

un peu de calme et de repos aux malades. Il est beaucoup moins aisé d'éloigner le terme fatal, assigné par la nature de la maladie, à la complète dégénérescence de l'organe atteint. S'il y a pourtant quelque amélioration à espérer, c'est encore en faisant appel à un traitement révulsif énergique tel que nous l'avons déjà indiqué à propos des varices du col et des graves hémorrhagies qui en sont la conséquence, c'est-à-dire : appliquer fréquemment des ventouses, tantôt sèches tantôt scarifiées — selon les tempéraments auxquels on a affaire — dans les régions dosso-lombaires et abdominales ; ouvrir et entretenir des cautères à la région sus-pubienne ; modifier, en quelque sorte, la nature *des produits* de la tumeur en injectant dans la vessie, matin et soir, de l'eau de chaux médicale coupée par quart, tiers, puis moitié, avec de l'eau ordinaire, ou employer dans le même but d'autres solutions anti-septiques pas trop concentrées.

CHAPITRE VII.

FISTULES URINAIRES.

Tout orifice ou trajet anormal qui permet à l'urine d'abandonner son réservoir sans passer par le méat externe peut constituer une *fistule urinaire*, pour peu que cette anomalie se prolonge. Cette désignation générale emprunte ensuite une qualification spéciale à la région où aboutit l'orifice fistuleux ; c'est ainsi qu'il y a des fistules vésico-urétrales, vésico-vaginales, vésico-rectales, périnéales, hypogastriques etc. Par la plupart de ces fistules l'urine suinte goutte à goutte, continuellement et involontairement. Dans quelques cas cependant le suintement n'a lieu que lorsqu'on se livre aux efforts de la miction.

En parlant des vices de conformation de l'urètre et de la vessie, et plus particulièrement de l'hypospadias, il a déjà été question des trajets fistuleux dus à des arrêts ou anomalies de développement, et des divers moyens chirurgicaux mis en pratique depuis longtemps pour obvier à ces infirmités congénitales. Nous avons donc à nous occuper exclusivement, dans ce chapitre, des fistules consécutives à des accidents traumatiques ou à des circonstances pathologiques diverses, suivies de coarctations urétrales ; et encore serons-nous exposé à quelques répétitions.

La forme, l'étendue et la gravité de ces fistules varient en raison des organes intéressés et de la partie de ces organes qui est atteinte ; toutes ont cependant un caractère commun : la difficulté d'une guérison complète, et le danger de constituer une infirmité permanente des plus désagréables.

§ 1. — FISTULES VÉSICO-URÉTRALES.

Elles siègent au pénis ou au périnée ; d'où le nom de fistules *péniennes* ou urétrales proprement dites, et de fistules *périnéales*. En général, les premières sont *labiformes*, à cause des adhérences que la peau contracte facilement avec la muqueuse, par suite du peu de distance qui sépare les deux enveloppes. Au périnée, au contraire, on trouve des fistules *tubuleuses*, ce qui s'explique d'abord par un parcours qui est ordinairement fort peu direct, et aussi par la disposition des couches muqueuse et cutanée inverse de celle qui existe au pénis.

Il est incontestable qu'un traumatisme quelconque, portant sur le pénis ou sur le périnée, pourra laisser à sa suite un trajet fistuleux ; mais, d'après les relevés statistiques, la plupart de ces fistules, et plus particulièrement les périnéales, sont la conséquence de coarctations urétrales. Et en effet, si le rétrécissement est assez prononcé

pour que l'évacuation de l'urine ne puisse se faire que lentement et après de grands efforts, la quantité d'urine qui passe à travers la coarctation est évidemment moins considérable que celle qui parvient jusqu'au rétrécissement et s'y trouve *arrêtée*. A chaque nouvel effort, nouvel arrêt; et ce qu'on peut appeler l'*anneau urétral* placé à *tergo* du rétrécissement, se trouvera forcément distendu par le liquide. Il peut alors arriver deux choses : ou l'urètre se prête facilement à la dilatation, et tout se borne à la formation d'une petite poche, d'un relâchement partiel de la muqueuse; ou bien l'urètre résiste d'abord, finit par s'érailler, et l'éraillure — irritée sans cesse par le contact de l'urine — est bientôt suivie d'inflammation suppurative; la muqueuse se dépouille de son épithélium, l'éraillure creuse et entame toute l'épaisseur du canal et des couches sous-muqueuses, l'infiltration urinaire s'ensuit et un abcès est bientôt formé.

