

même observer la rétention d'urine. On reconnaîtra le siège du corps étranger par le cathétérisme, et même par l'exploration de l'urèthre avec le doigt promené le long du canal; une saillie dure indiquera la place qu'il occupe.

On compte bien des procédés pour pratiquer l'extraction des corps étrangers de l'urèthre. Lorsque ceux-ci sont situés à une petite distance du méat, on peut les saisir avec une pince ordinaire, ou avec la pince de Hunter, s'ils sont un peu plus reculés. Lorsqu'ils sont profonds, ce moyen n'est plus applicable; il faut essayer alors la *curette articulée* de Leroy (d'Étiolles). Le bec de la curette, au moment où l'on introduit l'instrument, est parallèle à l'axe de celui-ci; on le redresse quand on est parvenu derrière le corps étranger. La curette forme alors un crochet, placé à angle droit à l'extrémité de la tige métallique, à l'aide duquel on exerce des tractions modérées. Si ce dernier procédé échoue, il faut recourir à une opération plus grave, l'*incision* de l'urèthre: on fait au canal une boutonnière à travers laquelle on extrait le corps étranger. Le traitement consécutif consiste à préserver la formation d'une fistule urinaire.

Si l'on a affaire à un corps friable, à un calcul, par exemple, on peut le broyer dans le canal au moyen d'un très-petit brise-pierre à cuiller. Cette opération porte le nom de *lithotritie uréthrale*.

CHAPITRE SIXIÈME

FISTULES URINAIRES CHEZ L'HOMME

On donne le nom de *fistule urinaire* à tout trajet anormal donnant passage à l'urine.

Division. — Il y a des fistules *congénitales* et des fistules *accidentelles*. On les divise, selon le siège qu'elles occupent, en *ombilicales*, *hypogastriques*, *inguinales*, *lombaires*, *intestinales*, *vésico-rectales*, *uréthro-rectales*, *uréthro-périnéales*, *uréthro-scrotales* et *uréthro-péniennes*.

Les cinq premières variétés sont communes aux deux sexes; elles sont moins fréquentes que les cinq dernières, spéciales à l'homme.

Disons quelques mots des fistules communes aux deux sexes; elles sont rares.

1^o Les *fistules ombilicales* sont presque toujours congénitales, et sont dues à la perméabilité de l'ouraque.

2^o Les *fistules hypogastriques* sont consécutives à la ponction de la vessie, à une plaie, à un abcès ouvert en même temps à l'hypogastre et dans la vessie.

3^o Les *fistules inguinales* siègent au niveau de l'anneau inguinal. Elles sont consécutives à une hernie de la vessie méconnue, prise pour un kyste et ponctionnée, ou bien cautérisée.

4^o Les *fistules lombaires* s'observent à la région lombaire; elles sont dues à une lésion des reins ou des uretères, suite de plaie.

5^o Les *fistules intestinales* sont celles qui s'ouvrent dans l'intestin grêle.

Dans toutes ces variétés de fistules, l'urine s'écoule plus ou moins rapidement, sans cesse ou d'une manière intermittente, selon les dimensions, le siège et la disposition de l'orifice vésical, de la fistule et du trajet fistuleux. Si la fistule communique avec l'intestin, le malade rend des gaz et des matières intestinales avec l'urine.

Le *traitement* de ces fistules consiste à rétablir les voies naturelles d'excrétion de l'urine, si elles sont obstruées, et à placer une sonde à demeure, afin de ne point laisser séjourner l'urine dans la vessie et de tarir la fistule. La sonde suffit quelquefois à guérir le trajet anormal. Le plus souvent, on est obligé d'enlever les fongosités, de cautériser le trajet fistuleux, d'y exercer la compression, ou de faire une opération auto-plastique.

Les *fistules urinaires spéciales au sexe masculin* sont congénitales ou accidentelles.

§ 1. — Fistules urinaires congénitales.

Les fistules urinaires congénitales spéciales à l'homme constituent les deux vices de conformation décrits sous les noms d'*épispadias* et d'*hypospadias*.

1^o Epispadias. — On appelle ainsi un vice de conformation caractérisé par la présence du méat urinaire sur la face dorsale de la verge.

Lorsque l'ouverture existe à une certaine distance de l'extrémité antérieure du pénis, le gland est imperforé; le canal de l'urèthre se termine à la face dorsale de la verge; c'est par là que s'écoulent les liquides de sécrétion. Il peut arriver que l'urèthre n'existe pas; alors ce canal, de même que son ouverture, est représenté par une gouttière plus ou moins large, située entre les deux corps caverneux. Cette gouttière se prolonge souvent jusqu'au col de la vessie, qui laisse écouler les urines (incontinence). Dans quelques cas, l'épispadias complique l'exstrophie de la vessie, dont il n'est qu'un degré.

