

péri-uréthrales et l'urèthre malade lui-même, puis restaurer le canal par l'uréthrorraphie, et, à son défaut par la suture à étages du périnée ou par l'urétroplastie, telle est la méthode qui vise actuellement la cure radicale des rétrécissements réfractaires aux autres modes de traitement. Dès 1731, LE DRAN avait tenté l'excision de callosités; DANIEL MOLLIÈRE, dès 1880, appliqua largement l'uréthrectomie; depuis le Congrès français de Chirurgie en 1892, la résection uréthrale s'est vulgarisée; les Mémoires de VIGNARD, de LEGUEU et CESTAN, le travail de VILLARD, la thèse de NOGUÈS, celles de GAUJON et de VERGUES sont à citer.

L'uréthrectomie est indiquée par les lésions circonscrites uréthrales et péri-uréthrales que leur état fibreux ou leur infection rendent incurables. Elle est surtout applicable à l'urèthre périnéal.

La résection peut être *totale*, c'est-à-dire comprenant toute la circonférence du cylindre uréthral rétréci, ou *partielle*, c'est-à-dire limitée à un secteur de cette circonférence, presque toujours la demi-circonférence inférieure répondant au plancher du canal qui est le siège maximum des lésions.

La reconstitution immédiate de l'urèthre par des sutures doit être désormais le complément obligé de la résection. Deux procédés la réalisent : 1° les sutures uréthrales réunissant les tissus propres du canal; 2° les sutures para-uréthrales réunissant les tissus voisins de l'urèthre.

6° OPÉRATIONS PALLIATIVES. — I. *Uréthrostomie périnéale*. — Sous le nom d'*uréthrostomie périnéale*, PONCET a proposé la création au périnée d'un méat contre nature. Les indications, contestables d'ailleurs, de cette opération palliative ne seraient autres que les contre-indications des autres méthodes; sténoses étendues et multiples, anciennes, déjà plusieurs fois récidivées, compliquées d'infiltrations et de fistules nombreuses; sujets âgés chez qui l'évacuation vésicale passe au premier plan; mauvais état des voies urinaires supérieures.

La *cystostomie sus-pubienne* peut trouver des indications rares: rétrécissement compliqué d'infection urinaire à point de départ vésical; infiltration d'urine, quand le canal est infranchissable, le bout postérieur introuvable, l'urine infectée, et qu'il a fallu faire le cathétérisme rétrograde.

7° TRAITEMENT DE LA RÉTENTION CHEZ LES RÉTRÉCIS. — Si l'on ne peut pas passer une sonde, on se contente de passer une bougie fine: elle permettra l'évacuation, par filtration de l'urine entre la paroi et l'instrument. Après avoir évacué la vessie, laissez la bougie à demeure, pour travailler le canal. — Quand le rétrécissement n'est pas franchissable, recourez au « cathétérisme appuyé », conduisez une bougie de plus ou moins fort calibre à l'entrée du rétrécissement et attendez; au bout de quelque temps, on voit l'urine sourdre et s'écouler. Par quel mécanisme? Vraisemblablement, comme le dit BAZY, par une action dynamogénique s'exerçant sur la vessie. Si l'on n'aboutit pas ainsi, on ponctionne l'organe au-dessus du pubis.

ARTICLE VII

TUMEURS DE L'URÈTHRE

I. — POLYPES ET TUMEURS BÉNIGNES DE L'URÈTHRE

1° POLYPES DE L'URÈTHRE. — Ils sont exceptionnels; mais leur existence s'appuie sur une double preuve: d'une part, les examens anatomo-pathologiques qui nous montrent, en amont et au niveau du rétrécissement, les végétations papillaires du chorion de la muqueuse pouvant aboutir à la formation de saillies polypeuses; d'autre part, l'endoscopie uréthrale qui révèle la présence de petites tumeurs granuleuses, friables, d'un rouge vif, richement vascularisées, se présentant parfois sous la forme de menues papilles juxtaposées, parfois sous l'aspect de végétations dendritiques, nées d'un tronc plus épais, terminées en massues et rappelant le cancer villositaire à touffes de la vessie.

