

De grands lavages antiseptiques et un drainage méthodique préviendront les accidents ultérieurs.

Il n'y a pas de traitement actif à diriger contre les abcès urinaires chroniques; des grands bains, des cataplasmes, pourront être prescrits avec avantage. Quand ces tumeurs augmentent, même sans présenter de phénomènes inflammatoires manifestes, il n'y a pas intérêt à temporiser et il faut se comporter comme dans le cas d'abcès aigus.

On s'occupera ensuite du traitement du rétrécissement, cause première de la formation des divers accidents que nous avons passés en revue.

VI

FISTULES URINAIRES.

On désigne sous le nom de *fistule urinaire* toute ouverture ou tout trajet anormal qui donne passage à l'urine.

Les fistules urinaires sont distinguées en *congénitales* et *accidentelles*; les premières sont très rares et sont surtout des fistules s'ouvrant à l'*ombilic* par persistance de la perméabilité de l'ouraque, ou dans l'*intestin* à la suite d'un vice de développement. Quelques auteurs font entrer dans cette classe l'*hypospadias* et l'*épispadias*.

Les secondes sont très nombreuses et peuvent avoir pour origine un point quelconque des voies urinaires et s'ouvrir en des sièges très variés. Aussi a-t-on classé les fistules urinaires d'après leur origine ou leur ouverture extérieure, et quelquefois on les désigne par un mot composé rappelant ces deux points. C'est ainsi qu'on décrit des fistules du rein, de la vessie, de l'urèthre, et que l'on distingue des fistules *vésico-cutanées*, *vésico-vaginales*, *vésico-utérines*, etc., des fistules *uréthro-péniennes*, *uréthro-périnéales*, *uréthro-rectales*, etc.

A. — FISTULES URINAIRES DES REINS.

Ces fistules succèdent, soit à une plaie ou à une rupture du rein, surtout avec complication de corps étranger, soit à l'ouverture d'un abcès du rein ou du bassinnet consécutif à une pyélo-néphrite calculieuse ou non. Après l'ouverture spontanée ou chirurgicale de la col-

lection, un mélange de pus et d'urine, puis quelquefois plus tard l'urine seule, continuent à couler à l'extérieur, et la fistule est constituée. Son orifice siège ordinairement à la région lombaire; mais il peut occuper un point quelconque de la paroi abdominale: on l'a vu, dans des cas exceptionnels, s'ouvrir dans les bronches, dans le duodénum, dans le gros intestin.

Le signe caractéristique est l'écoulement de l'urine à l'extérieur reconnue à son odeur et à ses caractères chimiques; la diminution de la quantité d'urine rendue par l'urèthre, le passage de substances médicamenteuses dans le liquide de la fistule, l'exploration du trajet fistuleux, la recherche de corps étrangers, l'état des urines vésicales, le fonctionnement du rein du côté opposé, sont autant de points qui demandent à être minutieusement étudiés.

Il suffit quelquefois de retirer un corps étranger, calcul ou autre, pour obtenir l'oblitération de la fistule. Cette ablation peut nécessiter l'incision de la substance rénale ou *néphrotomie*. Mais, le plus souvent, le rein étant lui-même malade, il est préférable de tarir la fistule par l'extirpation de l'organe ou *néphrectomie*. L'opération a donné en pareil cas des résultats très encourageants; elle est très difficile et devient contre-indiquée quand il s'est fait des adhérences étendues entre le rein et les parties voisines.

B. — FISTULES URINAIRES DE L'URÈTHRE.

On les voit succéder en général à une plaie de l'urèthre, soit accidentelle, soit produite au cours d'une opération d'ovariotomie ou d'hystérectomie. Plus rarement, elles sont consécutives à l'ouverture d'une collection purulente apparue en un point de la paroi abdominale.

Elles peuvent succéder à un accouchement laborieux et, à ce titre, nous les retrouverons dans l'étude particulière des fistules urinaires de la femme.

Hors ce dernier cas, les fistules de l'urètre ne peuvent être guéries que par l'ablation du rein correspondant.

