de la racine de la verge une autre incision transversale sur une longueur d'environ 5 centimètres; cette incision se trouve à environ 2 centimètres et demi au-dessous de l'incision elliptique inférieure et elle lui est parallèle (fig. 77, *b*). Il isole avec soin par la dissection le pont cutané ainsi formé du tissu cellulaire sous-jacent. Une fois que le pont est mobile, il l'attire en haut jusqu'à ce que son bord supérieur arrive au contact avec

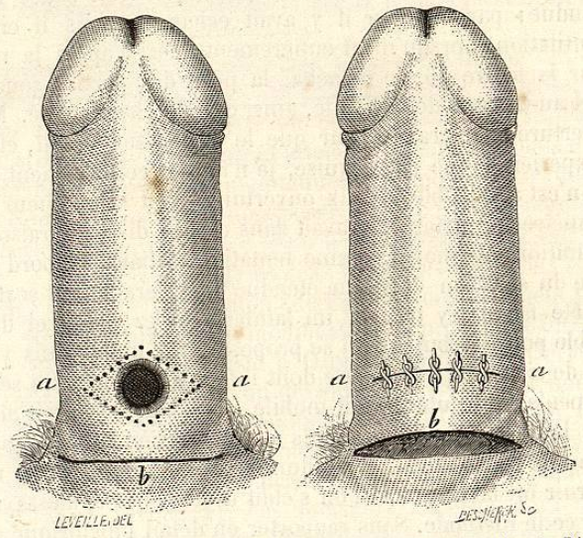

FIG. 77. — Commencement, et FIG. 78, achèvement de l'opération de Dieffenbach, par les incisions transversales.

l'incision elliptique supérieure, et il le maintient en place au moyen de cinq ou six fines épingles à suture et de la suture entortillée (fig. 78, *a, a*). Il reste au-dessous une surface dénudée (fig. 78, *b*).

Lorsque la perte de substance est encore plus considérable, Dieffenbach conseillait, après avoir pratiqué de la façon que nous avons indiquée les « ponts latéraux », mais plus étendus et plus éloignés, suivant le calibre de l'ouverture, de réunir par leurs bords cutanés les lèvres de l'orifice fistuleux, non par quelques points de la suture entortillée, mais au moyen de languettes latérales de cuir. Dans ce but, on taille deux fragments de cuir larges de 6 millimètres environ et un peu plus longs que l'ouverture à fermer; on pratique sur chacun d'eux trois petits trous, de façon à y passer un fil. On les applique latéralement contre les bords préalablement abrasés et mis en contact par leurs surfaces dénudées; puis on enfonce les aiguilles au travers des trous des languettes et des deux couches de la peau, de façon à assurer un rapprochement parfait, un contact de larges surfaces planes. L'auteur dit qu'il n'a pas encore fait l'essai de ce moyen; mais, chez nous, M. Le Gros Clark a poursuivi l'idée d'une méthode précisément semblable, qui paraît lui avoir été tout à fait personnelle. Son ma-

lade présentait une très-grande fistule antéscrotale; l'opération réussit parfaitement bien (1).

Une amélioration de ce principe consisterait à employer une ou deux plaques d'argent d'une forme correspondante à celle de la surface du pénis ou du scrotum, et percées de trois trous au plus, près de chaque bord, pour le passage des fils à sutures. Si l'on n'emploie qu'une plaque, elle doit recouvrir l'ouverture et la peau saine d'un des côtés dans une étendue de 10 à 12 millimètres, et l'on fait passer par les trous des fils d'argent pour faire les sutures. Depuis que ceci a été écrit, j'ai employé cette méthode pour une fistule antéscrotale, et je suis arrivé à fermer presque complétement l'ouverture à la première opération. Avec un peu de temps et de peine, je réussis à fermer la petite ouverture qui restait au moyen d'un fil rougi par un courant galvanique.

On comprendra facilement que le grand obstacle au succès de toutes les opérations pratiquées pour les fistules antéscrotales de grandes dimensions est le passage de l'urine entre les surfaces qui viennent d'être rapprochées. Nous avons vu plus haut que la sonde à demeure n'empêche point cet accident, puisque l'urine s'écoule sur les côtés. Aussi a-t-on souvent cherché à vider la vessie par d'autres moyens. C'est pour cela que M. Ségalas a inventé le procédé qui consiste à détourner le cours de l'urine et à la faire passer par une ouverture périnéale pendant que l'on guérit la plaie antérieure. Il l'a appliqué avec succès, en 1839, sur un malade qui avait une fistule scrotale et une périnéale; il incisa la dernière avec le bistouri en même temps qu'il opérait la première; puis il maintint une sonde dans la vessie au travers de la fistule périnéale (2). L'année suivante, Ricord fit de même : il pratiqua au périnée une ouverture par laquelle il fit passer toute l'urine; l'opération réussit parfaitement (3). D'un autre côté, Jobert estime inutile l'ouverture périnéale, et se fonde pour cela sur la nature présumée dangereuse de l'opération. Il pense qu'avec beaucoup d'attention et de soin de la part du chirurgien et de ses aides, beaucoup de patience et de résolution de la part du malade, l'autoplastie seule peut parfaitement réussir dans les ouvertures antéscrotales les plus volumineuses.