II. — TUMEURS DE L'URÈTHRE ET DU MÉAT CHEZ LA FEMME

A l'intérieur de l'urèthre de la femme ou au dehors du méat, on peut voir des tumeurs qui sont de trois ordres. — 1° Il s'agit de vraies tumeurs nées dans le canal ou venues des

parties juxta-cervicales de la vessie (papillomes, angiomes, sarcomes, carcinomes). — 2° On a affaire à un prolapsus de la muqueuse uréthrale, par l'orifice du méat. Cette variété s'observe surtout chez l'enfant ou chez la femme âgée. Apparaissant d'abord sous forme de petits bourrelets muqueux, à l'embouchure du méat, le prolapsus prend à sa période d'état l'apparence d'une masse charnue, située sur la ligne médiane au-dessous du clitoris, pouvant atteindre le volume d'une amande ou d'un œuf de poule, d'abord rouge vif, puis tournant au rouge sombre, presque noirâtre, marbrée par points de plaques grisâtres quand la malpropreté et l'infection la compliquent, saignant assez facilement, médiocrement douloureuse tant que les phénomènes d'ulcération ou d'inflammation sont absents. Cette masse paraît sessile, entre les grandes lèvres; mais, si l'on cherche avec un stylet ou le doigt à en faire le tour, on lui trouve un pédicule large, en arrière du clitoris, au-dessous du vagin normal. En aucun point, sur son pourtour, on ne trouve un orifice perméable; en revanche, en son centre existe une dépression qui répond au méat et par où une sonde pénètre jusque dans la vessie. Parfois réductible, la tumeur résiste en général aux essais de réduction. — 3° Très rarement il s'agit d'une hernie de la vessie, soit sous la forme exceptionnelle d'une inversion de l'organe portant sur ses trois tuniques, soit sous le type d'une simple hernie de sa muqueuse.

III. — CANCER DE L'URÈTHRE

Le cancer primitif de l'urèthre est une affection rare.

1° CANCER URÉTHRAL PRIMITIF CHEZ LA FEMME. — Chez la femme, grâce à la brièveté et à la superficialité du canal, la tumeur peut être reconnue à ses débuts: elle se développe surtout autour du méat urinaire et dans la paroi inférieure de la cloison uréthro-vaginale. Dans cette paroi inférieure de l'urèthre, on a décrit des conduits glandulaires, résidus des canaux de Gärtner; il est vraisemblable d'admettre avec WASSERMANN qu'un épithélioma uréthral peut prendre son point de départ dans ces canalicules. La tumeur rouge, charnue, bourgeonnante,

facilement saignante, ne tarde pas à sécréter une sanie fétide, à se creuser progressivement en un ulcère à bords durs.

2° CANCER PRIMITIF CHEZ L'HOMME. — Chez l'homme, l'épithélioma, profond et moins accessible, reste latent, en général, jusqu'au jour où des complications — abcès et fistules, suivis d'un bourgeonnement suspect — le manifestent.

Tantôt, le néoplasme siège vers les parties reculées de l'urèthre pénien; et ce qui domine alors c'est une induration fusiforme du canal dans sa paroi inférieure, une tuméfaction indurée de la verge, pouvant faire croire à un cancer du pénis. Tantôt, le siège du néoplasme est plus profond, occupant surtout la région bulbaire: la racine du scrotum et le périnée se sont tuméfiés, puis abcédés; et des fistules se créent, dont le bourgeonnement exubérant, le suintement ichoreux, l'extension progressive, les tissus lardacés et durs qui les environnent, font soupçonner la nature néoplasique.

ARTICLE V

POCHES URINEUSES ET URÉTHROCÈLES

Les poches urineuses constituent des cavités sacciformes, développées aux dépens des parois uréthrales.

