

l'existence de communications des trajets fistuleux avec le canal de l'urètre, cependant on ne parvient souvent pas à atteindre la sonde urétrale avec le stylet explorateur. Pour assurer le diagnostic, on a recours à l'injection de liquides colorés; on pousse l'injection jusque dans la vessie et l'on fait ensuite uriner le malade. Un symptôme que ce dernier accuse souvent, c'est une sensation de brûlure, qui, pendant la miction, se produit à l'orifice urétral de la fistule, pour se propager sur tout le trajet fistuleux. Toutefois, c'est là un signe très peu sûr, et qui fait très souvent défaut dans les fistules existant depuis longtemps. Tels sont les moyens d'exploration qui permettent de distinguer une fistule urétrale d'une fistule provenant des parties molles péri-urétrales. Lorsque l'orifice fistuleux occupe la partie postérieure du périnée, il faut, en outre, poser le diagnostic différentiel avec les fistules provenant, soit d'une carie des os du bassin, soit du rectum.

Pour ce qui concerne le **pronostic des fistules urétrales**, nous devons faire remarquer qu'elles peuvent guérir complètement d'elles-mêmes, lorsque l'urine et la muqueuse de l'urètre n'ont pas subi d'altération. Mais cette guérison spontanée est rare, et, dans la plupart des cas, les fistules en voie de suppuration donnent lieu à des ulcérations toujours plus étendues et produisent, outre les désordres locaux, des phénomènes généraux graves. Les fistules tapissées de membranes cicatricielles et celles qui ont la forme labiée, persistent indéfiniment si l'on n'intervient pas par voie opératoire. Elles sont pour le malade une source d'inconvénients dans la miction, et quelquefois aussi l'éjaculation, mais elles ne font courir aucun danger.

§ 231. — Dans le **traitement des fistules urétrales**, nous avons à distinguer les trajets fistuleux en voie de suppuration, les fistules cicatricielles, et celles qui sont en forme de lèvres.

Les **fistules en voie de suppuration** sont les plus fréquentes et, en général, elles sont dues à un rétrécissement. Elles sont entretenues par la stagnation de l'urine et sa décomposition. *Notre tâche consiste donc à guérir le rétrécissement, à empêcher le passage par les fistules de l'urine décomposée, et à faire disparaître l'infiltration du tissu conjonctif du voisinage de la fistule.* Telles sont les indications que nous devons chercher à remplir dans le traitement des fistules. La dilatation du rétrécissement suffit parfois à obtenir la guérison. Mais si la fistule persiste malgré la guérison du rétrécissement, il faut alors assurer l'évacuation de l'urine, soit en introduisant la sonde à chaque besoin de miction, soit en laissant la sonde à demeure dans l'urètre et la vessie. Ce dernier procédé, bien qu'il soit très rationnel, ne donne pas toujours le résultat désiré; en effet, lorsque la sonde est laissée longtemps à demeure, le sphincter se relâche et permet à l'urine de s'écouler le long de la sonde jusqu'à la fistule, surtout si l'existence d'un rétrécissement oblige d'avoir recours à une sonde d'un petit calibre. Un second moyen d'empêcher la stagnation

de l'urine, consiste dans la dilatation de l'orifice externe de la fistule et le débridement de tous les trajets fistuleux et poches urineuses. C'est une tâche qui n'est pas toujours aisée à remplir, surtout lorsque les trajets fistuleux présentent de nombreuses ramifications. Mais l'opération donne habituellement de bons résultats lorsque, comme c'est souvent le cas, on combine le débridement des fistules avec l'incision du rétrécissement, lorsqu'on fait, en un mot, l'urétrotomie externe. Dans les cas où l'on est obligé d'inciser des trajets fistuleux très longs, s'étendant, par exemple, jusque dans la région inguinale, on enlève, à l'aide de la curette tranchante, les granulations fongueuses qui tapissent les parois de la fistule. Lorsqu'il s'agit d'individus très affaiblis, on peut, pour pratiquer le débridement, remplacer le bistouri par l'anse galvanocautérique ou par le galvanocautère.

