

Bibliothèque numérique

medic@

**Malgaigne, M.. - Parallèle des diverses
espèces de taille**

1850.

***Paris : Imprimerie
administrative de Paul Dupont
Cote : 90974***

9.

CONCOURS

POUR

LA CHAIRE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE ET APPAREILS.

PARALLÈLE

DES

DIVERSES ESPÈCES DE TAILLE,

THÈSE

PAR M. MALGAIGNE,

MEMBRE DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE, CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS.



PARIS,

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE DE PAUL DUPONT,

Rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

1850

0 1 2 3 4 5 (cm)

DIVERSES ESPÈCES DE TAILLE

JUGES

De la Faculté :

De l'Académie :

M. ROUX, président.

MM. ANDRAL,

BÉRARD,

J. CLOQUET,

CRUVEILHIER,

DENONVILLIERS,

P. DUBOIS,

LAUGIER,

MOREAU,

VELPEAU.

MM. BAFFOS,

BÉGIN,

GIMELLE,

HUGUIER,

JOBERT.

COMPÉTITEURS :

MM. CHASSAIGNAC,

GOSSELIN,

JARJAVAY,

LENOIR,

MAISONNEUVE,

MM. MALGAIGNE,

NELATON,

RICHEL,

ROBERT,

A. SANSON.

Paris, Paul DUPONT.

PARALLÈLE

DES

DIVERSES ESPÈCES DE TAILLE.

Avant d'aborder directement ce parallèle, il est indispensable d'établir à quelles espèces de taille il devra s'appliquer, et de limiter le champ d'une question si étendue. Depuis dix-huit siècles que l'on écrit sur la taille, de nombreuses méthodes ont vu le jour ; les procédés surtout sont innombrables, et ce serait une vaine prétention que d'en vouloir seulement faire l'énumération complète. Mais de ces procédés, les uns, se rattachant à des méthodes déchuës, seront jugés avec ces méthodes ; les autres, fruits d'une stérile abondance, ou bien sont restés à l'état de projet, sans avoir eu l'honneur d'être appliqués sur le vivant ; ou bien, appliqués sur le vivant, ont été presque aussitôt reniés par leurs auteurs ; ou enfin, après quelques instants d'une vogue passagère, sont justement tombés dans un profond oubli. Comment toutefois établir entre eux ce premier triage, et qui sera notre guide dans cette périlleuse élimination ? Ce guide ne peut être que l'histoire ; non pas ce récit fastidieux et vingt fois répété de faits incompris parce qu'on ne les rattachait point à leurs causes ; mais l'histoire raisonnée, philosophique, qui, sans négliger les faits, s'attache surtout à en rechercher les causes, les rapports, les idées génératrices ; et qui, l'idée une fois dégagée et mise en lumière, permet de juger, parmi les faits secondaires, quels sont ceux qui ont véritablement servi à son développement.

A ce point de vue, l'histoire de la taille présente une tâche immense, en égard surtout au temps rapide qui nous est mesuré. Je l'ai essayée cependant, et si je n'ai pas l'espoir d'atteindre le but, peut-être au moins aurai-je réussi à le montrer.

La taille se pratique sur l'homme et sur la femme, et la différence des parties entraîne une telle différence dans les opérations qu'il est essentiel de les considérer à part.

Chez l'homme même, l'extraction des calculs vésicaux peut être tentée et a été en effet tentée de trois côtés ; en bas, par le périnée ; en avant, par l'hypogastre ; en arrière, par le rectum. Ces trois grandes variétés de la taille ont engendré elles-mêmes des méthodes secondaires et des

procédés importants, que nous aurons à comparer entre eux avant de mettre en parallèle les méthodes générales elles-mêmes; c'est pourquoi je me propose de faire l'histoire de chacune en particulier.

Ainsi donc, pour ce qui regarde la taille de l'homme, l'histoire séparée des grandes tailles périnéale, hypogastrique, recto-vésicale; examen de leurs procédés principaux, pour arriver au parallèle de ces tailles elles-mêmes; tel sera le plan de la première partie de cette thèse.

Pour la taille chez la femme, le nombre des procédés étant moindre, ils pourront être compris dans le même coup d'œil historique, et dans un seul parallèle; et enfin il nous restera à examiner quelques idées plus générales encore qui s'appliquent aussi bien à la taille des femmes qu'à celle des hommes; ce sera la troisième partie de ce travail.

PREMIÈRE PARTIE. — DE LA TAILLE CHEZ L'HOMME.

ART. 1^{er}. — TAILLE PÉRINÉALE.

§ 1^{er}. — Historique.

La taille par le périnée est de toutes la plus ancienne; son origine se perd dans la nuit des temps. Si l'on considère qu'un aphorisme d'Hippocrate, poussant à une rigueur exagérée une sentence plus sage de l'école de Cos (1), déclare toute plaie de la vessie mortelle; il paraîtra douteux que la taille ait pu prendre naissance en Grèce; et l'on comprendra que l'école hippocratique l'ait rejetée de sa pratique, à l'égal de la castration. Quoi qu'il en soit, l'histoire de cette taille peut se diviser en trois époques; dans la première, qui s'étend jusqu'au seizième siècle, on coupe le périnée sur la pierre, sans conducteur; dans la seconde, du seizième au dix-huitième siècle, on le divise sur le cathéter cannelé, mais avec timidité, faute de notions anatomiques; enfin à partir du dix-huitième siècle, les dissections et les expériences sur le cadavre amènent un grand développement des méthodes, et conduisent à attaquer la vessie par le périnée sur tous les points.

Première époque. Incision sur la pierre. Lorsque l'on voit, dès les premiers temps de l'école d'Alexandrie, la chirurgie en possession de la sonde métallique, qui portait même alors le nom de *cathéter*, on se demande comment il a fallu près de deux mille ans pour appliquer cet instrument à l'extraction de la pierre. A quoi je ne sais qu'une réponse: c'est que l'invention de la sonde ne paraît pas remonter plus haut qu'Erasistrate; que l'extraction des calculs, manifestement antérieure, n'avait pu, à défaut de la sonde, trouver un meilleur moyen de recon-

(1) *Prænot. Coacæ*, cap. 23: *Ex vulnere fere mors contigit, si cui vulneratur vesica.* Aphor. VI, 18: *Cui vesica persecta, lethale est.*

naitre le calcul et de le porter au-devant de l'instrument que les doigts introduits dans le rectum ; et que, l'opération ainsi créée, la coutume, qui a tant d'empire sur les choses humaines, suffit pour la maintenir en ce qu'elle avait de fondamental, malgré d'assez notables variations dans le reste du procédé opératoire.

