

complète de la poche purulente. Il reproche à la méthode classique de l'incision simple avec drainage la persistance autour du canal de lésions qui, par leur évolution de sclérose, seront toujours le point de départ de nouveaux accidents. Il cite, à l'appui, l'histoire de deux malades dont le périnée a été autrefois incisé et dont le rétrécissement a été traité par la dilatation ou par l'uréthrotomie interne. Or, à quelques années de là, ces opérés reviennent avec une récurrence de leur rétrécissement, récurrence compliquée de masses fibreuses péri-urétrales; et, si l'on intervient à nouveau par l'uréthrotomie externe, on trouve autour du canal de longues bandes de tissu dur, véritable phlegmon chronique, constituant une sorte de rétrécissement extérieur à l'urètre. Il est donc logique de prévenir ces formations scléreuses par l'ablation intégrale du foyer de suppuration. Horteloup l'a réalisée deux fois: le malade étant placé dans la position de la taille, les bourses relevées par un aide, un cathéter étant mené jusqu'au rétrécissement, deux incisions, convexes en dehors, excisent au niveau de la collection un morceau semblable à un quartier d'orange. Est-ce un abcès chronique, l'index introduit dans le foyer reconnaît les points indurés qui sont enlevés soit au bistouri, soit aux ciseaux; le canal est libéré de toutes les indurations périphériques et « apparaît au fond de la plaie semblable à une grosse artère injectée ». S'agit-il d'une collection aiguë et phlegmoneuse, la dissection est plus simple, la poche molle et souple se laisse, nous dit Horteloup, détacher avec le doigt; souvent elle se déchire et on ne l'enlève que par lambeaux; mais le résultat est le même.

Dans un second temps, on intervient à ciel ouvert contre le rétrécissement: « Suivant les lésions que j'observe, formule Horteloup, je pratique l'uréthrotomie soit interne, soit externe, ou la résection soit totale, soit partielle ». Ce point a été discuté à propos des rétrécissements. La méthode opératoire de Horteloup se recommande par de sérieux titres: l'excision de la poche purulente est certes la meilleure asepsie qu'on puisse faire; l'action opératoire sur le canal devient clairvoyante, préférable à l'uréthrotomie interne faite à l'aveugle dans une séance ultérieure; on ne peut nier que la rétraction inodulaire du foyer suppuré péri-urétral ne menace l'avenir du canal. La pratique de l'extirpation de l'abcès urinaire s'appuie sur de bonnes raisons et sur quelques bons exemples; nous la croyons indiquée toutes les fois qu'elle est réalisable, mais nous craignons qu'elle ne soit trop souvent impraticable en raison des prolongements de la collection.

### III

#### TUMEURS URINEUSES

Ce ne sont que des variétés froides, lentes de péri-urétrites; ici, l'induration inflammatoire et l'hyperplasie conjonctive sont la seule traduction de l'irritation du tissu cellulaire. L'infection a été de faible virulence; un travail de réaction inflammatoire s'est allumé qui l'a enkystée et finit par aboutir à la formation de tumeurs scléreuses, véritables fibromes d'une dureté presque pierreuse caractéristique. Il s'est formé ainsi peu à peu par un noyau plus ou moins volumineux, occupant généralement la ligne médiane, intimement accolé à la paroi du canal. Elles ne sont pas seulement dures, elles s'immobilisent, et, pour peu

qu'elles remplissent l'espace compris entre les deux ischions, aucune ligne de démarcation ne les sépare des parois osseuses. « Maintes fois, nous dit Tillaux, j'ai vu des élèves croire à un enchondrome ou à une exostose du bassin », et l'embarras diagnostique devient surtout grand quand, au lieu de tumeurs situées sur le raphé périnéal, il s'agit de nodosités occupant, ainsi que nous l'avons observé, soit le voisinage de la symphyse, soit, comme on en a signalé quelques cas rares, siégeant à la fosse iliaque. Ces tumeurs sont capables du reste de s'échauffer, de suppurer, de devenir abcès urinaire, parfois à l'occasion d'une contusion locale, en d'autres cas à la suite de l'arrivée d'une nouvelle quantité d'urine épanchée. Ou bien, tout en gardant leur allure aplegmasique, elles évoluent comme un abcès froid et aboutissent insidieusement à la formation d'une fistule. Les destinées d'une tumeur urinaire abcédée sont celles d'un véritable abcès urinaire: tantôt elles se vident dans le canal, les urines s'écoulent involontairement après la miction troubles et chargées de débris; plus souvent, elles s'évacuent par une double communication dans l'urètre et vers la peau. — Si la tumeur urinaire gêne mécaniquement la miction, il convient de procéder à son extirpation. Quand elle suppure, elle doit être traitée par l'incision hâtive et large suivie du curettage de sa paroi, ou mieux par l'excision totale de ses callosités.