Dans plusieurs cas relatés tout au long dans son livre et qu'il traita par la transplantation d'un lambeau (celui-ci était maintenu dans sa nouvelle situation par des sutures comme à l'ordinaire), M. Jobert s'opposa à la sortie de l'urine en maintenant toujours dans le canal une sonde de gomme élastique; mais la réunion fit souvent totalement défaut et ne fut jamais complète du premier coup. On ne pouvait s'opposer à l'écoulement de l'urine par la plaie, et le trajet qu'elle suivait était toujours marqué par le défaut de réunion. Aussi était-il nécessaire de faire des opérations réitérées sur le même individu. Dans les meilleurs cas, on n'avait une réunion que

(1) Le Gros Clark, *Medico-Chirurgical Transactions*. London, 1845, vol. XXVIII, p. 413.

(2) Ségalas, *Lettre à Dieffenbach sur une uréthroplastie faite par un procédé nouveau*. Paris, 1840, p. 48.

(3) L'Académie des sciences a partagé le prix Monthyon, en 1841, entre MM. Ségalas et Ricord, pour ces opérations.

des deux tiers du lambeau, parfois beaucoup moins. Il restait encore une fistule gênante, et il fallait avoir recours plusieurs fois à de nouveaux avivements et ravivements, à des sutures, à des cautérisations, avant d'en arriver à un heureux résultat. On ne peut lire avec soin ces observations et celles d'autres auteurs qui ont suivi la même voie, sans être frappé de ce fait que la présence de l'urine est le grand obstacle au succès ; l'observateur ne peut manquer aussi de remarquer la futilité qu'il y a à essayer de préserver la plaie contre son action délétère en laissant une sonde à demeure dans le canal. L'urine s'écoule d'une manière presque continuelle sous l'influence de l'attraction capillaire qui se produit entre les parois de l'urèthre et l'instrument, et, par suite de la présence de ce dernier, loin de s'éloigner des surfaces de section récente, elle entre en contact avec elles d'une façon plus fréquente et plus continue. Il est vrai que ces tissus n'ont pas à craindre les effets d'un jet d'urine pendant la miction ; mais la complication que je viens d'indiquer, presque aussi nuisible au processus adhésif, est à peu près constante. En même temps l'expérience a bien démontré que, dans ces circonstances, la création d'une ouverture périnéale est une opération qui s'accompagne de peu ou point de danger.

Toutefois, en 1866, j'eus recours au système qui consiste à apprendre d'abord au malade à passer lui-même sa sonde, et je réussis ainsi, à University College Hospital, à fermer complétement une vaste ouverture située au devant du scrotum. Le plancher de l'urèthre était détruit dans une étendue de 6 millimètres, et l'on apercevait au travers de l'ouverture la partie correspondante d'une sonde introduite dans la vessie. Après avoir rendu le malade maître de sa sonde de gomme, l'avoir accoutumé pendant quelques jours à extraire ainsi la totalité de son urine, lui en avoir expliqué la raison et l'avoir intéressé au succès de cette manœuvre, j'adoptai la marche suivante : J'avivai le contour de l'ouverture dans une étendue de quelques millimètres, puis je disséquai un lambeau de la largeur d'une demi-couronne en bas sur le périnée ; il était adhérent par un tiers de sa circonférence, le reste était libre. Je le fis glisser pour en recouvrir l'ouverture et le maintins en place par cinq ou six points de suture. Le malade entra fort bien dans l'esprit de son rôle, et au bout d'une semaine, le lambeau adhérait par tous ses points, sauf un endroit qui admettait une petite bougie. Je le fermai au moyen de deux applications de fer rougi par l'électricité, et le malade quitta l'hôpital ; trois mois après, il se présentait à notre consultation parfaitement guéri.

