[PART. I.

Dans bon nombre de cas, les applications chaudes aux extrémités aideront à amener un résultat favorable.

L'usage de préparations contenant de la quinine est généralement indiqué. Le chlorate de potasse à la base de 40 à 50 centigrammes, dans 30 ou 60 grammes d'une décoction d'écorces de quinquina et 7 à 8 grammes de teinture peuvent être administrés avec grand avantage, toutes les trois, quatre ou six heures. L'ammoniaque semble parfois utile pendant quelque temps. Dans d'autres cas, surtout lorsqu'il existe des symptômes d'excitation nerveuse, accompagnant une faiblesse excessive, l'usage de l'opium

peut être employé avec les meilleurs résultats.

Quoique le malade marche vers la guérison, il peut survenir une eschare considérable. Les liens unissant la peau aux tissus sous-jacents ont été détruits, ce tissu est privé de nutrition et doit nécessairement se mortifier. C'est le cas habituel pour la peau du scrotum dans une étendue plus ou moins considérable. Les deux testicules sont parfois complétement privés de leurs enveloppes et se voient à nu dans la plaie, parfois même pendants à l'extrémité du cordon. Pendant l'élimination de l'eschare, il faut surveiller ces organes et les tenir dans un état de propreté. Des applications antiseptiques fréquemment répétées, comme des cataplasmes de levure de bière ou de farine de graine de lin, arrosés de quelques gouttes de chlorure de chaux ou de soude, remplissent ces indications. L'usage de chlorures désinfectants autour du lit et dans la chambre est aussi fort utile, ainsi qu'un courant d'air frais. Enfin des paniers remplis de poudre de charbon placés autour du lit absorbent les gaz délétères et purifient l'atmosphère de la façon la plus efficace.

Si l'infiltration est survenue entre les deux couches de l'aponévrose moyenne, on peut parfois, mais pas toujours, découvrir une tumeur dure, ferme et profonde au niveau du périnée. Il faut l'ouvrir largement. Si l'infiltration survient en arrière des deux feuillets, ce qui est très-rare, l'urine

s'infiltre autour du bas-fond vésical et la mort est inévitable.

L'accident le plus nécessairement fatal qui puisse survenir, c'est la RUP-TURE DE LA VESSIE elle-même. Elle survient par un processus de même nature que celui que nous avons décrit à propos de l'urèthre. Ce n'est pas toujours la vessie elle-même qui est rompue, mais un sac mince et dilaté formé à ses dépens. Quelquefois son contenu se vide directement dans la cavité péritonéale, plus souvent dans le tissu cellulaire qui environne cet organe situé au-dessous du péritoine. Plus tard elle peut ou non pénétrer dans le péritoine. On ne connaît aucun cas de guérison et elle paraît impossible.

Les symptômes de rupture de la vessie surviennent après une rétention d'urine prolongée, mais point nécessairement complète; car un peu d'urine peut s'écouler parfois par l'urèthre. Le malade raconte en général qu'il a senti quelque chose s'échapper, puis il a ressenti une vive douleur au niveau de l'abdomen. Le ventre devient excessivement tendu et douloureux; la face est anxieuse et grippée, la respiration entrecoupée. Un hoquet opiniàtre survient, accompagné parfois de vomissements; le pouls est dur, accéléré et irrégulier. L'urine cesse de s'écouler par le canal et il n'y a plus d'efforts d'expulsion. On observe parfois de la fluctuation au niveau de l'abdomen, et la distension excessive de la vessie, que l'on avait sentie par le rectum au delà de la prostate, a disparu. Quelquefois le malade a du délire, parfois même de la manie. Après une époque variant entre trente-six heures et quatre ou cing jours après l'accident, pendant lesquels les souffrances du malade sont excessives, la mort survient. Je décris ces symptômes d'après les seules observations publiées dont j'aie eu connaissance. Elles sont dues à Sir Everard Home. Fréquemment la rupture de la vessie succède à une violence extérieue, mais c'est un cas tout différent.