Il est rare qu'on puisse, au moyen d'un appareil, rendre cette difformité supportable et prévenir l'écoulement incessant de l'urine. Il faut avoir recours à une opération autoplastique, que l'on modifie suivant les cas. Nous signalerons deux procédés qui ont donné de bons résultats.

Le premier consiste à tailler, de chaque côté de la gouttière qui occupe la face dorsale de la verge, un petit lambeau quadrilatère qui est disséqué et soulevé à une certaine distance des bords de cette gouttière. Un troisième lambeau, taillé au-dessus des téguments de la partie inférieure de l'abdomen, est renversé sur le pénis et vient se placer entre les deux précédents, qui sont alors rapprochés de manière à recouvrir et à maintenir le lambeau abdominal. La réunion est assurée par quelques points de suture.

Dans le second procédé, on taille, comme dans le précédent, un semblable lambeau abdominal, qu'on renverse de même; mais, pour le recouvrir, on utilise la peau du scrotum. On dissèque sur la face antérieure des bourses, au-dessous de la racine de la verge, un lambeau en forme de croissant, à concavité supérieure; on le détache complètement à sa partie moyenne, et on le transforme ainsi en une sorte de pont sous lequel on engage la verge, à la face dorsale de laquelle on le maintient appliqué, au-dessus du lambeau abdominal.

2^o Hypospadias. — Ici, l'ouverture de l'urèthre est située au-dessous de la verge. Ce vice de conformation, qui est le contraire de l'épispadias, est beaucoup plus fréquent.

L'orifice de l'hypospadias, qui a des dimensions fort variables, peut exister sur tous les points de l'étendue de l'urèthre, depuis le périnée jusqu'au gland. On voit assez souvent l'urèthre se prolonger en avant

de l'ouverture, quelquefois même jusqu'au voisinage de la surface du gland.

Les fonctions urinaire et génitale sont gênées, la verge est courbée en bas en forme de crochet, d'autant plus courbée que l'ouverture fistuleuse est plus postérieure.

Lorsque l'ouverture de l'hypospadias est située au niveau du scrotum, celui-ci est fendu sur la ligne médiane. On a souvent pris ce vice de conformation pour l'hermaphrodisme.

Pour rétablir l'ouverture dans sa position normale, pour oblitérer la fistule et remédier à la courbure anormale de la verge, on a eu recours à diverses méthodes, qui sont les mêmes que celles dont nous parlerons à propos des fistules uréthro-péniennes.

Lorsque le gland est imperforé, la première indication est de le rendre perméable. On y arrive par deux procédés : dans l'un, on enfonce un trocart d'avant en arrière, du méat vers la fistule; dans l'autre, on le pousse d'arrière en avant. On place une sonde à demeure dans le trajet artificiel.

§ 2. — Fistules urinaires accidentelles.

Les fistules urinaires accidentelles spéciales à l'homme prennent leur source dans la vessie ou dans l'urèthre. Nous avons vu que, d'après leur siège, on en distingue cinq variétés : vésico-rectales, uréthro-rectales, uréthro-périnéales; uréthro-scrotales et uréthro-péniennes.

Anatomie pathologique. — Ces fistules présentent un orifice sur la muqueuse des voies urinaires, un ou plusieurs orifices cutanés, et un trajet.

L'*orifice muqueux* est ordinairement plus grand que l'autre; il peut affecter un point quelconque, depuis la base de la vessie jusqu'au gland.

L'*orifice cutané* est ordinairement petit; on en constate quelquefois plusieurs. Les bords de l'ouverture sont saillants et indurés. Celle-ci est parfois très-petite. Lorsqu'elle est située dans le rectum, on peut toucher du bout du doigt ses bords indurés.

Le *trajet*, sans cesse baigné par l'urine, est pourvu de parois indurées. Il est quelquefois très-court, comme on l'observe pour les fistules uréthro-péniennes; dans certains cas, il est long, sinueux, irrégulier, divisé, comme on s'en est maintes fois assuré par la dissection des fistules uréthro-périnéales.

L'*urèthre*, au-devant de la fistule, reste ordinairement perméable; dans certains cas, cependant, on a constaté son oblitération.

