

permis à M. Reliquet de guérir en trois semaines un homme de 52 ans, chez lequel une suppuration périprostatique avait perforé la muqueuse rectale et envahi la région inguinale. Deux fois par jour, des injections d'eau phéniquée étaient pratiquées dans le trajet inguino-rectal, et, matin et soir, le malade se faisait lui-même une irrigation rectale. Ces irrigations rectales étaient prolongées une heure chaque fois, et se faisaient à l'aide d'un instrument spécial construit par M. Collin sur les indications de M. Reliquet. « C'est un cylindre terminé par un renflement en boule; l'hémisphère terminal de cette boule est couvert d'orifices larges; l'orifice central laisse passer une sonde en gomme qui traverse tout le cylindre métallique dans un canal indépendant. Cette sonde est destinée à porter très haut dans le rectum le liquide de l'irrigation. Les trous qui entourent la sonde sur la boule métallique reçoivent le liquide d'irrigation immédiatement au-dessus de l'anus; ce liquide pénètre dans la cavité du cylindre et sort à l'extérieur par un pavillon distinct (1). »

Ces données générales du traitement, en cas de complications, ne peuvent nous arrêter plus longtemps, et je dois surtout insister sur la conduite à tenir au point de vue de l'abcès en lui-même et de sa cicatrisation.

Les cas où l'ouverture de l'abcès est unique sont, on le conçoit, particulièrement favorables.

Les trajets périnéaux ou rectaux jeunes, ceux qui suivent l'ouverture spontanée et récente d'un abcès prostatique, et ceux qui succèdent à une incision précoce, se cicatrisent seuls dans la majorité des cas. Parfois, un peu de

(1) RELIQUET, *Union médicale*, nos du 26 février et du 5 mars 1878.

lenteur du processus réparateur peut exiger l'emploi d'injections irritantes, et la guérison survient encore rapidement.

En cas d'ouverture exclusivement urétrale, le pronostic est de même favorable. On s'est exagéré le danger de la pénétration de l'urine dans la cavité de l'abcès; je pourrais le répéter avec M. Le Dentu, « chez tous les malades que nous avons observés, l'urine ne pénétrait pas dans la poche, ou, du moins, rien n'indiquait qu'elle y pénétrât pendant les premiers jours. Le pus sortait librement par l'urèthre. Plus tard l'écoulement s'arrêtait par intervalles, sans doute quand l'ouverture de l'abcès se fermait; puis il reparaisait de moins en moins abondant pour cesser complètement de couler au bout d'un mois environ. » Il n'y a donc pas indication à détourner les urines par le cathétérisme.

En revanche, il peut se faire, surtout chez les sujets à grosse prostate, que la réapparition fréquente des phénomènes de rétention exige une intervention spéciale. Dans les cas de ce genre, il y a tout avantage à recourir à l'usage de la sonde à demeure. Cette pratique a toujours donné de bons résultats à M. Guyon. Si l'abcès communique avec la vessie, l'indication de la sonde à demeure se pose encore. Il faut en outre imiter la pratique de J.-L. Petit et procéder à des lavages quotidiens de la cavité vésicale.

Pour les cas simples, les différents moyens que nous venons de passer en revue suffisent à la guérison.

Lorsque la suppuration se prolonge, lorsque *la fièvre persiste*, on doit en chercher la raison dans la disproportion des dimensions comparatives de la cavité suppurante

et des orifices par lesquels s'écoulent les produits de la suppuration. Il faut alors, sans hésitation, élargir le trajet rectal ou périnéal, créer une voie suffisante pour le libre écoulement du pus, et l'on voit aussitôt la fièvre cesser et la guérison survenir. Dans un cas d'abcès prostatique volumineux ouvert spontanément dans l'urèthre, et compliqué de phénomènes de propagation vers le péritoine (*voir obs. XVIII*), Lallemand, pour vider à coup sûr le foyer prostatique, incisa par le périnée et fendit la glande comme dans la taille bilatérale. Dès le lendemain l'amélioration générale était considérable, et, deux mois après, la guérison était complète.

La conduite de Lallemand devra être imitée toutes les fois qu'il y aura lieu d'attribuer la continuation des accidents aux dimensions et à la configuration du clapier prostatique.