Pour en finir avec ce côté du sujet, nous devons mentionner brièvement ici la méthode de Dieffenbach pour fermer les ouvertures du canal qui siégent immédiatement en arrière du gland, au niveau du frein de la verge. D'ordinaire elles résultent d'ulcérations chancreuses. On fait deux incisions elliptiques en travers, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de l'orifice fistuleux, et l'on abrase la surface comprise entre les deux (fig. 79). On réunit les bords supérieur et inférieur par deux points de suture entrecoupée, et l'on fait ressortir au méat externe l'un des bouts du fil avant

d'achever de serrer le nœud ; l'autre bout est coupé aussi court que possible. Ce qui oblige à disposer ainsi les fils, c'est le second temps de l'opération, qui consiste à recouvrir la plaie et les parties voisines avec un lambeau de peau ; après cela, on verra que, pour retirer les fils au moment voulu, on se trouvera bien d'en avoir mis les bouts dans la position indiquée. On commence par dénuder la peau qui recouvre la partie voisine du gland dans une étendue et avec la forme indiquées par la ligne ponctuée demi-circulaire que l'on voit au-dessus de la plaie dans la figure 80 ;

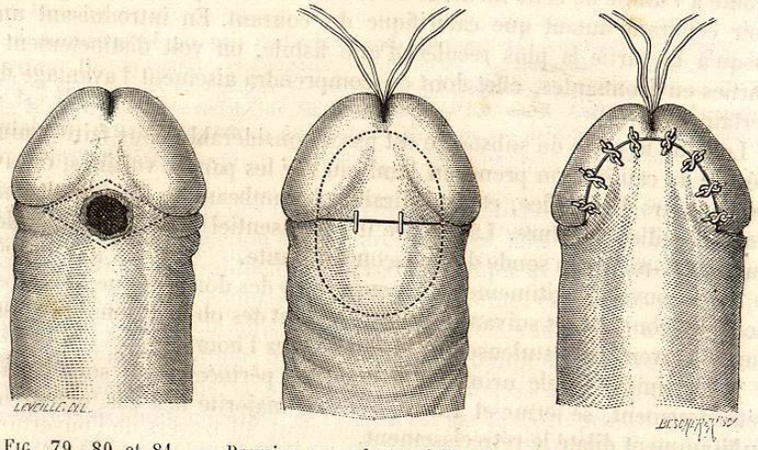

FIG. 79, 80 et 81. — Premier, second et troisième temps de l'opération décrite dans le texte.

puis, après avoir fait rétracter le prépuce, on dénude de même une partie correspondante de sa surface interne ainsi mise à nu : ceci est indiqué dans la même figure par une ligne ponctuée demi-circulaire au-dessous de la plaie. Alors on ramène le prépuce en avant, on met en contact les deux surfaces demi-circulaires, et on les maintient par six ou sept points de suture entortillée. Ce dernier temps de l'opération est représenté sur la figure 81.

Des fistules au périnée. — Le traitement de ces ouvertures dues à une perte de substance dépendra beaucoup des nécessités particulières à chaque cas. D'une façon générale, le nombre de celles qui nécessitent une autoplastie est peu considérable ; les parties molles abondent, l'urèthre est situé très-profondément ; aussi a-t-on rarement besoin de recourir à des moyens plus actifs que la cautérisation, sous une de ses diverses formes.

Dans les fistules profondes et étroites qui siégent au périnée, on peut rendre de grands services en employant cet agent, pourvu que l'on commence en haut du trajet, tout contre l'urèthre. Peu à peu, on provoque de cette façon l'adhérence, le resserrement, et enfin l'oblitération de la fistule.

L'avantage du courant galvanique réside dans le pouvoir que possède l'appareil de maintenir le fil qui cautérise à une température très-élevée,

presque celle du rouge blanc, pendant tout le temps nécessaire à l'opération. Lorsqu'on chauffe, comme d'habitude, un instrument à un feu de bois, ou à la flamme d'un jet de gaz, on ne peut empêcher la température de diminuer rapidement avant qu'on ait pu toucher le point malade; parfois il faut chauffer plusieurs fois l'instrument. Le fil galvanique, au contraire, s'applique et se fixe pendant qu'il est froid, c'est-à-dire avec soin et après mûre délibération; et lorsqu'il est en place, on peut y faire passer le courant et rougir le fil pendant un temps indéfini. Il est une autre circonstance qui ajoute à l'utilité de cette méthode dans certains cas : je veux parler du pouvoir éclairant autant que calorifique du courant. En introduisant un fil jusqu'à la partie la plus reculée d'une fistule, on voit distinctement les parties environnantes, effet dont on comprendra aisément l'avantage dans certains cas.

Lorsque la perte de substance est assez considérable pour faire craindre l'échec du cautère, on prend un lambeau sur les parties voisines, on avive les contours de l'orifice, et, sans tirailler le lambeau, on l'assujettit par de fines aiguilles à suture. Là encore il est essentiel pour le malade de se passer lui-même sa sonde d'une façon constante.

Nous pouvons légitimement, je pense, tirer des données que nous possédons, les conclusions suivantes; elles résultent des observations précédentes sur les ouvertures fistuleuses de l'urèthre chez l'homme.

