapidement esquissé, le tableau de la lymphangite gangreneuse aiguë du scrotum chez l'adulte, et c'est parce que je l'avais présent à la mémoire que je l'ai reconnu, il y a quelques semaines, chez l'enfant qu'aujourd'hui je vous présente entièrement guéri.

I

Le 26 décembre 1899, on apportait à la consultation de l'hôpital Trousseau un enfant nouveau-né de vingt et un jours, venu à terme, nourri au sein par une mère bien portante, et qui lui-même n'était malade que depuis cinq jours. A cette date avait débuté un gonflement des bourses et du pénis, la miction était vite devenue difficile, et déjà au bout de deux jours la partie dorsale de la verge avait pris une teinte violette; bientôt après se formait une plaque blanche qu'actuellement nous constatons avec netteté.

Elle était alors semi-annulaire, occupant le tiers postérieur de la verge, dont elle respectait la face inférieure. Prépuce, verge, scrotum étaient énormes, durs, d'un rouge vineux, avec des plaques violacées.

En présence d'un état semblable chez l'adulte, le diagnostic serait naturellement resté d'abord un peu hésitant. Non point pour reconnaître l'existence évidente d'un phlegmon gangreneux des bourses, mais pour trouver la cause de ce phlegmon. Vos premières investigations en pareille occurrence doivent être dirigées de façon à mettre hors de cause un rétrécissement de l'urètre avec infiltration d'urine; et certainement l'interrogatoire, puis l'exploration de l'urètre avec une bougie à boule, vous auraient vite tiré d'embarras.

Mais chez l'enfant nouveau-né une semblable étiologie était *a priori* tout à fait invraisemblable. Les rétrécissements congénitaux de l'urètre sont d'une extrême rareté, et d'ailleurs il y avait ce commémoratif précis que l'enfant avait pissé normalement jusqu'au début du gonflement péno-scrotal. La même constatation nous permettait d'éliminer l'hypothèse, — plus vraisemblable que la précédente, — d'un phimosis étroit ayant mis obstacles à la miction; l'urine aurait distendu, puis éraillé et infiltré une poche préputiale.

Au reste, dans un cas comme dans l'autre, l'indication thérapeutique était de débrider largement les parties enflammées. C'est ce que je fis faire séance tenante par mon interne Barbarin: au thermo-cautère furent pratiquées trois grandes incisions antéro-postérieures, une médiane, deux latérales, et toute la région fut enveloppée dans un vaste pansement humide. Bien entendu, je n'hospitalisai pas l'enfant puisque dans cet hôpital je n'ai pas de salle de crèche; il resta nourri par sa mère et fut tous les jours apporté à la salle Legendre pour être pansé.

Le pronostic était sévère, mais non point désespéré, car l'état général était assez bon et surtout l'enfant n'avait jamais cessé de prendre volontiers le sein. En fait, tout s'arrangea rapidement. Dès le lendemain l'enfant allait mieux, les bourses avaient nettement dégonflé. Le 3 janvier les eschares se détergeaient: au dos de la verge existait une ulcération à peu près nettoyée; à la face antérieure du scrotum, les parties saines de la peau formaient cinq languettes recroquevillées autour d'une vaste perte de substance au fond de laquelle on voyait une couche grise de tissu cellulaire

mortifié, avec quelques petites eschares cutanées à la surface. Le 7 janvier tout était détergé, les lèvres cutanées tendaient déjà à se rapprocher, et dès le 15 janvier il ne restait plus, la verge étant complètement cicatrisée, qu'une petite plaie granuleuse au scrotum. L'état général était excellent, les mictions normales, et quelques jours après tout était terminé.

La lymphangite gangreneuse du scrotum n'est heureusement pas très fréquente chez l'adulte. Chez l'enfant elle est particulièrement rare : le cas que je viens de relater est le premier qu'il m'ait été donné d'observer à l'hôpital Trousseau, alors qu'il m'était passé par les mains près de 40.000 enfants. Mais j'ai appris par la thèse de Fourré¹ que mon ami Brun a recueilli l'an dernier deux observations semblables sur des enfants de dix-sept et de vingt et un jours. Le premier de ces sujets, envoyé à l'hôpital pour érysipèle gangreneux, avait été admis dans un service de médecine comme atteint d'infiltration d'urine; malgré toutes les apparences, il fut rapidement hors de danger grâce à de profondes incisions; puis, au bout d'un mois, il fallut une suture secondaire pour fermer définitivement la brèche scrotale. L'autre malade, au contraire, succomba rapidement.

II

Chez les malades de Brun, il semble bien que l'inflammation lymphatique ait débuté, sans qu'on sache au juste pourquoi, par la racine des cuisses et qu'elle n'ait gagné le scrotum que secondairement. Dans mon cas, cette cause ne peut sûrement pas être invoquée, car il n'y avait absolument rien en dehors des organes génitaux externes; et sur ces organes je n'ai pu voir aucune porte d'entrée. Il y a une cinquantaine d'années, je vous aurais probablement parlé, par conséquent, d'une gangrène « spontanée ». Dans l'état actuel de la science, pour le nouveau-né comme pour l'adulte, je dois admettre une lymphangite à porte d'entrée

1. G. FOURRÉ. — *Thèse de Paris*, 1898-1899, n° 652.

inconnue; il suffit pour nous expliquer les choses d'une excoriation cachée dans un pli du scrotum, du prépuce; et vous savez combien la chose est fréquente chez les nourrissons, toujours plus ou moins macérés dans l'urine et les matières fécales. La seule chose qui puisse nous étonner, c'est que les infections graves des membres inférieurs et des organes génitaux ne soient pas plus fréquentes à cet âge.