Jusqu'ici, nous avons trouvé des indications chirurgicales nettes et des résultats presque certains; mais les choses ne suivent pas toujours une marche aussi simple. Sous l'influence de causes diverses (intervention chirurgicale tardive, incomplète ou absente, mauvais état général du sujet, multiplicité des trajets purulents, étendue des décollements, passage de l'urine dans le foyer, suppuration continue), les clapiers s'organisent et la période fistulaire vraie se constitue. Il me faut donc, pour terminer ce travail, rechercher les moyens susceptibles d'obtenir la cicatrisation et la guérison dans les cas de ce genre.

Par exception, on peut se trouver en présence d'une fistule prostatique, rectale ou périnéale, sans communication avec l'urèthre; ces fistules rentrent en définitive

dans la catégorie des fistules ano-rectales borgnes ou complètes. Ce qui les distingue seulement, c'est le siège prostatique de leur cause, de l'abcès « mal ouvert soit par la nature, soit par l'art (1) ». Et les indications thérapeutiques qu'elles comportent sont analogues à celles des fistules pelvirectales supérieures (2).

Mais, dans la très grande majorité des cas, la communication uréthrale existe; on est aux prises avec des fistules uréthro-périnéales ou des fistules uréthro-rectales. Dans les cas simples et récents, alors que le trajet n'a pas encore la signification anatomo-pathologique d'une fistule vraie, on peut observer l'oblitération spontanée après un temps plus ou moins long. L'observation XV montre une fistule uréthro-rectale cicatrisée en six semaines. Sur un autre malade de M. Guyon, dont M. Pauffard (3) a publié l'observation, la guérison survint au bout de deux mois et demi. Cette terminaison heureuse est exceptionnelle. Il faut en oublier la possibilité et intervenir dans tous les cas.

Qu'il s'agisse d'une fistule uréthro-rectale ou d'une fistule uréthro-périnéale, les deux indications formelles sont les suivantes :

1° Empêcher l'urine d'arriver dans le foyer; 2° modifier les parois et les rendre propres à la cicatrisation. Il faut, en outre, songer à la lésion pathogénique, spéciale dans les faits que nous étudions, et s'attaquer à la cavité prostatique elle-même.

(1) CHASSAIGNAC, *Fistules à l'anus. Dict. encycl. des sciences méd.*, 1^{re} série, t. V, p. 479. Paris, 1870.

(2) POZZI, *Th. de doct.* Paris, 1873.

(3) PAUFFARD, *Contribution à l'étude du traitement des fistules uréthro-périnéales*, th. Paris, 1879.

La première indication est remplie par le cathétérisme (sonde à demeure ou cathétérisme intermittent). La sonde à demeure peut rendre de grands services; les anciens chirurgiens, Ledran, Desault, Chopart, Boyer, Amussat, avaient peut-être exagéré la valeur de cette méthode en l'appliquant indistinctement à tous les cas; mais, en proscrivant systématiquement son emploi, les chirurgiens modernes, Mercier, Velpeau, Phillips, Reliquet, Thompson, sont tombés dans l'exagération inverse. Civiale, Voillemier et Dolbeau ont à bon droit inauguré la réaction contre ces idées absolues. La pratique journalière de M. Guyon ne peut laisser aucun doute à cet égard. La sonde à demeure est souvent mieux supportée que le cathétérisme intermittent, et, lorsqu'on en précise les indications, elle « peut donner d'excellents résultats dans les cas de fistules plus ou moins invétérées. Il est utile de réagir contre les idées extrêmes, utile d'associer, quand il le faut, toutes les autres ressources thérapeutiques, le cathétérisme intermittent lui-même à l'emploi de la sonde à demeure; utile surtout d'agir prudemment toujours, différemment suivant les cas, en se préoccupant sans cesse des complications possibles, si on n'a pu les prévenir » (1). Ceci soit dit, sans toucher le moins du monde aux incontestables avantages du cathétérisme intermittent. L'une et l'autre méthode doivent être employées suivant les cas.

Lorsque les lésions ne sont pas de date trop ancienne et que les décollements ou les pertes de substance sont peu étendus, le simple détournement de l'urine peut permettre la guérison spontanée.

(1) PAUFFARD, *Th. doct.*, Paris, 1879, p. 43.

M. Thompson relate, à ce propos, un fait intéressant dans lequel la position a paru jouer un rôle important dans la guérison d'une fistule uréthro-rectale. Le malade était un jeune officier, « l'affection s'était déclarée à la suite de quelques abcès, dont M. Thompson n'avait pas été témoin, et, à chaque miction, trois ou quatre cuillerées d'urine passaient par l'intestin ». Après avoir essayé sans succès plusieurs méthodes de traitement, M. Thompson eut « l'idée de dire au malade de se coucher sur le ventre pour uriner et d'avoir bien soin de ne jamais émettre une goutte d'urine dans une autre position ». Au bout de six semaines, l'officier était parfaitement guéri. On pourrait essayer à l'occasion de ce procédé. Mais M. Thompson reconnaît lui-même qu'il aurait « aussi bien réussi en recommandant tout simplement au malade de n'uriner qu'au moyen de la sonde (1) ».

