

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

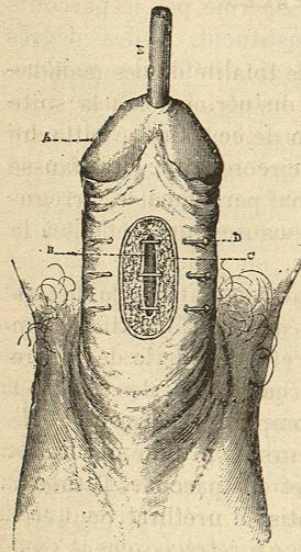


FIG. 215. — Avivement de Voillemier.

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-uréthraux 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-uréthraux sont quelquefois l'origine de fistules scrotales ou périnéales. Telles les cœpérites 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

Bon aloi, l'écoulement du pus incessamment alimenté par la fonte caséuse de l'infiltrat pariétal, expliquent bien la permanence des trajets qui en résultent. Enfin, les suppurations de la prostate ont de fréquentes fusées vers le périnée ou les fosses ischio-rectales : de là, des parcours complexes qui montent habituellement vers un foyer cavitairé de la glande en communication avec le canal.

Anatomie pathologique. — L'orifice interne est habituellement unique, quelquefois on a trouvé l'urèthre membraneux ou prostatique percillé de petits pertuis qui convergent vers un même trajet ou qui aboutissent à un clapier commun, sur lequel s'embranchent les canaux efférents.

Il existe en général plusieurs orifices cutanés. Civiale en aurait compté 52 sur le même sujet. On les trouve indifféremment sur toute la surface du périnée ou du scrotum. Mais ils peuvent s'ouvrir en des points très éloignés du trajet principal. On a vu l'urine infiltrée dans le tissu cellulaire péri-prostatique, remonter le long de l'aponévrose prostato-périnéale, s'épancher dans le bassin, en sortir par la grande échancrure sciatique et venir se faire jour au niveau du grand trochanter. Dans d'autres cas, les abcès urinaires venaient se former à la marge de l'anus, au pli de l'aîne, aux lombes, à l'hypogastre. Cruveilhier a observé un cas de trajet fistuleux s'ouvrant près de l'angle inférieur de l'omoplate. Il importe de connaître ces parcours lointains.

Tantôt ces pertuis apparaissent au sommet d'un durillon rougeâtre, en cul de poule, tantôt ils se cachent derrière un repli cutané. Ils restent séparés les

uns des autres par des intervalles variables de peau saine ou bien se réunissent en un amas fongueux et végétant, saignant à la moindre violence, ou criblent de leurs orifices une nappe dure de phlegmon chronique. Leur diamètre, quelquefois assez étroit pour admettre à peine une bougie filiforme, est généralement assez large pour permettre l'introduction d'une petite sonde.

Le trajet fistuleux présente des caractères anatomiques très variables suivant les cas. Dans les fistules récentes, il est quelquefois rectiligne; mais, dans l'immense majorité des cas, il est irrégulier, tortueux et envoie de tous côtés des diverticules terminés en cul-de-sac, ou conduisant à des cavités remplies d'urine et de pus. Ses parois, molles et fongueuses, sont revêtues d'une couche épaisse de bourgeons charnus qui sécrètent

du pus en abondance. Si le trajet est ancien et à peu près direct, il est tapissé par un épithélium de nouvelle formation, lisse, uni, adhérent aux tissus sous-jacents et qui produit une petite quantité de muco-pus. Lorsque les tissus voi-

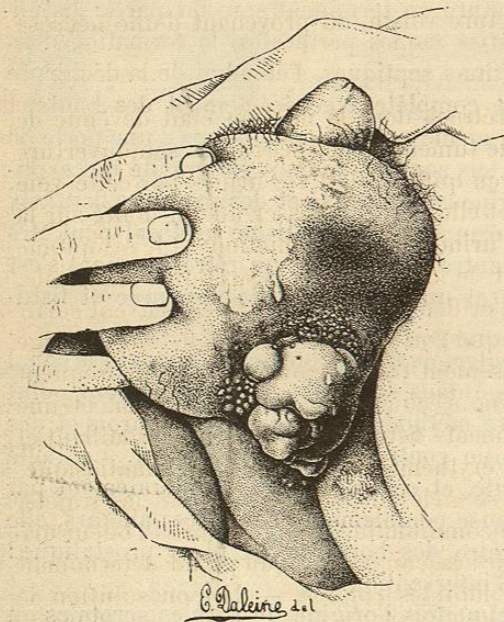


Fig. 214. — Productions fibreuses au niveau de fistules périnéales. (D'après une photographie de notre collection.)

sins ne sont pas eux-mêmes très indurés, on peut apprécier au toucher le cordon plus dense, parfois dur comme un tendon, qui indique la direction du trajet.

