

uréthro-prostatique. Depuis longtemps, M. Mercier a préconisé cette opération qu'il a pratiquée un grand nombre de fois avec succès : je vous présente les instruments dont il se sert pour inciser ou exciser cette valvule et remédier ainsi à la dysurie, qui est le résultat de son développement.

Cette opération me paraît appelée à rendre des services très-réels, principalement dans les cas où une cystite chronique par stagnation vient compliquer la maladie première. Je vous ai dit que l'on avait proposé la cystotomie comme traitement curatif des cystites rebelles à tous les autres moyens; peut être arriverait-on au même résultat par la simple incision de la barre au col de la vessie, avec l'instrument de Mercier : l'avenir nous démontrera la valeur du procédé.

TREIZIÈME LEÇON.

Poches urineuses. — Infiltration d'urine.
Abcès urinaire. — Fistules urinaires.

Messieurs,

Les poches urineuses, l'infiltration d'urine, les abcès urinaires, les fistules urinaires constituent souvent une série d'actes pathologiques qui paraissent comme les degrés successifs d'une même affection. Néanmoins chacun de ces états peut se montrer isolément, et sans trait d'union pathogénique avec ceux qui le précèdent ou qui le suivent.

Les poches urineuses sont des diverticules des parois de l'urètre, ou des cavités anfractueuses qui communiquent avec l'intérieur du canal. Les unes résultent d'une simple dilatation du canal derrière un obstacle comme l'atésie du méat, ou un rétrécissement, un calcul de l'urètre, un corps étranger. La stagnation de l'urine peut, surtout lorsqu'il existe une inflammation de la muqueuse, y déterminer la formation de dépôt calcaire, et nous avons vu dernièrement qu'un certain nombre de calculs de l'urètre reconnaissent cette origine. En général, la disparition de l'obstacle fera disparaître la poche urineuse par dilatation. Les autres ont pour point de départ une perforation du canal soit par un instrument, dans le cas de fausse route, soit

par un épanchement sanguin ou un abcès péri-urétral : si le processus ulcératif de l'abcès s'accomplit en même temps vers les téguments, on a une fistule urinaire. Ces dernières poches sont donc des cavités circonscrites de toute part par les tissus ambiants, et n'ont d'autres rapports avec le canal que l'orifice de communication; elles sont anfractueuses, et n'affectent pas la régularité des poches par dilatation; de plus, les symptômes qu'elles présentent sont bien différents, et en rapport avec leur mode de formation. Tandis que dans les poches par dilatation l'urine coule claire pendant longtemps et ne s'altère que par un séjour plus ou moins long dans le diverticule, dans les poches par perforation, au contraire, on a comme signe du début l'écoulement de sang ou de pus sanieux; puis l'urine devient purulente, en entraînant les produits de suppuration qui se forment incessamment dans la cavité. La pression avec le doigt suffit pour vider la dilatation, elle ne suffit pas toujours pour évacuer complètement les liquides qui remplissent les poches péri-urétrales. Le traitement de ces deux variétés diffère également : bien souvent on peut remédier à la poche par dilatation au moyen du cathétérisme fréquent, la guérison de l'obstacle et la dilatation du canal en avant de la poche, la mise à demeure d'une sonde de gros calibre; on ne peut souvent guérir la poche d'origine ulcéralive que par un large débridement qui la transforme en fistule urinaire, laquelle est traitée ultérieurement.

L'infiltration d'urine reconnaît nécessairement comme cause une solution de continuité des voies urinaires. Si la perforation porte sur la vessie, comme dans la ponction, la taille, la rupture, une perforation spontanée du réservoir

