

indiquée même dans ces cas. C'est ainsi seulement que l'on peut espérer d'obtenir une guérison durable du rétrécissement, grâce aux phénomènes qui succèdent à l'urétrotomie externe, tels que nous les avons exposés plus haut; par contre, on ne saurait considérer la guérison comme assurée à la suite de la simple incision des masses cicatricielles péri-urétrales.

§ 229. — Les rétrécissements provenant de **valvules** ou de **brides cicatricielles**, sont justiciables de l'urétrotomie interne lorsqu'ils ne se laissent pas dilater par des bougies, ou que les brides et valvules ne peuvent être facilement déchirées.

Une autre cause de rétrécissement, rare chez l'homme, plus fréquente chez la femme, ce sont les végétations de l'urètre (papillomes ou polypes); chez l'homme, lorsqu'elles sont accessibles aux instruments, on cherche à les saisir et à les arracher au moyen de la pince urétrale de COLLIN, mentionnée plus haut. On peut aussi les détruire par cautérisation, à l'aide d'un porte-caustique.

Lorsqu'enfin un néoplasme d'une autre nature (carcinome, etc.), est la cause du rétrécissement, le seul moyen de guérison consiste dans l'extirpation, qui ordinairement doit comprendre tout le pénis. Si cette opération n'est pas praticable, et qu'il y ait rétention d'urine, on donnera issue à cette dernière par une ponction de la vessie, et l'on maintiendra ouvert l'orifice de la ponction en laissant une canule à demeure.

Dans plusieurs cas dans lesquels des destructions étendues ne permettaient pas d'espérer le rétablissement de la perméabilité de l'urètre, NUSSBAUM eut l'idée d'établir un nouveau canal au-dessus de la symphyse. Après avoir pratiqué la ponction de la vessie au-dessus du pubis, il introduisit dans l'ouverture un gros drain qu'il laissa jusqu'à cicatrisation des bords de cette dernière. Le malade avait le pouvoir de retenir l'urine dans la vessie en mettant en action les muscles droits abdominaux.

Fistules urétrales.

§ 230. — On divise ordinairement les fistules urétrales, suivant leur siège, en **fistules péniennes**, **fistules périnéales** et **fistules recto-urétrales**. Des orifices fistuleux s'observent aussi, mais rarement, au scrotum, dans les régions fessière et inguinale, ainsi que sur les parois abdominales. Au niveau du pénis et du rectum, les fistules affectent généralement la forme labiée, c'est-à-dire que la muqueuse de l'urètre s'est réunie au tégument externe ou à la muqueuse du rectum. Dans les autres régions, on n'observe guère que des fistules en voie de suppuration; plus rarement ce sont des fistules cicatricielles, dans lesquelles le trajet fistuleux est tapissé d'une membrane lisse, cicatricielle. Les fistules en voie de

suppuration présentent, dans leur voisinage, diverses altérations secondaires, telles que des callosités, des abcès et trajets dans le tissu conjonctif voisin de la fistule, une inflammation catarrhale de l'urètre et de la vessie, etc.

Au point de vue **étiologique**, on distingue les fistules urétrales **congénitales** et les fistules **acquises**; celles-ci sont dues à des lésions traumatiques, telles qu'une contusion du périnée, une plaie par instrument tranchant ou par arme à feu; ou bien elles proviennent d'ulcérations et d'abcès qui se sont ouverts de l'extérieur dans l'urètre, ou ont détruit les parois urétrales de dedans en dehors par voie d'ulcération, ou bien encore la fistule a succédé à un rétrécissement, à une formation diverticulaire, ou à la pénétration de corps étrangers (calculs, corps étrangers introduits accidentellement dans l'urètre, débris d'une sonde ayant séjourné très longtemps dans le canal). Lorsque, dans ces cas, l'urine pénètre rapidement dans le tissu conjonctif lâche qui entoure l'urètre, il en résulte une **infiltration d'urine**, telle que nous l'avons décrite plus haut. Lorsque la perforation se produit lentement, ou que le tissu conjonctif se laisse infiltrer moins facilement par l'urine, on voit se développer graduellement un abcès urineux, qui peut affecter une marche aiguë ou chronique, s'ouvrir rapidement à l'extérieur et guérir, ou bien s'accroître dans diverses directions et former des trajets profonds à ramifications multiples.

La cause la plus fréquente des fistules urétrales est un **rétrécissement** en arrière duquel se sont développées les ulcérations que nous avons déjà mentionnées. Peu à peu ces ulcérations donnent naissance à un abcès qui s'accroît lentement, se ramifie dans diverses directions et perfore la peau. Souvent la fistule guérit ou se rétrécit superficiellement, pour s'ouvrir de nouveau dans un autre endroit. Lorsque l'affection dure depuis longtemps, le périnée, et souvent aussi le scrotum, se trouvent transformés en une masse épaisse cicatricielle, sillonnée de nombreux trajets fistuleux.

Le **diagnostic des fistules urétrales** est très simple lorsqu'elles ont un large orifice et qu'elles siègent au pénis, au scrotum, à la partie antérieure du périnée; en effet, l'urine qui s'écoule par la fistule, ne laisse subsister aucun doute à cet égard. L'urine, d'ailleurs, ne s'écoule que pendant ou immédiatement après la miction. Plus rarement, l'écoulement est continu, lorsqu'il existe une paralysie du sphincter. Parfois l'urine sort en totalité par la fistule, et alors la partie de l'urètre située en avant de celle-ci, se rétrécit peu à peu. Dans d'autres cas, la fistule paraît ne sécréter que du pus clair; si l'on a alors des doutes sur la nature de ce liquide, on y cherchera l'acide urique au moyen de la réaction très sensible du murexide. Il est souvent très difficile d'explorer avec des stylets les fistules urétrales ramifiées, une sonde ayant été préalablement introduite dans l'urètre; bien que les autres signes prouvent