C. — FISTULES DE LA VESSIE

Les fistules *congénitales* de la vessie peuvent s'ouvrir à l'ombilic

ou dans l'intestin; les fistules accidentelles s'ouvrent à la peau ou dans un organe voisin. Nous étudierons à part les fistules *vésico-vaginales* et *vésico-utérines*.

a. Les fistules ouvertes à la peau ou *vésico-cutanées*, peuvent avoir leur orifice à l'*ombilic*, à l'*hypogastre*, à l'*aine*, au *périnée*.

On ne connaît que deux cas de fistules *ombilicales* accidentelles produites par une ulcération consécutive à un abcès de la région (Chopart, Betti).

À l'*hypogastre*, les fistules succèdent, soit à la ponction ou à l'incision sus-pubienne de la vessie, soit à une plaie ou rupture de cet organe ou à l'ouverture d'une collection purulente ou d'une tumeur ayant ulcéré les téguments et la vessie (cas de Larrey).

À l'*aine*, la fistule urinaire a en général succédé à l'ouverture d'une cystocèle inguinale méconnue.

La fistule *périnéale* de la vessie, très rare, ne peut que succéder à une plaie de la vessie produite à travers les couches du périnée.

Le signe caractéristique de la fistule vésico-cutanée est l'écoulement de l'urine, tantôt continu, tantôt intermittent. Si l'urèthre est libre, une partie seulement de l'urine s'échappe par la fistule; si l'orifice fistuleux siège près du col vésical, la totalité du liquide peut s'échapper par le trajet anormal.

La première indication consiste à rétablir le canal de l'urèthre s'il est rétréci ou défectueux et à soutirer les urines de la vessie par une sonde maintenue à demeure en faisant siphon. L'orifice fistuleux pourra ensuite être oblitéré, soit par des cautérisations répétées, soit par la compression, soit par une autoplastie.

b. Faisant abstraction pour le moment, des fistules de la vessie qui s'ouvrent dans le vagin ou dans l'utérus, nous n'étudierons ici que les fistules *vésico-intestinales*. Elles succèdent à des plaies intéressant la cloison qui sépare le rectum de la vessie, après la taille ou la ponction de la vessie par le rectum; à une ulcération produite par un corps étranger du rectum ou de la vessie, comme un calcul vésical; ou à une ulcération spontanée d'une poche ou cellule de la vessie; à l'ouverture d'abcès de voisinage (ligaments larges, prostate, péritoine du petit bassin) faisant communiquer l'intestin et la vessie; à une dégénérescence cancéreuse ou tuberculeuse de ces deux organes.

Les fistules *vésico-rectales* s'observent presque exclusivement chez

l'homme; les fistules *vésico-intestinales* proprement dites peuvent s'observer dans les deux sexes et siéger sur l'S iliaque, le cæcum ou un point quelconque de l'iléon.

Il n'est pas rare de voir l'un des orifices, vésical ou intestinal, ne s'ouvrir dans la cavité voisine qu'après un trajet plus ou moins oblique à travers les parois de la vessie ou de l'intestin, de sorte que tantôt l'urine passe seule dans l'intestin, tantôt le gaz et les matières pénètrent seuls dans la vessie. La communication entre les deux réservoirs ne se fait quelquefois que par l'intermédiaire d'une poche d'abcès.

Le rectum et la vessie sont le siège d'une inflammation chronique.

Ces fistules se caractérisent par l'issue de l'urine à travers l'anus, et par l'émission de gaz et de matières fécales par l'urèthre. Le sphincter de l'anus peut quelquefois retenir les urines; mais il s'établit une rectite chronique avec diarrhée incoercible qui rend l'écoulement continu.

Les urines rendues par la verge sont boueuses et mêlées de matières fécales et de débris alimentaires.

Le *diagnostic* de la fistule vésico-intestinale est en général facile et ne saurait présenter quelques doutes que si des *gaz seuls* sont émis par l'urèthre. Mais la *pneumaturie* essentielle est excessivement rare et ne paraît survenir que chez les diabétiques (Guiard).