Causes. — Les causes des fistules urinaires sont nombreuses. Quelques-unes sont spéciales à chaque espèce : c'est ainsi qu'une fistule vésico-rectale reconnaît pour cause un calcul ulcérant la cloison vésico-rectale, un abcès de la cloison vésico-rectale ouvert dans la vessie

et dans le rectum en même temps, ou la ponction de la vessie par le rectum, etc. De même, une fistule uréthro-rectale pourra être consécutive à la blessure du rectum, au moment où l'on fend l'urètre, dans certaines opérations de taille. Toutes les plaies pénétrantes de la vessie et de l'urètre peuvent devenir causées de fistules. Une infiltration urinaire guérie se termine ordinairement par une ou plusieurs fistules. Les éraillures qui se montrent en arrière des rétrécissements produisent fréquemment des fistules par l'intermédiaire d'abcès urinaires ou d'infiltrations locales et enkystées. On peut, par ce court exposé, se faire une idée des nombreuses causes de fistules urinaires.

Symptômes. — Les symptômes communs à ces différentes variétés de fistules urinaires sont très-simples; ils consistent dans la présence d'un orifice anormal qui donne passage à l'urine. Celle-ci s'écoule d'une manière continue, ou bien l'écoulement est intermittent, ce qui dépend du siège et de la forme de l'ouverture muqueuse. Dans les fistules uréthropéniennes, l'orifice anormal donne issue au sperme pendant l'éjaculation.

Marche. Terminaison. — Il est rare qu'une fistule urinaire guérisse spontanément; le plus souvent, elle est interminable. Pendant son existence, elle altère la peau, où il se produit de l'érythème, de l'érysipèle, des phlegmons, etc. Les malades qui sont affectés de fistule urinaire exhalent une mauvaise odeur.

Diagnostic. — Rien n'est plus simple que de découvrir une fistule urinaire; cependant, si l'on n'y portait, dans certains cas, une grande attention, on pourrait se laisser induire en erreur par certaines fistules anales ou par une fistule urinaire ayant une sorte de soupape dans la vessie, qui ne permet l'écoulement de l'urine qu'à de certains moments. Une fistule vésico-rectale ou uréthro-rectale n'est pas toujours facile à reconnaître. Nous allons donner les caractères de chaque espèce de fistule.

On reconnaît une *fistule vésico-rectale* à l'écoulement de l'urine par l'anus et à la présence de gaz et de matières fécales dans l'urine. Le rectum est souvent enflammé à une certaine hauteur; il y a de la diarrhée. La vessie s'enflamme aussi; les urines sont fétides. Le doigt introduit dans le rectum peut sentir les bords de l'ouverture fistuleuse. Pour la distinguer d'une fistule uréthro-rectale, on pratiquera le cathétérisme: si l'urine que l'on retire contient des matières fécales, il s'agit évidemment d'une fistule vésico-rectale. De plus, dans la fistule uréthro-rectale, il sort par l'urètre, en dehors de la miction, un liquide fétide, d'odeur stercorale, et des gaz.

Les *fistules uréthro-rectales* seront reconnues à l'écoulement de l'urine par l'anus au moment de la miction seulement, et à la présence de matières fécales dans l'urine. On comprend que les dimensions de la fistule influent sur ce phénomène. En introduisant un doigt dans le rectum et

une sonde dans l'urètre, on peut sentir le contact de l'instrument au-dessous et en avant de la prostate.

Par leur siège seul, on distinguera des fistules du *périnée*, du *scrotum* et du *pénis*. Celles du pénis (uréthro-péniennes) sont très-rarement amenées par des rétrécissements; elles ont, dans la plupart des cas, une origine traumatique. Elles peuvent siéger sur un point quelconque de la face inférieure de la verge.

Pronostic. — Le pronostic est grave. Non-seulement une fistule urinaire est un grand inconvénient dans les diverses circonstances de la vie, mais elle amène des accidents. Nous avons déjà signalé l'altération du rectum et de la vessie dans la fistule qui fait communiquer ces deux réservoirs, l'infiltration urinaire, les abcès urinaires, etc. De plus, celles du périnée et du scrotum accompagnent souvent un rétrécissement déjà grave par lui-même.

Traitement. — Le traitement varie pour chaque espèce de fistule.

1° *Fistules vésico-rectales.* — Si elles sont larges, elles sont incurables; lorsqu'elles sont de petite dimension, on met une sonde à demeure dans la vessie, et l'on cautérise les bords de la fistule par le rectum. Ce traitement réussit rarement, parce qu'il est difficile d'empêcher l'urine de passer par la fistule, celle-ci étant située sur un plan plus déclive que l'extrémité de la sonde. La suture est à peu près impraticable.

2° *Fistules uréthro-rectales.* — On empêchera l'urine de passer par la fistule, en vidant la vessie par le cathétérisme, toutes les fois que le malade aura envie d'uriner. On entretiendra la liberté du ventre au moyen de laxatifs, afin d'empêcher l'écartement des bords de la fistule par des matières fécales qui dilatent le rectum. Quelquefois, ces précautions, continuées pendant plusieurs semaines, amènent le retrait et la guérison de la fistule. Si l'on ne réussit pas, il faut dilater l'anus avec le *speculum ani* et toucher tous les jours les bords de l'ouverture avec le nitrate d'argent.