1° POUCHES URINEUSES CHEZ L'HOMME. — La formation pathologique d'une véritable poche uréthrale est chose rare. Théoriquement, sa conception est claire. En amont d'un obstacle uréthral, calcul enclavé ou rétrécissement, le canal subit, sous l'effort de l'urine, une dilatation progressive. En réalité, nous ne vérifions point cliniquement que le rétrécissement, affection fréquente, se complique de la formation de poches urineuses: la dilatation rétro-stricturale ne va pas jusque-là; les sacs urineux dus à la présence d'un calcul engagé dans l'urèthre se montrent en général au périnée, plus voisins des bourses que de l'anus. Le chirurgien est parfois consulté pour une dysurie. L'examen montre la présence soit d'un vrai sac globuleux dans le périnée, soit d'un cordon de la grosseur du pouce répondant au canal. Au

moment de la miction, le sujet pisse dans la poche qui se développe sous la forme d'une tumeur, faisant corps avec l'urèthre, molle et indolente, couverte d'une peau saine. Quand la miction est terminée, le malade comprime la poche et l'évacue vers le bout inférieur : il la vide d'arrière en avant.

2° URÉTHROCÈLE VAGINALE CHEZ LA FEMME. — On désigne ainsi le prolapsus de la paroi inférieure de l'urèthre, l'affaissement du plancher du canal ayant pour conséquence la formation à la vulve d'une tumeur du volume d'une noisette ou d'une noix, en arrière du méat. DUPLAY et NEWMANN ont fait connaître cette lésion en 1880; les thèses de PIÉPREMIER en 1887 et de BRINON en 1888, le mémoire de MARTINEAU et TERRILLON, celui d'OZENNE, les observations de BOURSIER, de BOCK et de ROUTIER, les examens histologiques de PICHEVIN ont complété sur ce point nos connaissances.

Anatomiquement, l'uréthrocèle constitue une poche de dimensions variables, dont l'orifice de communication avec l'urèthre est tantôt large, tantôt très étroit, et dont les parois sont formées, en allant du vagin vers le canal, par trois couches : 1° la muqueuse vaginale; 2° la couche musculaire, souvent envahie par du tissu fibreux et contenant des veines nombreuses; 3° la muqueuse uréthrale, quelquefois ulcérée. A l'intérieur de la poche, on trouve le plus souvent de l'urine purulente, si bien qu'on a décrit ces uréthrocèles sous le nom d'uréthrites sacculaires.

Comment se forme l'uréthrocèle? L'uréthrocèle n'est qu'un mode des prolapsus génitaux : sa production se rattache aux modifications de tissu qu'amènent la grossesse de l'accouchement, aux déchirures interstitielles qui altèrent l'élasticité de l'urèthre; la paroi vaginale cède, le système veineux s'hyperhémie et se développe, la muqueuse uréthrale est entraînée et déprimée en forme de poche.

Tant que cette poche reste aseptique, l'uréthrocèle peut demeurer latente. Mais habituellement, au cours d'une blennorragie aiguë ou chronique, se développent des douleurs, des mictions fréquentes, des tiraillements dans les lombes, symptômes accentués dans la station debout. La tumeur siège sur la paroi anté-

rieure du vagin, soulevant la colonne antérieure, saillante entre les petites lèvres, et couverte de plis transversaux. Elle confine au méat, plus antérieure par conséquent que la cystocèle, avec laquelle on pourrait la confondre. Lorsqu'on appuie à son niveau, on fait sortir par l'urèthre une certaine quantité de pus ou d'urine. Pour explorer la cavité intra-urétrale, il faut insinuer une sonde cannelée courbe sur la paroi inférieure de l'urèthre et suivre avec le doigt introduit dans le vagin le bec de la sonde.