La fistule vésico-rectale sera reconnue par le toucher rectal et l'examen au spéculum; le siège de la fistule vésico-intestinale d'une autre portion du tube digestif peut être difficile à préciser.

Le *pronostic*, toujours sérieux, est plus grave dans les fistules pathologiques succédant à l'ouverture d'un abcès que dans les fistules traumatiques. Il paraît un peu plus favorable lorsque l'urine passe dans l'intestin, sans que les matières stercorales passent dans la vessie. Les fistules traumatiques sont les moins graves; les fistules succédant à une suppuration sont plus difficiles à guérir; celles qui sont produites par une lésion cancéreuse sont incurables.

Le traitement ne peut être que palliatif s'il s'agit d'une fistule d'origine cancéreuse ou d'une fistule dont l'orifice intestinal siège en un point mal déterminé ou très élevé.

La formation d'un anus artificiel par la colotomie lombaire ou iliaque peut donner un grand soulagement au malade, en dérivant les matières fécales qui ne pénètrent plus dans la vessie (Holmes,

Bryant, Duménil, etc.). Cette opération peut être combinée avec la cautérisation de l'orifice fistuleux, soit par le rectum, soit par l'urèthre dilaté.

Simon a proposé d'ouvrir la vessie par le vagin, de la renverser pour cautériser ou suturer la fistule, et d'opérer plus tard la fistule vésico-vaginale artificielle.

Enfin et avec plus de chances, une opération peut être tentée par le rectum, après section ou dilatation du sphincter si l'orifice fistuleux n'est pas trop élevé.

D. — FISTULES DE L'URÈTHRE.

Les fistules de l'urèthre peuvent être divisées, d'après l'ouverture de la fistule, en fistules *uréthro-cutanées* s'ouvrant à la peau, et en fistules *uréthro-rectales* s'ouvrant dans le rectum.

1° FISTULES URÉTHRO-CUTANÉES.

Ces fistules, de beaucoup les plus fréquentes, doivent être distinguées en fistules *uréthro-périnéo-scrotales* (Duplay) et en fistules *uréthro-péniennes*.

a. *Fistules uréthro-périnéo-scrotales.* — **Étiologie.** — Elles reconnaissent en général pour cause un rétrécissement de l'urèthre, et succèdent le plus souvent à une infiltration d'urine ou à un abcès urinaire.

Le passage incessant de l'urine par l'ouverture accidentelle, favorisé par un obstacle situé sur le trajet normal, comme un rétrécissement ou un corps étranger, empêche la réunion des parties et donne lieu à la fistulisation du trajet, surtout si le travail inflammatoire et gangréneux a produit de grandes pertes de substance et si le sujet présente une constitution douteuse et des tissus de mauvaise qualité.

Les fistules uréthro-périnéales ne sont que rarement consécutives à un traumatisme de l'urèthre, à moins que la rupture du canal n'ait été suivie de la formation d'un rétrécissement.

Anatomie pathologique. — Les fistules du périnée peuvent occuper tous les points de cette région, sur la ligne médiane ou sur les parties latérales, à la marge de l'anus ou à la partie inférieure

du scrotum. Celles du scrotum se montrent dans toute l'étendue de cette région.

L'orifice uréthral de la fistule est le plus souvent unique, de dimensions variables; quelquefois plusieurs petites ouvertures se terminent en un seul trajet qui aboutit lui-même à une poche urinaire ou à un abcès urinaire d'où partent un ou plusieurs trajets.

