

propos du diagnostic. Maints opérateurs, plus impressionnés par la vue des bourses et du pénis gorgés d'œdème urinaire que par la tuméfaction moins en saillie et obscurément fluctuante du périnée, concentrent leurs coups de bistouri sur les premières régions. Or, c'est au périnée qu'est le foyer initial et dominant de l'infiltration, le plus voisin d'ailleurs de la lésion uréthrale originelle. Faute de l'inciser largement, il arrive que l'urine continue à se porter en avant sur le scrotum et le pénis. Elle trouve bien à ce niveau des issues que lui ouvrent les incisions pratiquées; mais, avant d'arriver à ces portes de sortie trop distantes, elle a encore eu le temps de poursuivre ses ravages dans le tissu cellulaire du voisinage, de stagner, de se décomposer; d'ailleurs, le chemin peut ne pas être libre: une escarre, un « flocon de tissu cellulaire pourri », comme disait Chopart, un commencement d'adhérence ou de cicatrisation suffisent à l'obstruer.

Donc, on commence par inciser le périnée: il faut savoir qu'à telle collection peu nettement fluctuante peut correspondre une abondante masse de pus: emprisonnée sous pression par les aponévroses et les couches superficielles épaissies, elle jaillit parfois en un jet vigoureux qui souille largement le lit et le parquet et « saute dans la manche du chirurgien ». « Je vous ai fait remarquer, disait Gosselin, les précautions particulières que j'ai prises avant l'opération: j'ai demandé un bassin et j'ai relevé mes manches jusqu'au coude. » Le dilateur gouttière de Tripiër nous a rendu service pour l'ouverture de semblables collections périnéales: il excelle à entre-bâiller l'issue qu'ouvre un coup de pointe et facilite l'élargissement de la brèche; il est surtout avantageux quand il faut remonter jusqu'à un épanchement fait dans la loge aponévrotique supérieure. Ces incisions saignent peu: J.-L. Petit en avait déjà fait la remarque. Faites-les porter sur tous les points envahis et œdémateux, choisissez ceux qui répondent aux placards de sphacèle, aux plus grandes altérations cutanées; orientez-les de façon à éviter les branches vasculaires ou nerveuses et à faciliter l'écoulement des liquides; mais espacez-les et disposez-les de manière à prévenir la gangrène des portions tégumentaires intercalaires. Six ou huit sont un chiffre très suffisant, en général; mais ne péchez point par défaut. Sur le scrotum emphysémateux, multipliez les longues incisions; sur le prépuce et le corps de la verge, les larges mouchetures sont préférables. Si le type gangreneux s'est accusé, laissez le bistouri pour prendre le thermo et rôtissez les clapiers: à cette période, du reste, n'espérez point que les incisions auront la même action évacuatrice qu'à la phase d'infiltration urinaire.

Comme dans le phlegmon diffus, le tissu cellulaire est pénétré de masses nécrotiques difficiles à éliminer: il faut multiplier les débridements des parties tendues par l'œdème gangreneux et compter surtout sur la torréfaction ignée. L'extirpation attentive des lambeaux de tissu cellulaire mortifiés et des débris sphacéliques; les attouchements à la solution alcool-phéniquée à 1/10, les irrigations antiseptiques fréquentes complètent nos ressources d'intervention. Rien ne vaut ces incisions hâtives et larges comme antithermique: dans les formes ordinaires, la défervescence est rapide. Quand leurs plaies se sont détergées, souvent en trois ou quatre jours, il est surprenant de les voir se couvrir de bourgeons nombreux, pressés, d'un rouge franc, bien vivants. Après la chute des escarres, il reste parfois de grandes surfaces dépourvues: il arrive que le sphacèle « déshabille » presque complètement les testicules; mais la rétraction cicatricielle ramène sur ces parties la couverture cutanée des environs, et l'on est maintes fois étonné de voir l'enveloppe scrotale reconstituée par ce

froncement progressif. Dans les septicémies urinaires suraiguës, à tendances comateuses et hypothermiques, à œdème crépitant et sphacélique envahissant, le couteau n'arrive pas à faire rétrocéder l'intoxication.