La simple incision de la poche peut être suivie d'une guérison par bourgeonnement. Mais la persistance d'une fistule est à craindre et l'on préfère l'excision recommandée par LAWSON-TAIT : une sonde étant dans l'urèthre, on incise la poche sur la ligne médiane après anesthésie cocaïnique; de chaque côté on réseque un coin de la paroi, en quartier d'orange, et l'on suture par un double plan au catgut.

ARTICLE IX

INFILTRATION D'URINE ET ABCÈS URINEUX

I. — INFILTRATION D'URINE

Étiologie et pathogénie. — L'étiologie jusqu'à présent admise attribuait à des conditions d'ordre mécanique le rôle prépondérant. Une lésion — traumatique ou pathologique — a créé dans un point de l'urèthre une solution de continuité : par cette brèche, l'urine s'échappe vers les nappes celluluses voisines, s'infiltrant plus ou moins loin dans l'épaisseur des tissus, agissant mécaniquement par la quantité même du liquide épanché et chimiquement par ses qualités irritantes.

Telle était la conception classique que les recherches contemporaines ont radicalement modifiée. A la notion essentielle de l'*effusion d'urine* — passée au rang de phénomène secondaire — on a substitué celle des *infections péri-uréthrales*, cause première.

Depuis la tumeur urinaire où domine l'hyperplasie conjonctive, depuis l'abcès péri-urétral circonscrit jusqu'aux péri-urétrites diffuses et aux grands processus gangréneux — phlegmon diffus du périnée — ce qui domine la pathogénie, c'est l'inoculation septique des tissus contigus à l'urètre, c'est l'infection endo et péri-urétrale. Si bien que la réforme des termes devrait ici accompagner la révision des doctrines et que le mot *infiltration urinaire* devrait s'effacer devant l'expression plus juste de « péri-urétrites » purulentes ou gangréneuses.

Le type d'une véritable infiltration urinaire ne s'observe guère qu'après une *rupture traumatique* de l'urètre chez un sujet à urines saines. Telle l'infiltration de la loge inférieure du périnée, à la suite d'un écrasement de la région bulbaire par chute ou choc sur le périnée, ou après la déchirure du canal pénien pendant l'érection. Et, même ici, l'effusion d'urine passe au second plan, l'infection tenant la place prépondérante : ordinairement, comme le démontre le temps de tolérance précédant l'apparition des symptômes locaux, il s'agit d'un vrai phlegmon périnéal dû à l'inoculation septique de l'hématome péri-urétral. La même pathogénie s'applique aux « pseudo-infiltrations » consécutives à une lésion chirurgicale de l'urètre, à une fausse route, à l'électrolyse, à la divulsion : ces péri-urétrites, parfois de type gangréneux, s'expliquent bien par l'infection urinaire préexistante.

Dans la grande majorité des cas, l'infiltration urinaire est d'*origine pathologique* et s'observe chez des malades atteints de rétrécissement urétral, confirmé ou en voie de formation. Ici, deux conditions essentielles président à sa production : 1° une paroi urétrale altérée : 2° un état septique des urines. Grâce à la première, l'infection peut passer du canal dans les tissus péri-urétraux ; à la faveur de la seconde, se développent des phénomènes infectieux, locaux et généraux, de gravité variable suivant la virulence des microbes introduits.

Est-il constant que la paroi urétrale se fissure pour donner issue à l'urine infectée ? — On l'admettait jadis : en arrière d'un point rétréci, le canal subit une dilatation ; dans cette

poche « rétro-stricturale » l'urine stagne dans l'urètre qui est travaillé par une inflammation chronique compromettant l'intégrité de ses tissus. Or sur ce point friable, la poussée urinaire va s'exercer avec d'autant plus de force qu'elle lutte contre l'obstacle du rétrécissement : de là le rôle mécanique de la pression vésicale, auquel BELL et CIVIALE accordaient une importance capitale, capable de devenir cause de rupture urétrale.

