

Res Med XIX B 105.762⁴²

DISSERTATION

N.º 65.

SUR

L'OPÉRATION DE LA BOUTONNIÈRE

APPLIQUÉE AU TRAITEMENT

DES FISTULES URINAIRES URÉTRALES;

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine
de Montpellier, le 12 Juillet 1822;

Par J.^N-JULIEN NASSE,
DE TOULOUSE,

Natif de LARÉE (Département du Gers).

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN CHIRURGIE.

N'appauvrissons pas la Chirurgie en proscrivant des
méthodes opératoires qui peuvent trouver des cas
d'application.

MONFALCON, *Dict. des Scienc. méd.*



A MONTPELLIER,

Chez JEAN MARTEL Aîné, Seul Imprimeur de la Faculté de Médecine,
près l'Hôtel de la Préfecture, n.º 62.

1822.

1822

DISSERTATION

FOR THE DEGREE OF DOCTOR OF PHILOSOPHY
IN THE FACULTY OF THE
UNIVERSITY OF GIESSEN
BY
J. A. W. REISSNER
OF GIESSEN

PHYSICAL MATHEMATICS
AND
MATHESIS
BY
J. A. W. REISSNER
OF GIESSEN

PHYSICAL MATHEMATICS
AND
MATHESIS
BY
J. A. W. REISSNER
OF GIESSEN

1822

A

MON MAÎTRE

CHARLES VIGUERIE,

Docteur en Chirurgie de la Faculté de Montpellier; Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu St.-Jacques de Toulouse; Professeur à l'École de médecine et de chirurgie de la même ville; Associé non résidant de l'Académie royale de médecine de Paris; Membre de plusieurs Sociétés savantes, médicales et littéraires, etc.

TRIBUT.

D'ADMIRATION.

POUR.

SES. RARES. TALENS.

ET. DE.

RECONNAISSANCE.

POUR.

LES. BONTÉS.

DONT. IL. M'A COMBLÉ.

J.-JULIEN NASSE,

A

ÉTIENNE DUCOS

ET

JOSEPH DUBERNET,

EX-CHIRURGIENS AUX ARMÉES FRANÇAISES.

*Comme un Témoignage de
ma gratitude et de mon sincère
attachement.*

J.-JULIEN NASSE.



DISSERTATION

SUR

L'OPÉRATION DE LA BOUTONNIÈRE (1)

APPLIQUÉE AU TRAITEMENT

DES FISTULES URINAIRES URÉTRALES.

INTRODUCTION.

QUOIQUE peu éclairés du flambeau de l'anatomie, les anciens ont proposé des opérations très-utiles, dont quelques-unes, avec les corrections que leur ont fait subir les modernes, sont encore pratiquées de nos jours avec le plus grand succès; quelques autres ont été négligées ou entièrement abandonnées, soit que l'on ait reconnu leur insuffisance ou le danger de les pratiquer, soit qu'on leur en ait substitué d'autres mieux adaptées à la nature des maladies que l'on cherchait à combattre. De ce dernier nombre se trouve être l'opération qui doit faire le sujet de cet Essai, je veux parler de la boutonnière.

On trouverait facilement la raison de cette défaveur à l'égard de certaines opérations chirurgicales, en jetant un coup d'œil sur

(1) Le mot boutonnière pris dans toute son extension s'applique à toute incision pratiquée à l'urètre et à la vessie, quel que soit d'ailleurs le but de cette incision.

les progrès immenses qu'a faits dans ce dernier temps l'anatomie et sur-tout l'anatomie pathologique ; mais les limites naturelles d'un pareil écrit ne permettent pas d'entrer dans une digression qui, si elle n'est pas tout-à-fait étrangère à mon sujet, ne s'y rattache cependant pas d'une manière assez importante pour que je sois tenu de m'y livrer. Je dirai seulement par anticipation que les anciens pratiquaient la boutonnière pour remédier à la rétention d'urine, que ce moyen a été entièrement abandonné depuis que l'on connaît la ponction de la vessie.

Voulant appliquer l'opération de la boutonnière au traitement des fistules urinaires urétrales qui ont résisté aux moyens connus, je suis forcé, avant de parler de cette opération et du succès obtenu dans deux circonstances où je l'ai vu pratiquer, de rappeler succinctement la structure du canal de l'urètre, afin de mieux préciser les endroits de ce canal qui, par leur conformation naturelle, sont plus exposés à être le siège de ces fistules.

Du Canal de l'Urètre.

Envisagé sous le rapport des fonctions importantes qu'il remplit, l'urètre est de tous les canaux excréteurs celui qui mérite le plus notre attention ; en effet, la connaissance de la structure anatomique de l'urètre est tellement indispensable à celui qui se destine à la pratique des opérations, que sans elle il errera sans cesse, et dans le diagnostic, et dans le traitement des nombreuses maladies qui affectent ce canal ; je puis même dire, sans crainte d'avancer un paradoxe, que, de toutes les affections morbides auxquelles l'homme est sujet, celles qui nous occupent tiennent un des premiers rangs soit à cause de leur fréquence, soit à cause de leur gravité : or, il est facile de juger d'après cela combien il importe de connaître la structure intime de l'urètre, ses rapports avec les parties qui l'avoisinent, sa direction, ses diamètres et ses différentes dimensions, pour procéder avec méthode et succès à la cure de ses maladies.