II

ABCÈS URINEUX

Pathogénie. — L'abcès urinaire répond à la forme bénigne et circonscrite de l'infiltration, et l'épithète « urinaire » indique la conception pathogénique qui, jusqu'à présent, lui a été appliquée. En arrière d'un rétrécissement, au niveau d'un point enflammé du canal ou d'une fausse route, ou à l'occasion d'une déchirure de la paroi par la sonde, une fissure s'est établie qui permet la sortie d'une certaine quantité d'urine hors de l'urètre. Après la miction, le fond de la fissure se ferme, si bien qu'aux mictions suivantes la brèche est close devant l'urine. Il peut arriver que cette véritable instillation d'urine se répète par plusieurs reprises: de là, des variétés dans l'étendue de l'abcès urinaire et dans la rapidité de son évolution. A la périphérie, s'organise un processus de sclérose par lequel, nous dit Voillemier, « l'urine se crée à elle-même une barrière »; dans la portion centrale, l'inflammation plus vive aboutit à la suppuration.

Tel est le schéma classique de la formation des abcès urinaires. Mais cette conception est infirmée par des faits cliniques et anatomo-pathologiques: l'abcès, dit urinaire, peut se produire en dehors de toute stricture, en dehors de toute pénétration de l'urine, comme Hunter et Civiale l'avaient judicieusement noté; il peut s'observer avec un rétrécissement large et manquer dans maints rétrécissements très serrés, se rencontrer dans de simples inflammations blennorrhagiques du canal. Il ne paraît donc pas nécessaire que le passage direct de l'urine hors du canal aille contaminer le tissu cellulaire du périnée; et ce qui le prouve, c'est la fréquence des cas où l'incision de l'abcès n'est suivie primitivement d'aucun écoulement urinaire. L'abcès urinaire — péri-urétrite suppurée circonscrite — peut être l'aboutissant d'une infection qui progresse de dedans en dehors, de l'urètre vers les espaces cellulaires péri-urétraux, par continuité de tissu ou par migration microbienne. Bazy l'a bien formulé: « Substituez au mot *urine* le mot *microbe*; prenez le mot *fissure* dans son acception théorique, *porte d'entrée*, et vous aurez la pathogénie actuelle ».

Symptômes. — Les abcès urinaires se présentent sous des formes différentes d'allures. Depuis Voillemier, on distingue deux variétés: l'abcès aigu et l'abcès chronique; entre ces deux types, il y a place pour des espèces intermédiaires, de marche modérée et subaiguë.

L'abcès aigu, dont l'évolution se fait en quelques jours, occupe presque constamment la loge inférieure du périnée: les lésions uréthrales qui en constituent l'origine siègent, en effet, le plus souvent en avant de l'aponévrose moyenne. C'est, au début, une tuméfaction oblongue, d'abord dure, peu sensible, couverte d'une peau saine ou à peine rouge, qui se développe en arrière et au-dessous de l'urètre: elle grossit et se porte vers les bourses et l'an, tendant à fuser du côté de la racine de la verge. Elle s'endolorit et devient rénitente; la fluctuation est difficile à percevoir, parce que le pus est profond

et d'ailleurs il convient de ne point l'attendre pour inciser : le périnée est tendu et la miction pénible.

L'abcès urinaire s'établit souvent d'une façon peu bruyante : à l'hôpital, d'ailleurs, il est fréquent de voir les malades se présenter alors que l'abcès est déjà formé. Il s'agit de sujets éprouvant, depuis quelque temps, des difficultés de miction, et l'intensité des phénomènes généraux varie suivant le terrain organique où évolue l'infection. Il est des vieux urinaires, vidant mal leur vessie, en voie d'intoxication chronique, qui peuvent présenter une élévation considérable de la température; cette hyperthermie, qui d'ailleurs ne rappelle point les graves accès de la fièvre urinaire et qui cède promptement à l'incision suffisante, se remarque encore quand l'abcès succède à un cathétérisme incorrect, fait par le malade, ce qui s'observe maintes fois.

Quand l'abcès a son point de départ à l'urètre pénien, c'est une tuméfaction fusiforme accolée au canal. La fissure uréthrale siège-t-elle au niveau de la traversée scrotale, la collection est souvent difficile à reconnaître à moins qu'elle ne se porte vers le périnée; cependant, nous dit Voillemier, « on doit soupçonner son existence quand les bourses sont volumineuses et œdématisées; on peut les soulever et les déplacer un peu en avant, quoiqu'elles ne soient plus aussi mobiles qu'à l'ordinaire; s'il existe de l'empâtement et si l'urètre se perd au milieu de tissus indurés, il ne reste plus de doute sur la présence d'un abcès ».