L'orifice externe, cutané, est quelquefois unique; dans la grande majorité des cas, il existe plusieurs orifices cutanés. Dans le cas d'infiltration d'urine, l'ulcération des téguments sur plusieurs points rend compte de la multiplicité des ouvertures; d'autres fois, un trajet d'abord unique, plus ou moins sinueux et anfractueux, retient un peu d'urine dont la présence donne lieu à un petit abcès. Celui-ci s'ouvre plus ou moins loin, formant un orifice nouveau; de nouvelles ouvertures se produisent par le même mécanisme à intervalles variés, le pus et l'urine, se vidant mal, décollent les tissus de proche en proche, et le périnée et le scrotum peuvent à un certain moment se trouver criblés d'orifices fistuleux. Civiale en aurait compté 52 sur le même sujet.

Ces fistules périnéo-scrotales peuvent se compliquer de trajets secondaires s'ouvrant à l'aîne, à la cuisse, au genou même; on en a observé à la région lombaire, aux parties voisines des fesses ou même au-dessus de la symphyse pubienne.

Les orifices cutanés se présentent en général sous l'apparence d'une végétation rouge, fongueuse, en cul-de-poule; quelquefois ils se dérobent sous un repli de la peau ou une bride cicatricielle; leurs dimensions sont très variables et peuvent en général admettre un stylet de trousses ou une sonde cannelée, quelquefois une sonde de petit volume.

Thompson distingue des *fistules simples*, dans lesquelles les parties environnantes sont peu altérées et assez voisines de l'état normal, et des *fistules compliquées d'induration*, dans lesquelles le trajet traverse des tissus plus ou moins indurés et transformés par des exsudations inflammatoires réitérées. Dans ce cas, souvent la fistule est en rapport en un point avec une cavité qui est le sac d'un abcès ancien et qui contient du pus sanieux et mal lié.

Ces indurations, qui peuvent envahir le périnée, le scrotum, s'accusent par la présence de cordons que l'on peut suivre plus ou moins loin par la palpation dans la profondeur. Elles sont formées par une

sclérose des tissus sans aucune tendance à la cicatrisation ; les trajets fistuleux circonscrits par ces tissus indurés, peu vasculaires, peuvent persister sans aucune tendance à l'oblitération, alors même que le calibre de l'urèthre est entièrement rétabli et que l'urine s'écoule librement par ses voies naturelles.

Les parois de la fistule et son pourtour peuvent s'infiltrer de sels calcaires ou même contenir de véritables calculs développés aux dépens des sels de l'urine ou descendus de la vessie ou de la prostate et successivement augmentés par l'adjonction de nouvelles couches.

Symptômes. — L'écoulement de l'urine par les orifices fistuleux au moment de la miction est le symptôme caractéristique. Mais cet écoulement peut présenter de nombreuses variétés ; tantôt l'urine s'écoule en totalité par la fistule sans qu'aucune partie soit expulsée par le méat ; tantôt il ne s'écoule par l'orifice anormal que peu de gouttes qui s'échappent à la fin de la miction ; tantôt on voit sortir que du muco-pus dans lequel on ne peut reconnaître la présence de l'urine que par son odeur caractéristique. Dieffenbach a conseillé dans ce cas de comprimer le gland pour forcer l'urine à refluer par la fistule.

Le doigt peut sentir le cordon induré qui se dirige de la superficie vers la profondeur ; il reconnaît les indurations et les épaisissements des parties voisines de la fistule.

Un stylet flexible introduit dans le trajet se dirige vers l'urèthre, et si l'on introduit en même temps une sonde métallique dans le canal, le contact des deux instruments indiquera d'une manière certaine l'origine de la fistule. On pourra, par diverses explorations du même ordre, reconnaître la direction, la longueur, les dimensions du trajet, l'existence de clapiers ou de corps étrangers.

Les fistules uréthro-périnéales et les fistules vésico-périnéales se distinguent les unes des autres par le mode d'écoulement de l'urine : dans les premières il est intermittent, dans les secondes il est continu.

Le pronostic des fistules uréthro-périnéo-scrotales est surtout rendu sérieux par la difficulté de la guérison et par les complications dont elles peuvent être le siège ; il varie, d'ailleurs, avec l'étendue de la perte de substance de l'urèthre et avec l'état du canal : en effet, un rétrécissement qui résiste aux moyens de traitement est

une complication des plus sérieuses. Les fistules à trajet direct, dans lesquelles l'urine s'écoule facilement, sont en général plus rebelles que celles qui se trouvent dans les conditions opposées.