Le procédé le plus anciennement connu porte le nom de Celse, parce que cet auteur est le seul qui nous l'ait transmis. L'index et le médius gauches introduits dans le rectum pour amener le calcul, comme on le croyait, au col ou dans le col de la vessie, l'opérateur faisait en travers, au-devant de l'anus, une incision semi-lunaire, sur la direction de laquelle on a fort discuté, et qui, très-probablement, avait sa convexité en arrière. Au fond de cette incision, il en faisait une autre tout à fait transversale, destinée à diviser le col de la vessie et à livrer passage au calcul. Celui-ci, s'il était petit, était expulsé par les doigts introduits dans le rectum ; s'il était plus gros, on passait en arrière un crochet à curette pour le saisir et l'attirer au dehors ; s'il était plus gros encore, Ammonius avait imaginé, après l'avoir embrassé dans la curette, de le diviser avec un ciseau et un marteau ; véritable lithotritie venant en aide à la taille.

Mais déjà à cette époque le procédé n'était pas pratiqué de même par tout le monde, et la grande question qui divise encore les chirurgiens de notre siècle s'était présentée à ces premières origines de l'art. Les uns, par crainte d'une fistule consécutive, ne faisaient qu'une petite incision qui devait se dilater devant le calcul pour lui livrer passage ; les autres, et c'est l'opinion de Celse, redoutant la déchirure du col, causé au moins aussi puissante des fistules consécutives, préféraient une grande incision.

Après Celse, il se trouve une grande lacune au sujet de la taille dans les écrivains de l'antiquité. L'auteur inconnu de l'*Introductio seu medicus*, nous apprend qu'on saisissait le calcul avec un instrument appelé *litholabe*. Étaient-ce déjà les pinces spéciales connues si longtemps sous le nom de *tenailles* ? On voit bien dans Aétius les *tenailles* employées pour la taille des femmes ; mais sans pouvoir remonter à l'époque de leur première application.

De même, dans un temps impossible à fixer, mais probablement entre Celse et Paul d'Egine, une nouvelle vue physiologique fit changer complètement la direction de l'incision. J'ai vainement cherché à qui revient cette idée bizarre, que le raphé périnéal est un endroit tout aussi dangereux à blesser que la vessie. Je l'ai trouvée exprimée pour la première fois dans les citations de Rhazès : *Sache bien*, dit un de ses auteurs, *que le raphé est très-mortel, perneccabile*. Avicenne la répète presque dans les mêmes termes ; pendant près de dix siècles, ce nouvel aphorisme a fait loi ; et, je le répète, il est probable qu'il datait de plus loin que les Arabes, puisque déjà on voit Paul d'Egine s'y soumettre.

Paul ramène donc son incision au côté gauche du périnée, en évitant le raphé, et la fait descendre obliquement en dehors et en arrière, du scrotum jusque vers la fesse gauche. Si le calcul ne sortait pas facilement, il le tirait avec des tenettes.

Malgré ce changement de route, Paul restait néanmoins fidèle à l'opinion de Celse et à la doctrine des grandes incisions. Mais la doctrine contraire ne tarda pas à prévaloir en Orient; tous les chirurgiens cités par Rhazès sont unanimes en faveur des petites incisions; ils divisent tous le périnée en travers, au côté gauche; et malgré son respect habituel pour l'autorité de Paul, Rhazès ne fait pas même mention de son incision oblique. En combinant le précepte de diviser en travers avec la crainte de blesser le raphé, l'incision ne pouvait pas être bien grande; n'importe, ils recommandent de la faire petite autant que possible; un des auteurs de Rhazès la réduit à la longueur d'un grain d'orge. Pour les gros calculs, ils employaient des brise-pierres en forme de tenailles, nouveau procédé de lithotritie substitué à celui d'Ammonius.

La réaction ne tarda pas à s'opérer. Un demi-siècle environ après Rhazès, Ali-Abbas laissait à son tour en oubli l'incision transversale; il respectait bien le raphé, région trop périlleuse; mais il faisait l'incision longitudinale, et, selon son expression, *parallèle*; et il la voulait large en dehors, plus étroite en dedans, mais de la grandeur nécessaire pour le passage de la pierre.

La chirurgie arabe, tiraillée dans ces deux sens, finit cependant par se ranger du côté de Rhazès. Avicenne accorde seulement que l'incision ne soit pas absolument en travers, mais il la recommande étroite; et Albucasis, plus orthodoxe, la faisait étroite et transversale à la fois.

Cependant, chose bien remarquable, la chirurgie renaissante du moyen âge, malgré d'aussi puissantes autorités, prit parti pour Ali-Abbas. Probablement le hasard en décida d'abord, la traduction d'Ali ayant été publiée la première; mais, je le répète, il est remarquable que ni Rhazès, ni Avicenne, ni Albucasis n'aient pu même ébranler la pratique des grandes incisions, qui régna sans partage jusqu'au seizième siècle.

Roger, Roland, Brunus, Théodoric, et près eux Guy de Chauliac, décrivent donc l'incision longitudinale; Guillaume de Salicet, la réclamant oblique, ne fut pas même écouté. C'est alors également, dans le treizième siècle, qu'apparaît la première trace des liens propres à maintenir les opérés; déjà Roger fixait de cette manière les jambes du malade au cou et aux épaules de l'aide qui le contenait. Brunus fit passer les liens par-dessus le cou du malade même; Guillaume de Salicet lui fixa les pieds aux cuisses, et dès lors put se passer de l'aide principal, et opérer le malade ainsi lié en le couchant sur le banc à opération.