L'abcès peut s'ouvrir par l'urètre : le malade pisse un pus jaunâtre et épais, qui sort dans l'intervalle des mictions et dont l'écoulement s'accroît par la pression de la racine de la verge : après avoir donné du pus pendant quelques jours, l'abcès peut se fermer de lui-même, laissant au-dessous de l'urètre un noyau induré et calleux longtemps persistant. Plus ordinairement, si l'abcès est abandonné à son évolution spontanée, le pus marche vers la peau, l'ulcère : ainsi s'établit une fistule urinaire. Enfin, troisième éventualité, d'autant plus à craindre que le phlegmon urinaire a d'emblée une marche plus aiguë et une circonscription moins exacte : l'abcès peut se terminer par infiltration urinaire; soudainement, à la suite d'une miction, le malade est pris d'une douleur vive, le gonflement du périnée augmente et la tuméfaction gagne les bourses et le pénis rouges et empâtés. En vertu de la tendance qui pousse les collections purulentes vers les points déclives, c'est aux environs de l'anus et dans les fosses ischio-rectales qu'il faut épier l'apparition de l'empâtement révélateur du foyer pelvien et c'est de bonne heure qu'il faut assurer au pus une issue large.

Les abcès urinaires chroniques sont beaucoup moins fréquents. Ici, le travail d'inflammation adhésive a prévalu sur le processus de suppuration centrale. Une tumeur légèrement allongée, dure, faisant corps avec l'urètre, si indolente que souvent elle est méconnue par le malade, couverte d'une peau saine et souple, est visible et palpable dans le périnée. C'est un véritable phlegmon chronique qui peut rester stationnaire et n'augmente que lentement; puis, à un moment, sous l'influence d'une poussée inflammatoire, à l'occasion d'une gêne dans la miction, d'une marche prolongée, d'une contusion locale, ce noyau dur s'échauffe, suppure et s'ouvre soit à la peau, soit dans l'urètre. Que cette ouverture ait été spontanée ou chirurgicale, le résultat est à peu près constant : c'est une fistule urinaire qui se sera établie ou aura été créée à travers les callosités qui blindent le périnée; l'urine coule par un trajet fistuleux qui persistera tant que l'obstacle originel n'aura pas été levé.

Traitement. — 1° **Incision de la collection.** — « Il faut ouvrir ces abcès avant leur entière maturité, disait déjà J.-L. Petit : on a toujours lieu de se repentir d'avoir différé. Quoique l'urètre ne paraisse point être du foyer de l'abcès, il y est compris cependant presque toujours. Si l'on est appelé dans le commencement, on peut connaître ce qu'il en est; car, si en remuant la tumeur on n'aperçoit pas qu'elle soit adhérente à l'urètre, l'abcès, s'il en survient, n'intéresse point ce canal et l'on pourra différer de l'ouvrir jusqu'à ce qu'il soit en maturité; si, au contraire, on s'est aperçu de quelque adhérence à l'urètre, l'abcès sera de la nature de ceux qu'il faut ouvrir pour peu qu'on y reconnaisse de la fluctuation. » Ce précepte de l'incision hâtive est formel, afin d'éviter l'ouverture secondaire de l'abcès dans l'urètre, et il convient encore, avant d'ouvrir l'abcès, de se souvenir du conseil opportun du même chirurgien qui recommande « de dire dans le pronostic que peut-être le canal est percé. Un de mes confrères, raconte-t-il, ouvrit un pareil abcès sans qu'il parût d'urine : ce ne fut qu'au bout de quelque temps qu'il s'aperçut que l'appareil était mouillé; et, en examinant la plaie, il reconnut que l'urètre était percé. Le malade et sa famille l'accusèrent d'avoir fait cette ouverture en ouvrant l'abcès. Il eut beau leur alléguer des raisons pour se défendre, on ne le crut pas. »

La collection sera donc évacuée à travers le périnée, par une incision hâtive, médiane, devant les signes de fluctuation nette, largement étendue de la racine des bourses à l'anus, de façon à ne pas laisser un clapier postérieur qui, trop souvent, permet le croupissement du pus, et incisant toute l'épaisseur des tissus œdématisés qui parfois atteint 7 à 8 centimètres. Le pus jaillit hors de l'aponévrose ponctionnée : introduisez par la boutonnière le doigt, le dilatateur gouttière ou simplement une pince à pansement fortement écartée; déchirez toutes les cloisons et ouvrez tous les clapiers. Cette plaie doit rester largement ouverte et ne se cicatrifier que de haut en bas de façon à éviter la formation des trajets fistuleux. Guyon a recommandé le « drain au plafond ». Pratiquez une contre-ouverture au sommet de la poche; menez le doigt en ce point qui correspond ordinairement au flanc de l'un des corps caverneux, et, refoulant de la pulpe les tissus qui se soulèvent en saillie, incisez à ce niveau de dehors en dedans; passez dans cette contre-ouverture un gros drain, à parois raides et non compressibles et fixez à l'aide d'une épingle anglaise. Après l'incision suffisante, la fièvre tombe; il est frappant de noter avec quelle rapidité les parois décollées se détergent et se couvrent de bourgeons d'un rouge franc, bien vivants, malgré l'écoulement de l'urine à travers la plaie.