de l'urine, l'infiltration débutera par le tissu cellulaire du bassin; si la lésion siège au-dessus de l'aponévrose moyenne du périnée, l'infiltration se portera vers le périnée postérieur, par le tissu cellulaire péri-rectal et celui des fosses ischio-rectales, au pourtour de l'anus, en arrière du transverse superficiel du périnée; les lésions de la prostate et de la partie postérieure de la région membraneuse de l'urètre donnent lieu à cette variété d'infiltration; si, enfin, l'érosion ou la plaie se trouvent au-dessous de l'aponévrose moyenne, et c'est le cas le plus fréquent, l'urine s'accumulera dans le périnée antérieur, puis à la région scrotale, à la partie inférieure de l'abdomen; de là, l'infiltration peut s'étendre aux cuisses, aux lombes, au thorax; on l'a vue remonter jusque dans le creux de l'aisselle. Une pareille étendue ne peut exister qu'avec une large perte de substance et un obstacle considérable en un point du canal situé en avant d'elle. Il ne suffit pas, en effet, d'une simple solution de continuité pour que l'infiltration puisse se produire, et la preuve, c'est qu'à la suite de l'uréthrotomie ou de la taille, où l'on a de larges plaies, l'infiltration d'urine est très-rare; il faut encore l'existence d'un obstacle sérieux au libre écoulement de l'urine; ce liquide se trouvant compris entre la force active des contractions vésicales et la force passive qui résulte de la résistance de l'obstacle, rencontre dans la plaie une voie d'échappement; chaque poussée vésicale chasse un nouveau flot de liquide qui se répand dans le tissu cellulaire aréolaire et en décolle les différents plans, jusqu'à ce que les aponévroses le limitent, ou lui fassent subir un changement de direction. Quelquefois même, et cela arrive

surtout lorsque l'infiltration se fait sourdement, avec lenteur, les aponévroses ne résistent pas; l'urine frappe de gangrène tous les tissus qu'elle rencontre, et les détruit. Cependant, rappelez-vous que cette gangrène, cette destruction des tissus infiltrés par l'urine, ne se présente pas toujours de la même manière. et avec une intensité et une propagation égales: c'est principalement l'urine altérée, alcaline ou ammoniacale qui produit de pareilles lésions, avec une énergie et une rapidité incroyables. Or, l'urine est presque toujours altérée dans les cas de rétrécissements sérieux, et ces rétrécissements sont les causes les plus habituelles de l'infiltration d'urine: la muqueuse s'enflamme mécaniquement en arrière du rétrécissement, l'urine altérée irrite à son tour cette muqueuse, et une destruction par processus ulcératif se fait dans un des points de la membrane enflammée: dès lors, la porte est ouverte à l'infiltration; on constate bientôt un gonflement œdémateux, puis rouge, tendu, luisant, offrant un empâtement caractéristique et très douloureux à la pression. Bientôt la tumeur se ramollit, elle devient fluctuante, et quelquefois même on perçoit avec la fluctuation une sorte de crépitation ou de gargouillement, indice de développement de gaz dans un foyer gangréneux. En même temps, le malade présente des signes non équivoques de résorption urinaire; la sueur et l'haleine prennent une odeur fétide; tous les accidents de la fièvre urinaire éclatent et marchent avec une grande rapidité; les tissus envahis par l'infiltration se gangrènent, et les produits septiques qu'engendre leur mortification viennent ajouter leur action toxique à celle de l'urine.

La marche de la maladie ressemble à celle d'un phlegmon

diffus d'une gravité extrême, et vous voyez quelquefois des malades qui, après avoir présenté sous l'influence d'un traitement rationnel une amélioration notable, meurent d'épuisement par l'abondance de la suppuration.

D'autrefois, l'infiltration d'urine produit des lésions plus circonscrites: si, par exemple, elle se fait lentement, en petite quantité, par une perforation étroite et oblique à la direction du canal, elle peut provoquer une inflammation adhésive dans le tissu cellulaire qui limite la tumeur et la constituer à l'état d'abcès urinaire. Une pareille lésion peut, pendant quelque temps, rester méconnue, surtout si son point de départ est dans la région prostatique, ou dans la portion supérieure de la région membraneuse; mais bientôt la collection purulente tend à fuser dans le tissu cellulaire péri-rectal, dans les fosses ischio-rectales, et vient faire saillie sous la peau qui avoisine l'anus; cette peau se gangrène, s'ulcère, et si le malade résiste à de pareils désordres, ce n'est que pour guérir avec une des variétés les plus rebelles de fistule urinaire. Si le point de départ de la lésion se trouve en avant de l'aponévrose moyenne, ce qui a lieu le plus ordinairement, l'abcès urinaire vient faire saillie dans le périnée antérieur; là on peut le constater beaucoup plus tôt et plus aisément que dans les cas qui précèdent.

Ces abcès peuvent se vider dans le canal et donner lieu à un écoulement qui simule une uréthrite; puis, si l'obstacle du canal est considérable, le travail phlegmasique gagne la peau, l'ulcère, et l'on a une fistule urinaire.