Lorsque l'infiltration d'urine suit une marche rapide, le tissu cellulaire est purement et simplement nécrosé. Mais sous l'influence d'une irritation lente et chronique, les cellules conjonctives réagissent par une prolifération abondante. Elles parcourent toutes les étapes de leur développement : leur structure, plus ou moins lâche au début, se resserre; les éléments cellulaires font place à de grandes fibres conjonctives, les vaisseaux diminuent de calibre et s'oblitérent, le tissu devient blanchâtre, induré et scléreux, et subit çà et là la métaplasie cartilagineuse ou osseuse. Tantôt le périnée et le scrotum s'épaississent dans toute leur masse en formant un gâteau éléphantiasique qui ensevelit presque le pénis. Tantôt au lieu de ces altérations diffuses, on observe des noyaux isolés de sclérose circonscrite, qui peuvent acquérir un volume assez considérable pour rendre leur ablation nécessaire. Dans un cas de Voillemier, une tumeur de ce genre fut reconnue à l'examen histologique comme étant un myome fibreux. Eugène Monod rapporte l'observation d'un homme qui présentait au périnée une tumeur analogue plus grosse qu'un poing d'adulte, et entourée de tissus très indurés; c'était un fibrome éléphantiasique.

Il n'est pas rare de rencontrer dans les trajets fistuleux des calculs venus de la vessie ou de la prostate qui s'accroissent par les dépôts successifs des sels urinaires. Ils se forment rarement sur place. On observe plus fréquemment une véritable incrustation calcaire des parois du trajet, à la suite d'une plaie contuse accidentelle ou chirurgicale. On a rencontré aussi — éventualité rare — des séquestres éliminés d'un foyer de fracture voisin, ou provenant d'une nécrose des branches ischio-pubiennes.

Symptômes et diagnostic. — Un rétréci, dont la miction était devenue de plus en plus pénible, a vu se former une tumeur au périnée; après son ouverture spontanée ou chirurgicale, il s'est aperçu qu'il perdait ses urines par cette voie nouvelle : c'est là l'histoire habituelle et elle ne peut laisser aucun doute sur la nature de l'affection. L'écoulement de l'urine pendant la miction est le symptôme caractéristique, mais il varie suivant le degré de la coarctation uréthrale, suivant le diamètre et l'orientation de l'orifice interne. Les urines peuvent sortir en totalité par le périnée : cela indique que l'orifice interne de la fistule est large et qu'il existe en aval d'elle un rétrécissement très prononcé. Il est plus fréquent de voir la plus grande partie de l'urine s'écouler par le méat normal et une quantité moindre s'égoutter par les « méats fistuleux » du périnée, souillant et mouillant la peau voisine, macérée, érythémateuse, parfois éléphantiasique. Quand une très faible quantité d'urine se mêle au pus que sécrètent les trajets, il devient difficile de savoir si la fistule communique avec l'urèthre : l'odeur urineuse permet de « flairer » le diagnostic; la compression du gland déterminant le reflux, l'injection, par le méat, de liquides colorés, — lait ou solution de permanganate — sont des artifices propres à démontrer cette communication.

Lorsque le trajet fistuleux a une certaine longueur et qu'il traverse des parties restées souples, on peut le palper, surtout dans la région scrotale, sous la forme d'un cordon dur, orienté vers l'urèthre. L'exploration directe de la fistule, combinée au cathétérisme uréthral, permet de compléter le diagnostic ou de l'établir dans les cas douteux. Une sonde métallique étant introduite dans la vessie, on pousse avec précaution un stylet flexible et boutonné par l'orifice

externe; la rencontre des deux cathéters produit une sensation spéciale qui ne laisse aucun doute sur l'existence de la fistule. Il peut arriver que cette rencontre des deux instruments ne se produise pas, bien que la communication existe; c'est qu'en effet, grâce aux sinuosités du trajet et à la présence des clapiers secondaires, le stylet ne suit pas toujours la voie principale: il s'engage dans les impasses, il ne peut plus avancer; son impulsion mal dirigée, ou vivement poussée, risquerait de créer une fausse route.

En présence d'une fistule périnéale, le chirurgien doit éliminer les hypothèses suivantes: il ne s'agit point d'un trajet borgne aboutissant à un abcès simple ou tuberculeux para-urétral; il n'a point affaire à une fistule d'origine ano-rectale, ou dépendant d'une ostéite nécrotique des branches ischio-pubiennes. La constatation de l'issue des urines, l'exploration au stylet, associée au cathétérisme, permettent d'écarter la première cause d'erreur. Le passage des matières et des gaz, le cheminement de la sonde exploratrice vers le rectum, le toucher combiné intra-rectal qui sent le bec de la sonde à nu ou sous la muqueuse, renseignent sur l'origine ano-rectale du trajet. Le cas devient embarrassant quand il s'agit de ces parcours en Y, consécutifs aux suppurations péri-prostatiques, qui présentent un trajet urétral et rectal branchés sur la fistule du périnée. Les fistules ossifluentes, à orifices peu nombreux, ne laissent suinter qu'un pus grumeleux, inodore; la sonde arrive sur l'os dénudé et reconnaît le son sec de la nécrose ou l'effondrement mou des trabécules cariées. Les trajets fistuleux peuvent subir la dégénérescence cancéreuse secondaire ou bien succéder primitivement à des néoplasies malignes ulcérées de l'urètre profond et de la prostate: les fongosités exubérantes, la tuméfaction ganglionnaire inguinale, l'examen microscopique d'un échantillon de ces granulations suspectes, fixeront ce diagnostic.