2° **Rétablissement du calibre uréthral.** — Les malades atteints d'abcès urinaires sont pour la presque totalité des rétrécis. Il faut donc que le traitement vise la sténose uréthrale, cause première de l'abcès et facteur possible d'infiltrations ultérieures. Guyon a fait accepter, d'une façon générale, la pratique qui opère ces malades en deux temps : faire d'abord l'incision de l'abcès; puis, quand la plaie périnéale est en plein bourgeonnement, pratiquer la section interne du point rétréci. D'autant que, suivant la remarque de Bazy, avant l'ouverture de l'abcès, on croit étroits des canaux qui, après incision, se trouvent relativement larges et que la dilatation suffit à calibrer.

Horteloup (*) a récemment proposé une intervention plus radicale : l'excision

(*) HORTELOUP, *Traitement des abcès urinaires. Annales des mal. des organes génito-urinaires*, octobre 1891.

complète de la poche purulente. Il reproche à la méthode classique de l'incision simple avec drainage la persistance autour du canal de lésions qui, par leur évolution de sclérose, seront toujours le point de départ de nouveaux accidents. Il cite, à l'appui, l'histoire de deux malades dont le périnée a été autrefois incisé et dont le rétrécissement a été traité par la dilatation ou par l'uréthrotomie interne. Or, à quelques années de là, ces opérés reviennent avec une récurrence de leur rétrécissement, récurrence compliquée de masses fibreuses péri-urétrales; et, si l'on intervient à nouveau par l'uréthrotomie externe, on trouve autour du canal de longues bandes de tissu dur, véritable phlegmon chronique, constituant une sorte de rétrécissement extérieur à l'urètre. Il est donc logique de prévenir ces formations scléreuses par l'ablation intégrale du foyer de suppuration. Horteloup l'a réalisée deux fois: le malade étant placé dans la position de la taille, les bourses relevées par un aide, un cathéter étant mené jusqu'au rétrécissement, deux incisions, convexes en dehors, excisent au niveau de la collection un morceau semblable à un quartier d'orange. Est-ce un abcès chronique, l'index introduit dans le foyer reconnaît les points indurés qui sont enlevés soit au bistouri, soit aux ciseaux; le canal est libéré de toutes les indurations périphériques et « apparaît au fond de la plaie semblable à une grosse artère injectée ». S'agit-il d'une collection aiguë et phlegmoneuse, la dissection est plus simple, la poche molle et souple se laisse, nous dit Horteloup, détacher avec le doigt; souvent elle se déchire et on ne l'enlève que par lambeaux; mais le résultat est le même.

Dans un second temps, on intervient à ciel ouvert contre le rétrécissement: « Suivant les lésions que j'observe, formule Horteloup, je pratique l'uréthrotomie soit interne, soit externe, ou la résection soit totale, soit partielle ». Ce point a été discuté à propos des rétrécissements. La méthode opératoire de Horteloup se recommande par de sérieux titres: l'excision de la poche purulente est certes la meilleure asepsie qu'on puisse faire; l'action opératoire sur le canal devient clairvoyante, préférable à l'uréthrotomie interne faite à l'aveugle dans une séance ultérieure; on ne peut nier que la rétraction inodulaire du foyer suppuré péri-urétral ne menace l'avenir du canal. La pratique de l'extirpation de l'abcès urinaire s'appuie sur de bonnes raisons et sur quelques bons exemples; nous la croyons indiquée toutes les fois qu'elle est réalisable, mais nous craignons qu'elle ne soit trop souvent impraticable en raison des prolongements de la collection.