La compression proposée par certains chirurgiens, pour la cure des fistules uréthro-périnéales, agit dans le même sens. M. Diday (2) dit avoir guéri un malade en quinze jours en lui recommandant l'usage, pendant la miction, d'un ballon de caoutchouc gonflé d'eau et pressé sur le périnée. M. Pauffard a observé un malade qui obtint la cicatrisation de ses fistules en prenant « l'habitude de comprimer les trajets avec les doigts et d'obturer les orifices périnéaux au moment de la miction (3) ». Ces différents procédés agissent comme le cathétérisme intermittent et lui sont certainement inférieurs.

(1) THOMPSON, *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, p. xcviij, trad. française. Paris, 1874.

(2) DIDAY, *Bull. Soc. de chirurgie*, t. V, p. 45.

(3) PAUFFARD, *loc. cit.*, p. 54.

Les lavages de l'urèthre et les irrigations rectales préconisées par M. Reliquet pourront être employés avec avantage dans les cas de communication uréthro-rectale. On se trouvera bien aussi des injections phéniquées que ce même auteur conseille de pratiquer dans les trajets périnéaux. Ces injections doivent être faites « par les orifices extérieurs, une petite sonde en gomme y étant introduite; elles ressortent par les autres orifices extérieurs et en même temps pénètrent dans l'urèthre d'où elles sortent par le méat (1) ». En tout cas, il est toujours indiqué d'entretenir la liberté du ventre et de faciliter les garde-robes à l'aide de lavements, afin de prévenir l'action mécanique ou irritante que des matières fécales accumulées peuvent avoir sur le trajet fistuleux (2).

Les terminaisons heureuses que l'on obtient par ces différents moyens, employés seuls, sont malheureusement rares. La plupart du temps les fistules se rétrécissent un peu, mais elles persistent. Souvent même l'échec est complet, comme sur le jeune homme de l'observation 23 ou sur le Brésilien de l'observation 16, et, pour provoquer la cicatrisation, il faut satisfaire en outre à la deuxième indication signalée, il faut modifier directement les trajets fistuleux.

Pour les fistules périnéales, M. Guyon se sert avec avantage des injections iodées. Quelques gouttes de teinture d'iode poussées dans les trajets accélèrent en géné-

(1) RELIQUET, *Traité pratique des opérations des voies urinaires*. Paris, 1871, p. 339.

(2) NÉLATON, *Éléments de pathologie chirurgicale*, 1^{re} édition. Paris, 1859, t. V, p. 463.

ral le travail réparateur. On peut aussi lui substituer le nitrate d'argent en solution au 50°. Mais cette manière de faire reste bien souvent impuissante, et l'on est obligé de recourir à des moyens plus énergiques.

Les incisions et la cautérisation par le feu tiennent ici le premier rang. Le thermo-cautère simplifié beaucoup ces différentes opérations. Il faut élargir, débrider les trajets fistuleux, réunir par le bistouri les orifices extérieurs, couper, exciser au besoin les brides, les ponts calleux et indurés qui cloisonnent les clapiers. Le nombre, la dimension, la profondeur des sections ne sont soumis à aucune règle précise; elles varient suivant les cas particuliers. Il faut savoir seulement que les opérations de cette nature n'ont de valeur que lorsqu'elles sont très complètes. Le plus petit clapier oublié compromet toujours le résultat et nécessite, à échéance plus ou moins rapprochée, une intervention nouvelle. Les bains et les cataplasmes rendront ici de précieux services en atténuant les poussées inflammatoires.

Ces opérations associées au cathétérisme donnent en beaucoup de circonstances la guérison. Ailleurs, l'âge de la maladie, l'étendue des désordres locaux, l'état général du malade, résistent aux traitements les meilleurs, et les malades restent condamnés à une infirmité définitive.