Les **callosités des parois de la fistule et de son voisinage**, sont rarement guéries par la cautérisation avec le nitrate d'argent, la teinture d'iode, etc. L'emploi de la chaleur humide est d'une efficacité tout aussi douteuse. Nous conseillons bien plutôt, dans ces cas, de racler avec soin les fistules, au moyen de la curette tranchante; si ce procédé ne peut être mis à exécution à cause des nombreuses poches et ramifications de la fistule, on incisera largement tous les trajets fistuleux, et l'on maintiendra ouvert l'orifice externe, jusqu'à la guérison complète des trajets dans la profondeur.

Lorsque la fistule est tapissée de *membranes en partie cicatricielles, et en partie semblables à des muqueuses*, on doit chercher avant tout à les faire disparaître. Lorsqu'il n'existe pas de callosités, et que le rétrécissement a pu être dilaté, on arrive au but au moyen du nitrate d'argent, de la teinture d'iode, de la teinture de cantharides ou du cautère actuel. Un moyen plus sûr et qui doit être en tous cas employé lorsqu'il existe des tissus indurés, c'est l'extirpation de la paroi membraneuse de la fistule. C'est surtout dans les fistules périnéales que l'on ne peut souvent empêcher la formation de membranes autrement que par l'avivement répété et fait avec soin des tissus cicatriciels de l'ouverture fistuleuse; mais, d'autre part, par ce procédé, on obtient presque toujours la guérison (F. KOENIG).

Les **fistules urétrales de forme labiée** siègent principalement à la face inférieure de la verge, où l'urètre n'est recouvert que par sa mince couche de tissu spongieux et par la peau. Rarement on observe ici ces conduits fistuleux longs et étroits, auxquels s'applique le traitement indiqué plus haut. Dans la plupart des cas, l'excision des parois de la fistule est nécessaire, et la perte de substance qui existait déjà antérieurement dans une étendue plus ou moins grande, doit être fermée par une opération plastique (urétroplastie).

Nous renvoyons le lecteur au § 30 (page 278), du premier volume de cet ouvrage, pour les règles concernant l'occlusion des pertes de substance par voie opératoire. Lorsque celles-ci sont étendues, on devra pren-

dre en considération les méthodes opératoires déjà indiquées à propos des maladies congénitales (voir § 201). L'opinion erronée répandue autrefois, d'après laquelle l'urine normale empêchait la guérison des plaies, avait engagé les chirurgiens à laisser une sonde à demeure pendant le traitement consécutif, ou bien à l'introduire chaque fois que le besoin de la miction se faisait sentir, ou même à donner un libre écoulement à l'urine au moyen d'une boutonnière périnéale (SÉGALAS, DIEFFENBACH, RICORD). Un fait sur lequel nous avons déjà appelé plusieurs fois l'attention, et qui a été confirmé par G. SIMON, MENZEL, et d'autres, c'est que l'urine fraîche n'est pas nuisible aux plaies. Pour éviter la pénétration de l'urine dans les tissus, et les inconvénients de sa stagnation et de sa décomposition, il faut aviver soigneusement les bords de la fistule et faire une suture très exacte. Une cause fréquente d'insuccès dans l'urétroplastie consiste dans les tiraillements de la plaie, sous l'influence des érections qui sont presque inévitables. On sait que même les narcotiques à hautes doses ne sont pas en état d'empêcher les érections; néanmoins on cherchera à les combattre, pendant le traitement consécutif, à l'aide de ces médicaments.

Dans les cas de **fistules uréthro-rectales**, il faut avant tout pratiquer la section du sphincter anal, dans le but d'empêcher la pénétration de matières fécales dans le trajet fistuleux; c'est le traitement qu'avaient déjà conseillé CHOPART, DUPUYTREN, et d'autres, dans les cas de lésions traumatiques intéressant à la fois les voies urinaires et le rectum. Dans les fistules en voie de suppuration, ce procédé est souvent déjà à lui seul suffisant. Mais, lorsque la fistule est en forme de lèvre, la section du sphincter anal doit être suivie de l'avivement et de la suture de la fistule. COOPER, dans un cas semblable, sépara par une incision l'urètre du rectum, et cette opération suffit pour amener la guérison des deux orifices fistuleux ainsi isolés.