III

TUMEURS URINEUSES

Ce ne sont que des variétés froides, lentes de péri-urétrites; ici, l'induration inflammatoire et l'hyperplasie conjonctive sont la seule traduction de l'irritation du tissu cellulaire. L'infection a été de faible virulence; un travail de réaction inflammatoire s'est allumé qui l'a enkystée et finit par aboutir à la formation de tumeurs scléreuses, véritables fibromes d'une dureté presque pierreuse caractéristique. Il s'est formé ainsi peu à peu par un noyau plus ou moins volumineux, occupant généralement la ligne médiane, intimement accolé à la paroi du canal. Elles ne sont pas seulement dures, elles s'immobilisent, et, pour peu

qu'elles remplissent l'espace compris entre les deux ischiens, aucune ligne de démarcation ne les sépare des parois osseuses. « Maintes fois, nous dit Tillaux, j'ai vu des élèves croire à un enchondrome ou à une exostose du bassin », et l'embarras diagnostique devient surtout grand quand, au lieu de tumeurs situées sur le raphé périnéal, il s'agit de nodosités occupant, ainsi que nous l'avons observé, soit le voisinage de la symphyse, soit, comme on en a signalé quelques cas rares, siégeant à la fosse iliaque. Ces tumeurs sont capables du reste de s'échauffer, de suppurer, de devenir abcès urinaire, parfois à l'occasion d'une contusion locale, en d'autres cas à la suite de l'arrivée d'une nouvelle quantité d'urine épanchée. Ou bien, tout en gardant leur allure aplegmasique, elles évoluent comme un abcès froid et aboutissent insidieusement à la formation d'une fistule. Les destinées d'une tumeur urinaire abcédée sont celles d'un véritable abcès urinaire: tantôt elles se vident dans le canal, les urines s'écoulent involontairement après la miction troubles et chargées de débris; plus souvent, elles s'évacuent par une double communication dans l'urètre et vers la peau. — Si la tumeur urinaire gêne mécaniquement la miction, il convient de procéder à son extirpation. Quand elle suppure, elle doit être traitée par l'incision hâtive et large suivie du curettage de sa paroi, ou mieux par l'excision totale de ses callosités.

CHAPITRE X

FISTULES DE L'URÈTHRE

CHOPART, Traité des maladies des voies urinaires, 1821, t. II, p. 350-382. — LOUIS, Mémoires sur les pierres urinaires formées hors des voies naturelles. *Mém. de l'Acad. roy. de chir.*, t. II, p. 519. — DIEFFENBACH, Mémoires sur les fistules urétrales. *Gaz. méd.*, 1856. — DIEFFENBACH, Mémoires sur le traitement des fistules urinaires. *Arch. de méd. et de chir.*, 1857, t. XIII. — ASTLEY COOPER, Mémoires sur les fistules du canal de l'urètre. *Œuvres chir.* Trad. par Chassaignac et Richelot. Paris, 1857. — BOULAND, Des fistules uréthro-péniennes. Thèse de Paris, 1855. — COCTEAU, Des fistules urétrales chez l'homme. Thèse d'agrég., 1869. — PHAPHOUTAKI, Des fistules urétrales périnéo-scrotales. Thèse de Paris, 1871. — VOILLEMIER, Traité des maladies des voies urinaires, t. I, p. 422. — THOMPSON, Traité des maladies des voies urinaires. Trad. franç. Paris, 1874. — DE JEAUFFRAU-BLAZAC, Considérations sur le traitement des fistules uréthro-péniennes. Thèse de Paris, 1874. — DEVIN, Des fistules uréthro-rectales. Thèse de Paris, 1875. — PAUFFARD, Fistules uréthro-péniennes et uréthro-scrotales. Thèse de Paris, 1879. — GUYON, Fistules urinaires. *Clinique chir. Semaine méd.*, 1885, p. 77. — DUPLAY, Traité de pathologie externe, 1884, t. VII, p. 167. — ROBERT, Fistules uréthro-péniennes. Mémoire publié dans les *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1885, p. 408 et 526. — BOULLY, art. FISTULES URINAIRES du *Nouveau Dict. de méd. et de chir.*, 1885, t. XXXVII. — E. MONOD, art. FISTULES URINAIRES du *Dict. encyclop. des sciences méd.*, 1886, 5^e série, t. I.

Il n'y a point lieu — Louis en avait dès longtemps fait la critique et Voillemier l'a discuté à nouveau — de conserver, à côté des fistules urétrales complètes, ces deux espèces: les borgnes externes et les borgnes internes. Les premières ne sont que des abcès para-urétraux, ouverts à l'extérieur et restés fistuleux; elles peuvent, à la vérité, par ouverture secondaire dans le canal, achever leur trajet et se constituer en fistules complètes; à ce titre seul, elles méritent ici une brève mention. Quant aux borgnes internes, c'est un groupe artificiel et hétérogène, où pourraient se ranger, à côté des fausses routes, les