Le canal de l'urètre, chez l'homme, s'étend du col de la vessie

jusqu'au sommet du gland, traverse d'abord la glande prostate et se dirige ensuite en avant et en bas. Après avoir franchi cette glande, il devient libre, passe au-dessous de la symphyse du pubis, remonte au-devant d'elle et vient se placer entre les racines du corps caverneux, auquel l'urètre vient s'unir pour se continuer tout le long de la gouttière de ce corps. Arrivé au gland, il le traverse pour se terminer à son extrémité par une ouverture allongée de haut en bas, et que l'on nomme méat urinaire.

D'après ce court exposé, on voit que la connaissance de la direction irrégulière qu'affecte dans son trajet le canal de l'urètre, est de la plus haute importance dans l'opération du cathétérisme. Comment en effet dirigera-t-on la sonde, si l'on ignore les deux courbures successives et très-prononcées que présente ce canal? La première de ces courbures, placée au-dessous de la symphyse du pubis, dont la concavité est permanente dans quelque état que se trouve la verge, regarde en haut; la seconde, située au-devant de cette même symphyse, s'efface pendant l'érection.

L'organisation de l'urètre n'étant pas la même dans toute son étendue, les anatomistes y ont considéré trois portions distinctes.

La première connue sous le nom de portion prostatique, la seconde plus mince sous celui de membraneuse, et enfin la troisième se nomme spongieuse.

Les dimensions de l'urètre ont été indiquées tout récemment par M. Rougier dans une thèse soutenue à Paris en 1820. Sur douze pénis pris indistinctement il a obtenu les résultats suivans : l'urètre n'a jamais présenté plus de 10 pouces de longueur, 12 à 15 lignes pour la portion prostatique, 9 à 15 pour la portion membraneuse, et 5 à 8 pouces pour la portion spongieuse. La portion membraneuse se trouve être d'après cela la plus variable en longueur (1).

(1) La longueur de la portion membraneuse varie en raison du volume plus ou moins considérable de la glande prostate. Cette augmentation de volume s'observe plus particulièrement chez les vieillards et chez les individus qui abusent des plaisirs de l'amour.

M. Home, chirurgien Anglais, a fait des recherches fort curieuses sur le même sujet. Après avoir injecté le canal de l'urètre sur deux cadavres d'âges différens, l'un de 30 et l'autre de 80 ans, il a observé que la longueur totale de ce canal était de 9 pouces seulement, 7 pouces pour la portion spongieuse en mesurant de l'orifice externe jusqu'au bulbe, 1 pouce et $\frac{1}{2}$ pour la portion membraneuse, et demi-pouce pour la portion prostatique.

Quoique les diamètres des différentes portions de l'urètre ne puissent être appréciés d'une manière bien exacte, M. Home a mesuré ces différens points et comparé ces mesures avec celles des bougies dont on fait usage. Il a, comme pour les dimensions, fait ses recherches sur deux sujets de 30 et 80 ans; les résultats qu'il a obtenus sont les suivans :

| | Pouces. | |
|---|----------------------|--------|
| Diamètre d'une bougie ordinaire. | 4/20. | |
| Diamètre de la plus grosse que l'auteur ait employée. | 5/20. | |
| | Ages. | |
| Diamètre des différentes parties du canal de l'urètre. | 30. | 80. |
| | Pouces. | |
| A $\frac{3}{4}$ de pouce de l'orifice extérieur. | 7/20 $\frac{1}{2}$. | 9/20. |
| A 4 pouces et demi de ce même orifice. | 7/20. | 7/20. |
| A 7 pouces de l'orifice (bulbe de l'urètre). | 13/20. | 12/20. |
| A 7 pouces et demi immédiatement au-delà du bulbe (1). | 4/20. | 7/20. |
| A 8 pouces $\frac{1}{4}$ dans la portion membraneuse non loin de la prostate. | 7/20. | 9/20. |
| A 8 pouces et demi point de réunion de la portion mem- braneuse avec la portion prostatique. | 6/20. | 7/20. |
| A 8 pouces $\frac{3}{4}$ milieu de la glande prostate. | 10/20. | 11/20. |
| A 9 pouces de l'orifice (col de la vessie). | 8/20. | 9/19. |

D'après ces recherches, il résulte que le point le plus naturellement rétréci du canal, présente un diamètre qui surpasse d'un 20.^e de pouce celui de la plus grosse bougie.

(1) L'auteur observe que, chez l'homme de 30 ans, cette partie avait été affectée de rétrécissement.

La membrane muqueuse, qui tapisse l'intérieur de l'urètre, se continue d'une part avec celle qui recouvre le gland; et de l'autre, avec la membrane interne de la vessie; elle envoie des prolongemens dans les divers conduits qui viennent s'ouvrir dans l'intérieur de l'urètre. Cette membrane, douée, d'après M. Home, d'une contractilité qui lui est tout-à-fait propre, se resserre pendant l'émission du sperme, et se dilate pendant celle des urines.

Cette membrane présente des rides longitudinales, plus marquées à la portion membraneuse et spongieuse que dans tout le reste du canal. On remarque aussi non loin de l'origine de l'urètre, et vers le milieu de la portion prostatique, une éminence que l'on désigne sous le nom de *verumontanum*. Allongée d'arrière en avant, cette élévation présente de chaque côté un enfoncement en forme de cul-de-sac, qu'il est très-important de connaître pour pratiquer le cathétérisme, parce qu'il arrive assez souvent que la sonde s'arrête dans cet endroit, et si l'on n'a pas le soin d'en relever le bout, on s'expose à faire une fausse route.

Après avoir examiné la direction, les dimensions de chaque portion de l'urètre, ainsi que ses diamètres, tâchons maintenant de déterminer ses rapports avec les parties qui l'entourent.