Les choses se perpétuèrent ainsi de siècle en siècle, sans beaucoup de changements, jusqu'à ce que l'application du cathéter vint donner une autre face à la lithotomie. On a écrit que les inciseurs suivirent les préceptes tracés par Guy de Chauliac; rien n'est plus loin de la réalité des choses. Ils s'instruisaient par la tradition, non par les livres; et en ce qui concerne la taille, loin d'avoir eu quelque chose à apprendre de Guy, c'est d'eux que Guy avait tiré le peu qu'il en savait. Aussi, sans se soucier de Guy, ils remplaçaient parfois le crochet par les tenailles, et

Marianus Sanctus nous les montre même armés du *brise-pierre*, dont il rejette l'usage ; Franco, pour les cas où ses doigts n'étaient pas assez longs pour atteindre la pierre, avait imaginé son *fondamental*, sorte de crochet mécanique qu'il portait au-dessus de la pierre par le rectum ; et plus tard frère Jacques, renouvelant l'incision oblique, y apportait cette modification nouvelle, de la pratiquer de bas en haut ou d'arrière en avant.

DEUXIÈME ÉPOQUE. *Incision sur le cathéter*.—C'est au commencement du seizième siècle que l'on trouve, pour la première fois, l'indication du cathéter employé dans la taille ; l'historien Sanarega en fait honneur à un chirurgien qu'il ne nomme pas et qui serait mort en 1510. M. Bonino conjecture que ce chirurgien serait Batiste de Rapallo, le père de Jean de Vigo ; et l'on a voulu faire ainsi remonter à Batiste l'invention du grand appareil ; ce sont là de pures hypothèses, difficiles même à concilier avec les faits.

Ainsi, d'après le récit de Sanarega, l'opérateur dont il parle commençait par introduire le cathéter, faisait ensuite une incision oblique longue de quatre doigts en dehors de l'anus, et retirait la pierre avec un crochet, en s'aidant du doigt introduit dans le rectum. C'était donc tout simplement le procédé de Paul et de Guillaume de Salicet, corrigé par l'addition du cathéter ; il y a loin de là au grand appareil institué par Jean de Romanis.

Mais cette application du cathéter avait une plus grande importance, et devait produire, pour la taille, une révolution bien autrement radicale. Aussi, en quelques années, elle avait déjà donné naissance à deux grandes méthodes : la taille latérale, avec les tenettes et le gorgeret, dont l'inventeur est aussi resté inconnu, et qui, malgré la préférence que lui accordait Franco, resta négligée pendant près de deux siècles ; et le grand appareil, qui, durant ce long espace de temps, rivalisa presque seul avec le petit appareil.

Ici encore se représente, avec des procédés nouveaux et une forme nouvelle, la lutte entre les grandes et les petites incisions. Franco, dans la taille latérale, faisait assez bonne ouverture, grande, dis-je, selon la pierre, iacôit que la moindre incision soit la meilleure, pourveu que la pierre y puisse passer ; et pareillement ne soit par trop petite, tant qu'il faille que la pierre sorte avec grande violence. Bien plus, ayant reconnu que bien souvent, en copant sur la canule, le rasoir ne peut pas bien copper tant large qu'il feroit besoin, il proposait, après la première incision, d'introduire dans la vessie des tenailles incisives, véritable lithotome caché à deux lames, et de les ouvrir aussi largement qu'on le jugerait nécessaire pour couper en les retirant ; première institution de la taille bilatérale. Au contraire, Jean de Romanis se bornait à une incision extérieure de la largeur de l'ongle ou un peu plus, et se gardait d'approcher trop près du col de la vessie, qu'il voulait dilater sans le rompre. Il faut, disait Marianus Sanctus, apporter le plus grand soin, en le dilatant, à ne pas porter la dilatation jusqu'à la solution de continuité ; car si cela ar-

rivait, on ne pourrait éviter de deux choses l'une, ou la mort du malade, ou l'écoulement involontaire de l'urine.

Aussi, pour faciliter cette dilatation, Jean de Romanis avait imaginé un arsenal tout entier : *explorateur, conducteurs, dilataleurs, tenailles, latéraux ou ailerons*, etc. Cet appareil instrumental ne demeura pas longtemps sans modifications ; déjà A. Paré, qui paraît reproduire le procédé de L. Colot, supprime l'explorateur, change la forme des tenailles droites, en ajoute de courbes, conserve le brise-pierre, et enfin, donne la figure de canules à placer dans la plaie. Plus tard, Covillard imagina un conducteur spécial qui servait en même temps de dilateur, et sur lequel il portait directement ses tenettes. Plus tard encore, Tolet remit le gorgeret en honneur ; modifications fort insignifiantes et qui ne changeaient rien à la méthode elle-même.

Le principal péril venait des incisions, trop étroites d'abord, et surtout trop peu profondes. On n'avait pas tardé à s'apercevoir que les parties étaient déchirées par les manœuvres de la dilatation, et plus encore par le passage de la pierre ; et, pour des esprits sans prévention, le but essentiel de la méthode aurait ainsi paru manqué. Mais on s'était forgé une complaisante théorie pour conserver les petites incisions et s'applaudir même des déchirures. *La raison pourquoy on fait la playe au commencement si petite*, dit Paré, *c'est pourcequ'il ce qui est coupé ne se reunit si bien ni en brief temps que ce qui est dilacéré et deschiré*. Dalechamps mentionne la même théorie ; mais, du moins, il la rapporte à qui de droit, c'est-à-dire aux opérateurs.

Laurent Colot ne donnait pas à l'incision extérieure plus d'un pouce ; et ses descendants suivirent fidèlement sa pratique. Mais d'autres opérateurs furent moins dociles ; et Tolet, par exemple, faisait l'incision de deux travers de doigt au moins pour les petits garçons, de trois ou quatre travers de doigt aux hommes. On pouvait, d'ailleurs, ne pas lui donner d'abord toute cette étendue, sauf, quand la pierre était au passage, à l'agrandir d'un coup de ciseaux ou de bistouri s'il était nécessaire. Bien plus, Tolet se plaint qu'on n'ouvre pas assez l'urètre ; il veut pour cela qu'on appuie *fortement le bistouri dans la cannelure*, sans toutefois diviser le col de la vessie ; et telle est l'origine du *coup de maître* dont on a voulu faire honneur à Maréchal et à La Peyronie. Avec une incision extérieure de trois travers de doigt, avec le gorgeret remplaçant le dilateur, le grand appareil, aux yeux des assistants, se rapprochait beaucoup de la taille latérale ; et c'est ainsi que Lister croyait avoir vu, en 1698, Maréchal appliquer sur le vivant la méthode de frère Jacques, corrigée par la sonde cannelée.