Cette conception mécanique a fait place à la notion plus précise de la propagation infectieuse. L'urètre ne se rompt pas comme un tube qui se renfle et s'amincit en avant d'un obstacle, pas plus que l'infiltration ne se produit à la façon d'un simple épanchement de liquide. En voici les preuves : l'infiltration ne s'observe pas seulement dans les rétrécissements très étroits ; on la rencontre dans les canaux assez larges pour admettre un 20 ou 22 ; elle prend son origine dans l'urètre aussi bien au niveau du point rétréci qu'en arrière de lui ; des phlegmons péri-urétraux graves peuvent apparaître en l'absence d'un obstacle urétral appréciable ; enfin, depuis HUNTER, PERRÈVE et CIVIALE, nous connaissons des *abcès urinaires sans urine, sans perforation initiale de l'urètre*, par développement autonome d'un foyer péri-urétral, devançant l'irruption de l'urine hors du canal et pouvant s'ouvrir secondairement dans l'urètre. — En réalité, les conditions vraiment déterminantes, comme l'a dit justement BAZY, sont le degré d'infection de l'urètre et de l'urine.

1° RÔLE DES LÉSIONS URÉTHRALES. — Les travaux modernes tendent donc à rétablir la valeur pathogénique prépondérante des lésions d'urétrite et de péri-urétrite chroniques, si bien pressentie par HUNTER. Dans un urètre rétréci ou en proie à un processus inflammatoire chronique, des conditions anatomiques multiples permettent que l'infection passe hors du canal dans le tissu cellulaire du périnée. Ce sont : 1° les inflammations glandulaires et péri-glandulaires qui jouent un rôle important dans la production des lésions péri-urétrales (FINGER, HALLÉ et WASSERMANN) ; 2° parfois, la phlébite du corps spongieux qui sert de transition entre l'urétrite et la péri-urétrite (LEGUEU et NOGÈS) ; 3° l'infiltration cellulaire des couches profondes de la

paroi, à tendance suppurative, gagnant de proche en proche ; 4° peut-être, comme le supposent HALLÉ et WASSERMANN, ces bourgeons épithéliaux néoformés, nés du revêtement altéré de l'urèthre ou de ses glandes, qui peuvent servir d'amorce et de conducteur au trajet infectieux vers le périnée.

Ces lésions peuvent aboutir à la perforation de la paroi, à sa destruction même sur une certaine étendue comme dans les formes du sphacèle primitif de l'urèthre que GANGOLPHE a signalées; et l'urine peut bien alors pénétrer par effraction dans le tissu cellulaire du périnée. Mais, plus souvent qu'on ne pense, l'infiltration péri-urétrale ne répond point à cette inoculation directe et brusque : c'est par l'intermédiaire des lésions profondes de la paroi et par la migration microbienne trans-variétale que l'infection arrive aux nappes conjonctives du périnée. Le rôle de la péri-urétrite l'emporte sur celui de la pénétration de l'urine : le tissu cellulaire du périnée peut s'infecter, sans effraction du canal, comme s'infecte la loge sous-maxillaire par une inoculation imperceptible venue de la muqueuse buccale, comme s'infecte le creux ischio-rectal à la suite d'une inflammation de l'anus.

2° RÔLE DES ALTÉRATIONS DE L'URINE. — L'urine contenue dans la vessie et les reins d'un homme sain est aseptique : PASTEUR l'a depuis longtemps établi. Ce n'est donc pas la présence de l'urine dans les tissus qui détermine les accidents dits « infiltration d'urine et abcès urinaire », pas plus que sa quantité n'intervient pour décider de leur gravité. En revanche, la qualité septique des urines et les lésions infectieuses de l'urèthre sont des conditions prépondérantes. Les sujets chez qui se produit l'infiltration n'ont pas des voies urinaires saines. Leur urine contient d'une façon constante des micro-organismes, d'espèces variables ; c'est aux microbes présents et à leurs produits solubles qu'il faut rapporter son action pathogène. L'agent prépondérant de la *septicité urinaire* est le colibacille. Il est démontré aujourd'hui par les recherches d'ALBARRAN et HALLÉ, de CLADO, de TUFFIER, que le bactérium coli est l'hôte le plus fréquent des urines infectées. A côté de l'infection colibacillaire pure, on rencontre des formes mixtes ;

mais le rôle du bactérium coli reste prépondérant, puisque, seul ou associé à d'autres pyogènes (staphylocoques et streptocoques), il est présent dans les deux tiers des cas d'abcès urinaire.