La première portion, entourée par la glande prostate, n'a des rapports qu'avec cette glande.

La seconde portion, désignée sous le nom de membraneuse, répond en haut à la symphyse du pubis; en bas, au tissu cellulaire placé entr'elle et l'intestin rectum; par ses parties latérales, à quelques fibres du releveur de l'anus, et aux racines du corps caverneux.

La portion spongieuse commence par une partie oblongue et arrondie que l'on nomme bulbe. Placé au-dessous de l'angle de réunion des racines du corps caverneux, le bulbe est recouvert par les deux muscles bulbo-caverneux, qui lui adhèrent d'une manière très-forte; ses parties latérales correspondent aux glandes de Cowper. Le bulbe forme, avec la portion membraneuse qui le précède, la première courbure de l'urètre: la portion spongieuse se

continue ensuite tout le long de la gouttière du corps caverneux à laquelle elle est intimément unie par son côté supérieur ; par l'inférieur, elle répond d'abord à l'expansion des fibres des muscles bulbo-caverneux ; puis, dans une certaine étendue, à la cloison des bourses, et enfin aux tégumens qui entourent la verge.

Après avoir donné un aperçu de la structure de l'urètre, je dois signaler les causes qui donnent le plus fréquemment lieu aux fistules de ce canal, rappeler en peu de mots les moyens que l'on met en usage pour guérir ces fistules, et lorsque ces moyens auront été employés sans fruit pendant des années entières, prouver l'utilité de l'opération de la boutonnière, en déterminant toutefois les circonstances où elle peut être pratiquée avec succès ; je dis avec succès, car mieux vaudrait abandonner le malade à sa dégoûtante infirmité, que de lui faire supporter une opération inutile, et dont la réussite ne serait présumée possible que dans quelques cas seulement. La prudence doit être sans cesse le guide du chirurgien : la maxime générale qu'il vaut mieux tenter un remède douteux que de n'en point faire, est d'une application bien délicate, et, à l'abri d'une proposition aussi vague, l'on pourrait commettre les fautes les plus graves. Il faut donc comparer les avantages réels avec les inconvéniens qui peuvent résulter d'une opération, avant de se décider à la pratiquer.

Des fistules urinaires.

On nomme fistules urinaires, des ulcères longs et étroits qui s'ouvrent dans quelqu'un des organes sécréteurs ou excréteurs de l'urine, et livrent passage à ce fluide excrémentitiel : ainsi, les reins, les uretères, la vessie et le canal de l'urètre, sont tour-à-tour exposés à être le siège de ces fistules. Je ne m'occuperai que de celles qui communiquent avec l'urètre, afin de me renfermer dans les limites que je me suis prescrites.

Les fistules urinaires urétrales proviennent de la rupture plus ou moins grande du canal excréteur de la vessie ; cette rupture ou

crevasse de l'urètre peut être occasionnée par différentes causes : parmi les causes les plus communes sont, les efforts que le malade a faits pour vider la vessie dans un cas de rétention d'urine ; le cathétérisme exercé par une main mal habile ou trop opiniâtre ; un abcès formé aux environs de ce canal, un coup reçu sur ses parois ; des chancres vénériens très-profonds à la verge ; enfin, une incision pratiquée pour extraire un calcul, ou tout autre corps étranger engagé dans son intérieur.

Je diviserai les fistules de l'urètre en deux classes. Dans la première, je comprendrai celles qui sont placées au-devant du bulbe et dans toute la portion spongieuse jusqu'au méat urinaire inclusivement ; et dans la seconde, celles placées au-derrrière de ce même bulbe.

Cette distinction des fistules, relativement à leur situation, nous sera très-utile, comme nous le verons dans la suite, pour déterminer d'une manière exacte les cas où l'opération de la boutonnière pourra amener d'une manière plus ou moins prompte la guérison des fistules, selon qu'elles auront leur siège dans un point du canal plus ou moins éloigné, ou plus ou moins rapproché du méat urinaire.

Comme la situation de l'orifice extérieur de ces fistules est très-sujète à varier, vu qu'on observe quelquefois ces ouvertures dans des endroits très-éloignés de leur point de départ, je m'abstiendrai à dessein d'en parler, parce que cela m'entraînerait dans des longueurs que je veux tâcher d'éviter. J'en dirai autant de leur nombre ; car dans quelques cas, quoique disséminées et très-éloignées les unes des autres, elles viennent aboutir à un seul et même orifice interne que l'on doit considérer comme le point de leur départ, tandis que, dans d'autres, moins nombreuses et plus rapprochées, ces ouvertures viennent s'ouvrir séparément dans l'intérieur de l'urètre. Sans insister davantage sur ce point, on conçoit facilement que, toutes choses égales d'ailleurs, la maladie sera toujours beaucoup plus simple dans le premier cas que dans le second.

Quoique les diverses portions du canal de l'urètre, par les diverses causes que nous avons énumérées, soient exposées aux ouvertures

fistuleuses, aucune des portions qui composent ce canal n'est autant sous l'influence de ces causes que la portion membraneuse. En effet, située derrière le bulbe qui est le point le plus naturellement rétréci et le plus sujet aux coarctations; entourée d'une grande quantité de tissu cellulaire; peu protégée par les muscles, et douée d'une extensibilité très-grande, la portion membraneuse se rompt plus fréquemment que les autres portions qui composent l'urètre. C'est par le concours de toutes ces causes et par ses rapports avec le périnée, que l'on voit l'apparition presque constante des fistules dans cette dernière. Cette circonstance a fait que la plupart des auteurs ont désigné toutes les fistules de l'urètre sous le nom de fistules au périnée.