Dans les grosses fistules de la portion prostatique, on a conseillé de dilater le rectum, à l'aide d'instruments semblables à ceux que l'on emploie pour la dilatation du vagin, et de pratiquer par la cavité rectale l'avivement et la suture de la fistule. Ce procédé, préconisé par G. SIMON, nous l'avons mis en pratique avec succès dans un cas de fistule uréthro-rectale ayant succédé à un abcès de la prostate.

Quant aux **néoplasmes de l'urètre**, une partie d'entre eux seront décrits avec les maladies du pénis, tandis que ceux qui occupent la portion prostatique, seront étudiés avec les affections de la vessie.

3. Maladies de la vessie chez l'homme.

§ 232. — Au commencement du chapitre consacré aux maladies des

voies urinaires, nous avons déjà étudié l'anatomie, ainsi que les **maladies congénitales de la vessie**. Quant aux **lésions traumatiques** de cet organe, elles ont été décrites avec les maladies de l'abdomen (vol. II, § 7).

Comme nous l'avons déjà fait observer plusieurs fois dans cette partie de notre ouvrage, le traitement des plaies de la vessie par instruments piquants et par armes à feu, doit consister avant tout à éloigner de ces plaies, ainsi que de la cavité abdominale, l'urine en décomposition, qui seule est une source de dangers. Nous ajouterons seulement que pour rendre l'urine moins facilement décomposable, dans les cas où sa stagnation ne peut être évitée, nous conseillons fortement l'administration, par voie stomacale, de fortes doses d'acide salicylique (10 à 20 grammes par jour¹). Cette substance est éliminée par les reins, et elle agit sur l'urine comme un antiputride très puissant. Dans certains cas, la stagnation et la décomposition de petites quantités d'urine ne peuvent être évitées, soit à cause de la situation particulière de la plaie, soit par le fait de son étroitesse et des sinuosités de son trajet. Malgré l'emploi d'une sonde à demeure, une partie de l'urine s'écoule dans la plaie. Dans ces cas nous conseillons plutôt, lorsque la chose est possible, de dilater la plaie, ou bien de donner à l'urine un libre écoulement par une autre ouverture, c'est-à-dire par une boutonnière périnéale, de façon que l'urine ne rencontre plus d'obstacle à son écoulement au niveau du sphincter vésical. Lorsque la plaie intéresse à la fois la vessie et le rectum, il est nécessaire également de diviser le sphincter anal (G. SIMON), et d'empêcher la réunion des surfaces de section, jusqu'à la guérison de la plaie vésicale.

En 1870, SIMON a obtenu par la section du sphincter anal, une guérison relativement rapide, dans quelques cas de plaies par armes à feu de la vessie et du rectum. Un fait observé par nous, en 1876, prouve bien l'action favorable du libre écoulement de l'urine par une plaie périnéale. Il s'agissait d'une blessure de la vessie par un coup de lance; la pointe de l'arme avait pénétré au-dessus de la symphyse pour sortir par le périnée. Toute l'urine s'écoula d'abord par la plaie périnéale, et la guérison s'opéra sans accident.

a. Corps étrangers de la vessie. — Calculs vésicaux.

§ 233. — Il arrive souvent que des corps étrangers, dans le sens

1. Les malades sont rarement en état de supporter des doses aussi élevées. Bien qu'on ait pu quelquefois administrer impunément des doses de 15 à 20 grammes dans les 24 heures, on ne peut dépasser sans danger 8 à 10 grammes (article : Acide salicylique du *Dictionnaire encyclopédique*). Dans ces dernières années on a aussi employé dans le même but le salol, qui donne de bons résultats à la dose de 6 grammes par jour.
(Note du traducteur.)