Quant à la possibilité de la lymphangite rétrograde, passant de la cuisse au scrotum, avec Brun je l'admets sans hésiter, car nous l'observons, rarement il est vrai, dans les autres régions de l'économie; et, d'autre part, je l'ai observée au scrotum.

En effet, par un de ces hasards dont la clinique est coutumière, pendant que l'enfant dont je viens de vous entretenir était en traitement, on m'en apportait un autre, le 9 janvier 1900, atteint de la même lésion. Ce n'était plus, sans doute, un nouveau-né, mais un garçon de deux ans et demi : à cet égard, il y a une différence avec les trois faits précédents, tous trois relatifs à des nouveau-nés. Mais à part cela, la lésion était identique.

Sur le début, nous ne savons rien : l'enfant était élevé en Normandie, et ses parents ne l'avaient pas vu depuis plusieurs mois, lorsqu'on les avertit, le 7 janvier, qu'il était malade. Le père alla le chercher, et tout de suite l'amena à l'hôpital. Là, je vis un bel enfant, de forte taille, superbement musclé, sain de partout, sauf des organes génitaux externes. La verge et le scrotum, gros comme une belle orange, mais indolents à la pression, étaient durs, de couleur rouge vif, sans que la tuméfaction et la rougeur tendissent à empiéter sur la racine des cuisses et sur le bas de l'abdomen. Les plis du scrotum étaient entièrement effacés; la verge était volumineuse, l'extrémité antérieure du fourreau dépassait le gland d'environ 1 cent. 1/2, formant une poche distendue par l'urine, qui y stagnait après chaque miction. En relevant la verge, en haut, je vis sur sa face inférieure et en regard d'elle, sur le scrotum, une plaque médiane de gangrène, blanche, ovalaire.

A voir la distension du prépuce par l'urine, on aurait pu croire que là se trouvait la porte d'entrée, non pas d'une infiltration d'urine, mais d'une lymphangite septique. On sait, en effet, que

le phimosis est une cause banale d'infection préputiale. Et en l'absence de commémoratifs exacts, cette opinion ne peut pas être entièrement repoussée. Mais j'ai plutôt admis comme porte d'entrée des plaques d'ecthyma évidentes de l'abdomen et des membres inférieurs; il y en avait 6 sur la partie sous-ombilicale de l'abdomen, 2 à la racine de la cuisse droite, 1 sur la racine de la cuisse gauche. Aucune trace de lésion semblable n'existait au scrotum.

Quoi qu'il en soit de cette discussion étiologique, dont l'importance pratique n'est pas grande, j'étais en présence d'un cas bénin. Les lésions étaient graves, mais sans tendance à la diffusion; l'état général était excellent, les accidents étaient tout récents. En fait, il suffit d'un débridement de l'eschare péno-scrotale et de larges enveloppements humides à l'acide borique pour faire céder l'inflammation. Dès le 19 janvier, la région avait assez dégonflé pour qu'on pût sentir à la palpation les testicules, de consistance et de volume normaux: la miction s'effectuait sans entrave, les eschares étaient tombées et il ne restait plus qu'une plaie granuleuse, que les parents ont soignée chez eux, sans continuer à nous amener l'enfant.

Nous avons donc là un exemple de la forme bénigne de la lymphangite gangreneuse, avec élimination d'une eschare superficielle, limitée, sans participation du tissu conjonctif profond: tandis que notre première observation est un cas de lymphangite gangreneuse grave, avec phlegmon diffus sous-cutané et élimination du tissu conjonctif sphacélé, en sorte que les testicules furent mis à nu mais non point sphacelés; il en fut de même chez l'enfant que Brun a guéri. Quant à l'autre, il mourut avant la chute des eschares.

L'origine lymphangitique une fois admise, reste à nous demander pourquoi ces accidents éclatent; et je vous rappelle leur rareté, alors que la fréquence des ulcérations souillées est énorme aux membres inférieurs et au scrotum des nouveau-nés. Or il est à noter que nos deux malades étaient de beaux enfants, bien nourris, bien développés, nourris au sein. Aucune cachexie, aucune maladie antérieure ne vient nous expliquer l'évolution d'une lymphangite aussi grave et, heureusement, aussi exceptionnelle.

Cette solidité de l'état général est sans contredit un des facteurs principaux de la guérison. Mais il faut instituer, cela va sans dire, un traitement local énergique. Discutez tant que vous voudrez sur l'origine de l'infection, sur la nature du microbe causal, sur le rapport de la lymphangite gangreneuse avec l'érysipèle; mais d'abord ayez largement fendu les eschares, ayez au besoin débridé de chaque côté le scrotum par une incision antéro-postérieure si vous croyez que le processus est diffus, que le tissu cellulaire sous-cutané va y participer.

Pour pratiquer ces débridements, je vous conseille volontiers d'employer le thermo-cautère, quoique j'aie en général pour cet instrument de dièrèse une sympathie des plus restreintes. Mais, chez le nouveau-né surtout, il est intéressant de réduire au minimum la perte de sang. De plus, j'aime assez l'action du fer rouge dans les phlegmons diffus, dans les anthrax en voie de diffusion où, après avoir fendu la masse principale au bistouri pour ne pas prolonger l'opération pendant un temps inutile, j'ai coutume de larder la région infiltrée avec de profondes et larges pointes de feu. Je n'insiste pas beaucoup sur ce point de technique et je ne suis nullement surpris que Brun ait réussi tout aussi bien avec le bistouri. Mais j'ai une légère préférence pour le fer rouge, quand je l'ai sous la main.