1° La simple fistule urinaire, scrotale ou périnéale, qui succède à un rétrécissement, se ferme et guérit, dans la majorité des cas, quand on a suffisamment dilaté le rétrécissement.

2° Lorsqu'on doit recourir à l'uréthrotomie externe, on comprendra, si possible, dans l'incision périnéale, les trajets fistuleux qui guérissent d'habitude promptement, et d'une manière permanente.

3° Il y a des cas exceptionnels où l'on n'obtient point de résultat heureux, avant d'avoir amélioré la constitution du sujet et stimulé un peu l'intérieur de sa fistule.

4° Une très-petite ouverture en un point quelconque de l'urèthre, due à une perte de substance causée par l'ulcération, la gangrène ou un traumatisme, se ferme souvent soit en comprimant ses parois, soit en y appliquant un irritant chimique ou le cautère actuel.

5° Lorsqu'il y a, en avant du scrotum, une ouverture assez large pour admettre, par exemple, une grosse sonde, le meilleur moyen de la fermer est encore d'en aviver les contours, et d'y adapter un lambeau, en déplaçant la peau du scrotum.

6° Dans un cas pareil, il faut pourvoir d'avance à la sortie de l'urine, en apprenant au malade, avant l'opération, à l'extraire au moyen d'une sonde, et en s'assurant de sa bonne volonté à continuer la même manœuvre pendant plusieurs semaines après l'opération.

7° Quand il y a, au périnée, une ouverture par suite d'une perte de substance, et que le cautère actuel ne peut l'oblitérer, on peut avoir recours, avec chance de succès, à une autoplastie que l'on adapte aux circonstances particulières de chaque cas; pourvu qu'on veille avec une

attention soutenue à l'extraction de l'urine, et cela sans désunir les lèvres de la plaie. En dehors de ces précautions, on ne saurait espérer un heureux résultat.

CHAPITRE XII

DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE CHEZ LA FEMME

Les rétrécissements organiques de l'urèthre chez la femme sont très-rares. — Anatomie de l'urèthre chez la femme. — Longueur. — Diamètre. — Muqueuse. — Dilatabilité. — Fibres élastiques et musculaires. — Siége le plus fréquent des rétrécissements. — Cas de M. Earle. — Observations de Sir B. Brodie. — Cas de M. Curling; — du docteur Blundell. — Deux cas observés par l'auteur. — Cause. — Déchirure. — Inflammation. — Polypes et excroissances. — Traitement. — Rétrécissement spasmodique.

On rencontre parfois des rétrécissements organiques de l'urèthre chez la femme; mais cette affection est si rare, que les faits relatés sont très-peu nombreux. Il n'est pas difficile de se rendre compte de ce peu de fréquence. Ce canal est si court, comparé à celui de l'homme, et si bien protégé par sa position contre les lésions de tout genre (qu'elles succèdent à un traumatisme ou à l'inflammation) qu'il est presque exempt des causes qui jouent le rôle principal dans la production des rétrécissements organiques de l'urèthre chez l'homme. Ainsi, ce canal n'est pas le siége primitif de la blennorrhagie chez la femme, ce n'est pas lui qui est atteint de la forme chronique de cette affection. Cependant, comme on a observé quelques cas de cette maladie chez la femme, je vais donner un aperçu rapide des rapports anatomiques du canal, puis mentionner les faits qui ont été rapportés sur l'affection qui nous occupe.

ANATOMIE. — L'urèthre, chez la femme, est un canal formé par une muqueuse, d'une longueur de 3,5 centim. environ, plongé dans les tissus qui forment la paroi antérieure du vagin; il constitue un canal pour le passage de l'urine qui sort de la vessie. Comme il ne possède aucune fonction en rapport avec la génération, contrairement à la portion interpelvienne de l'urèthre chez l'homme, il n'est pas complétement son homologue; il lui manque ce qui forme la portion prostatique et les conduits qui s'ouvrent en ce point chez l'homme. Ce canal décrit une légère courbure, dont la concavité regarde en haut et en avant; il traverse les deux feuillets de l'aponévrose moyenne, et vient s'ouvrir sous l'arcade pubienne, dans l'intérieur de la vulve, entre les petites lèvres, et à 2,5 centim. en arrière du clitoris; son diamètre varie de 4 à 6 millimètres au niveau du méat externe, qui est la portion la plus rétrécie, jusqu'à 8 ou 10 millimètres au niveau du col de la vessie, où il se termine en entonnoir.

La muqueuse est disposée en plis longitudinaux qui s'effacent tous par la dilatation, sauf un seul, situé sur sa paroi inférieure, et qui présente quelque ressemblance avec le verumontanum. Le canal se laisse distendre considérablement; ce caractère le distingue de l'urèthre chez l'homme. Des glandes