Disons de suite que l'infiltration urinaire n'est pas toujours suivie d'abcès et ceux-là ne sont pas les cas les moins graves. Si, en effet, il y a rupture de l'urètre ou de la vessie consécutivement à une rétention d'urine trop prolongée, et si l'on ne peut parvenir à mettre promptement les tissus à l'abri du contact de ce liquide désorganisateur, la gangrène des parties atteintes par l'infiltration se déclare parfois bien avant que le processus inflammatoire ait pu se terminer par suppuration, et il nous semble inutile d'insister sur les conséquences graves, trop souvent irrémédiables, d'un pareil accident, alors même qu'on se hâte, par de larges incisions, de donner issue au liquide infiltré.

Toutefois, et fort heureusement, lorsque l'infiltration est très-moderée et intermittente, lorsqu'elle devient promptement sous-cutanée et ne s'*éparpille pas* au milieu des tissus, l'inflammation est circonscrite et se termine par un abcès. C'est ce que l'on observe le plus fréquemment, et ces abcès doivent être ouverts sans retard.

Suffit-il qu'il y ait abcès au périnée pour que la fistule

soit inévitable? Heureusement non. Si l'on parvient à vaincre promptement l'obstacle urétral et à s'opposer ainsi au passage incessant de l'urine à travers les tissus abcédés, on obtiendra la cicatrisation de ces tissus sans leur laisser le temps de s'organiser en trajet fistuleux.

Il faut convenir cependant que le succès, si on l'obtient, ne dépend pas toujours de la promptitude et de l'opportunité des moyens employés pour arriver à une prompt cicatrisation de la brèche urétrale. Il est des organismes qui, exempts de toute diathèse de mauvais aloi, ont pourtant une disposition des plus fâcheuses à la suppuration; la moindre égratignure, la plaie en apparence la plus simple et la plus superficielle, met un temps infini pour atteindre une cicatrisation stable. Quoi d'étonnant qu'en pareils cas un abcès du pénis ou du périnée — quelque circonscrit qu'il soit — se transforme en fistule?

D'autres fois, au contraire, chez des sujets à tempérament vigoureux, la cicatrisation se fait promptement; mais, si l'on peut ainsi dire, sans travail d'ensemble et par inodules isolés; la cicatrisation ne sert qu'à *doubler* le trajet fistuleux.

Rappelons enfin que parmi les fistules urétrales, celles qui aboutissent au périnée peuvent ne pas y arriver par une voie unique et constituer ainsi une fistule en *pomme d'arrosoir*. Il en est aussi — et nous en avons déjà fait mention — qui traversent la prostate.

Le parcours de ces trajets fistuleux est parfois tellement bizarre qu'il n'est pas toujours facile de décider, d'après la position de l'orifice extérieur, si l'urètre est ou n'est pas atteint; en d'autres termes: si l'urine arrive au périnée *avant* ou *après* avoir traversé le méat urinaire interne. La seule base de diagnostic est fournie en ce cas par le *mode d'écoulement* du liquide. Si l'urine est incessamment perdue par l'orifice fistuleux, elle arrive directement de la vessie; si le suintement n'a lieu que pendant les efforts de la miction, on peut supposer avec certitude que l'orifice interne de la fistule se trouve sur un point quelconque du

canal de l'urèthre. Il peut arriver enfin que sur divers trajets s'ouvrant au périnée on remarque un suintement continu d'un côté et un suintement intermittent de l'autre, et il est alors permis de diagnostiquer une double communication, ou pour mieux dire, une bifurcation des trajets, arrivant tous à la région périnéale, mais les uns directement de la vessie, et les autres, après avoir traversé une partie de l'urèthre.

Toutes ces distinctions, assez minutieuses en apparence, ont leur raison d'être, et Goyrand (d'Aix) ainsi que M. Bourguet et bien d'autres, ont depuis longtemps fourni de beaux exemples de la nécessité de bien connaître la topographie de ces nombreux trajets, quand il s'agit de reconstituer un canal de l'urèthre plus ou moins complètement compromis.

Nous aborderons plus loin la question *traitement*.

§ 2. — FISTULES VÉSICO-VAGINALES.