## CHAPITRE X

### FISTULES DE L'URÈTHRE

CHOPART, Traité des maladies des voies urinaires, 1821, t. II, p. 350-382. — LOUIS, Mémoires sur les pierres urinaires formées hors des voies naturelles. *Mém. de l'Acad. roy. de chir.*, t. II, p. 519. — DIEFFENBACH, Mémoires sur les fistules urétrales. *Gaz. méd.*, 1856. — DIEFFENBACH, Mémoires sur le traitement des fistules urinaires. *Arch. de méd. et de chir.*, 1857, t. XIII. — ASTLEY COOPER, Mémoires sur les fistules du canal de l'urètre. *Œuvres chir.* Trad. par Chassaignac et Richelot. Paris, 1857. — BOULAND, Des fistules uréthro-péniennes. Thèse de Paris, 1855. — COCTEAU, Des fistules urétrales chez l'homme. Thèse d'agrég., 1869. — PHAPHOUTAKI, Des fistules urétrales périnéo-scrotales. Thèse de Paris, 1871. — VOILLEMIER, Traité des maladies des voies urinaires, t. I, p. 422. — THOMPSON, Traité des maladies des voies urinaires. Trad. franç. Paris, 1874. — DE JEAUFFRAU-BLAZAC, Considérations sur le traitement des fistules uréthro-péniennes. Thèse de Paris, 1874. — DEVIN, Des fistules uréthro-rectales. Thèse de Paris, 1875. — PAUFFARD, Fistules uréthro-péniennes et uréthro-scrotales. Thèse de Paris, 1879. — GUYON, Fistules urinaires. *Clinique chir. Semaine méd.*, 1885, p. 77. — DUPLAY, Traité de pathologie externe, 1884, t. VII, p. 167. — ROBERT, Fistules uréthro-péniennes. Mémoire publié dans les *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1885, p. 408 et 526. — BOULLY, art. FISTULES URINAIRES du *Nouveau Dict. de méd. et de chir.*, 1885, t. XXXVII. — E. MONOD, art. FISTULES URINAIRES du *Dict. encyclop. des sciences méd.*, 1886, 5<sup>e</sup> série, t. I.

Il n'y a point lieu — Louis en avait dès longtemps fait la critique et Voillemier l'a discuté à nouveau — de conserver, à côté des fistules urétrales complètes, ces deux espèces: les borgnes externes et les borgnes internes. Les premières ne sont que des abcès para-urétraux, ouverts à l'extérieur et restés fistuleux; elles peuvent, à la vérité, par ouverture secondaire dans le canal, achever leur trajet et se constituer en fistules complètes; à ce titre seul, elles méritent ici une brève mention. Quant aux borgnes internes, c'est un groupe artificiel et hétérogène, où pourraient se ranger, à côté des fausses routes, les

cavernes prostatiques, continuant à se vider dans l'urèthre, et tout diverticule glandulaire à suppuration chronique, représentant, pour ainsi parler, le type en miniature. Assurément, ces lésions répondent souvent à la phase initiale d'une fistule uréthrale complète en voie de formation; mais ce n'est pour elles qu'une terminaison éventuelle.

On peut distinguer trois variétés de fistules uréthrales : celles qui ont pour siège la partie libre de la verge; celles qui occupent le périnée et le scrotum; celles qui font communiquer le canal avec le rectum. Cette division n'est point indiquée par des raisons de topographie pure, mais par des dissemblances d'origine, de caractères anatomiques et de thérapeutique.