On reconnaît les fistules qui communiquent avec l'urètre, lorsque l'urine s'échappe par leur orifice extérieur. Ce signe, quand il existe, ne laisse aucun doute sur la nature de l'affection; on voit néanmoins quelquefois que celles placées près de l'anus laissent beaucoup de doute sur leur véritable caractère, et l'on peut d'autant mieux les confondre avec celles qui communiquent dans l'intérieur du rectum, qu'il n'est pas rare de voir la complication des deux maladies ensemble.

En remontant aux antécédens, on pourra se convaincre de la véritable nature du mal. Presque toujours les malades ont éprouvé des affections des voies urinaires, et entre autres, des rétrécissemens, suite ordinaire d'inflammations successives de l'urètre ou d'injections intempestives, poussées dans ce canal à dessein d'arrêter un écoulement blennorrhagique. En portant le doigt sur le trajet fistuleux, on découvre un cordon dur et rénitent, se dirigeant vers l'urètre, qui ne permet pas, lorsqu'il existe, de méconnaître la maladie.

Lorsqu'on s'est assuré de l'existence de la maladie, il ne reste plus qu'à en découvrir la source, afin de diriger le traitement en conséquence; car ces fistules sont plus ou moins graves, et plus ou moins difficiles à guérir, suivant les causes qui leur ont donné naissance. La santé générale du sujet, son tempérament et son âge, sont autant de circonstances auxquelles on doit avoir égard, avant de

pronostiquer sur le succès plus ou moins réel du traitement que l'on va mettre en usage.

Le traitement local, dans les fistules de l'urètre, consiste à dilater le canal si la maladie reconnaît pour cause un rétrécissement, et à empêcher le passage de l'urine à travers les ouvertures fistuleuses. Les sondes de gomme élastique peuvent remplir à la fois ces deux indications. Si néanmoins le rétrécissement est très-considérable, et que l'on ne puisse point introduire une algalie, il faut recourir aux bougies les plus ténues, en augmenter graduellement le calibre, jusqu'à ce que le point rétréci soit suffisamment dilaté pour permettre l'introduction de la sonde.

Il est inutile d'observer que l'on doit faire marcher, de concert avec le traitement local, l'emploi des moyens internes, lorsque la maladie est entretenue par une diathèse générale quelconque.

Après avoir employé les dilatans, et particulièrement les sondes de gomme élastique, pendant un laps de temps très-considérable; après avoir, par l'usage de ces moyens, rétabli les dimensions naturelles du canal; après avoir enfin combattu, par les remèdes les mieux appropriés, le vice que l'on présume entretenir les fistules, il n'est pas rare de voir la maladie qui nous occupe se jouer en quelque sorte de tous les moyens qu'on lui oppose, persévérer avec opiniâtreté, et même devenir incurable, si l'on se borne dans l'emploi de ces mêmes moyens. C'est sans contredit dans une pareille occurrence où nous devons redoubler d'efforts et mettre toutes les ressources de l'art à contribution, pour ne point abandonner aux soins de la nature cette cruelle infirmité, qui présente d'ailleurs le plus triste avenir aux malheureux qui en sont atteints. L'art, ami de l'humanité, dit Chambon, est toujours prudent dans l'administration des remèdes, emploie d'abord les plus simples, et ce n'est qu'à leur insuffisance qu'il en fait succéder de plus composés. Ne pourrait-on pas l'accuser de rigueur, s'il commençait la cure par un remède violent, tant qu'il peut ou qu'il espère la terminer par un plus doux?

C'est en nous conformant à ce sage précepte, et après avoir vu l'insuffisance des moyens que l'art met ordinairement en usage pour

combattre les fistules urinaires urétrales rebelles, que nous allons voir si l'opération de la boutonnière peut s'adapter avantageusement au traitement de ces fistules; essayons de donner une légère esquisse de cette opération, en décrivant les divers procédés que les anciens mettaient en usage pour la pratiquer, et le but qu'ils se proposaient; voyons si, par l'application nouvelle que nous en faisons, nous pouvons trouver, dans ce moyen proscrit et abandonné, une ressource pour opérer la cure radicale de certaines fistules, et diminuer par ce moyen le nombre de celles que l'on est forcé de désigner malheureusement trop souvent par l'épithète d'incurables; tâchons enfin de prouver, par des faits fidèlement rapportés, l'utilité de ce moyen et le degré de confiance que l'on peut y avoir.

De l'opération de la Boutonnière.

L'opération de la boutonnière, née de celle de la lithotomie, a été indiquée par les Arabes et leur sectateurs; Jean Damascene, Rhazès, Avicenne, Arculanus et plusieurs autres auteurs anciens, l'ont recommandée dans le cas de rétention d'urine.

Il serait difficile, dit Desault (1), de se faire une idée exacte de cette opération, vu le peu de ressemblance qu'offrent entr'elles les descriptions qu'en ont données les auteurs tant anciens que modernes; sans doute que les divers modes opératoires indiqués par les auteurs doivent offrir plus ou moins de différence, selon le but que l'on s'est proposé en pratiquant cette opération, et selon les parties que l'on a incisées; car, avant que la ponction ne fût connue pour remédier à la rétention d'urine, on faisait, parallèlement au raphé, une incision à l'urètre et au col de la vessie, et l'on plaçait dans la plaie une canule à demeure pour faciliter l'écoulement des urines.