L'infiltration d'urine soit généralisée, soit localisée, et aboutissant dans ce cas à un abcès urinaire, réclame l'in-

intervention chirurgicale immédiate. N'allez pas perdre votre temps à essayer de combattre par le quinine, l'aconit et les différents agents antifebriles, les phénomènes graves que traduit l'état général du malade ; allez droit au point de départ, et incisez franchement et largement les tissus atteints par l'infiltration ; poursuivez-la jusque dans ses points les plus reculés ; vous préviendrez ainsi des désordres plus étendus, et vous mettrez fin à l'empoisonnement urinaire ; vous aurez d'autant plus de chance de réussite que votre intervention sera plus hâtive. Par des incisions suffisantes, vous procurez la sortie libre de l'urine, et vous enrayez l'infiltration ; par le débridement, vous supprimez l'étranglement et le contact irritant, deux causes de gangrène ; enfin, vous vous opposez à la résorption de nouvelles quantités d'urine, et vous limitez l'intoxication au degré qu'elle avait atteint avant votre intervention.

Procédez donc largement dans la pratique des incisions ; multipliez-les, faites-les suffisamment profondes ; n'oubliez pas que, ainsi que le dit Thompson, c'est en pleine urine et non en pleine chair que vous coupez ; une incision qui paraît énorme, semble relativement petite après le dégorgeement. Puis, après quelques jours, occupez-vous de rétablir le calibre du canal, et de lever l'obstacle qui avait été la cause première de tout le mal ; franchissez et dilatez le rétrécissement, et si cela est impossible, profitez d'une incision favorable pour pratiquer l'uréthrotomie externe. Enfin, si l'intervention a été tardive et si la gangrène a produit une destruction plus ou moins étendue, favorisez l'élimination des parties mortifiées et la cicatrisation ; et alors, n'oubliez pas de veiller à l'état général de votre malade.

Le meilleur moyen de prévenir une fistule est dans l'établissement à demeure d'une sonde.

Les fistules sont les suites fréquentes des solutions de continuité des voies urinaires.

Leurs variétés sont nombreuses ; les unes sont communes à l'homme et à la femme, d'autres particulières à cette dernière ; d'autres enfin sont spéciales à l'homme ; c'est de celles-ci que je m'occuperai aujourd'hui.

Les fistules vésicales s'ouvrent dans le rectum ou au périnée ; les premières sont bien plus fréquentes, et elles reconnaissent comme cause la taille rectale, la ponction rectale, les corps étrangers, les calculs ; des abcès ou une dégénérescence cancéreuse de la cloison recto-vésicale peuvent encore leur donner naissance. Un orifice large livre passage à la plus grande partie de l'urine, aux matières et aux gaz ; ces deux erreurs de lieu dans le séjour des produits excrémentitiels amènent des résultats fort graves, en particulier des diarrhées persistantes, le catarrhe de vessie, des phlegmons ; la gravité de ces résultats est augmentée par l'incurabilité habituelle de ces fistules ; cette incurabilité dépend en grande partie de la difficulté de la manœuvre des instruments. Dans une petite fistule, on emploiera avec avantage la sonde à demeure ; on a également proposé la cautérisation du pertuis avec le galvano-cautère. La position a réussi à Thompson chez un officier porteur de fistule rectale suite d'abcès ; il guérit parfaitement en six semaines, en se mettant constamment sur le ventre pour uriner ; mais dans deux autres cas, Thompson a vu ce moyen échouer. En résumé, dans ces fistules comme dans toutes les autres, la

première indication du traitement consiste à supprimer le passage de l'urine par le trajet anormal.