TROISIÈME ÉPOQUE. *Incisions anatomiques*.—Les choses en étaient à ce point, quand frère Jacques arriva à Paris, en 1697, avec un procédé qui se faisait remarquer surtout par la hardiesse de ses incisions. On le fit opérer sur le cadavre à l'Hôtel-Dieu ; il se trouva qu'il avait coupé le col et environ un demi-pouce du corps de la vessie. Mery, chargé de faire un rapport officiel sur cette opération, en énuméra tous les avan-

tages ; large incision permettant d'extraire la pierre sans aucun effort ; pas de contusion ni de déchirure ; point d'infiltration sanguine à craindre du côté du scrotum ; point d'hémorragie de la portion spongieuse de l'urètre ; seulement, la sonde sans cannelure exposait à des erreurs de route ; et Méry estimait qu'il y aurait avantage à lui substituer le cathéter cannelé. Dans ce rapport remarquable, Méry rompait directement avec une tradition des lithotomistes, en déclarant que la plaie de frère Jacques, nette et sans déchirure, devait se réunir plus facilement ; mais il lui restait un scrupule, et pour savoir si une plaie du col et du corps de la vessie n'était pas le plus ordinairement mortelle, contre la sentence d'Hippocrate, il en appelait à une expérience ultérieure.

Après tout, les conclusions étaient sages ; mais elles choquaient des intérêts nombreux et puissants ; et quand frère Jacques revint à Paris l'année suivante, Méry manifesta de tout autres dispositions. Il essaya d'abord de lui fermer les hôpitaux ; n'ayant pas réussi, il le laissa opérer avec le cathéter rond, source de nombreux malheurs ; et conclut que le grand appareil était bien préférable. L'expérience avait cependant démontré que l'incision du col et du corps de la vessie n'était pas mortelle, et, de plus, qu'elle pouvait très-bien se réunir ; mais comme plusieurs des opérés de frère Jacques conservaient des fistules, Méry prétendit que cette fâcheuse conséquence venait de cette double incision, et qu'il fallait nécessairement s'en abstenir. Dès lors, il se borna à recommander aux lithotomistes de pousser leur incision jusqu'à l'entrée du col de la vessie, ce qui ne choquait plus personne, et ne dérangeait rien au grand appareil.

Fagon et Félix, l'un premier médecin, l'autre premier chirurgien du roi, jugèrent la chose un peu différemment ; ils engagèrent frère Jacques à adopter le cathéter cannelé, et dès 1701, renonçant à ses anciens procédés, même au petit appareil, il pratiqua définitivement l'incision du col de la vessie sur la rainure de la sonde. Mais, en dépit de ce perfectionnement, et malgré ses puissants protecteurs, il ne put se maintenir à Paris, et dut se borner à la province et aux pays étrangers.

En 1704, avant été appelé à Amsterdam, il y trouva une autre sorte d'adversaire ; c'était Rau, qui fit tout ce qu'il put pour décrier la méthode, sauf à s'en emparer quand l'opérateur serait parti. On comprend dès lors qu'il eût quelque intérêt à se taire sur le procédé qu'il suivait ; bien que, d'après la description inexacte d'Albinus, on ne puisse guère douter que ce fût celui de frère Jacques. Du reste, Rau avait coutume, dit-on, de répondre à ceux qui l'interrogeaient : *Lisez Celse* ; énigme demeurée insoluble pour la plupart des chirurgiens du dix-huitième siècle. Ils auraient pu cependant trouver dans Celse l'incision du col de la vessie, et la recommandation des incisions suffisantes ; avec la direction oblique de l'incision extérieure, c'était là en effet toute la pratique de Rau.

Rau, mort en 1719, semblait avoir emporté son secret dans la tombe,

lorsque Albinus publia, en 1725, avec la description du cabinet de Rau, les seuls détails qu'on possède sur sa méthode. Malgré l'infidélité involontaire du narrateur, Cheselden en fut frappé, et après quelques essais infructueux, il aboutit à son tour à la taille de frère Jacques. Il eut d'abord, comme Rau, l'idée d'en faire un secret; et quand il se décida à la communiquer au public, il faut confesser qu'il a si bien embrouillé ses descriptions, qu'il s'est élevé, dans ce siècle même, de vives discussions en Angleterre pour savoir quel était son procédé définitif (1), et que le procès est encore à juger. Voici d'abord comment il procédait d'une manière générale.

Il avait commencé par injecter de l'eau dans la vessie pour la distendre, mais ayant reconnu des inconvénients dans cette façon de faire, il y avait absolument renoncé, et prenait soin, au contraire, de vider la vessie avant l'opération. Il ne plaçait pas son malade à demi assis, comme dans le grand appareil, mais couché sur une table horizontale, la tête seule un peu relevée. Tout étant disposé, avec un petit scalpel convexe, il faisait une incision extérieure oblique, qui venait aboutir entre l'anus et l'ischion, sans attacher beaucoup d'importance au point précis où elle commençait. La cannelure de la sonde était mise à nu; alors, disait-il en 1730, je coupe dessus toute la longueur de la prostate, droit jusqu'à la vessie, en repoussant le rectum en bas avec un ou deux doigts de la main gauche. C'est là le procédé qu'il avait indiqué à Morand, et qui est resté principalement dans la pratique.

Mais en 1731, suivant Douglass, après la première incision, il procédait à la section de la prostate d'une toute autre manière. Le couteau entrait dans la cannelure au travers des parties latérales de la vessie, immédiatement au-dessus de la prostate, et sa pointe continuait à glisser dans la même cannelure, suivant une direction en bas et en avant ou vers l'opérateur, celui-ci divisait la portion du sphincter de la vessie placée sur la prostate, coupait obliquement le côté externe de cette glande, suivant la direction et dans toute la longueur de la portion de l'urètre qui la traverse, et finissait l'incision interne en divisant la portion musculaire de l'urètre sur la partie convexe de la sonde.