### FISTULES URÉTHRO-PÉNIENNES

**Étiologie.** — Elles peuvent être d'origine traumatique et succéder à une plaie simple ou contuse du canal : l'écartement des bouts uréthraux ou le recroquevillement de la muqueuse, le passage de l'urine, la sténose progressive du tronçon antérieur sont les facteurs de cette fistulisation; la suture méthodique à étages doit désormais prévenir cette terminaison des plaies uréthrales. — La situation superficielle « à fleur de peau » du canal pénien, l'inoculation possible de la peau de la verge par le virus syphilitique ou chancrilleux, exposent l'urèthre à une variété intéressante de fistules : l'ulcération progressive et approfondie d'un chancre infectant ou mou peut ouvrir le canal et creuser un trajet complet. Autre espèce particulière à cette portion uréthrale : un enfant, par étourderie, un adulte, par fantaisie érotique, ont passé leur verge dans un anneau ou l'ont serrée d'un lien circulaire; l'érection gonfle le pénis qui, de plus en plus, s'étrangle; si on ne le libère point assez tôt, il se fait un cercle de sphacèle, propice à la création d'une fistule urinaire; nous avons vu mourir du tétanos un homme qui avait eu cette « distraction ».

Les fistules consécutives aux vrais abcès urinaires sont rares dans cette portion de l'urèthre; mais il est fréquent d'observer le type suivant : dans un canal atteint de blennorrhagie chronique, parfois serré de menues brides, plus rarement au cours d'une inflammation aiguë, l'urétrite folliculaire se propage à l'atmosphère cellulaire ambiante; un noyau de péri-folliculite se forme, se ramollit, s'ouvre et souvent demeure fistuleux. Englisch a soutenu, avec quelque raison, que cette terminaison s'observe surtout chez les sujets tuberculeux.

**Anatomie pathologique.** — Le trajet est toujours direct et bref; quelquefois même, grâce à la minceur atrophique du corps spongieux uréthral au voisinage de la fistule, les deux orifices, muqueux et cutané, semblent se confondre. Contrairement aux trajets anfractueux et complexes qui peuvent labourer la région périnéale, le parcours des fistules uréthro-péniennes est habituellement unique, obliquement abouché vers le canal d'arrière en avant, parfois perpendiculaire à l'axe du conduit. « L'orifice externe, dit Voillemier, est un peu enfoncé, mais je ne l'ai jamais vu bordé d'une végétation, si ce n'est quand la fistule se trouve dans le pli scrotal; l'interne a la forme d'un entonnoir; cette disposition tient à l'oblitération et à la disparition du tissu spon-

gieux du canal autour de la fistule; je l'ai constatée assez souvent sur le cadavre pour la regarder comme constante. » Ajoutons cependant que cet aspect se subordonne à la variété étiologique et surtout à la période d'évolution de la fistule : un chancre qui a entamé le canal a l'aspect d'un véritable évidement « en cuvette », à orifice externe élargi et granulant; au contraire, un abcès de péri-folliculite devenu fistuleux pourra s'ouvrir par un pertuis étroit. Les diverses causes productrices de la fistule sont inégalement destructrices pour la peau : de là des variétés de l'orifice externe, d'ailleurs corrigibles par la cicatrisation ultérieure. Quand l'urèthre a souffert une large perte de substance, la fistule peut atteindre une longueur de 2 à 3 centimètres; c'est alors une fente à bords minces et peu vasculaires, au fond de laquelle apparaît la paroi supérieure du canal, tomenteuse et d'un rouge foncé dans le cas de lésion récente, lisse et pâle si l'affection est ancienne.

**Symptomatologie.** — Le passage de l'urine et du sperme par le parcours fistuleux et l'irrégularité de l'érection glandaire constituent, à des degrés variables suivant l'ampleur des orifices, la symptomatologie des fistules uréthro-péniennes. L'urine s'écoule à la fois par le méat et la fistule. Le volume réciproque des deux jets varie avec les dispositions anatomiques. Si la fistule est large et que ses orifices ne soient pas oblitérés par une soupape cutanée ou muqueuse, presque toute l'urine suit le canal de dérivation; dans le cas contraire, la voie anormale peut ne laisser suinter que quelques gouttes d'urine, mêlées à un peu de pus. Entre ces degrés extrêmes, on rencontre tous les intermédiaires. Comprime-t-on pendant la miction la portion d'urèthre en aval de la fistule, on voit l'écoulement anormal augmenter de quantité; cet artifice ne suffit point parfois à déceler la présence des fistules très étroites : on peut alors essayer des injections colorées poussées par le méat. L'urine sort de la fistule par « bavure », rarement sous forme de jet bien lancé : aussi dégoutte-t-elle sur la peau de la verge, du scrotum, des cuisses, qui subissent une macération et deviennent érythémateuses. Les malades exhalent l'odeur urinaire. L'issue du sperme obéit aux mêmes lois que l'écoulement urinaire; il peut arriver que la vigueur de l'éjaculation le projette au-dessus de l'orifice fistuleux, vers le canal antérieur. L'atrophie lente des corps caverneux et spongieux détermine parfois à la longue une incurvation du gland, analogue à celle des hypospades.