On pratiquait encore la boutonnière, en portant un cathéter jusqu'à l'obstacle et en faisant sur sa cannelure une incision à l'urètre: on cherchait ensuite par la plaie, avec une sonde cannelée un peu

(1) *Traité des maladies des voies urinaires*, tom III, pag. 325.

mousse, l'ouverture naturelle de ce canal, on l'enfonçait à travers le rétrécissement, et l'on fendait celui-ci dans toute son étendue, de manière à pouvoir porter ensuite une sonde jusque dans la vessie.

Quelques praticiens, après avoir fait l'incision comme je viens de l'indiquer, ont été obligés d'abandonner l'opération, faute de pouvoir rencontrer l'ouverture naturelle du canal, soit que cette ouverture fût extraordinairement rétrécie, soit que le sang qui s'écoulait de l'incision les empêchât de la bien distinguer.

D'autres, plus hardis, n'ont pas craint de plonger un trocart à travers l'obstacle, suivant la direction du canal; et à la faveur d'une cannelure pratiquée sur la canule du trocart, ils ont incisé les parties, et, comme dans le premier cas, ils ont eu la facilité d'introduire une sonde jusque dans la vessie.

L'opération de la boutonnière ainsi pratiquée pour remédier à la rétention d'urine, a été entièrement abandonnée, depuis que Dionis, Méry et Flurant lui ont substitué fort avantageusement la ponction de la vessie: car, des trois méthodes pour exécuter cette ponction, la plus défectueuse est infiniment préférable à la boutonnière. C'est donc avec raison qu'on l'a abandonnée dans ce cas.

Cette opération pourrait être seulement pratiquée, dit M. Jourdan (1), si, le malade ayant été sondé par des mains habiles qui auraient pratiqué plusieurs fausses routes, et l'obstacle se trouvant en deçà de la prostate, le canal très-dilaté offrait derrière la coarctation une tumeur bien saillante et très-prononcée. En incisant alors cette tumeur, on viderait la vessie, et on procurerait la facilité de vaincre le rétrécissement en agissant sur lui d'arrière en avant, c'est-à-dire, dans une direction où il n'y aurait pas encore de fausses routes.

On a proposé un troisième procédé pour exécuter la boutonnière; il diffère des deux précédens quant à l'application, puisqu'on l'a recommandé pour la cure des fistules au périnée. Ledran, dans son

(1) Article isohurie, dictionnaire des sci. méd.

traité d'opérations, décrit ce procédé, et dit l'avoir mis en usage avec succès, sur un malade dont le scrotum et le périnée présentaient une masse informe, percée de 30. ouvertures fistuleuses, et qu'il parvint à guérir en moins de six semaines (1). Ce procédé consiste à introduire une bougie dans le point fistuleux le plus voisin de l'urètre, jusqu'à ce qu'on soit parvenu à la faire pénétrer dans ce canal, et de là dans la vessie; on substitue ensuite à cette bougie une sonde cannelée, et l'on fend à l'aide de cette sonde toutes les parties jusques au col de la vessie, en faisant l'excision d'une portion des callosités, et produire par là une plaie avec perte de substance. On a conseillé ensuite de dilater le canal après avoir préalablement placé une canule à demeure dans la plaie, qui doit faciliter l'écoulement des urines. Après avoir pendant quelques jours dilaté et redonné à l'urètre sa liberté première, on retire la canule, et on laisse une sonde à demeure dans ce canal, qui dans peu de temps amène la guérison.

Je ferai, au sujet de ce procédé, quelques observations qui trouvent ici tout naturellement leur place; c'est que, dans ce cas, les fistules étant entretenues et occasionées par un rétrécissement de l'urètre, il sera plus rationnel, au moyen des dilatans et particulièrement des sondes de gomme élastique, de redonner à ce canal sa liberté première, en détruisant l'obstacle qui s'oppose à la libre sortie des urines par les voies naturelles, que de pratiquer une opération évidemment inutile, puisque les succès que l'on en a obtenus doivent être uniquement attribués aux dilatans employés après l'avoir pratiquée.

Quant à l'excision des callosités, recommandée dans ce cas, elle est encore fort inutile, puisqu'elles sont l'effet et non la cause de la maladie, comme le croyaient les anciens (2); or, ces cal-

(1) Traité d'opérations de chirurgie, p. 368.

(2) Bell, parmi les modernes, est tombé dans la même erreur; car il regarde les callosités comme formant le caractère distinctif des fistules urinaires, aussi recommande-t-il d'en faire l'excision.

losités n'étant entretenues que par le passage de l'urine, elles se fondront dès que ce fluide cessera de couler par les ouvertures fistuleuses.

Pour mieux prouver combien cette méthode est défectueuse, et combien il est peu rationnel de pratiquer l'incision sur la fistule même, je m'étaierai de l'autorité de Deschamps. Ce praticien dit que l'incision, pratiquée sur le trajet de la fistule, ne peut produire aucun changement avantageux; et pour donner plus de poids à son opinion, il rapporte l'observation d'un individu qui ne fut point guéri d'une fistule, résultant de l'opération de la taille, par une seconde opération qu'un nouveau calcul nécessita, et dans l'incision de laquelle la fistule fut comprise.

