

gomme élastique, on en prend une d'un petit volume et d'une longueur au moins double de celle de la canule. On introduit la sonde dans l'intérieur de cette dernière, que l'on retire doucement sur l'instrument engagé dans la vessie. La plupart du temps un canal accidentel, à parois fermes et indurées, est produit en quelques jours. On est donc à peu près certain de pouvoir le suivre, si l'on y engage une sonde immédiatement après avoir extrait la canule. Il est plus prudent, néanmoins, de se ménager un conducteur, tel qu'une longue bougie portée dans la vessie pendant que la canule y est encore. On retire celle-ci et l'on glisse sur la bougie une sonde de caoutchouc, dont les deux extrémités sont ouvertes et les bords lisses et arrondis.

Aussitôt que la miction par les voies naturelles est rétablie, on retire la canule ou les sondes, et la plaie sus-pubienne se ferme ordinairement avec facilité en douze ou quinze jours; elle ne saurait rester fistuleuse, en raison de la tendance à l'occlusion du long trajet celluleux qu'elle représente.

On pratiquerait comme dernière ressource la cystotomie hypogastrique, si les indications spéciales que nous avons exposées la réclamaient.

FISTULES URINAIRES URÉTHRALES.

Les fistules urinaires uréthrales sont situées entre le gland et le scrotum, ou entre ce dernier et la vessie. On les distingue en fistules *uréthro-péniennes*, *uréthro-scrotales* et *uréthro-périnéales*.

Le diamètre en est variable, et elles peuvent être compliquées de pertes de substance étendues à l'urètre et aux téguments. Quand elles existent en arrière du scrotum, elles s'ouvrent au périnée, sur les fesses, à la partie interne des cuisses, par un orifice unique ou multiple, généralement compliqué de callosités. On en rencontre quelquefois qui s'ouvrent sur le pubis et même à l'hypogastre.

La première indication du traitement est de rétablir le libre passage de l'urine; la seconde, de fermer le trajet morbide. On y parvient par les injections irritantes, la cautérisation, les incisions auxiliaires, l'uréthrotomie interne et externe, les sutures et l'uréthroplastie.

Sonde à demeure. Il suffit ordinairement d'empêcher l'urine de passer par les trajets normaux pour déterminer leur guérison. Dans ce but on laisse une sonde à demeure dans la vessie. Ducamp a conseillé de répéter le cathétérisme chaque fois que le besoin s'en fait sentir.

Injections irritantes. Les solutions de teinture d'iode, de nitrate

d'argent, favorisent beaucoup l'oblitération des fistules et contribuent fréquemment à leur oblitération.

Cautérisation. Le fer rouge, la cautérisation électrique, les solutions caustiques, la teinture de cantharides concentrée, donnent aussi d'excellents résultats.

Incisions auxiliaires. Les fistules peuvent être compliquées de la tension des téguments voisins, par pertes de substances plus ou moins étendues, causées par des ulcérations ou la gangrène. Des incisions de relâchement pratiquées sur la peau restée saine amènent la diminution des trajets fistuleux, dont la cicatrisation s'accomplit ensuite spontanément.

Uréthrotomie interne. Il est rare qu'une fistule uréthrale ne soit pas compliquée d'un rétrécissement. L'uréthrotomie interne rétablit le calibre du canal et facilite la guérison.

Uréthrotomie externe. Dans les cas de fistules multiples avec rétrécissement infranchissable ou difficile à surmonter, on a recours avec grand avantage à l'uréthrotomie externe, pratiquée suivant l'un des procédés précédemment décrits.

Suture ou uréthroraphie. L'uréthroraphie consiste à pratiquer la rupture des bords opposés de la fistule.

Boyer conseillait de les aviver avec un caustique ou l'instrument tranchant, après avoir introduit une sonde dans la vessie, et de les réunir par la suture entrecoupée ou entortillée.

M. Ricord, ayant eu à traiter un malade dont l'urètre avait été complètement détruit à deux ou trois centimètres du méat urinaire, par un chancre phagédénique, introduisit dans la vessie un cathéter à large courbure, mit la portion membraneuse de l'urètre à découvert, la divisa dans l'étendue d'un centimètre, et y plaça immédiatement une sonde pour détourner le cours de l'urine et en prévenir le contact avec les lèvres de la fistule, qui furent réunies avec un plein succès par la suture entortillée.

Ce procédé, très-ingénieux sans doute, n'est pas sans danger. Un malade, chez lequel on l'employa pour une perforation ulcéraire de l'urètre et d'une partie des corps caverneux, succomba à une infection purulente née de la plaie du périnée.

La méthode autoplastique a fourni un grand nombre de procédés.

Dieffenbach a combiné le procédé anaplastique de Celse à la suture. Après l'avivement et la plaie *e, e*, il pratiqua deux incisions longitudinales, *b, b*, auxiliaires pour faciliter le relâchement de la peau, et mit une sonde *a* dans la vessie (*fig. 659*).

Le deuxième procédé du chirurgien de Berlin ne diffère du premier que par la dissection préalable des lèvres de la fistule.

Un troisième procédé, nommé par le même auteur *suture en*