Traitement.—Les indications que l'on doit remplir en pareil cas doivent être les suivantes : Favoriser le libre écoulement de l'urine hors de la vessie par une ponction; diminuer les souffrances par de fortes doses d'opium, et par des fomentations chaudes et des rubéfiants sur l'abdomen. S'abstenir de tout traitement déprimant, comme les saignées générales qui ne peuvent être d'aucune utilité pour diminuer l'inflammation du péritoine aussi longtemps que la cause de cette inflammation persiste. Une connaissance exacte des circonstances particulières dans lesquelles se trouve le malade doit seule déterminer s'il faut par une ponction évacuer le liquide contenu dans la cavité abdominale. Un pareil procédé est la seule chance (et encore bien minime) de guérir le malade que puisse offrir la chirurgie.

## CHAPITRE XI

## DES ABCÈS URINEUX ET DES FISTULES URINAIRES

Des abcès. — Aigus ou chroniques. — Signes de l'abcès aigu. — Traitement. — De l'abcès chronique. — Des fistules urinaires. — Trois classes. — Traitement de la première classe. - Traitement de la seconde classe : caustiques, etc. - Fistules borgnes. - Fistules uréthro- et vésico-rectales. - Troisième classe, ouvertures anormales. - Fistules antéscrotales. — Traitement par applications locales. — Sutures entrelacées de Dieffenbach. — De l'uréthroplastie. — Méthodes de Cooper et d'Earle. — Déplacement de la peau, d'après les méthodes de Dieffenbach et de Nélaton. — Ségalas et Ricord. — Pratique de Jobert. — Du galvano-cautère. — Des ouvertures anormales au périnée. — Des ouvertures aux environs du gland.

Nous avons maintenant à voir les diverses conséquences et les complications des rétrécissements de l'urèthre, d'après les principes généraux qui nous ont toujours guidés dans le traitement des phénomènes analogues sur les autres parties du corps, et nous nous préoccuperons de certaines indications spéciales auxquelles donnent lieu la nature particulière et les fonctions de l'organe affecté. C'est maintenant sur ces complications que va porter toute notre attention.

L'ABCÈS URINEUX, si fréquent au périnée, plus rare aux environs de la partie antérieure du canal, accompagne le plus fréquemment le rétrécissement organique. Nous en avons déjà indiqué l'anatomie pathologique. On

H. THOMPSON. - Malad. des voies urin.

peut le rencontrer sous deux états différents : l'abcès inflammatoire ou

aigu, et l'abcès froid ou chronique.