Il n'en a pas été de même lorsque, dans des circonstances analogues, on a pratiqué l'incision du côté opposé à la fistule; et pour mieux faire ressortir les avantages de cette méthode, qui est la seule d'ailleurs que l'on puisse raisonnablement mettre en usage, j'invoquerai l'autorité de l'auteur que je viens de citer, en empruntant ses propres expressions: « Un lithotomiste expérimenté
« m'a assuré avoir guéri deux sujets, restés fistuleux après l'opé-
« ration de la taille, par une seconde opération qu'une nouvelle
« pierre dans la vessie avait nécessitée; la théorie est assez d'accord
« avec cette expérience; en effet, par une nouvelle incision les
« urines coulent librement et cessent de passer par le trajet fistu-
« leux, dont l'entrée plus étroite présente moins de liberté au
« cours de l'urine: ce trajet, n'étant plus alors entretenu par le
« passage continuel de ce fluide, s'oblitére, comme tous les canaux
« qui n'ont plus d'usage; mais, pour cela, il est nécessaire que
« la nouvelle incision ne pénètre pas dans le trajet de la fistule. »
Poursuivons-le un peu plus loin. « Cette opération, dit-il, pourrait
« être une ressource pour la guérison d'une fistule opiniâtre, qui
« ne serait point entretenue par la faiblesse organique du malade,
« ni par un vice des humeurs: dans ce cas, on pratiquerait, au
« côté opposé de la fistule, une incision pénétrant dans le col de
« la vessie; on introduirait dans la plaie une canule de gomme

« élastique d'un diamètre tel qu'elle boucherait l'orifice de ce viscère.
 « Cette opération, nullement dangereuse entre les mains d'un
 « lithotomiste exercé, pourrait être employée avec succès dans
 « quelques fistules urinaires qui n'auraient pas pour cause une opé-
 « ration de la taille; on retirerait cette canule après s'être assuré
 « de la parfaite guérison de la fistule, et dans le cas de non-succès,
 « il n'en résulterait aucun danger (1). »

Voyons maintenant comment s'exprime Louis, au sujet des ouver-
 tures fistuleuses au périnée, dans son mémoire sur les pierres
 formées hors des voies naturelles de l'urine. « Il faut, dit-il, pro-
 « curer un cours libre à l'urine, soit en rétablissant le canal dans
 « ses fonctions naturelles, soit en faisant une incision au périnée,
 « pour mettre une canule dans la vessie, afin que l'urine sorte
 « directement et cesse de se porter dans tous les sinus fistuleux,
 « lesquels se guériront sans aucun autre secours, et par la seule
 « déviation du fluide qui en parcourait le trajet contre l'ordre
 « naturel (2). »

C'est par une conduite semblable que M. Viguerie, chirurgien
 en chef de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, est parvenu à guérir des
 fistules au périnée qui avaient résisté à l'emploi bien dirigé des
 sondes; c'est en détournant l'urine par une incision pratiquée au-
 delà des fistules (3), qu'il a obtenu un succès complet. Mais avant
 de rapporter les deux observations que j'ai recueillies dans sa
 pratique, qui prouvent, d'une manière évidente, les avantages de
 la boutonnière, je reviendrai sur la distinction que j'ai établie en
 parlant des fistules; distinction relative à leur situation, et qu'il
 n'est pas indifférent de connaître pour bien diriger le traitement.

(1) Deschamps, Traité dogmatique et historique de l'opération de la
 taille, t. III, p. 419 et 421.

(2) Mémoires de l'Académie de chirurgie, édit. in-8.^o, t. III, p. 342.

(3) Cette incision ne diffère en rien de celle de la taille, puisque,
 comme pour cette dernière, on incise les mêmes parties et on se sert des
 mêmes instrumens.

Nous pensons que celles qui appartiennent à la première classe sont d'autant plus susceptibles de guérison qu'elles se rapprochent du bulbe, et que leurs ouvertures extérieures sont situées dans les bourses; car celles qui occupent le corps de la verge nous paraissent les plus difficiles à guérir, soit par la sonde, soit par la boutonnière, à cause du peu de tissu cellulaire et du corps spongieux presque en contact avec la peau, très-lâche et changeant à tout moment de position.

Les fistules de la seconde classe, c'est-à-dire, celles situées au-dessus du bulbe, résistent rarement à l'emploi des sondes, et l'on doit toujours tenter et insister sur ce moyen, avant d'en venir à la boutonnière, que nous regardons dans tous les cas comme un moyen extrême. Il est donc évident que, quelle que soit la position des fistules, il faut tenter d'abord la guérison par les sondes.

La seule circonstance qui pourrait contr'indiquer cette opération, ce serait une perte de substance très-considérable au canal, et que l'on doit toujours soupçonner quand les fistules sont la suite de dépôts gangreneux très-étendus et d'une chute d'escarres très-considérables. Hors ce cas, qu'il n'est pas toujours facile de reconnaître, parce que souvent les malades ne peuvent donner que des renseignements très-vagues sur le début de la maladie, il faut pratiquer la boutonnière; et en dernier résultat, il faut toujours tenter cette opération, excepté dans le cas où une grande perte de substance aura été bien reconnue par la chute des escarres, et postérieurement par la sortie presque totale des urines par les fistules.

OBSERVATION.

