

urineux. On sait aujourd'hui que l'urine normale n'est nullement septique, mais qu'elle devient toxique par la présence de microorganismes. Si nous nous en rapportons entièrement aux dernières recherches de Tuffier et Albaran, il faudrait rapporter la toxicité de l'urine à la présence de la bactérie pyogène de Clado.

Ces très curieuses recherches ont éclairé d'une façon toute spéciale la pathogénie de l'abcès urinaire, mais je crois qu'il faut encore faire jouer un rôle d'une réelle importance aux conditions, soit comme quantité, soit comme rapidité, avec lesquelles l'urine pénètre, pour pouvoir expliquer les différentes formes sous lesquelles peuvent se présenter ces abcès.

Voillemier, à qui l'on doit certainement la première description des abcès urinaires, en décrit deux variétés, l'abcès aigu et l'abcès chronique.

L'abcès aigu, dont l'évolution se fait en quelques jours, commence par une tumeur dure, arrondie, qui s'étend rapidement vers les bourses et l'anus : la fluctuation y est facile à percevoir et, lorsqu'on l'ouvre, on pénètre dans un vaste foyer phlegmoneux au fond duquel se trouve le canal de l'urètre souvent complètement disséqué.

L'abcès chronique marche lentement, il donne la sensation d'une masse dure, fibreuse, entourant comme un anneau l'urètre ; ce véritable phlegmon chronique augmente progressivement, puis à un moment donné, sous l'influence d'une poussée inflammatoire, il se produit un point douloureux et l'ouverture se fait soit chirurgicalement, soit naturellement.

Je vous dirai de suite que, dans ces deux alternatives, le résultat est à peu près le même, c'est une fistule urinaire qui aura été créée. Le chirurgien, pour arriver au foyer purulent, aura été obligé de traverser une épaisseur souvent considérable de tissus indurés qui ne fondront pas ultérieurement ; l'ouverture faite par le bistouri diminuera, mais les masses indurées persisteront, et il se formera une fistule urinaire, exactement comme si l'ouverture s'était faite naturellement.

Pour le traitement des abcès aigus, la méthode classique est de faire une large incision, de décoller avec soin les clapiers, de faire un bon drainage et de pratiquer des lavages antiseptiques.

Pour les abcès chroniques, la conduite à tenir est moins précise, on conseille bien de les inciser, mais le drainage est plus difficile à exécuter, on opère dans des tissus durs, presque fibreux, et, comme le dit Voillemier, on parvient bien rarement à obtenir la résolution.

Quant au rétrécissement, cause première de l'abcès, on est d'avis de ne pas intervenir dans la séance où l'on a incisé l'abcès et de ne s'en occuper que plus tard, lorsque la plaie est en plein bourgeonnement. Je considère ces préceptes comme excellents, car il n'y a que des dangers à courir en faisant une incision de