Chacune de ces circonstances a une influence capitale; souvent la première réclame énergiquement une intervention rapide et décisive de la part du chirurgien. En général, des symptômes généraux viennent en révéler l'existence avant qu'on ait obtenu aucun signe local un peu marqué. Ce n'est pas ce que nous allons trouver pour le second. Au contraire, voici un malade affecté de rétrécissement, qui est pris de douleurs situées profondément, au niveau du col de la vessie et du périnée; en même temps son jet d'urine décroît en volume d'une façon notable et rapide; il éprouve un sentiment de pesanteur, de chaleur, de battement dans les parties; de plus, il a des frissons, des nausées, la langue sale, le visage enflammé, le pouls plein et accéléré, bref, tous les signes de la fièvre; les seuls signes locaux que révèle l'examen du périnée sont un léger degré de gonflement et de tension en cet endroit : nous sommes autorisés à conclure que le pus est emprisonné probablement sous une couche aponévrotique. Ici le degré et le siége de la sensibilité à la pression viendront nous aider à découvrir où se trouve la lésion. Si l'on a affaire à un gonflement relativement superficiel, qui s'étend d'un côté ou de l'autre, ou qui proémine en avant, le siége de l'abcès peut être à l'endroit où les corps caverneux sont en rapport avec les aponévroses. Mais s'il y a plutôt dans tout le périnée une sensation de chaleur et de plénitude, le pus se trouve plus probablement au-dessus de l'aponévrose profonde (aponévrose moyenne de Richet), siége le plus ordinaire de ces collections. Dans ces circonstances, si les symptômes l'exigent, on pratiquera une incision sur la ligne médiane du périnée, au devant même de l'anus, jusqu'à une profondeur de 2,5 à 3,5 centim., selon l'état des tissus; on ne pourrait espérer aucun avantage de l'incision pure et simple de la peau. Dans aucun cas, on ne fera de mal, quoique souvent on n'obtienne qu'un léger écoulement sanguin et une diminution de tension. S'il sort du pus, même en petite quantité, c'est une bonne chose; on devra en assurer la libre sortie par un orifice placé au point le plus déclive et d'une longueur suffisante. Autrement, au lieu de s'évacuer, il pourrait fuser au loin et plus ou moins irrégulièrement. Une hémorrhagie considérable n'est pas à craindre, si l'on a fait attention à la situation des gros troncs artériels; quelquefois, néanmoins, surtout quand les tissus sont trèsenflammés et indurés, il y a pendant quelque temps un très-léger suintement sanguin. Lorsqu'il a cessé, on devra appliquer un cataplasme sur la plaie. Il se produit souvent, presque tout de suite, un mieux étonnant dans l'état du malade, la fièvre tombe, et la guérison complète peut avoir lieu en très-peu de jours.

Nous ne pouvons passer sous silence l'importance qu'il y a à évacuer de bonne heure des collections pareilles, quand ce serait au début même de leur formation. Il n'est pas toujours facile d'être sûr de leur existence, et nous ne sommes pas fondés à exiger l'évidence absolue du fait, avant de pratiquer les incisions que j'ai décrites. Le pus épanché derrière l'aponévrose périnéale profonde (aponévrose moyenne de Richet), tissu trop

serré pour permettre l'action de l'absorption, se frayera une route dans le tissu cellulaire du bassin, sur les côtés de la vessie, entre celle-ci et le rectum, et donnera lieu aux complications les plus dangereuses, sinon les plus fatales, ou, dans le cas de guérison, aux fistules uréthro-rectales ou vésico-rectales. L'abcès peut aussi s'ouvrir dans l'urèthre et se vider par l'orifice externe du canal. Lorsqu'on a ouvert une collection, il s'échappe une certaine quantité de pus, d'habitude pur; quelquefois mêlé d'urine. mais non pas nécessairement. Plus souvent la muqueuse, qui ne formait qu'une mince barrière entre l'abcès et le jet d'urine, ne cède qu'après un jour ou deux, et l'urine apparaît alors pour la première fois. Mais, un des résultats à obtenir, en ouvrant de bonne heure, par le périnée, une collection de cette sorte, c'est de prévenir la mortification des parois uréthrales. Si on l'évacue vite et entièrement, on peut espérer voir la cavité s'oblitérer graduellement, et l'urine n'y point pénétrer. Après cette opération, nous avons moins à craindre qu'elle ne reste longtemps béante, ou qu'elle ne devienne un passage anormal pour la sortie de l'urine. D'un autre côté, si l'incision a été différée, et que, comme cela arrive souvent, l'abcès ait pris une forme chronique, il est presque certain qu'il s'établira tôt ou tard une communication uréthrale. Dans le dernier cas, il est également à désirer que l'on évacue le pus aussitôt qu'on en reconnaît l'existence. Cependant, lorsqu'on a pratiqué une ouverture artificielle, l'écoulement de l'urine l'empêche de se refermer, fait qui se reproduira inévitablement à chaque miction, si le rétrécissement est étroit. Ce canal artificiel, désigné habituellement sous le nom de fistule urinaire, est un des accompagnements les

plus communs du rétrécissement négligé, et forme souvent l'une de ses complications les

plus désagréables.