Monsieur G....., habitant dans le département du Gers, vint à Toulouse pour réclamer les soins de M. Viguerie, il y a environ deux ans et demi, pour des fistules urinaires très-nombreuses au perinée et dans les bourses; l'ouverture fistuleuse interne correspondait dans le canal, environ un pouce au-devant du bulbe de l'urètre. M. G., d'un tempérament lymphatico-sanguin, âgé de près de 60 ans, doué d'une force athlétique et d'une énergie de caractère peu commune,

était soumis, depuis quelques mois, au traitement par les sondes de gomme élastique. Malgré toute l'attention du médecin distingué qui avait dirigé ce traitement jusqu'alors, dans son pays, et malgré tous les soins que M. Viguerie apporta dans l'introduction et le choix des sondes, l'état du malade ne changea pas: quelques nouveaux abcès se formaient de temps en temps, et l'ouverture de ces abcès restait fistuleuse. Le malade découragé retourna chez lui après un séjour de quatre mois à Toulouse, et suivit, sous les yeux de son médecin, le même traitement. Rappelé de nouveau auprès du malade, le praticien déjà cité apprit que la sonde s'était brisée dans le canal, et qu'un tiers à peu près de sa longueur y était resté. Il chercha vainement à s'assurer de l'existence et de la situation de cette portion de sonde avec le doigt introduit dans le rectum. Il fit des recherches avec la pince de Hunter et avec un stylet boutonné, sans pouvoir rien découvrir (1). Il prépara dès-lors le malade, qui était très-décidé

(1) Il ne suffit pas en chirurgie de savoir marcher sur les routes déjà frayées; il faut, de plus, que celui qui exerce cet art, ait ce génie inventeur que la nature ne départit pas également à tous les hommes, afin que, dans des circonstances difficiles, il puisse surmonter les obstacles qu'il rencontre. L'observation suivante confirme cette vérité.

Le sieur R. . . ., d'Albi, portait une sonde de gomme élastique pour détruire un rétrécissement de l'urètre situé derrière le bulbe. Retirant un jour cette sonde, il fut très-effrayé de n'en ramener que la moitié. Il se rendit de suite à Toulouse et fit appeler M. Viguerie. Ce praticien reconnut que la portion de sonde qui était restée s'avancait dans le canal jusqu'au bulbe. Il fit des tentatives inutiles avec la pince de Hunter. Ne voulant pas laisser le malade dans ce fâcheux état, et ayant d'en venir à une opération plus grave, il imagina de choisir une algalie d'enfant dont le bout pourrait entrer dans la sonde et s'y adapter. Il introduisit le 2.^e et 3.^e doigt de la main gauche dans l'anus, et exerça, par leur secours, une pression sur la partie antérieure du rectum. Il fixa la sonde contre eux et la symphyse du pubis; avec la main droite, il porta l'algalie d'enfant jusque dans le canal. Arrivé à la sonde, il engagea le bout de l'une dans la tubulure de l'autre aussi avant que possible, et il eut le bonheur de ramener le bout de la sonde cassée, en retirant l'algalie avec précaution.

à supporter l'opération de la taille, par les saignées, les bains, un régime un peu sévère et des boissons délayantes très-abondantes. Les douleurs étaient atroces. Il fut taillé, et l'opérateur fit l'extraction successive de six portions de la sonde brisée, de longueur inégale : le dernier morceau était l'extrémité de la sonde bien reconnaissable, malgré les incrustations qui le recouvraient, à son bout arrondi et à ses ouvertures latérales. Les morceaux rapprochés donnaient une longueur de quatre pouces. Les urines coulèrent par la plaie pendant long-temps ; enfin, après quarante jours, elle fut parfaitement cicatrisée et les urines coulaient facilement par la voie naturelle. Toutes les ouvertures fistuleuses étaient guéries, les callosités fondues et les bourses revenues à leur état naturel. Nous avons vu ce malade un an après, il était très-bien, et il urinait sans difficulté. Depuis cette époque nous avons reçu quelquefois de ses nouvelles : sa guérison ne s'est pas démentie.

Encouragé par cette cure uniquement due au hasard, M. Viguerie pensa que cette opération pourrait être une ressource dans quelques fistules opiniâtres. Il a eu occasion dans la suite de la pratiquer de nouveau avec non moins de succès, quoique la guérison se soit faite attendre plus long-temps, ainsi que le prouve l'observation suivante.

OBSERVATION.

M. R... âgé de 38 ans, d'un tempérament très-irritable, obligé de voyager à cheval pendant deux jours, éprouva, à la suite de ce voyage, qui le fatigua beaucoup, une douleur au testicule gauche, qui par suite vint à s'engorger. Il appela un chirurgien qui lui conseilla d'appliquer sur la partie des cataplasmes émolliens faits avec la farine de graine de lin. Six jours après, une petite tumeur se manifesta à côté du testicule, sur laquelle on appliqua un morceau de pierre à cautère, qui donna issue à une matière sanguinolente ; dès-lors l'urine commença à couler par cette ouverture : on le mit à l'usage des sondes qu'il supporta difficilement, elles ne produisirent aucun changement avantageux dans son état.