**Pronostic.** — Les fistules uréthro-péniennes, à trajet habituellement simple, non compliqué de callosités et de diverticules, comportent assurément un pronostic moins sérieux que celles qui s'ouvrent au périnée. Leur gravité ne se rattache qu'à leur difficile curabilité; il n'y a qu'à parcourir, pour s'en convaincre, les dix-sept pages que Voillemier consacre à l'exposé de leur traitement. Le suintement urinaire, que la sonde à demeure ou le cathétérisme répété n'empêchent pas toujours, est ici l'ennemi des réunions immédiates; la taille soigneuse des lambeaux à double plan, pas plus que l'antisepsie, difficile d'ailleurs à maintenir, ne confèrent une absolue garantie de succès.

**Traitement.** — La cautérisation par un stylet rougi à blanc ou la pointe fine du thermo ne réussit à clore que les plus étroites fistules; nous avons décrit, à propos des urétrites, la façon d'oblitérer ainsi les fistules juxta-uréthrales dues aux suppurations chroniques des glandules qui avoisinent le méat.

Dans la majorité des cas, la suture, après avivement de la marge, constitue

la méthode de choix; nous ne discutons plus sur les mérites respectifs des points entrecoupés, entortillés, ou de la suture « en gousset », que Dieffenbach faufilaient autour de l'orifice et serrait à la manière des cordons d'une bourse; tous les fils nous paraissent bons, pourvu qu'ils soient aseptiques, mais la soie et le crin de Florence sont assurément les plus utilisables. La question dominante, c'est de créer une cruentation large: Nélaton imagina l'adossement de la face profonde de la peau. Les bords fistulaires ayant été mis à vif, deux incisions transversales sont pratiquées, l'une en avant, l'autre en arrière de l'ouverture uréthrale; un bistouri mousse, glissé sous la peau, la décolle sur une certaine étendue tout autour de la fistule; une suture entortillée oppose non seulement les lèvres de l'orifice, mais la face profonde des environs cutanés. Nous préférons l'opération de Voillemier: aviver le pourtour cutané sur une étendue d'un 1/2 centimètre, de façon à affronter, suivant la méthode américaine, des surfaces

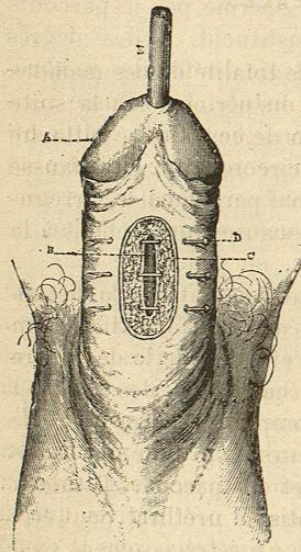


FIG. 215. — Avivement de Voillemier.

et non des bords; poursuivre, avec le plus grand soin, l'adossement total, en pleine face, des deux talus de la cuvette avivée; ne pas faire traverser à l'aiguille les parois de l'urèthre, mais la pousser obliquement à travers chaque lèvre cruentée, et la tenir, de chaque côté, un peu en dehors du bord de la muqueuse. De cette façon, non seulement on oppose les surfaces saignantes de la peau, mais encore, ainsi que disait Voillemier, « on bouche la fistule avec ses propres bords qui se trouvent renversés du côté de l'urèthre ».