Les fistules de l'urèthre ont été divisées en un grand nombre d'espèces : avec Voillemier, je crois qu'il faut rejeter comme arbitraire et dénuée de toute utilité pratique la division classique en fistules complètes, borgnes externes, borgnes internes : les secondes ne sont pas des fistules urinaires, puisque l'urine n'y passe pas ; quant aux fistules borgnes internes, ce sont de véritables poches purulentes, et leur histoire doit être confondue avec celle des poches urineuses. La seule division qui mérite d'être conservée est basée sur le siège ; la fistule urinaire emprunte en effet à ce siège des caractères spéciaux au triple point de vue de la cause, de la pathogénie et du traitement. Vous reconnaîtrez ainsi trois espèces de fistules uréthrales : les fistules uréthro-rectales, les périnéales, et les péniennes. Les premières sont rares ; on les voit à la suite d'opérations de taille avec blessure de l'intestin, des abcès prostatiques ou périprostatiques ouverts à la fois dans le rectum et dans le canal ; A. Bérard leur insigne comme symptômes : l'écoulement de l'urine par le rectum, le passage de gazs et de matières par l'urèthre ; il faut évidemment un orifice assez large pour permettre entre le rectum et le canal de l'urèthre cet échange contre nature ; lorsque cet orifice spacieux existe, on peut sentir directement la sonde métallique par le toucher rectal. Une telle lésion est à coup sûr fort fâcheuse, mais elle présente moins de gravité qu'une fistule vésico-rectale. On tentera la guérison en procédant de la manière suivante : on commencera par calibrer le canal de l'urèthre ; on pratiquera le cathétérisme à chaque envie d'uriner ; l'ori-

fice de communication sera touché au nitrate d'argent ou à la teinture de cantharide ; s'il est facilement abordable par le rectum, on pratiquera la cautérisation actuelle avec le galvano-cautère. A. Cooper a proposé une large incision s'étendant jusqu'au col de la vessie ; Desault, la section du muscle sphincter : ces derniers moyens sont bien incertains.

Les fistules uréthro-scrotales et uréthro-périnéales se produisent sous l'influence de causes variées ; tantôt, en effet, elles succèdent à un traumatisme, tantôt à un calcul qui, après avoir perforé l'urèthre, s'échappe par le périnée ; le plus ordinairement elles sont consécutives aux ulcérations de la muqueuse en arrière d'un rétrécissement, ulcérations qui amènent les poches urineuses, l'infiltration d'urine, les abcès urineux ; tantôt, enfin, elles succèdent à l'ouverture d'un abcès périurétral, ouverture qui s'est faite à la fois en dedans et en dehors. Cette variabilité des causes se retrouve dans la disposition de ces fistules ; habituellement l'orifice urétral est unique, mais les orifices cutanés sont nombreux et souvent très-distants ; on les rencontre à la marge de l'anus, à la région fessière, sur la paroi abdominale antérieure, etc. Leur trajet est souvent sinueux, limité par une membrane épaisse, calleuse, et par des tissus indurés dans une étendue considérable. Elles livrent passage à l'urine, quelquefois au sperme, et un stylet conduit dans leur intérieur peut souvent aller rejoindre une sonde métallique introduite dans l'urèthre. La dilatation, au besoin l'uréthrotomie interne, doivent être employées en premier lieu, puis on continue le traitement par les sondes à demeure, mieux encore par le cathétérisme

répété à chaque besoin d'uriner ; le succès dépend de la persévérance et des soins du chirurgien , qui trouvera dans le malade un aide précieux , si ce dernier parvient à se sonder lui-même de manière à ne jamais laisser l'urine s'écouler spontanément. Mais il est des cas où la dilatation et l'uréthrotomie interne ne sont pas praticables ; c'est lorsqu'en avant de la fistule , le canal s'est considérablement rétréci dans une grande étendue ; souvent alors on doit pratiquer l'uréthrotomie externe.

Dans les cas de fistule avec perte de substance , vous pourrez employer l'autoplastie : la première opération de ce genre fut faite par Earle en 1819 : depuis , on cite quelques cas de succès. Il ne faut pas espérer la réunion dès la première opération ; Earle et les chirurgiens qui l'ont imité ont dû la guérison complète à une série d'opérations successives. C'est surtout dans la dernière classe de fistules uréthrales que nous allons étudier , que l'autoplastie trouve des applications heureuses.

Les fistules péniennes sont plus rares que les fistules périnéales ; celles qui sont congénitales , comme l'épispadias et l'hypospadias , ont été l'objet de procédés opératoires variés , et dont l'application a été suivie de succès inespérés ; je m'en occuperai longuement dans mon cours de médecine opératoire de cette année.