Un accouchement laborieux avec pression prolongée de la tête ou du siège du fœtus contre le pubis, pression qui agira tout à la fois sur la paroi vaginale et sur la vessie; une application peu mesurée du forceps ou des crochets; un tamponnement exagéré du vagin; un pessaire trop disproportionné aux dimensions vaginales; une chute à califourchon sur un corps dur, sur une tige de bois, etc., voilà autant de causes qui immédiatement par suite de déchirure, ou consécutivement à l'élimination d'une escarrhe profonde, peuvent établir une communication anormale entre la vessie et le vagin. Pareil accident a dû être connu de tout temps; ce n'est cependant qu'à dater de J. L. Petit qu'on s'en est plus particulièrement préoccupé. Faut-il croire avec Vidal (de Cassis), que cette négligence à l'égard d'une semblable infirmité est attribuable au peu de ressources qu'on a eu pendant long-

temps pour y remédier? c'est possible. Mais peut-être le diagnostic n'a-t-il pas toujours été facile à établir, à une époque surtout où l'on manquait d'instruments spéciaux, tels que le spéculum, pour se livrer à de minutieux examens dans des régions profondes.

Il ne faut pas oublier du reste que même aujourd'hui, malgré la variété de ces instruments mis à notre disposition, il n'est pas toujours facile de reconnaître s'il y a ou s'il n'y a pas communication anormale entre la vessie et le vagin. La petitesse, la position et la direction du pertuis, rendent le diagnostic difficile, et il a souvent fallu injecter dans la vessie — et par l'urèthre — un liquide de coloration particulière, du lait, par exemple, afin de s'assurer du suintement à travers la paroi vaginale.

En général, ces fistules se trouvent placées plus près du col utérin que du méat urinaire; et Vidal fait remarquer à ce sujet que si l'orifice fistuleux n'est pas séparé du méat par une distance qui dépasse trois centimètres, on a affaire à une fistule uréthro-vaginale et nullement à une fistule vésico-vaginale. La remarque est juste mais pas d'une manière trop absolue, car parfois l'urèthre et la vessie sont comprises dans la perforation; et pour que l'urèthre seule se trouve atteint il faut que la lésion ait porté exactement sur la ligne médiane et à peu de profondeur.

Les dimensions de ces fistules varient depuis un millimètre jusqu'à deux centimètres et plus. Elles sont plus souvent labiformes que tubuleuses; et parfois il y a induration et transformation complète des tissus environnants. Mais alors les perforations du vagin et de la vessie sont la conséquence d'ulcérations cancéreuses ayant leur point de départ à l'utérus ou au rectum, et alors aussi la maladie principale, celle qui doit plus particulièrement préoccuper le chirurgien, n'est plus la fistule proprement dite; celle-ci constitue une complication de plus à une maladie trop grave déjà par elle-même.

A une époque où l'opération des fistules vésico-vaginales était trop longtemps retardée, attendu que les pro-

cedés opératoires déjà connus n'avaient guère donné de brillants résultats, la perforation était souvent compliquée d'une cicatrisation vicieuse aggravant toujours davantage, par des brides et par des adhérences fâcheuses, la lésion primitive. On a vu le vagin partagé en deux parties par des cloisons valvulaires; et J. L. Petit cite un fait de ce genre où l'orifice de communication, entre ces deux moitiés du vagin, était tellement petit que le sang des règles y passait difficilement et donnait souvent lieu à des accidents graves. Entre autres inconvénients consécutifs à l'existence de ces brides et aux retrécissements du vagin qui en sont la conséquence, on doit signaler la présence de concrétions calcaires qui se forment d'abord dans la vessie, passent à travers la fistule, s'arrêtent derrière le retrécissement vaginal, et y acquièrent parfois un développement considérable par suite des nouvelles couches qu'y dépose incessamment l'urine.

§ 3. — FISTULES VÉSICO-RECTALES.

Nous en avons déjà signalé un exemple remarquable à propos d'un gros calcul qui avait perforé la paroi de la vessie et celle du rectum, après les avoir réunies par un processus inflammatoire.

Mais les calculs ne sont pas la seule cause qui peut établir une communication anormale entre la vessie et le rectum. Cette communication est due parfois à des abcès du tissu cellulaire péri-rectal; à des tumeurs et ulcères carcinomateux; à l'opération de la taille pendant laquelle l'intestin aura été blessé; et à l'introduction de corps étranger dans le rectum, soit volontairement, soit par suite d'accident. Dans un cas assez étrange dont nous avons été témoin, un individu âgé de 35 ans avait produit une assez large plaie, intéressant le rectum et la vessie, par suite de l'introduction, par l'anus, d'un long goulot de bouteille.

Une cause plus rare peut-être de perforation vésico-rectale c'est le retrécissement de l'urèthre, et je ne crois pas qu'on ait eu l'occasion de recueillir plusieurs faits semblables à celui qu'il nous a été donné d'observer avec M. le professeur Villard.

