

pas s'infiltrer : il se produit alors un abcès urinaire. Cet abcès se développe même ordinairement sans qu'il y ait perforation préalable de l'urètre, ce que l'on constate au moment où l'on pratique l'ouverture ; la perforation se fait alors dans les jours suivants. Les tumeurs urinaires ne donnent, d'ailleurs, pas toujours naissance à un abcès : la plupart d'entre elles disparaissent même très rapidement quand on réussit à rendre au canal son calibre normal.

Lorsque du pus se forme au fond de cette masse indurée, le foyer est d'abord recouvert par une épaisse coque très résistante : aussi, ne peut-on jamais sentir la fluctuation au début. J'ajoute qu'il ne faut pas, pour ouvrir ces abcès, attendre que la fluctuation devienne manifeste, car, une fois l'enveloppe détruite, l'abcès urinaire pourrait se transformer en infiltration d'urine, affection infiniment plus grave. Aussitôt donc que la tumeur urinaire s'échauffe et que la présence du pus est probable, on doit la fendre largement dans toute sa profondeur sur la ligne médiane du périnée, en se rappelant qu'il faut souvent traverser plusieurs centimètres de tissus indurés avant d'arriver sur le foyer.

LOGE SUPÉRIEURE OU PROSTATIQUE.

La prostate est circonscrite par une série de plans aponévrotiques qui l'isolent de tous côtés. Ce sont : en haut et en avant, les ligaments pubio-vésicaux ou tendons du muscle vésical, qui se confondent avec l'aponévrose périnéale supérieure (fig. 279) ; en arrière et en bas, l'aponévrose prostatopéritonéale et le feuillet supérieur de l'aponévrose moyenne ; sur les côtés, l'aponévrose dite *latérale de la prostate*. C'est à Denonvilliers que l'on doit principalement la connaissance de cette loge. On s'en fera, je pense, une idée exacte d'après les figures 279 et 280.

Les ligaments pubio-vésicaux sont fort résistants, mais ils ne forment pas un plan continu. Entre les faisceaux qui les composent existent des espaces traversés par de grosses veines venant du pénis ; l'urine peut également suivre cette voie, et l'infiltration est alors d'autant plus facile qu'au-dessus des ligaments se trouve la couche celluleuse prévésicale si lâche, dont j'ai parlé à propos de l'espace de Retzius.

L'*aponévrose prostatopéritonéale* (AP, fig. 279 ; APP, fig. 280) est étendue du cul-de-sac du péritoine au bord postérieur du ligament de Carcassonne. Elle se continue en bas avec le feuillet supérieur de ce ligament, de même que l'aponévrose superficielle se continue avec le feuillet inférieur. C'est à son adhérence avec le péritoine que cette membrane doit de ne pas remonter dans la cavité pelvienne en même temps que la vessie se distend, mais, au contraire, de former un cul-de-sac très profond. Elle tapisse toute la face postérieure de la prostate, qu'elle sépare du rectum. Il est possible de la décoller de la glande, surtout lorsque celle-ci est hypertrophiée, et cette énucléation est capitale dans la prostatectomie, surtout pour éviter la blessure du rectum.

L'aponévrose prostatopéritonéale, presque exclusivement composée de fibres musculaires lisses, présente, le plus souvent, une faible résistance. Elle se laisse assez facilement détruire et traverser par le pus, à la suite d'une prostatite suppurée, par exemple, et il en résulte une fistule uréthro-rectale, qui occasionne une rectite fort douloureuse et dont la guérison présente les plus grandes difficultés.