Les autres sont accidentelles ; rarement elles sont causées par un rétrécissement , quelquefois elles sont le résultat d'une perte de substance produite par un chancre ; plus souvent elles ont une origine traumatique. Elles présentent deux variétés bien distinctes : les unes sont en boutonnière à bords minces , simple ouverture sans trajet ; les autres

représentent de véritables fistules à trajet , offrant un orifice cutané et un orifice muqueux. Cette distinction établie par Boyer , mais surtout par le professeur Verneuil , est très-importante au point de vue du traitement. Presque toutes ces fistules sont accompagnées de la diminution du calibre du canal en avant de la fistule , étroitesse du canal qu'il faut modifier avant de songer à guérir la perte de substance. En général , le trajet fistuleux est court , oblique ; l'orifice externe est en saillie , l'interne en entonnoir. Les lèvres d'une fistule en boutonnière sont quelquefois d'une minceur extrême , condition qui rend leur guérison difficile , et l'un des points les plus délicats de la médecine opératoire.

La réunion a deux ennemis à redouter : l'érection et le contact de l'urine ; dans les vingt-quatre heures qui suivent l'opération , il semble que la guérison soit assurée , mais bientôt la déchirure des points suturés par le gonflement de la verge dans l'érection , la gangrène des lèvres de la plaie par suite du contact de l'urine viennent compromettre le succès. Vous empêcherez l'érection en soumettant votre malade à un traitement préventif par le brômure de potassium ou le brômure de camphre ; vous éviterez le contact de l'urine en mettant une sonde à demeure , ou mieux encore , ainsi que Velpeau l'a conseillé depuis longtemps , par le cathétérisme répété à chaque besoin d'uriner ; une injection d'huile facilitera le passage de la sonde.

La cautérisation des lèvres de la perte de substance rend peu de services , sauf dans les cas où le pertuis fistuleux est excessivement étroit , où lorsque la fistule a un véritable trajet.

La suture a été employée avec succès par Dieffenbach et

Ricord. Le professeur Le Fort a appliqué au traitement d'une fistule uréthro-pénienne le procédé d'autoplastie par la face externe de la peau, qu'il a inventé pour une fistule du larynx; il enleva les couches superficielles du derme autour de l'ouverture cutanée, aviva les bords de la fistule, et réunit les faces opposées de la peau par des points de suture entre-coupée, la guérison fut complète. D'ailleurs tous les modes d'autoplastie ont été mis en usage: je vous citerai la méthode ancienne, dite de Celse, autoplastie par glissement, avec incisions libératrices; les procédés dits à tiroirs, d'Alliot et de Gaillard de Poitiers; la méthode indienne, pratiquée par A. Cooper en 1818 sur un homme du 56 ans, qu'il guérit après plusieurs opérations partielles, et par Delpéch en 1830 sur un enfant de 11 ans; l'autoplastie par doublure, appliquée par Sédillot, dans laquelle on constitue avec le prépuce un lambeau de recouvrement, superposé à deux petits lambeaux quadrilatères adhérent aux bords de la fistule, et renversés en dedans de façon que leur face épidermique regarde l'urèthre; Sédillot y joignit la boutonnière périnéale. Cette dernière opération avait d'ailleurs été pratiquée en 1834 par Viguerie de Toulouse, mais elle offre des chances d'accidents, et peut être suivie de l'établissement d'un rétrécissement cicatriciel. Aussi Malgaigne propose-t-il avec raison, dans le cas où l'état des parties commanderait une intervention immédiate, de pratiquer plutôt la ponction sus pubienne et d'y établir une sonde à demeure jusqu'à guérison de la fistule. Il ne faut jamais espérer de guérir d'emblée une fistule en boutonnière; on n'y arrive le plus souvent que par des opérations successives, ou par la transformation de la fistule en

boutonnière en fistule à trajet, laquelle est passible de guérison par la cautérisation. Dans un cas de fistule pénienne, sur un jeune homme de 45 ans chez lequel la perte de substance avait été produite par la striction de la verge avec une ficelle, je séparai par dédoublement les bords de la fistule en deux feuilletts, l'un muqueux, l'autre cutané: je réunis séparément les lèvres des deux feuilletts, faisant ainsi une sorte de suture à étage, par un procédé analogue à celui qu'employa plusieurs fois M. Delore, de Lyon. La fistule, qui mesurait huit millimètres avant l'opération, fut réduite à un simple pertuis, que j'oblitérai six semaines après, par une cautérisation avec un stylet rougi à blanc.