

a deux centimètres, la peau est, à ce niveau, rouge, épaissie, et un peu douloureuse à la pression, la consistance de la tuméfaction est variable suivant les points; dure à la périphérie, elle est rénitente, fluctuante même vers son centre. Après tâtonnements, on parvient à faire pénétrer un petit stylet fin de trousse dans un petit orifice difficile à trouver. Une bougie n° 9, introduite par le méat dans l'urèthre, arrive au bulbe, et permet de constater à ce niveau l'existence d'un léger rétrécissement; si, en même temps on cathétérise la fistule périnéale, le stylet explorateur se dirige en avant et en dedans et arrive au contact de la bougie uréthrale: il existe donc, à n'en pas douter, une fistule uréthro-périnéale.

Les fistules faisant communiquer l'urèthre avec le périnée sont de constatation fréquente en clinique; elle reconnaissent le plus souvent pour cause la blennorrhagie.

En arrière d'un rétrécissement blennorrhagique, un abcès urineux s'est formé, dont la poche se rompt à l'extérieur; la fistule siège, dans ce cas, sur la ligne médiane du périnée; il en est de même des fistules consécutives à l'inflammation blennorrhagique des follicules uréthraux; la folliculite détermine la péri-folliculite et l'abcès péri-urétrale s'ouvre dans l'urèthre et à la peau; on observe ces fistules dans la région pénienne et sur la ligne médiane: le pus suit, dans sa marche vers l'extérieur, le chemin le plus court. Chez notre malade, l'évolution a été celle des abcès péri-uréthraux; mais le siège de la douleur primitive de l'abcès et de la fistule consécutive est absolument différent. Quelle est donc la pathogénie de l'affection en présence de laquelle nous nous trouvons? Le siège latéral de la tuméfaction, sa forme allongée dans le sens antéro-postérieur, sa direction parallèle au raphé médian du périnée, font immédiatement penser à l'inflammation d'une des glandes de Méry-Cooper, analogue aux glandes vulvo vaginales de la femme, dont le conduit excréteur s'ouvre au niveau et de chaque côté de la partie bulbair de l'urèthre. Au cours d'une blennorrhagie et par continuité d'infection microbienne, ces glandes s'enflamment: c'est la cowpérite, étudiée pour la première fois par Gubler, en 1849, et plus tard par Couillard dans sa thèse. Les caractères cliniques de l'inflammation d'une des glandes de Cowper sont: une tuméfaction latérale du périnée; la formation d'un phlegmon péri-glandulaire; la suppuration et l'ouverture spontanée de l'abcès à la peau du périnée et dans l'urèthre. L'existence du canal excréteur, isolé de la glande, pourrait bien donner la clé de cette ouverture spontanée; on voit très nettement, dans la bartholinite, le canal excréteur de la glande, très gros, donner issue au pus, à la manière d'une véritable fistule.

Comme toute fistule uréthrale, celle qui est consécutive à une cowpérite n'a aucune tendance à la guérison spontanée; on conçoit de plus la possibilité d'une infiltration urineuse, dans le cas où l'ouverture périnéale viendrait à se former.