Environ trois mois après, un second abcès se déclara du côté droit, que l'on traita comme le premier par les émolliens et les caustiques qui procurèrent la sortie du pus, et par suite celle des urines. Le malade en proie à deux fistules, l'une à gauche placée vers la racine des bourses, et l'autre à droite un peu plus rapprochée de l'anus que la première, il lui était impossible de supporter la sonde, et l'urine coulait presque en totalité par les fistules. Il y avait environ huit mois que le malade était dans ce triste état, lorsqu'il vint à Toulouse réclamer les soins de M. Viguerie. Il lui conseilla l'usage des sondes de gomme élastique, et lui en plaça une à demeure qu'il supporta très-bien; par ce moyen, l'urine presque entièrement déviée des ouvertures fistuleuses, il souffrait infiniment moins lorsqu'il urinait. Ce même traitement fut continué pendant fort longtemps, et quoique son état se fût amélioré, les fistules n'en persistaient pas moins; alors, désespérant d'obtenir la guérison par l'emploi des sondes, M. Viguerie décida le malade à se laisser pratiquer la boutonnière, après l'y avoir préalablement préparé. L'opération fut faite le 27 juin 1821, environ deux ans après l'apparition des fistules. Les suites en furent très-heureuses, il n'y eut point d'hémorrhagie, la fièvre se déclara le soir même, et ne dura que 48 heures. (Les premiers jours, très-peu de bouillon, tisane de graine de lin pour boisson.) Le malade fut mis à l'usage du petit-lait pendant 15 jours: depuis le moment de l'opération, l'urine coula par la plaie, et cessa de passer par les fistules qui se cicatrisèrent, et ce ne fut qu'environ trois semaines après que l'urine commença à reprendre son cours par la voie naturelle. Dès-lors, la quantité de celle qui passait par la plaie diminua chaque jour, et il n'en sortait à peu près qu'une cuillerée à café dans les vingt-quatre heures, lorsque le malade s'est retiré chez lui, trois mois après l'opération. Nous avons eu la satisfaction de recevoir de ses nouvelles, et quoique l'urine ait été toujours en diminuant, ce n'a été que sept mois après l'opération, que la guérison s'est tout-à-fait confirmée: il y a environ six mois que le malade est débarrassé de son infirmité.

Il n'est pas étonnant que la cicatrice de la plaie ait été très-longue à se faire, puisque les parties présentèrent une telle résistance à l'action des instrumens, que l'opérateur crut inciser une substance analogue à celle des cartilages. Cette circonstance lui fit craindre d'abord que la plaie resterait fistuleuse.

Tel est le faible Essai que je sou mets au jugement des Professeurs de cette Illustre Faculté. J'aurais désiré l'appuyer d'un plus grand nombre d'observations, pour être autorisé à en tirer une conclusion générale. J'ose espérer néanmoins que les faits que je rapporte ne seront pas sans quelque utilité, et qu'en fixant l'attention des praticiens, ils pourront conduire à de nouvelles recherches sur une affection qui fait souvent l'écueil de la chirurgie.

F I N.

PROFESSEURS
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

M. JACQUES LORDAT, *Doyen.*
M. J. ANTOINE CHAPTAL, *honoraire,*
M. J. B. TIMOTHÉE BAUMES.
M. M. J. JOACHIM VIGAROUS.
M. PIERRE LAFABRIE.
M. J. L. VICTOR BROUSSONNET,
M. G. JOSEPH VIRENQUE.
M. C. J. MATHIEU DELPECH.
M. JOSEPH FAGES.
M. ALIRE RAFFENEAU DELILE.
M. FRANÇOIS LALLEMAND.
M. JOSEPH ANGLADA.
M. CÉSAR CAIZERGUES.

MATIÈRE DES EXAMENS.

- 1.^{er} *Examen.* Anatomie, Physiologie.
- 2.^e *Examen.* Pathologie, Nosologie, Accouchemens.
- 3.^e *Examen.* Chimie, Botanique, Matière médicale, Thérapeutique,
Pharmacie.
- 4.^e *Examen.* Hygiène, Police Médicale, Médecine légale.
- 5.^e *Examen.* Clinique interne ou externe, suivant le titre de Docteur en
Médecine ou en Chirurgie que le candidat voudra acquérir.
- 6.^e *et dernier Examen.* Présenter et soutenir une Thèse.

Table

| | |
|--|----------|
| Sur le méisme Philoſophe par Vercher | 51. Page |
| Sur l'allaitement maternel par Ormieri | 14. |
| Sur la fracture de col de femme par Pinau | 40. |
| Sur l'apoplexie par Lapeyrie | 88. |
| Observation propre à éclaircir quelques points de médecine par Olmsted | 30. |
| Sur la Delirance par Laffon | 10. |
| Sur le Scorbut par Carbonel | 7. |
| Sur l'adynamie par Deffière | 28. |
| Sur le hémiplegie idéogénique par Boulaye * | 30. |
| Sur la neurse par Latus | 23. |
| Sur la fonction de la peau par Sudre | 154. |
| Sur le foray par Duclon | 25. |
| Sur l'opisthoton de la Doute-mière par Waffel | 23. |
| Sur quelque qu'opération de quinquina par Delgoum | 18. |
| Sur le abus de la manœuvre Sur le accouchement par elot | 23. |
| Sur l'opisthoton de l'aureille par Journaud | 29. |
| Sur l'émorrhée par Boulon | 26. |
| Sur le cataracte par Rubardi | 32. |
| Sur l'encephalocèle par Marbeille | 24. |
| Sur l'auriscul externe par Rolland | 30. |
| Sur la topographie méd. de la Guadeloupe par Noaldin l'ainé | 17. |
| Sur la structure du squelette humain par Noaldin fil. | 8. |
| Sur les perforations spontanées de l'estomac par Dainard | 28. |
| Sur la doctrine des fibres par Lattaloy | 21. |
| Sur les émissions sanguines par Jourquet | 52. |
| Sur le alcali végétal par Cuvillier | 35. |
| Sur l'effet de l'habitude par Corant | 26. |
| Sur les perforations spontanées de l'estomac par L'Isol | 28. |
| Sur l'analyse de l'extraire d'élain exotique par Dijac | 13. |
| Synthese Pharmaceutica et chymica auctore Delaube Ph ^m | 8. |
| * Sur l'amputation du membre par Gaillard | 30. |