Une lacune subsistait : comment rapporter à ces seuls microbes les processus fétides et gangréneux par lesquels se caractérise l'infiltration dite urinaire ? Une notion bactériologique nouvelle a été acquise : c'est le rôle des microbes strictement anaérobies, si négligés jusqu'alors, dans la production des suppurations fétides. Par analogie avec les faits signalés par VEILLON et ZUBER pour les appendicites, par HALLÉ pour les bartholinites, par RENDU et RIST pour les pleurésies putrides, il est établi par les recherches de COTTET et ALBARRAN que les microbes anaérobies interviennent dans l'infection urinaire, et qu'il faut attribuer à leurs espèces variées (*micrococcus fetidus*, *bacillus fragilis*, *bacillus funduliformis*, *nébulosus*, *staphylococcus parvulus*) une action dans les processus putrides et gangréneux de l'infiltration d'urine.

Symptomatologie. — Le schéma anatomique des loges aponévrotiques du périnée est d'une façon générale, applicable à la marche des infiltrations urinaires. Leur disposition la plus fréquente permet d'établir deux grandes variétés d'infiltration : l'une succède aux lésions de la portion urétrale comprise dans la loge « en pistolet », loge inférieure ou pénienne, c'est-à-dire de la légion bulbaire et de tout le canal spongieux ; l'autre procède des régions membraneuse et prostatique et s'épand dans la loge supérieure du périnée. Mais il faut compter avec la diffusion du processus infectieux qui, maintes fois, établit la communication entre les deux chambres aponévrotiques.

Lors donc que l'infiltration s'est faite en avant de la région membraneuse, ce qui est le cas le plus commun, l'urine, bridée en haut et en arrière par l'aponévrose moyenne, en bas et en avant par l'aponévrose superficielle, est arrêtée par l'encoignure que forme l'union de ces deux lames : elle s'épand en avant dans le tissu cellulaire lâche des bourses, des aines, œdématisé le fourreau de la verge, envahit le pubis, remonte aux flancs et aux lombes si le couteau du chirurgien ne lui

barre la route. Quand l'urètre est ouvert dans sa portion membrano-prostatique, l'infiltration, enfermée entre le plancher de l'aponévrose moyenne et le plafond de l'aponévrose supérieure, s'épanche vers la portion anale du périnée, descend à la fosse ischio-rectale, peut disséquer le rectum et remonte plus ou moins haut dans la cavité pelvienne; elle s'insinue parfois entre les faisceaux qui composent les ligaments vésico-pubiens et se glisse vers la nappe celluleuse prévésicale; rarement, elle se porte en haut, gagne les fosses iliaques et peut décoller le tissu cellulaire sous-péritonéal jusqu'à une grande hauteur, le long de la colonne vertébrale; quelquefois elle effondre l'aponévrose moyenne et se verse dans la loge inférieure.

1° INFILTRATION D'ORIGINE TRAUMATIQUE. — L'infiltration d'origine traumatique n'a généralement point la brusquerie d'allure qu'on lui pourrait supposer : ce qui témoigne que l'infection, ici encore, intervient plutôt que la simple effusion d'urine. Soit, par exemple, un cas de déchirure uréthrale traumatique de moyenne gravité; quelques jours se sont passés sans troubles locaux ou généraux : une sonde à demeure avait pu être placée dans le canal : soudain la fièvre s'est allumée, le périnée est empâté et tendu, les frissons se sont répétés. L'urine s'est insinuée le long de la sonde, est venue croupir dans le clapier contus péri-urétral, propice à la stagnation et à l'infection.