Tel est le procédé décrit par Douglass; et dans ses publications postérieures, non-seulement Cheselden ne réclama point, mais il ajouta à sa première description, qu'après avoir cherché la sonde, il incisait sur elle la portion de l'urètre placée au delà des corps caverneux ainsi que la glande prostate, en portant l'instrument de bas en haut pour éviter de blesser l'intestin. A la vérité, Sharp décrivant à son tour le même procédé, veut qu'on tourne en haut le tranchant du bistouri, et que l'on coupe toute la longueur des prostates de dedans en dehors; ce qui semblerait indiquer que le bistouri, sans quitter la cannelure de la sonde, était seu-

(1) Voyez Thompson, *Histoire de la taille latérale de Cheselden*, traduction française, 1818; et Yelloli, *Obs. on Douglass' statement of Cheselden's operation*; *Mé-dico-chir. Transactions*, 1829.

lement tourné obliquement en haut et en dehors ; et de fait, quand Hawkins eut produit son gorgeret tranchant, Sharp déclara que l'incision ainsi faite était la même que celle qu'on se proposait de faire avec le couteau. Mais, d'un autre côté, Kesselring, en 1738, disait avoir vu faire cinq fois par Ghirle, à l'hôpital Saint-Thomas, à Londres, la section de la prostate de dehors en dedans, en présence de Cheselden ; mais, vers la même époque, Durocher, qui était allé à Londres pour étudier cette taille, la répéta sur le cadavre à Bicêtre, en présence de plusieurs chirurgiens, absolument à la manière de Douglass, en affirmant qu'il l'avait ainsi vu faire à Sharp et à Cheselden ; mais Sharp lui-même, lors de son voyage à Paris, en 1750, fit la même expérience devant Pallucci, et coupa si bien d'arrière en avant, qu'il blessa la vésicule séminale gauche (1) ; mais enfin, Cheselden aurait si bien induit en erreur une bonne partie de ses contemporains, que J. Bell, à la fin du siècle dernier, et S. Cooper, dans le nôtre, se montrent convaincus que le procédé décrit par Douglass est le vrai procédé de Cheselden.

Quoi qu'il en soit, ce qui importe surtout, c'est que Cheselden, en divisant la prostate dans toute sa longueur, l'entamait dans sa profondeur aussi loin qu'il était nécessaire pour livrer au calcul un libre passage ; si même, le calcul chargé, il s'apercevait que son volume fût considérable, il agrandissait l'ouverture en incisant sur la pierre tandis qu'elle était prise dans les tenettes.

Les succès de Cheselden attirèrent Morand à Londres ; il allait y chercher les secrets de cette méthode que, par deux fois, Franco et frère Jacques avaient offerte à la chirurgie française et qu'elle avait deux fois repoussés. Pendant son voyage, Garengot et Perchet, à l'aide de quelques expériences sur le cadavre, l'avaient retrouvée à leur tour ; et Perchet même l'avait pratiquée avec succès sur le vivant ; dans ces circonstances, ramenée de Londres avec éclat par Morand, on pouvait croire qu'elle aurait en France de meilleures destinées.

Et d'abord, en 1730, Morand et Perchet, l'un chirurgien en chef, l'autre gagnant maîtrise à la Charité, y pratiquèrent treize tailles par la méthode latérale, et ne perdirent que deux malades. Mais en 1731, Maréchal qui, en sa qualité de premier chirurgien du roi, selon le dire de Morand, gouvernait heureusement la chirurgie dans cet hôpital, mit la taille latérale à l'index et défendit d'y faire autre chose que le grand appareil. Il ne faut pas oublier que Maréchal avait à soutenir son *coup de maître*, que personne alors n'eût osé aller rechercher dans Tolet. La Charité fermée, il y avait l'Hôtel-Dieu. Mais justement, en cette même année 1731, La Peyronie, autre puissance, inventa un autre *tour de maître*, qui allait tout au plus à diviser la pointe de la prostate ; et le fit adopter

(1) Kesselring, dans les *Thèses chirurgicales* de Haller, t. IV, p. 234. — Pallucci, *Nouvelles remarques sur la lithotomie*, p. 64. — Frère Côme, *Recueil de pièces sur la Taille*, t. II, p. 191 et suiv.

par Boudou, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu (1). Perchet ne tarda pas à quitter Paris; Garengot était sans hôpital et sans influence; Morand seul restait donc pour propager la méthode qu'il avait été chercher si loin. Or, soit que Morand n'eût jamais bien compris Cheselden, soit que les grandes incisions lui fissent peur, soit qu'il se laissât influencer à son insu par le milieu dans lequel il vivait, Morand vantait partout la taille de Cheselden, et lui en substituait une toute différente. Cheselden faisait coucher le patient sur un lit horizontal; Morand le mettait debout assis comme dans le grand appareil; Cheselden faisait des incisions suffisantes pour le passage de la pierre; Morand voulait bien tenter la prostate, mais à la condition d'y faire l'incision la moindre possible. Ainsi, Lecat, son élève favori, à qui lui-même avait appris, en 1732, la prétendue taille de Cheselden, n'avait fait sur ses premiers opérés, et sous les yeux de son maître, qu'un débridement très-étroit sur le col vésical, suivi de la dilatation; le même Lecat, possédé de la manie instrumentale, avait fini par adopter un gorgéret cystitome déployant une lame tranchante qui sortait d'une ligne et demie à deux en laissant la sonde, et de deux lignes à trois la sonde étant retirée. Ajoutez que cette lame, faisant angle avec le bout du gorgéret, devait couper de dehors en dedans, ou en entrant dans la vessie; et Lecat ne voulait pas qu'on l'enfonçât dans le col vésical de plus de six lignes. Aussi, un peu pressé sur la signification de son procédé, confessait-il qu'il était au fond le même que le grand appareil adopté par Boudou à l'Hôtel-Dieu. Un autre des élèves de Morand, Goulard de Montpellier, se servait d'un lithotome courbe assez étroit, qu'il poussait, après l'incision de l'urètre, à dix lignes environ de profondeur; aussi, tandis que Morand comptait les succès de Goulard au profit de la taille de Cheselden, La Peyronie les revendiquait à meilleur droit pour la sienne. Enfin, Lédran, un peu plus hardi, et pensant faire une chose nouvelle, publia, en 1743, une nouvelle méthode dans laquelle il prétendait fendre entièrement la prostate sur le côté. Il se servait pour cela d'un instrument particulier, qu'il appelait *bistouri en rondache*, et qui, pareil à un tranchet de cordonnier, offrait une portion tranchante, très-aiguë de sept à huit lignes de longueur, avec six lignes seulement de largeur à la base; cet instrument était porté dans la vessie le long d'un petit gorgéret, baptisé du nom de *sonde cannelée*, et coupait en entrant comme le cystitome de Lecat. On peut prévoir quelle faible incision faisait une lame de ce genre; toute fois, Lédran avait au moins la hardiesse de la pousser jusque dans la vessie; et il arrivait ainsi au même résultat que Lecat.