Traitement. — L'indication capitale consiste à rendre au canal son calibre et ses qualités normales. Aussi, dans nombre de cas, le traitement de la fistule urinaire périnéale n'est autre que celui du rétrécissement lui-même ; on devra toujours commencer par la dilatation soit temporaire, soit permanente ; puis, le calibre de l'urèthre rétabli, on prévendra le contact de l'urine avec la fistule, soit par le cathétérisme répété aussi souvent qu'il sera nécessaire, soit par l'emploi plus ou moins prolongé d'une sonde à demeure. Le professeur Duplay insiste sur ce détail qu'il arrive souvent qu'après avoir employé pendant un temps assez long la sonde à demeure sans parvenir à obtenir l'occlusion de la fistule, si l'on vient à enlever la sonde, la guérison survient en quelques jours. Ainsi l'usage de la sonde à demeure ne doit pas être continué indéfiniment et celle-ci sera utilement supprimée de temps à autre.

Le trajet fistuleux devra être soigneusement débarrassé des incrustations qui le tapissent et à plus forte raison des corps étrangers qu'il peut contenir. Il sera nécessaire aussi d'inciser les décollements de la peau et de débrider les clapiers. Souvent l'ouverture plus large de la fistule sera suivie de son oblitération.

Thompson repousse l'usage de la sonde à demeure et préfère de beaucoup apprendre au malade à se sonder lui-même avec une sonde molle, chaque fois qu'il a besoin d'uriner. Il conseille en même temps de modifier le trajet en y introduisant aussi loin que possible un stylet d'argent mou et flexible revêtu de nitrate d'argent fondu.

P. Diday, de Lyon, a obtenu la guérison d'une fistule rebelle par la *compression* exercée par le malade pendant la miction à l'aide d'un coussin de caoutchouc gonflé d'air.

Si l'emploi de ces divers moyens reste infructueux, c'est à l'uréthrotomie externe que l'on devra s'adresser. Cette uréthrotomie sera pratiquée sur un instrument conducteur introduit jusque dans l'urèthre par un des principaux orifices fistuleux. Dans ces dernières années, le professeur Verneuil a recommandé l'usage du thermocautère pour l'uréthrotomie externe.

L'uréthrotomie externe sera, bien entendu, suivie de l'application

d'une sonde en caoutchouc rouge et du pansement méthodique des incisions périnéales.

b. *Fistules uréthro-péniennes.* — Elles peuvent se rencontrer dans toute la longueur de la face inférieure de la verge, depuis le scrotum jusqu'au voisinage du gland.

Étiologie. — Elles peuvent reconnaître pour cause, comme les fistules périnéales, des rétrécissements de l'urèthre; mais le plus souvent elles sont dues à des plaies simples ou contuses, et surtout à des plaies avec perte de substance; elles succèdent assez souvent à la constriction de la verge par un lien circulaire, comme on l'observe quelquefois chez les enfants. Enfin, elles ont aussi comme origine des abcès péri-urèthraux, la suppuration des glandes de l'urèthre et surtout les chancres phagédéniques.

Anatomie pathologique. — Les fistules uréthro-péniennes diffèrent essentiellement comme constitution des fistules uréthro-périnéales. Il n'existe pas de trajet à proprement parler; celui-ci est toujours direct et très court; les deux orifices, cutané et muqueux, se confondent presque en un seul, et c'est précisément cette soudure de la muqueuse et de la peau qui entretient la fistule d'une manière permanente.

Les bords de l'orifice sont en général très minces et ne présentent une certaine épaisseur que dans les cas où ils sont entourés de callosités. L'ouverture peut être très variable comme dimensions : tantôt elle est étroite et presque capillaire, tantôt elle offre une étendue très considérable. Nélaton a fermé une solution de continuité ayant trois centimètres et demi de longueur et 2 centimètres de largeur.