2° INFILTRATION D'URINE CHEZ LE RÉTRÉCI. — Le mode de début par effraction brusque nous paraît loin d'être la règle clinique. Il est plus fréquent de voir l'infiltration s'établir insidieusement : les malades précisent mal le début de leur accident; la plupart sont des fébricitants, à langue sèche, se plaignant de dysurie, arrivant à l'hôpital avec le périnée infiltré, sans avoir éprouvé cette brusque sensation de rupture. Ce n'est point seulement le rétréci à sténose très étroite, dont la vessie force sur l'obstacle passagèrement augmenté par un spasme ou une tuméfaction congestive, qui est menacé de l'infiltration; nous savons tous des exemples de malades dont le canal s'ulcère et dont le périnée s'infiltré en arrière de « rétrécissements larges ».

Un œdème mou, gardant l'impression du doigt, non douloureux, sous une peau à peine rougie, tuméfie le périnée, le scrotum; bientôt il s'endolorit et s'indure; la peau se teinte de rouge ou de rouge cuivré. Par points, des phlyctènes se soulèvent, qui s'emplissent d'un liquide brunâtre et sous lesquelles le derme se présente coloré en rouge brunâtre et insensible. Quand il s'agit d'un phlegmon diffus de la loge inférieure, la tuméfaction périnéale gagne promptement les bourses qui deviennent parfois aussi grosses que la tête d'un fœtus et dont la peau tendue présente des placards de sphacèle noirâtres; la verge et le prépuce, œdématisés, peuvent aussi montrer des taches gangréneuses. Les aines, les bas flancs, la partie supérieure et interne des cuisses sont infiltrés dans les formes diffuses et septiques : au niveau des points sphacélés, le toucher perçoit alors une fine crépitation emphysemateuse. L'intensité des troubles généraux se subordonne à la gravité des désordres locaux et à l'état antécédent du malade : au début, le malade a pu présenter le grand frisson de l'intoxication urineuse; il se refroidit et n'arrive point à se réchauffer malgré les boissons stimulantes et l'enveloppement chaud : la peau est couverte d'une sueur froide; le pouls est petit, le faciès altéré, la soif vive. Si le malade est jeune, si ses reins sont suffisants, si seulement le traitement actif intervient qui donne libre issue à l'urine infiltrée, il se fait une franche réaction, le visage se colore, le pouls devient ample et fort : une crise sudorale juge parfois l'infection. S'il s'agit d'un vieil urinaire, dyspeptique, pâli, fébricitant, sous le coup de l'insuffisance rénale latente, l'infiltration diffuse et gangréneuse d'emblée révèle une de ces septicémies urineuses foudroyantes, qu'on n'arrête pas.

Traitement. — « Quand il y a infiltration urineuse du scrotum, il s'est fait un épanchement préalable d'urine et de pus dans le périnée. » Telle est la proposition importante formulée par GOSSELIN. Il ne faut pas se laisser tromper par l'aspect des bourses et du pénis œdématisés : c'est au périnée qu'est le foyer initial et dominant de l'infiltration, le plus voisin d'ailleurs de la lésion uréthrale. Faute de l'inciser largement, il

arrive que l'urine continue à se porter en avant vers le scrotum et le pénis. Donc, on commence par inciser le périnée : le dilatateur à gouttière de TRIPIER 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.

II. — ABCÈS URINEUX

Pathogénie. — L'abcès dit urineux peut se produire en dehors de tout rétrécissement, en dehors de toute pénétration de l'urine, comme HUNTER et CIVALE 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, comme on le croyait autrefois, que le passage direct de l'urine hors du canal, à travers une fissure, 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 urineux — 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.