Tel était l'état des choses en France, moins de vingt ans après la découverte de Perchet et de Garengot, et le voyage de Morand à Londres; les petites incisions partout remises en honneur, et la fécondité des

(1) Lecat, *Recueil de pièces concernant la taille*, p. 136; Deschamps, *Traité de la taille*, t. II, p. 57.

chirurgiens s'épuisant en instruments propres à couper le moins possible. Cependant, lors de la première opération de Perchet, parmi les aides qui le secondaient, se trouvait un jeune étudiant à qui avait été commis le soin de tenir la sonde. Il avait sans doute été attiré comme les autres par la nouveauté de l'opération ; puis, comme les autres, il avait vu d'un oeil indifférent de grand appareil reprendre le dessus. Cependant, prenant soin de quelques calculeux pauvres qu'il faisait tailler par charité, il fut frappé des accidents qui survenaient ainsi que de la proportion de la mortalité ; les idées de Garangeot et de Perchet lui revinrent en mémoire, et, en novembre 1748, il publia, sans se nommer, dans les journaux de Verdun, la description d'un instrument qu'il appelait lithotomie cachée, qui devait s'introduire fermé dans la vessie, puis, retiré ouvert, avec une lame tranchante saillant à volonté de 5 à 15 lignes, devait suffire pour les plus petites comme pour les plus grandes incisions.

Le nouvel instrument venait faire concurrence à l'instrument de Lecat ; la doctrine des grandes incisions était tout à fait contraire à la sienne. Lecat se précipita donc dans la lutte, et pour la première fois les deux doctrines se trouvèrent en présence, nettement articulées, vivement attaquées et vivement défendues. L'anonyme avait posé en principe que l'incision devait permettre la libre entrée des ténettes et la libre sortie du calcul, dût-on opérer la section totale de la prostate ; car au delà, ou bien il laissait l'incision se distendre d'elle-même, ou bien il conseillait le broiement de la pierre. Lecat soutint qu'un simple débridement du col de la vessie suffisait ; que les grandes incisions étaient presque toujours mortelles, et que des petites suivies de dilatations ménagées étaient seules permises en bonne chirurgie. Il espérait sans doute avoir bon marché de ce particulier anonyme, qui confessait n'être ni médecin ni chirurgien. Mais, il rencontra un adversaire d'une trempe plus forte que la sienne ; après quelques années de débats, il reconnut qu'il avait aidé lui-même à grandir son rival, désormais célèbre dans toute l'Europe sous le nom de frère Côme, tandis que sa propre renommée allait partout fléchissant, et jusqu'à Rouen même, le théâtre de ses succès. En 1753, il jeta un cri de détresse, et en appela du jugement de l'opinion au jugement de l'Académie royale de chirurgie.

Ce serait une histoire curieuse à faire que celle de ce jugement célèbre, et des influences mises en jeu de toutes parts pour le presser, le retarder, l'atténuer. L'Académie aurait bien voulu, s'il eût été possible, écraser ce qu'on appelait l'ennemi commun ; mais la crainte salutaire de se compromettre la retenait. Pendant deux ans elle résista aux instances de Lecat, et enfin, ne pouvant plus reculer, elle nomma une commission qui commença ses expériences sur le cadavre, le 23 février 1755. Quelques semaines après, Lecat lut devant l'Académie un Mémoire sur les deux méthodes, où il établissait entre autres ces deux propositions :

« Les grandes incisions des parties nerveuses telles que la vessie, sont beaucoup plus dangereuses que les grandes dilatations ménagées.

« Une petite incision suivie d'une grande dilatation est préférable à une grande incision suivie d'une médiocre dilatation. »

Le Mémorial, les expériences faites, on attendait le rapport avec curiosité; plus de deux années se passèrent sans qu'il fut publié. Leca impatient demanda au moins une approbation de son Mémorial; Ledran et Carangeot chargés d'en rendre compte, estimèrent qu'il était fondé sur les bons principes, et que l'Académie ne pouvait qu'approuver la doctrine émise dans cet ouvrage. En conséquence, l'Académie l'approuva de tous points; et Leca put croire sa cause gagnée. Il fut cruellement trompé, lorsqu'il lut dans le troisième volume de l'Académie qui parut peu de mois après, le fameux rapport de la commission jusqu'à tenu secret avec tant de sollicitude. D'abord il n'y était question, ni de Leca, ni de son traitement, ni de son Mémorial; il était supprimé, comme s'il n'eût jamais existé. En revanche on y parlait beaucoup du lithotome caché; on énumérait ses défauts; on rapportait complaisamment les succès de son auteur; mais quant à sa doctrine elle-même, l'Académie, oubliant les bons principes qu'elle venait d'approuver de tous points, descendait aux concessions les plus inattendues.

Ainsi, avec ce titre marginal : *Principe général sur la perfection de la taille*, le rapport disait :

« L'auteur du nouvel instrument donne pour principe sur l'opération de la taille, que celle-ci est la plus parfaite qui ouvre une voie aisée à la sortie des pierres. Nous adopterons volontiers cette proposition capitale, pourvu qu'on n'entende pas que l'incision doive se faire sans égard aux parties qui peuvent être intéressées sans danger, et à celles qu'il est à propos de ménager. »

Mais quelles étaient, pour l'Académie, ces parties qui pouvaient être intéressées sans danger ?