Si la fistule est trop large, il faut bien recourir à l'autoplastie. Des lambeaux ont été, à cet effet, empruntés à tous les points du voisinage. Cooper et Delpech les ont taillés dans le scrotum; Earle et Alliot les ont pris sur les flancs de la verge; Dieffenbach a utilisé le prépuce; Delpech a découpé dans l'aîne un lambeau de 3 pouces de côté. L'autoplastie préputiale ne serait utilisable que pour un orifice très voisin du gland: on doublerait cette membrane de façon à ne pas intéresser la muqueuse, et l'on attirerait en arrière le feuillet cutané sur la fistule préalablement avivée; mais les orifices de ce genre sont habituellement très étroits, et la cautérisation suffit souvent à leur clôture. Dans le cas d'un orifice occupant la partie moyenne de l'urèthre pénien, on pourra, ainsi que dans le procédé Duplay pour l'hypospadias, disséquer, de chaque côté de la fistule, un petit lambeau qu'on renversera en dedans et qui opposera sa face cruentée à celle d'un lambeau latéral décollé sur le flanc correspondant de la verge. L'ouverture est-elle voisine de la racine des bourses, l'emploi de la peau scrotale, assez épaisse et assez lâche pour fournir un lambeau long et bien nourri, est très recommandable; à l'exemple de Delpech, on disséquera la pièce scrotale d'avant en arrière, et on l'amènera, par glissement, sur la fistule avivée; il sera plus sûr d'utiliser un double plan et de tailler un lambeau pénien, renversé d'avant en arrière et recouvert par le lambeau du scrotum.

La sonde à demeure ou le cathétérisme répété protégeront, contre le contact d'urine, la ligne de sutures. Dans le cas d'une fistule rebelle, traitée déjà sans

succès, compliquée de cicatrice irrégulière et de vaste perte de substance, on pourrait, à la rigueur, établir une boutonnière périnéale dans l'urèthre membraneux, qui dériverait l'urine pendant le travail de cicatrisation. Viguerie fut amené fortuitement à cette proposition: un malade, au périnée fistuleux, était traité depuis plusieurs mois par la sonde à demeure quand un de ces instruments se brisa et une partie resta dans la vessie; Viguerie pratiqua la taille pour retirer ces fragments; la plaie demeura ouverte pendant quarante jours pendant lesquels les fistules guérirent d'elles-mêmes. Deux ans plus tard, en 1858, Dieffenbach reprit cette idée, mais ne l'appliqua point; Ségalas la mit deux fois en pratique.

## II

## FISTULES SCROTALES ET PÉRINÉALES

**Étiologie.** — Un fait domine leur étiologie: la presque totalité de ces malades sont des rétrécis qui sont arrivés à la fistule scrotale ou périnéale, à la suite d'un abcès urinaire. C'est dire que le mode de formation de ce trajet se rattache à l'histoire, d'ailleurs écrite, de l'infiltration urinaire circonscrite. Une fausse route amorçant l'infiltration urinaire; l'éraillure du canal par un calcul irrégulier, arrêté derrière un point rétréci: voilà encore des causes qui mènent à la fistule en passant par l'abcès urinaire.

Les ruptures traumatiques de l'urèthre se terminent souvent par la fistulisation. La contusion violente des parties molles périnéales, la formation d'un foyer irrégulier propice aux complications septiques, l'étendue de la déchirure uréthrale, qui parfois est une section complète avec écartement des bouts et recroquevillement de la muqueuse, ou même peut se compliquer d'une perte de substance large de la paroi meurtrie: tels sont les facteurs de gravité qui expliquent la fréquence de l'infiltration urinaire primitive et des parcours fistuleux qui en résultent. A plus lointaine échéance, le traumatisme uréthral peut être l'origine de fistules qui relèvent d'un autre mécanisme: un rétrécissement s'est formé, remarquable par sa précocité; et une péri-urétrite suppurée et fistuleuse peut en résulter.

Maints exemples ont été rapportés autrefois d'incisions pratiquées sur le canal pour extraire un corps étranger engagé dans sa cavité et qui ne se sont point cicatrisées; à l'heure actuelle, la suture méthodique et étagée des parois et des tissus juxta-urétraux est une garantie contre cette complication. La taille périnéale était souvent suivie de fistule, et cela s'expliquait généralement par l'action contuse d'une pierre volumineuse péniblement accouchée; ailleurs, elle paraissait tenir à l'incrustation calcaire des bords de la plaie prostatique: l'accident deviendra rare, autant que l'intervention.

Des abcès para-urétraux sont quelquefois l'origine de fistules scrotales ou périnéales. Telles les cowpérites suppurées qui s'ouvrent à la peau et dans le canal, sur lesquelles Reliquet a justement appelé l'attention, et qui peuvent par des trajets complexes, dont nous venons de voir un exemple, s'ouvrir dans le rectum. Tels encore ces abcès froids de la péri-urétrite tuberculeuse, qui peuvent se former vers la racine du scrotum, comme en tous les points de l'urèthre pénien: la constitution même de leurs parois inaptés au bourgeonnement de