DES FISTULES URINAIRES.—Les orifices externes de ces canaux se voient très-souvent à la surface du périnée et du scrotum, régions qu'ils parcourent sous forme de trajets nombreux et souvent pleins de circuits (fig. 71); on les observe moins souvent à la région lombaire, à la partie supérieure des cuisses, aux parties voisines des fesses, ou même au-dessus de la symphyse pubienne. Dans ce dernier cas, la déviation du ca-

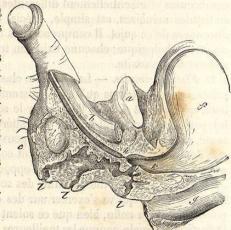


Fig. 71. — Fistule urinaire (\*).

nal résulte d'ordinaire d'opérations primitives faites dans le but d'obvier

<sup>(\*)</sup> a, section de l'os pubis b, corps caverneux; c, serotum; d, testicule; e, l'urêthre en avant du rétrécisse ment; f, la vessie; g, le rectum; h, la coarctation; f, orifice interne de la fistule derrière le rétrécissement, d'où l'on suit les désordres qui se sont opérés dans les tissus jusqu'à ses orifices externes l, l, l; k, partie profonde de l'urèthre dilatée en forme de cône.

CHAP, XI.]

à une infiltration d'urine, et dont les plaies n'ont jamais guéri, tandis que, au scrotum et au périnée, l'existence d'une issue anormale de l'urine est due en général à la préexistence d'un abcès urineux.

Le terme bien connu de fistules urinaires comprend habituellement tous ces états : les uns, fort simples, s'améliorent facilement sous l'influence du traitement; d'autres offrent des complications, et réclament beaucoup de temps, de soin et de persévérance, avant d'en arriver à un résultat satisfaisant. Il y en a qui ne sont que d'étroits canaux, traversant des tissus presque sains, d'autres cheminent à travers des régions fortement indurées, dont le volume et la densité se sont accrus sous l'influence de dépôts multipliés de lymphe plastique, ce qui a donné lieu à une déformation plus ou moins grande; parfois ces trajets communiquent avec des poches qui sécrètent du pus, et conservent dans leur intérieur une certaine quantité de la sécrétion urinaire. Le passage fistuleux peut s'ouvrir au dehors par un ou plusieurs orifices : ceux-ci succèdent à des canaux sinueux et ramifiés, qui naissent du trajet primitif avec les progrès de la maladie, et donnent lieu à un certain nombre de petits jets d'urine, au moment de la miction. Enfin, il existe une classe d'ouvertures ou de passages anormaux sur l'urèthre, qui tirent leur origine d'une perte de substance produite par la gangrène ou par une ulcération phagédénique, ou enfin par une violence extérieure considérable exercée sur ces parties : ces états pathologiques sont absolument différents, dans leur nature, leurs résultats et leurs traitement, des deux classes précédentes.

Par conséquent, le mode d'arrangement et de séparation des lésions nombreuses et essentiellement différentes, comprises sous le terme général de fistules urinaires, est simple, précis, et facile à reconnaître lorsqu'on s'occupera de ce sujet. Il comprend trois formes typiques très-distinctes de cet état pathologique; chacune exige un traitement également distinct, pour