« Tout l'obstacle est au col de la vessie; c'est le col de la vessie qu'il faut débarrasser. Il suffira néanmoins d'entamer la prostate avec un petit bistouri dans le cas d'une pierre très-médiocre; on étendra un peu plus l'incision ou on la fera avec un instrument un peu plus large, si la pierre est d'un volume considérable; mais la plus grande incision doit être bornée intérieurement à la section de la prostate jusqu'au corps de la vessie exclusivement. »

« Etranges aberrations des partis ! C'était bien là la doctrine de frère Côme, exposée presque dans ses propres termes; et la suite du rapport est consacrée à le combattre, comme s'il avait dit autre chose. Mais l'Académie devait donner l'exemple d'une contradiction bien plus choquante encore. Pourquoi affectait-elle de redouter l'incision portée au delà de ses justes bornes sur le bas-fond de la vessie, qui n'était point en cause ? Parce que cette incision pouvait attirer une inflammation dangereuse et donner lieu à l'infiltration d'urine dans le tissu cellulaire. Cependant les expériences sur le cadavre avaient montré que l'incision de la prostate ne prépare pas toujours une issue suffisante aux pierres d'un volume un peu considérable; que dans ces cas elle se prolonge intérieu-

— 15 —

rement par un déchirement capable d'attirer l'inflammation et la gangrène au corps de la vessie. Mais comme on ne voulait à aucun prix entamer le bas-fond de la vessie, à quelle ressource recourir? L'Académie ne trouva rien de mieux à conseiller que la méthode de Foubert et de Thomas, dont l'incision portait tout entière sur le bas-fond de la vessie, tout à l'heure si important à ménager.

Lorsque Albinus avait attiré sur la méthode de Rau l'attention de l'Europe savante, bon nombre de chirurgiens avaient essayé de la pratiquer comme elle était décrite, c'est-à-dire en ouvrant seulement le corps et respectant le col de la vessie. Cheselden avait ainsi taillé dix malades, et en ayant perdu près de moitié par des infiltrations urinaires, il y avait renoncé. En 1730, Ledran avait fait de nouvelles tentatives par un procédé nouveau après l'aspic appliqué sur plusieurs malades, il y avait renoncé. En 1743, Foubert publia dans les Mémoires de l'Académie un autre procédé dans lequel l'incision se faisait le long d'un trocart plongé d'abord dans la vessie près de la tubérosité sciatique. Outre les infiltrations urinaires qui firent périr plusieurs malades, chez quelques-uns le trocart fit fausse route et n'arriva pas jusqu'à la vessie. Afin d'éviter une pareille erreur, Thomas imagina de plonger le trocart immédiatement au-dessous de la symphyse, un peu latéralement, malheureusement dans son premier essai sur le vivant, il avait donné deux coups de trocart sans atteindre la vessie; et les chirurgiens présents l'avaient à bon droit empêché d'aller plus loin (1).

Ce furent cependant ces deux déplorables procédés que l'Académie osa recommander aux chirurgiens pour l'extraction des pierres volumineuses. Si l'on recherche les motifs d'un pareil jugement, les plus plausibles qu'on puisse trouver sont les suivants : Foubert était alors directeur de l'Académie, et Thomas avait l'approbation de M. Senac, premier médecin du roi, et de M. de la Martinière qui portait de la nouvelle méthode le témoignage le plus avantageux. Ajoutons cependant qu'en terminant, le rapport annonçait un Mémoire particulier de Thomas sur sa méthode; et que grâce au ciel le Mémoire ne parut jamais.

Pour revenir maintenant à des choses plus sérieuses, il est bien remarquable que le rapport académique n'ose préconiser ni même mentionner aucun des procédés en usage dans les hôpitaux de Paris et dans la pratique générale. La Peyronie était mort; il n'en fut pas question. Sur Boudou, Ledran, Garengèot, Pouteau, même silence. En effet, après avoir admis le principe des incisions progressives, comment parler convenablement de procédés qui réduisaient ces incisions à rien, ou qui pour les avoir toujours au même degré, épuisaient tous les caprices de la mécanique? Aussi Lecat, fort bon juge dans la cause des autres, écrivait à l'Académie que la méthode de son frère Côme valait mieux que les méthodes les plus usitées, et prédisait qu'il ne tarderait pas à devenir de

(1) Pallas, *De viris illust. methodis*, § 32. — Dans les *Theses chir.* de Haller, t. IV, p. 291.

seul lithotomiste de la capitale (1). On pourrait croire du moins qu'après avoir conclu à l'avantage des incisions progressives, les chirurgiens de Paris s'y conformeraient dans leur pratique. Il n'en fut rien pour la plupart; tout ce qu'ils accordèrent, ce fut de donner à leur vieux procédé un nom en accord avec les idées nouvelles; ils l'appelèrent le *grand appareil latéralisé*. Et pour nous bien fixer sur la valeur réelle de ce mot, nous interrogerons un témoin désintéressé, Bertrandi, dont le dernier séjour à Paris est de 1755.

« J'ai vu, dit Bertrandi, pratiquer plus de cent fois en France la méthode à laquelle on donnait le nom de *grand appareil latéralisé*, qui ne différait du grand appareil que parce qu'on faisait l'incision des téguments un peu plus obliquement et latéralement, et lorsqu'on avait ouvert l'urètre, on inclinait en avant la sonde en poussant le scalpel en dessous et en dedans; mais j'ai remarqué que, de cette façon, l'opérateur ne pouvait jamais couper assez bas ni assez profondément dans l'espace triangulaire des muscles pour qu'on dût croire qu'il coupait la prostate, parce que tenant lui-même la sonde qui fait tumeur sous le scrotum, et voulant pénétrer dans sa cannelure sans la chercher dans le fond avec le doigt, il coupait toujours l'urètre à une telle hauteur au-dessus du bulbe, qu'ensuite, en inclinant la sonde et en poussant le scalpel en dedans, il ne pouvait jamais couper que la portion membraneuse de l'urètre qui est sous le pubis, ou à peine le bord antérieur de la prostate. »

Cependant, il y eut au moins quelques tentatives pour produire de meilleures incisions sans se servir de l'instrument de frère Come. La plus remarquable fut celle que Ledran fit connaître en 1756. Il en était venu à s'apercevoir que son bistouri en rondache ne faisait pas une incision suffisante pour les grosses pierres; et pour ce cas il avait inventé une sorte de bistouri caché qui, porté dans le col vésical, était destiné à y faire du côté droit une incision pareille à celle du côté gauche. C'est là, après Celse et Franco, le troisième essai de taille bilatérale; on n'y fit pas seulement attention.