Mandés l'un et l'autre, et en toute hâte, auprès d'un ancien militaire âgé de 74 ans, qui *se mourait*, nous dit-on, de *rétenion d'urine*, nous constatâmes d'abord que le danger, trop réel en effet, n'était pas ailleurs que dans les bronches atteintes de catarrhe aigu arrivé à la dernière période. Quant aux organes urinaires, l'urèthre ne formait plus, pour ainsi dire, qu'un cordon fibreux imperméable à partir du bulbe; la vessie était petite, complètement vide, et l'urine s'écoulait incessamment par une fistule vésico-rectale à bords calleux placée au dessus du sphincter, à la hauteur du doigt. Il a été impossible d'obtenir quelques détails sur ce qui s'était passé antérieurement à la dernière maladie atteignant les voies respiratoires; il semble néanmoins permis d'affirmer que la perforation du rectum a été déterminée par la dysurie consécutive à l'oblitération progressive de l'urèthre.

La fistule vésico-rectale — qui ne peut évidemment se rencontrer que chez l'homme — est dit-on facile à reconnaître par le passage de l'urine à travers l'anus, et par celui des gaz et *des matières fécales* à travers l'urèthre. Cette proposition ainsi énoncée n'est pas exacte dans son ensemble. Sauf les cas où une large brèche traumatique ou cancéreuse unit le rectum à la vessie, il n'y a échange, entre ces deux cavités, que d'urine et de gaz, et encore le passage des gaz est rarement observé. Le diagnostic est donc basé principalement sur la présence de l'urine dans le rectum.

§ 4. — FISTULES HYPOGASTRIQUES ET INGUINALES.

Sans revenir sur les vices de conformation ou arrêt de développement, on peut dire que les fistules vésico-intes-

tinales, siégeant à la région hypogastrique ou à la région inguinale, sont rares et dues à des accidents traumatiques, tels que : fortes contusions suivies d'abcès ; ponction de la vessie motivée par une rétention d'urine. Parfois aussi ce genre de fistule peut être la conséquence d'une fausse manœuvre chirurgicale déterminée par une erreur de diagnostic. Dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* (1) Verdier a publié deux faits de ce genre, à propos de la hernie de la vessie.

La fistule vésico-intestinale, dans des circonstances vraiment exceptionnelles, peut exister, pour ainsi dire, à l'état latent, n'avoir par conséquent aucune communication avec la peau, et manifester seulement son existence par un ensemble de symptômes qu'on ne saurait attribuer à d'autre cause qu'à une perforation de la vessie et de l'intestin, adhérant ensemble sur une petite surface de leur étendue. Voici un fait assez curieux qu'il nous a été donné d'observer, il y a deux ans, avec nos confrères MM. Isnard et Pauchon.

M. X., âgé de 66 ans, d'une constitution très robuste et ne présentant, comme antécédents pathologiques, que quelques accès de coliques hépatiques, fut atteint brusquement de douleurs vives dans l'abdomen. Ces douleurs, à un moment donné, atteignirent un tel degré d'acuité que le malade eut une syncope à la suite de laquelle la perte de connaissance dura pendant plus d'une heure. A partir de ce moment il présenta les signes généraux et locaux d'une cystite subaigue à forme intermittente. Les douleurs s'irradiaient vers la région sous-pubienne et plus particulièrement du côté gauche, vers l'anneau inguinal, où existait jadis une hernie qui, à un moment donné, avait occasionné de vives souffrances et avait ensuite disparu presque complètement. Il n'y avait pas de rétrécissement ; et bien que les symptômes portassent à admettre l'existence d'un calcul, la sonde n'avait pu en faire constater la pré-

(1) T. IV, p. 19.

sence dans la vessie. Les urines présentaient une odeur stercorale des plus prononcées ; parfois elles charriaient un liquide de couleur foncée assez épais et ne pouvant provenir évidemment que de l'intestin. Vers la fin de la miction, le malade expulsait toujours une certaine quantité de gaz. Il existait donc une perforation mettant en communication l'intestin avec la vessie.

Nous pûmes nous assurer que jamais il n'y avait d'urine mêlée aux évacuations par le rectum. Tandis que les évacuations uréthrales étaient rarement exemptes de l'odeur fécale ; il était évident pour nous que la perforation devait se trouver à la face supérieure ou antérieure de la vessie et nullement au bas fond. Réfléchissant ensuite à ce fait que la hernie s'était enflammée d'abord, puis s'était, en quelque sorte, affaissée, et qu'à dater de ce moment l'urine avait offert le caractère fécaloïde que nous venons de signaler, nous émîmes l'avis que ces vives douleurs survenant tout à coup, et sans cause appréciable, dans la portion d'intestin herniée, devaient être attribuées à la présence d'un corps dur (un fragment d'os, par exemple) qui poussé dans cette partie du tube n'aurait pu en sortir et s'y serait trouvé *incarcéré* : d'où inflammation, adhérences des tissus sous-jacents, ulcération et perforation de la vessie — si le réservoir urinaire se trouvait précisément placé au dessous ou à côté de l'anse intestinale enflammée. Et si cela était ainsi, il fallait s'attendre à ce que d'un moment à l'autre le corps dur passerait dans la vessie et pourrait être rendu par l'urèthre.