L'orifice interne, en général assez large du côté du canal, va en se rétrécissant pour se continuer avec le trajet. L'orifice externe se confond avec les tissus voisins et ne présente pas de bourgeons charnus; quelquefois il est enfoncé, déprimé et caché par un repli de la peau sous lequel il est difficile de le découvrir.

En général, la portion de l'urèthre comprise entre le méat et la fistule reste perméable; mais on a trouvé des cas où il y avait une obstruction complète (Demarquay) ou incomplète (Toulimouche) du canal. C'est donc une disposition dont il faut s'assurer avant d'entreprendre l'oblitération de la fistule.

Symptômes et diagnostic. — Les symptômes des fistules uréthro-péniennes se réduisent à l'issue de l'urine et du sperme par

l'ouverture anormale; si la fistule est large, il ne sort aucun liquide par le méat urinaire.

Le diagnostic ne présente quelque doute que dans le cas de pertuis très étroit : il faut alors s'assurer du passage de l'urine en faisant comprimer le gland au moment de la miction ou en recueillant un peu de liquide sur un linge fin et sec appliqué sur l'orifice fistuleux.

L'examen de l'urèthre en avant et en arrière de la fistule devra être toujours soigneusement pratiqué.

Moins graves que les fistules périnéales en raison de l'absence ordinaire des complications locales ou du retentissement à distance sur la vessie ou les reins, les fistules uréthro-péniennes acquièrent un pronostic assez sérieux par la difficulté de leur traitement; certaines fistules étroites peuvent donner lieu à des échecs nombreux et répétés aussi bien que des pertes de substance plus grandes.

Traitement. — Il est inutile de rappeler que, si l'examen de l'urèthre fait reconnaître un rétrécissement du canal en coïncidence avec une fistule, la dilatation du rétrécissement doit toujours être le premier temps de la cure; malheureusement cette dilatation, si fructueuse dans les fistules périnéales, est rarement suivie de succès dans les fistules uréthro-péniennes. Le cathétérisme répété ne peut être employé d'une manière utile que comme opération complémentaire pour vider la vessie après l'une des opérations qui s'adressent directement à la fistule.

On a employé contre les fistules uréthro-péniennes : la *cautérisation*, l'*uréthrorrhaphie* l'*uréthroplastie*.

La cautérisation semble ne devoir réussir que dans les fistules très étroites : elle sera pratiquée soit avec le nitrate d'argent, soit avec l'acide nitrique, la teinture de cantharides, le fer rouge et de préférence avec le thermo-cautère, dont la pointe fine peut être facilement maniée.

L'occlusion de l'orifice de la fistule peut être cherchée et obtenue par la suture après un avivement sanglant et par réunion primitive, ou, après une cautérisation, par réunion immédiate secondaire.

La réunion par suture après avivement sanglant ou *uréthrorrhaphie* est fondée sur les mêmes principes que l'opération de la fistule vésico-vaginale par la méthode américaine. L'avivement doit porter sur la

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. L.

peau et les tissus sous-cutanés qui entourent l'orifice fistuleux dans une étendue de un demi-centimètre, de manière à affronter des surfaces et non des bords. Pour la suture, on emploiera soit la suture entortillée (Voillemier), soit la suture métallique à points séparés (Verneuil), soit la suture enchevillée à *un seul fil* recommandée par Duplay pour la cure de l'hypospadias. On devra faire attention à ce que les épingles ou les fils traversent obliquement toute l'épaisseur des lèvres de la plaie, mais sans intéresser la muqueuse.

Le professeur Verneuil a insisté avec raison sur la nécessité de rétablir le calibre normal de l'urètre, avant de tenter l'oblitération de la fistule; si dans les bords de l'urètre qui confinent à la fistule pénienne il existe un rétrécissement fibreux, étroit, inextensible, avec induration, circonvoisine, l'uréthrotomie est le moyen le plus propre à rétablir le calibre du canal et à assurer le succès de la suture ou de l'autoplastie. Dans des cas très simples, la dilatation peut suffire.