3° *Fistules uréthro-péniennes.* — Traiter d'abord le rétrécissement est une condition indispensable pour guérir la fistule: c'est supprimer la cause. Ensuite, il faut empêcher l'urine de passer par la fistule, en vidant la vessie avec la sonde. On voit donc que les fistules guérissent facilement, à condition que le rétrécissement soit guéri. On traitera aussi les complications qui peuvent exister.

4° *Fistules uréthro-scrotales.* — Elles se développent sous l'influence des mêmes conditions que les précédentes; on se comporte avec elles de la même manière.

5° *Fistules uréthro-péniennes.* — On peut les guérir par la cautérisation, la suture ou l'autoplastie.

La *cautérisation* n'est bonne que pour des fistules très-étroites. On cautérise avec divers caustiques; il faut renouveler l'opération tous les jours et laisser une sonde à demeure.

La *suture* (uréthroraphie) varie selon les circonstances. On a employé les différents procédés de suture, entrecoupée, entortillée, etc. Le procédé de Dieffenbach, suture en bourse, consiste à passer circulairement un fil autour de l'orifice fistuleux, de manière qu'en tirant sur les deux chefs, on détermine le plissement de ses bords et leur accolement. Il faut bien mettre en rapport les surfaces avivées, et laisser une sonde à demeure pour empêcher le passage de l'urine par la fistule.

L'*autoplastie* (uréthroplastie) est la bonne méthode de guérison de ces fistules. On varie les procédés selon la disposition de la fistule. Le meilleur consiste à aviver le pourtour de la solution de continuité, à adosser les deux surfaces saignantes, et à faire ensuite, de chaque côté, une incision longitudinale intéressant la peau et le tissu sous-cutané, afin de favoriser le rapprochement et la réunion consécutive, pendant la durée de laquelle une sonde à demeure est maintenue dans l'urèthre. On a pratiqué aussi l'*autoplastie par dédoublement*, dans laquelle on fait en avant et en arrière de la fistule deux incisions transversales qui permettent de disséquer et de séparer la peau des parties sous-jacentes. La peau, une fois décollée, glisse facilement et permet de rapprocher sans tiraillement les surfaces préalablement avivées.

Souvent, pendant le cours du traitement, l'urine passe à travers les lèvres de la fistule, et la guérison demeure incomplète; quelquefois même le résultat est nul. Pour éviter cet inconvénient, on a proposé de pratiquer au périnée une *boutonnière* destinée au passage des urines pendant toute la durée de la cicatrisation de la fistule. De la sorte, l'urèthre demeure libre, et rien ne s'oppose à l'oblitération de l'orifice anormal. La boutonnière périnéale se ferme ensuite, à la manière de la plaie qu'on pratique pour l'opération de la taille. Cette opération a donné d'excellents résultats.

NEUVIÈME PARTIE

MALADIES CHIRURGICALES DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

Nous passerons successivement en revue : 1^o les maladies de la *vulve*; 2^o celles du *vagin*; 3^o celles de l'*utérus*; 4^o celles des *annexes de l'utérus*; 5^o les *fistules urinaires* chez la femme.

ARTICLE PREMIER

MALADIES DE LA VULVE

1^o La vulve peut être le siège de *vices de conformation*, de *lésions traumatiques*, *inflammatoires* et de *nutrition*. On peut aussi y observer des *affections nerveuses*.

Vices de conformation.

Les vices de conformation consistent en *occlusion complète* ou *incomplète de la vulve*, *hypertrophie des petites lèvres* et du *clitoris*.

Dans l'**occlusion complète**, la vulve fait absolument défaut; on n'en trouve aucune trace. Si l'oblitération est accidentelle, il faut chercher à rétablir l'orifice normal. Si l'absence de la vulve est congénitale, on doit chercher à reconnaître s'il y a en même temps absence du vagin, ou si celui-ci est seulement imperforé. Dans le premier cas, il faut s'abstenir de toute opération; dans le second, rétablir la continuité du conduit vaginal.

L'**occlusion incomplète** peut être accidentelle comme la précédente. Elle reconnaît souvent pour cause une sorte de valvule formée par le développement exagéré des grandes lèvres. Une simple incision suffit pour rendre à la vulve ses dimensions normales.

L'**hypertrophie des petites lèvres**, qui est normale dans certaines races, atteint rarement, dans nos pays, de grandes proportions. Si toutefois ces replis acquéraient un développement assez considérable pour causer de la gêne et des douleurs, soit pendant la marche, soit par suite de l'inflammation de leur surface, on pourrait en faire l'ablation. Cette