Nos prévisions se sont complètement réalisées un mois après notre examen ; et à la suite de vives douleurs éprouvées pendant la miction, le malade a rendu par le méat un petit os de poulet de 3 à 4 centimètres de longueur et de 5 millimètres de grosseur, pointu à l'une de ses extrémités et assez mousse à l'autre.

Cette fistule vésico-intestinale interne pouvait-elle se fermer spontanément avec le temps et à l'aide d'un régime approprié ? Bien que la chose nous parut douteuse, elle se

réalisa cependant, car après deux mois de séjour dans les Alpes, notre malade avait repris ses forces et l'expulsion de gaz ou de matière fécales par la vessie avaient complètement cessé. On pouvait même croire à une guérison complète, lorsque, à la suite d'une marche trop prolongée, M. X. fut atteint d'une occlusion intestinale due à quelque bride consécutive à la cicatrisation du trajet fistuleux, ou à un véritable rétrécissement de l'intestin, et succomba à cette nouvelle complication.

§ 5. — FISTULES VÉSICO-UTÉRINES.

Les fistules vésico-utérines, comme plusieurs de celles précédemment décrites, sont une des conséquences du travail de l'accouchement. Elles aussi ont été l'objet des études de Jobert (de Lamballe) et les idées du maître se trouvent fort bien exposées dans la thèse du docteur Grau. (Paris, 1855.)

Cette variété de fistule est caractérisée par une communication anormale établie entre la vessie et l'utérus, permettant le passage continu de l'urine dans le vagin par le museau de tanche.

L'accouchement est la cause *déterminante* de la fistule vésico-utérine ; mais il faut en chercher les causes *prédisposantes* dans les mauvaises conditions du bassin de la mère, dans les dimensions de la tête du fœtus, et en un mot, dans toutes les circonstances qui ont pour résultat de rendre le travail long, laborieux, et de motiver l'application du forceps par des mains qui ne sont pas toujours suffisamment expérimentées.

Les symptômes de la fistule vésico-utérine sont analogues à ceux des autres fistules vésicales. L'identité est complète pour les signes fonctionnels. Quant aux signes physiques, ils sont fournis par la vue, le toucher, l'exploration avec le stilet ou avec la sonde, et par l'injection d'un liquide coloré dans la vessie. L'emploi de ce dernier

moyen permet sûrement de lever tous les doutes lorsque les autres ont échoué. L'injection est plus particulièrement indiquée si l'on soupçonne l'existence d'une fistule uréthro-utérine analogue à celle mentionnée par A. Bérard dans une observation que nous ne croyons pas avoir été suivie, jusqu'à ce jour, d'un second exemple.

§ 6. — TRAITEMENT DES FISTULES URINAIRES.

Parmi les travaux très remarquables périodiquement publiés par la *Société de Chirurgie* se trouve un mémoire fort intéressant de M. Herrgott sur le traitement des fistules vésico-vaginales (1). Dans ce travail aussi complet que possible — sous le rapport pratique surtout — le professeur de Nancy cite l'opinion de Dieffenbach qui, en 1845, considérait la guérison de ces fistules comme un *événement rare* ; et il fait suivre cette citation par l'exclamation aussi juste qu'enthousiaste d'un des plus savants professeurs de Paris, M. Verneuil, qui n'hésitait pas à dire en 1859 : *la cure des fistules vésico-vaginales est un des beaux fleurons de la chirurgie moderne* (2). C'est qu'en effet les quinze années qui séparent ces deux dates ont suffi pour transformer un *événement rare* en *succès fréquents* et presque journaliers.

M. Herrgott, dans ses *Études historiques sur l'opération de la fistule vésico-vaginale* (3), fait remonter au XVII^e siècle l'origine de cette opération. En France, les essais sérieux datent surtout de l'époque où Lallemand, à Montpellier, et Jobert de Lamballe, à Paris, concentrèrent, sur cette importante branche de la thérapeutique chirurgicale, la sagacité et l'esprit d'initiative dont ils étaient

(1) Tome septième, 1874, page 483.

(2) *Gazette hebdomadaire*, 1859, page 58.

(3) Strasbourg 1864.