Pronostic et traitement. — Les fistules du périnée et du scrotum tirent surtout leur gravité des lésions originelles et des complications qui ont pour siège l'appareil urinaire: vieux rétrécis, dont l'urètre est difficile à calibrer, dont le périnée calleux et labouré de clapiers se prête mal à une bonne cicatrisation, dont les reins sont en souffrance, c'est là assurément un mauvais terrain pour opérer. Telle fistule récente succédant à une plaie du périnée, à trajet simple, entouré de parties molles saines et souples, sera, par contre, facile à clôturer.

Rétablir la perméabilité du canal et dériver totalement vers l'urètre le cours de l'urine; modifier les trajets anormaux et susciter leur fermeture cicatricielle: voilà les indications générales du traitement des fistules urétrales. Pour les fistules périnéales et scrotales jeunes, non compliquées de callosités massives et denses, le calibrage de l'urètre rétréci et le détournement de l'urine suffisent maintes fois: la dilatation, et surtout l'uréthrotomie interne ou externe assainissent vite le périnée dont les indurations s'assouplissent, dont les trajets simples se ferment. J.-L. Petit, Desault, Chopart, Hunter, qui se bornaient à traiter les fistules par la sonde à demeure, avaient bien observé ce ramollissement de la sclérose périnéale, le rapprochement progressif des parois fibreuses, la cicatrisation de l'ouverture urétrale. Toutefois, la sonde à demeure demande à être maniée avec réserve: tous les urètres ne peuvent pas supporter, ainsi que le malade dont nous parle Voillemier, quatorze mois de ce traitement; l'orchite, les accidents fébriles, les menaces du côté des reins forcent à l'abandonner pour une intervention plus expéditive. D'autre part, telle fistule périnéale persistante se fermera en quelques jours après sa suppression; le cas de Boyer

est classique: un jeune homme d'Abbeville avait subi onze mois de sonde à demeure; pour venir à Paris, il enleva sa sonde; à son arrivée, Boyer constata que la fistule était cicatrisée.

Les injections modificatrices ne donnent pas grand'chose dans les cas de parcours fistuleux rebelles et durcis; les thermocautérisations stimulent plus activement leur cicatrisation. La permanence des trajets fistuleux tient parfois à des calculs ou à des incrustations calcaires de leurs parois: Benoit, Covillard, ont extrait de clapiers intarissables des formations calculeuses et ont vu le travail de réparation prendre une vive allure. Chez un enfant de douze ans, taillé par Voillemier, la cicatrisation de la plaie périnéale s'arrête et paraît évoluer vers la fistule, la sonde trouve ses parois rugueuses et encroûtées de sels calcaires, le dépôt est cureté et la plaie se ferme en une semaine. L'uréthrotomie interne nous a donné deux succès: mais elle n'a point ici l'action radicale et durable de l'uréthrotomie externe; et bien qu'on puisse voir après elle des périnées scléreuses s'assouplir, des parcours multiples se clore, elle ne se recommande point par cette clairvoyance de la section externe qui poursuit au plein jour l'ouverture et la désinfection de tous les clapiers, l'extirpation des masses calleuses. Donc, si les fistules sont nombreuses, sinueuses, compliquées de clapiers secondaires et d'indurations vieilles: ouvrez l'urètre au périnée, excisez les tissus indurés autour des fistules, réséquez le canal; cela a été discuté et décrit à propos des rétrécissements urétraux. Dans les cas rebelles, on pourra, comme l'a fait Pousson et comme nous l'avons fait, dériver le cours des urines par une cystostomie temporaire sus-pubienne: dans notre cas, l'ouverture de la vessie nous permit d'ailleurs de simplifier, par le cathétérisme rétrograde, l'uréthrotomie externe sans conducteur et la recherche du bout postérieur.

III

FISTULES URÉTHRO-RECTALES

Les fistules uréthro-rectales peuvent être d'origine traumatique, congénitale ou pathologique. La fistule congénitale s'observe à la suite d'abouchements anormaux du rectum dans l'urètre, opérés par le procédé d'Amussat: cette persistance de la communication recto-urétrale a été notée par König, Thomas, Anders, Lejars.

Au temps où florissaient les tailles périnéales, les branches mal orientées ou trop écartées du lithotome ont parfois causé de semblables fistules. On cite encore des faits curieux, mais rares, où elles ont succédé à l'ulcération de l'urètre par un corps étranger intra-rectal, à la pénétration dans le rectum d'un corps étranger urétral.

Dans la presque totalité des cas, elles résultent des lésions suppuratives ou des dégénérescences néoplasiques qui, occupant l'espace inter-uréthro-rectal, tendent à se créer double issue vers l'un et l'autre canal. Les suppurations chaudes et froides de la prostate et de la zone cellulaire périprostatique tiennent, à cet égard, le premier rang. Un abcès de la glande n'a point eu son libre écoulement précocement assuré: une cavité prostatique s'est creusée, et le pus, traversant l'aponévrose prostatopéritonéale, s'est déversé dans le rectum. Si