Pour répondre à la même indication, Verneuil a, chez un enfant atteint de fistule uréthro-pénienne, pratiqué la circoncision.

Notre savant maître a également démontré que, lorsqu'à la suite d'un étranglement circulaire de la verge, plusieurs fistules se sont établies, il convient tout d'abord de n'opposer l'opération sanglante qu'à celle de ces fistules qui, répondant directement à la paroi inférieure de la verge, présentera les caractères des orifices anormaux définitifs. La simple destruction du rétrécissement concomitant peut suffire pour amener la guérison spontanée des autres trajets symptomatiques de l'obstacle uréthral.

L'uréthrorrhaphie pourra être suffisante toutes les fois que la fistule pénienne, circulaire, petite, n'exécède pas un demi-centimètre, qu'elle est entourée de tissus épais assez mobiles pour être rapprochés et mis en contact sur la ligne médiane sans trop de difficultés. La même opération conviendra encore à des perforations beaucoup plus étendues, si elles sont dirigées suivant l'axe de l'urètre et que les bords soient peu écartés et susceptibles d'être affrontés; les perforations infundibuliformes s'y prêtent particulièrement (Verneuil).

L'*uréthroplastie* devient la méthode de choix dans les fistules qui présentent les conditions opposées.

Tous les procédés autoplastiques ont été employés tour à tour;

nous retrouvons ici les procédés de la méthode française et les procédés de la méthode indienne.

A la méthode française appartiennent les procédés par glissement.

Pour faciliter le rapprochement sans tiraillement des lèvres de la plaie, on a joint à la suture des incisions latérales et parallèles aux bords de la plaie (Dieffenbach) ou situées au-dessus et au-dessous d'elle (Nélaton).

On a aussi appliqué à l'uréthroplastie l'*autoplastie par doublure*, dans laquelle deux lambeaux suturés sur la fistule sont eux-mêmes recouverts par un lambeau de peau pris au voisinage (Sédillot), et l'*autoplastie par la face externe de la peau* (L. Le Fort). Cette dernière opération consiste à enlever les couches superficielles du derme autour de l'ouverture cutanée, à aviver les bords de la fistule et à réunir la face opposée de la peau par trois ou quatre points de suture.

Toutes ces opérations ne peuvent être tentées avec succès que si le canal est libre et si le malade peut régulièrement se sonder ou être sondé chaque fois que le besoin d'une miction se fait sentir.

La *boutonnière périnéale*, conseillée par Viguerie (1854) comme traitement des fistules urinaires ne peut être considérée que comme une opération préliminaire ou complémentaire. Au cas où il serait indispensable d'obtenir une dérivation complète des urines, il vaudrait mieux pratiquer la ponction sus-pubienne de la vessie et y établir une sonde à demeure jusqu'à la guérison (Malgaigne).

2° FISTULES URÉTHRO-RECTALES.

Étiologie. — Beaucoup plus rares que les fistules uréthro-cutanées, elles reconnaissent pour cause une blessure accidentelle ou chirurgicale de la prostate par un instrument qui blesse à la fois le rectum et l'urètre; l'ouverture malheureuse de ces deux conduits dans la taille latéralisée ou prérectale, l'introduction de corps étrangers dans le rectum ou dans l'urètre avec perforation des tissus intermédiaires.

Les abcès simples ou tuberculeux de la prostate ouverts dans le rectum, plus rarement des abcès du rectum ayant envahi la prostate, enfin des dégénérescences cancéreuses de l'un ou l'autre de ces organes ayant détruit la cloison recto-uréthrale, peuvent donner lieu

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. L.

à une communication anormale et persistante entre l'urèthre et le rectum.

Anatomie pathologique. — Le plus souvent, l'orifice urétral de la fistule est situé dans la portion prostatique, plus rarement dans la portion membraneuse. Il est unique, étroit, plus élevé que l'orifice rectal, de sorte que le trajet, oblique en bas et en arrière, laisse facilement passer l'urine dans l'intestin, tandis que les matières fécales ne peuvent que difficilement remonter dans l'urèthre.