Pour les fistules uréthro-rectales, les moyens d'action sont plus limités encore. Dans un cas relaté à la fin de ce travail (*voy. obs. 49.*), M. Guyon a obtenu cependant la guérison d'une fistule uréthro-rectale dont le début remontait à plus d'un an, en pratiquant, à l'aide du thermo-cautère, trois cautérisations du trajet fistuleux à huit jours d'intervalle. Thompson se prononce nettement en fa-

veur de la cautérisation ignée. « L'introduction d'un fil métallique porté au rouge, dit-il, m'a paru, dans le peu de cas que j'ai vus, le meilleur moyen d'en obtenir la cicatrisation (1). »

En associant le cathétérisme à la cautérisation par le thermo-cautère, on peut donc espérer de bons résultats. Par malheur, cette méthode n'a chance de réussite que pour les fistules de petites dimensions. Si la perte de substance est quelque peu étendue, la communication persiste, malgré des cautérisations réitérées, et les malades conservent pour toujours leur infirmité.

En présence de ces fistules rebelles, et lorsque, par les moyens d'usage, on est arrivé à reconnaître le siège exact de la fistule, on est autorisé à discuter les indications d'une intervention chirurgicale plus directe. Dans les cas où les cautérisations ont échoué, peut-être pourrait-on, suivant le conseil de M. Tillaux (2), « décoller l'une de l'autre les parois uréthrales et rectales et les faire ensuite glisser de façon à changer le rapport des deux orifices. » Ce procédé opératoire appartient à Astley Cooper. Il a permis à ce chirurgien d'obtenir la guérison complète d'une fistule uréthro-rectale consécutive à un abcès de la prostate sur un malade dont il nous a laissé l'observation : « Après avoir placé un cathéter dans la vessie, j'introduisis le doigt dans le rectum, et j'incisai, comme pour l'opération de la pierre, sur le côté gauche du raphé, jusqu'à ce que je sentisse la sonde à travers le bulbe. Je plongeai alors un couteau à

(1) THOMPSON, *Traité des maladies des voies urinaires*, trad. française. Paris, 1874, p. 280.

(2) TILLAUX, *Traité d'anatomie topographique*, 2^e édit. Paris, 1879, p. 759.

deux tranchants dans le périnée, entre la glande prostate et le rectum, ayant l'intention de diviser ainsi la communication fistuleuse établie entre l'urèthre et l'intestin. Une mèche de charpie fut introduite dans la plaie, et un cataplasme fut appliqué par dessus. Lorsque la charpie fut retirée, on s'aperçut que l'urine coulait à travers l'ouverture pratiquée dans le périnée. L'ouverture fistuleuse du rectum se ferma graduellement, et celle du périnée se cicatrisa ensuite promptement. Dès lors, l'urine reprit entièrement son cours naturel... Jamais, depuis cette époque, l'urine ne s'est déviée de sa voie naturelle (1). »

De son côté, M. Thompson pense que, « si l'ouverture était assez large pour légitimer une restauration autoplastique, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer une opération semblable à celle qui est employée pour les fistules vésico-vaginales. J'aviverais, dit-il, les bords de la solution de continuité et les réunirais par une suture métallique. En faisant l'opération de la fistule, je n'ai point guéri, mais j'ai amélioré un malade par cette méthode. Il est très difficile d'opérer dans l'espace limité qu'offre le rectum. Cependant c'est possible. On a inventé, dans ce but, des instruments spéciaux. Quelquefois ils ont besoin d'une légère modification de volume ou de forme pour chaque cas particulier. »

On trouverait sans doute plus grand avantage, dans les cas de ce genre, à tenter la *réunion immédiate secondaire* telle que la préconise M. le professeur Verneuil pour les fistules vésico-vaginales (2). Cette méthode consiste à avi-

(1) ASTLEY COOPER, *Mémoire sur les fistules du canal de l'urèthre* in *OEuvres chirurgicales*, trad. par Chassaignac et Richelot. Paris, 1837, p. 575.

(2) VERNEUIL, *Société de chirurgie*, séance du 11 février 1880.

ver, non plus avec l'instrument tranchant, mais avec des caustiques, et à réunir les surfaces bourgeonnantes par des points de suture au fil d'argent.

Ces ressources extrêmes ont été jusqu'ici d'une application rare. Leur efficacité est toujours douteuse, et trop souvent le rôle du chirurgien se réduit à prescrire des soins de propreté.

Le traitement des fistules uréthro-rectales et uréthro-périnéales consécutives aux suppurations prostatiques est, on le voit, fort incertain dans ses résultats. Pour quelques succès il compte bien des revers, et, s'il était nécessaire, on trouverait là un argument de plus en faveur des règles formelles qui doivent dicter le traitement des abcès prostatiques et du phlegmon périprostatique : inciser à temps, assurer toujours le libre écoulement du pus.

OBSERVATIONS