

de la face inférieure de l'urètre pénien, et cependant, pour nous conformer à l'usage, nous éliminerons tous les hypospadias péniers où il y a bien orifice anormal, fistule si l'on veut, mais sans canal intermédiaire à l'urètre et à la peau. L'étude de ces cas est faite à l'article *Hypospadias* (p. 286).

Nous réservons le nom de fistules à des canaux, à des trajets faisant communiquer l'urètre avec un point variable de la face inférieure de la verge. Elles sont d'ailleurs très rares et nous ne connaissons que les deux observations de Meisels et de Poisson. Dans ces deux cas, il existe un canal supérieur rétréci à une distance variable du méat. En arrière de ce rétrécissement part le deuxième canal qui se dirige en avant et vient s'ouvrir à la face inférieure de la verge plus ou moins près du gland. On pourrait penser qu'il y a eu cloisonnement primitif déterminant un urètre double ou un urètre en Y (Poisson).

Il est plus probable qu'il y avait rétrécissement congénital du canal supérieur ou de l'urètre véritable et qu'il s'est fait un canal inférieur de dérivation. Ce qui le prouverait, c'est que, dans l'observation de Poisson, la fistule ne s'est complétée qu'après la naissance. Dans les trois premières années, l'enfant cité par Poisson urinait par son méat normal, mais gonflait en même temps la partie inférieure de sa verge à chaque miction. Il se formait ainsi une ampoule que la mère brisa vers la troisième année.

LES FISTULES BORNES EXTERNES sont congénitales, non pas en ce qu'elles existent à la naissance, mais bien parce qu'elles succèdent à des lésions congénitales, les *kystes du raphé génito-périnéal*. Ces derniers, bien étudiés par Mermet qui en a réuni 18 cas, peuvent être circonscrits ou au contraire très allongés et dans ce cas d'aspect moniliforme. Quoiqu'il n'y ait que l'observation de Lejars concernant l'ouverture cutanée d'un de ces kystes, il est très rationnel d'admettre que ces kystes congénitaux peuvent, comme ceux des autres régions, s'enflammer, suppurer, s'ouvrir et donner lieu à une fistule. Celle-ci aura un trajet plus ou moins long suivant la forme du kyste. Mermet explique de cette façon les 2 cas observés par Balzer et Souplet. Le Fort en rapporte également une observation, malheureusement sans contrôle opératoire.

Voici l'histoire de ces malades.

Sans aucune infection de l'urètre ou à l'occasion d'une blennorragie, un cordon d'étendue variable, médian, est senti sous la peau du raphé pénien. Ce cordon devient saillant en un ou plusieurs endroits, et il peut se faire une ouverture spontanée si l'incision n'est pas faite à temps. Par l'orifice sort du pus et, fait intéressant, s'il y a plusieurs abcès, on voit qu'ils communiquent tous et qu'il y a entre eux un véritable canal de réunion.

La fistule ainsi créée n'a aucune tendance à se fermer spontanément.

On pourrait la confondre avec une fistule succédant à l'ouverture d'une folliculite ou d'un kyste sébacé ; mais le siège médian et surtout la persistance de la fistule montreront qu'elle appartient à un canal préformé.

Le traitement de ces fistules consistera à les ouvrir et à les cautériser. On pourra même tenter l'extirpation complète.

XI. — FISTULES DORSALES DU PÉNIS.

Ces fistules, très rares (Le Fort n'a pu en rassembler que 15 faits), ont donné lieu à de nombreux travaux. Nous ne comprendrons pas sous ce titre de fistules dorsales les canaux, les diverticules souvent très longs qui viennent s'ouvrir dans l'urètre au niveau du gland et du méat ; nous réserverons ce nom à des fistules congénitales venant déboucher manifestement à la face *dorsale* du gland ou du pénis.

Anatomie pathologique. — Il est à remarquer qu'elles se rencontrent chez des sujets robustes n'ayant pas d'autres malformations congénitales. Dans un seul cas on note la cryptorchidie. La verge elle-même est normale la plupart du temps et ne présente que deux particularités assez fréquentes : 1° l'absence, à la partie supérieure du gland, du prépuce qui forme une sorte de jabot à la face inférieure, comme dans l'épispadias ; 2° la présence à la face dorsale du gland d'une rainure analogue à une gouttière épispadienne.

Quant au *canal anormal*, il présente à étudier un orifice antérieur, un trajet, un bord postérieur, un revêtement interne, dont il faut connaître la structure.

1° *L'ouverture extérieure* du canal siège en un point variable depuis le sommet du gland jusqu'au pubis. Parfois très restreintes, permettant à peine le passage d'un stylet de trousse, les *dimensions* de l'orifice sont d'autres fois beaucoup plus considérables et permettent l'introduction d'une sonde n° 16-18. Elles peuvent d'ailleurs être modifiées, augmentées par les tractions. Les *bords*, la plupart du temps formés par des téguments sains, présentent quelquefois un aspect cicatriciel. Enfin, détail important, l'orifice s'ouvre ordinairement à la partie postérieure d'une *gouttière médiane* qui se prolonge à la face supérieure du gland et qui est très comparable à une gouttière épispadienne. La gouttière peut d'ailleurs exister sur le gland et être séparée de l'orifice anormal par un espace variable.

2° Le *canal* qui fait suite à l'orifice, longe la ligne *médiane* : occupant ordinairement toute la partie de la verge qui est située en arrière de l'orifice anormal, il est naturellement d'autant plus long que cet orifice est plus rapproché du gland. Les canaux qui débouchent au niveau du gland mesurent de 8 à 14 centimètres de long. Ceux qui s'ouvrent à la face dorsale du pénis varient entre 2 et 6 centimètres. Dans le cas de Meisels, le trajet avait 12 centimètres de long.