Quelquefois un trajet parti de l'urèthre va s'ouvrir dans le rectum et un autre s'ouvre au périnée; il y a à la fois fistule uréthro-rectale et fistule uréthro-périnéale.

L'orifice rectal varie d'aspect suivant les cas : situé au-dessus du sphincter et caché dans les plis de la muqueuse, il peut n'être représenté que par une petite ouverture située au centre d'une fongosité rougeâtre, entourée de callosités et de nodosités; ou bien c'est une large perte de substance de la cloison recto-urétrale détruite par de vastes suppurations ou une dégénérescence tuberculeuse ou cancéreuse.

Le passage répété de l'urine détermine du côté de la muqueuse rectale et de la peau des régions voisines des rougeurs et des exco-riations douloureuses.

Symptômes, diagnostic. — Le passage de l'urine par le rectum au moment des mictions constitue le signe caractéristique des fistules uréthro-rectales. Les gaz et les matières de l'intestin ne passent pas dans tous les cas dans l'urèthre. L'écoulement de l'urine dans l'intestin, faible si l'ouverture est étroite et si le canal de l'urèthre est libre, peut s'y faire presque en totalité, si la perte de substance est grande et s'il y a un rétrécissement de l'urèthre. L'urine s'échappe de l'anus au moment de la miction ou peu de temps après; quelquefois elle s'accumule dans le rectum et y est retenue un temps plus ou moins long.

Des gaz, des matières fécales liquides, des débris alimentaires peuvent être expulsés par le méat après avoir déterminé de vives douleurs ou de la rétention d'urine.

A. Bérard a signalé la sortie du sperme par le rectum au moment de l'éjaculation; au contraire, on a noté sa sortie totale par l'urèthre (Devin), grâce au siège de l'orifice urétral en arrière des conduits éjaculateurs.

Le toucher rectal fera facilement reconnaître une grande perte de substance; il fera sentir les mamelons et les saillies dures au centre desquelles se cache un orifice étroit. L'examen ne peut être fait complètement qu'à l'aide d'un *speculum ani* et de préférence à l'aide d'une valve de Sims appliquée contre la paroi postérieure du rectum. Un stilet introduit dans l'orifice indique le trajet et peut arriver au contact d'une sonde métallique introduite dans l'urèthre.

On a donné comme un signe différentiel entre les fistules vésico-rectales et les fistules uréthro-rectales, la continuité de l'écoulement de l'urine dans le premier cas, son intermittence dans le second. Ce caractère incertain a besoin d'être corroboré par l'injection de liquides colorés, poussés soit dans le rectum, soit dans la vessie.

Traitement. — Ici, comme dans toute fistule urinaire, la première indication consiste à rétablir la perméabilité de l'urèthre par les moyens appropriés; l'oblitération de la fistule pourra ensuite être cherchée et obtenue, soit indirectement sans toucher à la fistule soit par une action directe sur celle-ci.

Le plus simple des moyens consiste à soustraire le trajet au passage de l'urine et des matières intestinales. Le malade sera sondé ou se sondera régulièrement toutes les fois que le besoin d'une miction se manifestera; il se fera un régime de selles, de manière à obtenir chaque jour une garde-robe solide et facilement expulsée.

Thompson guérit un malade au bout de six semaines en lui conseillant de se coucher sur le ventre pour uriner et de ne jamais émettre une seule goutte d'urine dans une autre position; il pense qu'on peut obtenir le même succès en recommandant simplement au malade de n'uriner qu'au moyen de la sonde.

En général, ces moyens simples restent inefficaces et il est nécessaire d'agir directement sur les orifices et le trajet fistuleux, soit par la cautérisation avec le galvano-cautère ou le thermo-cautère, soit par la suture après avivement, ou par la formation de lambeaux ou par la section de toutes les parties molles du périnée comprises entre les orifices fistuleux.