amener une réussite. 1º Fistules simples. — La première classe renferme deux cas, selon qu'il existe, en même temps qu'un rétrécissement, un ou plusieurs trajets fistuleux, qui laissent écouler l'urine par le scrotum ou le périnée, tandis que les parties environnantes sont peu altérées et assez voisines de l'état de santé. C'est dans cette catégorie que peuvent rentrer presque tous les cas que l'on rencontre d'ordinaire. On doit considérer ces ouvertures comme le moyen qu'emploie la nature pour s'opposer aux effets d'un rétrécissement étroit; en d'autres termes, comme des soupapes de sureté contre la pression dangereuse qui va s'exercer sur des organes importants en arrière du point rétréci; ou enfin, bien que ce soient là les premières complications de l'affection originale, comme les meilleures garanties contre les conséquences beaucoup plus dangereuses qui se présenteraient sans elles, par exemple une rétention, une inflammation chronique et l'hypertrophie, la dilatation de la vessie ou de l'uretère, ou même les modifications organiques des reins eux-mêmes. C'est ainsi que nous voyons souvent des malades affectés de larges fistules au périnée, qui laissent écouler toute l'urine, jouir, malgré cela, pendant longtemps, d'une excellente santé. Mais l'ennui qui

en résulte, et parfois la douleur, outre la tendance à l'aggravation, qui, même dans ces cas exceptionnellement favorables, accompagnent nécessairement une fistule urinaire, pour ne rien dire de ce qui a trait aux rapports sexuels, réclament l'intervention chirurgicale pour remettre les choses en état.

Traitement. — En règle générale, pour la grande classe que nous examinons maintenant, il n'v a rien à faire qu'à dilater complétement l'urèthre. L'arine s'écoulera par son canal naturel, et les fistules guériront d'ellesmêmes, quand nous aurons assuré l'existence d'un libre trajet venant de la vessie. Toute intervention est inutile pour les fistules : moins on fera, mieux cela vaudra. Leur disparition est presque certaine, si l'on peut passer, d'une manière constante, les nos 8, 9 et 10 [nos 17 à 21 de la filière française]. C'est là une donnée que l'on peut regarder comme définitive. Les malades qui forment une exception à cette règle ont, pour la plupart, une mauvaise constitution, une faible puissance de réparation, ou bien ils sont atteints d'une maladie chronique en dehors de leur rétrécissement uréthral. Leur traitement rentrera dans celui de la classe suivante.

2º Fistules compliquées d'induration. — Ce sont les cas où la fistule traverse des tissus plus ou moins indurés et transformés par des exsudations inflammatoires réitérées; souvent elle est en rapport, dans un endroit de son trajet, avec une cavité, qui est le sac d'un abcès ancien, et qui contient du pus sanieux et mal lié.

Traitement. — Il est inutile de faire observer de nouveau que, dans de pareilles circonstances, la première chose à faire est de dilater peu à peu le rétrécissement, et de voir le résultat qu'on a ainsi produit. Dans presque tous les cas, même les plus sérieux, cette pratique suffit pour amener une amélioration dans les parties voisines, et, en fin de compte, la guérison des trajets fistuleux. Mais si l'on a dilaté pendant quelque temps avec succès, et qu'on n'ait produit que peu ou point d'amélioration dans l'état des fistules, il y a deux marches à suivre; il faut se prononcer pour l'une ou pour l'autre. La première consiste à stimuler, dans une certaine mesure, les parois mêmes des fistules, pour provoquer l'adhésion des surfaces opposées; la seconde, à les inciser de façon à produire des plaies nouvelles et de bonne nature, et à les faire cicatriser du fond vers la surface. Mais, outre ce traitement, il est de la plus haute importance d'observer attentivement la santé générale, et de chercher à maintenir les sécrétions et les excrétions dans leur état normal.

On a employé divers agents pour pourvoir aux nécessités locales que je viens d'indiquer. Un des plus utiles est la teinture concentrée de cantharides, introduite au moven d'un pinceau de poil de chameau ou d'un stylet garni de charpie, ou enfin d'une seringue. On a également injecté, au moyen d'une seringue (et cela avec un certain succès), des solutions de sulfate de zinc ou de cuivre. Un des meilleurs moyens à employer est encore de faire pénétrer très-doucement, aussi loin que possible, un stylet d'argent mou et flexible, revêtu de nitrate d'argent fondu. On y arrive aisément de la façon suivante : On fait fondre à la lampe une petite quan-