Symptômes. — Les abcès urineux se présentent sous des formes différentes d'allures. Depuis VOILLEMER, 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 urétrales 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 sen-

sible, 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'anus, 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 urineux 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.

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. — Plus ordinairement, si l'accès est abandonné à son évolution spontanée, le pus marche vers la peau et l'ulcère : ainsi s'établit une fistule urinaire. — Enfin, troisième éventualité, d'autant plus à craindre que le phlegmon urineux 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.

Les abcès urineux 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. A un moment, sous l'influence d'une poussée inflammatoire, ce noyau dur peut s'échauffer, suppurer et s'ouvrir soit à la peau, soit dans l'urètre.

Traitement. — 1^o INCISION DE LA COLLECTION. — L'incision doit être hâtive, 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 de J.-L. PETIT qui recommande « de dire dans le pronostic que peut-être le canal est percé et que l'urine pourra s'écouler après l'incision ». Les malades atteints

d'abcès urineux sont pour la presque totalité des rétrécis. Il faut donc, comme l'a réglé GUYON, opérer 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. HORTELOUP a proposé une intervention plus radicale : l'excision complète de la poche purulente.

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.

ARTICLE X

FISTULES DE L'URÈTHRE

I. — FISTULES URÉTHRO-PÉNIENNES

Étiologie. — Elles peuvent être d'origine traumatique et succéder à une plaie du canal. Les fistules consécutives aux vrais abcès urineux sont rares dans cette portion de l'urèthre ; mais il peut arriver qu'un noyau de péri-folliculite s'ouvre et souvent demeure fistuleux.

Symptomatologie. — Le passage de l'urine et du sperme par la fistule constitue le symptôme des fistules uréthro-péniennes. L'urine s'écoule à la fois par le méat et la fistule.

Traitement. — La cautérisation par un stylet rougi à blanc ou la pointe fine du thermo ne réussit à clore que les plus

étroites fistules. Dans la majorité des cas, la suture, après avivement de la marge, constitue la méthode de choix : il est nécessaire, à la façon de VOILLEMIER d'aviver le pourtour cutané sur une étendue d'un 1/2 centimètre en forme de cuvette de façon à affronter, suivant la méthode américaine, des surfaces et non des bords.

II. — FISTULES SCROTALES ET PÉRINÉALES

Étiologie. — Un fait domine leur étiologie : la presque totalité de ces malades sont des rétrécis qui sont arrivés à la fistule scrotale et périnéale, à la suite d'un abcès urineux.

Anatomie pathologique. — L'orifice interne est habituellement unique. Il existe en général plusieurs orifices cutanés. On les trouve sur toute la surface du périnée ou du scrotum, mais ils peuvent s'ouvrir en des points très éloignés du trajet principal.

Le trajet fistuleux est irrégulier, tortueux. Ses parois, molles et fongueuses, sont revêtues d'une couche épaisse de bourgeons charnus qui sécrètent du pus en abondance. Si le trajet est ancien et à peu près direct, il est tapissé par un épithélium de nouvelle formation, lisse, uni, adhérent aux tissus sous-jacents et qui produit une petite quantité de muco-pus. Lorsque les tissus voisins ne sont pas eux-mêmes très indurés, on peut apprécier au toucher le cordon plus dense, parfois dur comme un tendon, qui indique la direction du trajet.

Sous l'influence de l'irritation, le tissu conjonctif réagit par une formation fibreuse abondante : tantôt, le périnée et le scrotum s'épaississent dans toute leur masse ; tantôt, on observe des noyaux isolés de sclérose circonscrite qui peuvent acquérir un volume assez considérable pour rendre leur ablation nécessaire.

Symptômes et diagnostic. — Un rétréci, dont la miction était devenue de plus en plus pénible, a vu se former une tumeur au périnée ; après son ouverture spontanée ou chirurgicale, il s'est aperçu qu'il perdait ses urines par cette voie nouvelle. Quand une très faible quantité d'urine se mêle au pus