

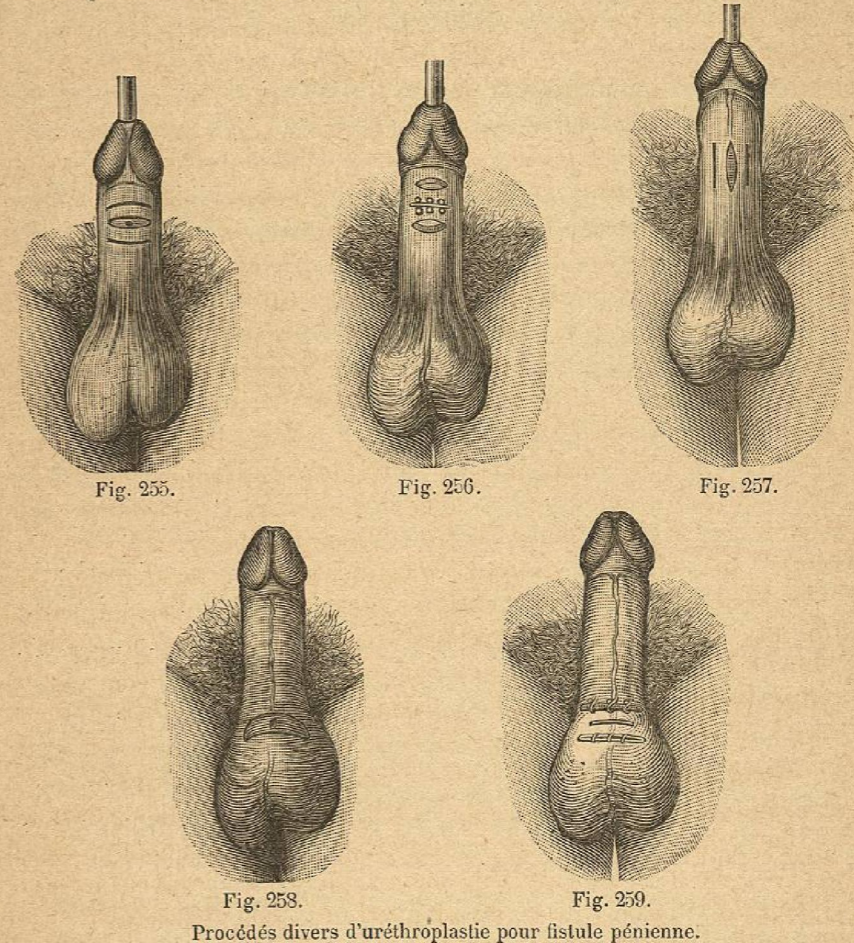
contact que siège l'orifice interne. Cela suppose que l'urèthre permette l'entrée de la sonde ; si la sonde ne peut pas pénétrer jusqu'au bout, c'est qu'il existe un rétrécissement, et on ne peut supposer qu'une fistule uréthrale ; une fistule vésicale s'accompagnerait d'autres signes. La plupart des fistules consécutives à des rétrécissements sont diagnostiquées étant encore en suppuration ; très souvent on les trouve entourées de callosités.

Traitement. — En présence d'une fistule suppurante quelconque, on peut toujours essayer un traitement non opératoire. Une fistule peut, en effet, guérir spontanément dès qu'elle ne livre plus passage à l'urine. On dilate donc le rétrécissement, et on place une sonde à demeure. On aide à la résorption des callosités par des fomentations chaudes. Si on ne peut pas arriver à dilater le rétrécissement, on fait l'uréthrotomie externe, qui guérit d'un seul coup le rétrécissement et la fistule. Dans les cas négligés, où il existe un trajet principal et plusieurs trajets accessoires s'ouvrant en des points plus ou moins éloignés, il suffit en général de fendre, par l'uréthrotomie externe, le trajet principal, et d'exciser les callosités et fongosités du voisinage ; les autres fistules guérissent d'elles-mêmes.

Dans certains cas, le siège du trajet peut mériter une attention particulière au moment de l'opération ; quand, par exemple, l'orifice interne est dans la région prostatique, et que l'orifice externe est près du rectum, il est indiqué de dégager d'abord la paroi antérieure du rectum, puis de fendre le trajet ; quand ce dernier s'étend latéralement, et entoure le canal déférent, on évitera de blesser ce dernier en introduisant d'abord un trocart dans l'orifice externe, en écartant le cordon en dehors, puis en faisant ressortir le trocart en dedans de ce dernier ; on partira ensuite de ce point pour inciser vers l'urèthre. Après l'opération on met une sonde à demeure ; plus tard, quand la plaie bourgeonne, il suffira de faire la dilatation temporaire.

Il suffit parfois, pour guérir les fistules cicatricielles, de cautériser leurs parois, d'y provoquer la suppuration. Si ce traitement ne suffit pas, il faut avoir recours aux procédés sanglants, différents selon que l'orifice externe siège à la verge ou en arrière. Dans les fistules de la verge, le trajet passe par des couches si peu épaisses que les surfaces avivées peuvent à peine être réunies ; on est dès lors forcé d'entreprendre une uréthroplastie. On couvre la perte de substance avivée par les méthodes ordinaires d'autoplastie, soit par *glissement*, soit en taillant un lambeau pédiculisé. Les figures ci-jointes, 255 à 259 en donnent des exemples. Les points de suture peuvent être tirillés et même rompus à la suite de l'opération quand le malade a des érections ; malheureusement, c'est ce qui arrive presque toujours.

Dans les fistules scrotales et uréthrales, le trajet traverse des couches assez épaisses pour que les surfaces avivées puissent être réunies ; mais la plaie guérit même sans sutures quand on a soin de lui donner une forme convenable, c'est-à-dire quand on fait en sorte que ses deux bords convergent du côté de l'orifice interne ; pour y arriver, on ne se contentera pas seulement d'exciser toutes les callosités, mais on empiètera aussi sur les tissus sains du voisinage ¹.



Procédés divers d'uréthroplastie pour fistule pénienne.

(1) Les fistules périnéales situées en arrière des rétrécissements partent en général, dit Guyon, d'un *clapier* situé sur une des parois latérales de l'urèthre. On n'obtient leur guérison que si, après uréthrotomie externe, on aborde et on désinfecte ce clapier. En outre, pour avoir un résultat durable, il faut exciser toutes les masses calleuses et, si la lésion uréthrale est unique et limitée, faire la résection totale ou partielle de l'urèthre, suivie de la suture en étages du périnée. C'est là le procédé de choix pour les rétrécissements traumatiques rebelles.

(A. B.)