Lecat, en 1766, sortit aussi de son immobilité; et confessant le danger *infini* de la dilatation pour les très-grosses pierres, proposa deux appareils fort ingénieux pour les broyer dans la vessie. L'un est une tenette dont les branches se rapprochent à l'aide d'une vis transversale; l'autre plus compliquée, se compose d'un forêt mû par un archet pour creuser la pierre à son centre, et d'une tenette spéciale qui, introduite dans cette excavation, devait en s'écartant faire éclater le calcul.

Enfin, un autre procédé, celui de Moreau, publié par Dubut en 1772, mérite d'être mentionné à cause de la direction nouvelle qu'il imprimait à l'incision. Toutes ces questions tendaient à se préciser de jour en jour. Lecat, dans son *Mémoire à l'Académie*, avait posé le principe suivant :

« L'incision totale de la taille doit être plus grande extérieurement, plus petite intérieurement, ou représenter un triangle tronqué ayant sa base aux téguments, son sommet tronqué au col de la vessie. »

(1) *Parallèle de la taille latérale de M. Lecat, etc.*, p. 125.

Moreau faisait avec un bistouri fort simple, et sur la cannelure du cathéter, une première incision en pénétrant dans la vessie ; puis en retirant l'instrument, il en élevait le manche de manière à opérer à la prostate une deuxième incision, plus large cette fois du côté de la vessie qu'en dehors. La plaie devait ainsi représenter deux triangles adossés par leurs sommets, l'un ayant sa base au périnée, l'autre au col de la vessie. Quelle que soit la valeur de cette idée, elle était du moins à peu près purement théorique, et à cette profondeur, il est difficile d'assigner au bistouri une direction précise, surtout quand on craint de le faire trop agir.

Mais tandis qu'en France, malgré tant de rivalités, la méthode des grandes incisions gagnait tous les jours par les efforts de frère Côme, en Angleterre, par un retour inopiné des esprits, la faveur revenait aux petites incisions. Dans une thèse soutenue à Leide, en 1754, Pallas décrit un gorgeret tranchant avec lequel Hawkins, chirurgien de l'hôpital Saint-George, pratiquait depuis quelque temps la taille. D'après la description assez obscure de Pallas, Hawkins aurait d'abord fait l'incision de la prostate avec le couteau ordinaire, et le gorgeret lui aurait servi à l'agrandir dans un autre sens. Aussi Pallas décerne surtout au nouveau procédé cet éloge, qu'il fait une bien plus grande incision que celui de Cheselden.

J'ignore jusqu'à quel point Pallas avait bien rendu les idées d'Hawkins ; et c'est encore à un point obscur dans l'histoire de la lithotomie anglaise. Il est certain du moins que bientôt après le gorgeret tranchant fut employé seul à diviser la prostate, qu'il coupait à gauche et un peu en avant, non en ligne droite comme le bistouri, mais en décrivant une ligne courbe dont la concavité regardait en haut et à droite. Cette incision, uniforme dans tous les cas, ne pouvait pas pénétrer fort avant ; mais malgré cet inconvénient, où plusieurs virent un avantage, le gorgeret tranchant détrôna pour un temps, en Angleterre, le couteau de Cheselden, et sauf quelques modifications insignifiantes, c'est ce procédé que B. Bell décrit comme la perfection de la taille.

Cela tombait à merveille pour certains chirurgiens de Paris, qui ne voulant accepter de frère Côme, ni ses principes, ni sa méthode, et ne pouvant lui opposer les vieux procédés trop décriés, avaient besoin de quelque chose de nouveau qui ne changeât pas trop leurs habitudes. Louis essaya le gorgeret tranchant en 1767, et en 1769, fit soutenir une première thèse en son honneur aux écoles de chirurgie ; puis une deuxième en 1776, et cette fois par un candidat bien choisi, c'était Desault. En même temps, Louis poussait tous ses correspondants à l'essayer, et il réussit à le faire adopter par Saucerotte, à l'hôpital des calculs de Lunéville. Vains efforts : Desault, devenu chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, taillait indifféremment avec le lithotome caché et le gorgeret, malgré les nombreuses et utiles corrections par lesquelles il se l'était presque approprié ; Boyer, à la Charité, préférait hautement le lithotome caché ; tandis qu'A. Dubois, plus hardi, revenait franchement

— 18 —

à la taille au couteau de Cheselden. La loi des grandes incisions était généralement observée en France au commencement de ce siècle, et si Boyer, par exemple, pour les pierres les plus volumineuses, n'ouvrait jamais l'instrument au delà du n° 11, il n'hésitait pas à agrandir l'ouverture quand elle se trouvait trop étroite pour le calcul. En même temps, l'Angleterre revenait à des principes semblables : plusieurs de ses opérateurs adoptaient le lithotome caché ; d'autres avaient repris le couteau de Cheselden ; et enfin, Physick, en Amérique, retrouvant encore une fois la taille bilatérale, employait un gorgeret tranchant des deux côtés (1).

C'est à peine, dès lors, s'il s'élève quelques protestations contre le principe des incisions suffisantes ; et je ne vois guère à citer en ce genre, au dix-neuvième siècle, que celle de Guérin père, de Bordeaux, qui, revenant au grand appareil, essaya de le perfectionner en prolongeant l'incision extérieure jusqu'à l'anus, et opérant la dilatation lentement, à l'aide d'une tige de carotte ou de betterave qu'il laissait vingt-quatre heures dans l'urètre et le col de la vessie (2). Vacca, préconisant presque à la même époque la taille médiane, recommande de diviser la prostate, assez pour extraire la pierre sans difficulté.

Cette nouvelle incision de la prostate fermait à peu près le cercle des incisions pratiquées sur cette glande. Nous avons vu Cheselden la diviser d'abord en arrière et en dehors, direction encore adoptée par frère Côme ; puis en haut, selon ses expressions, mais tout au plus en haut et en dehors, en se rapprochant beaucoup de la transversale. D'autres, au rapport de Bromfield, la coupaient tout à fait en dehors ; Boyer portait l'incision presque directement en dehors, toutefois encore un peu en arrière. Au contraire, Abernethy, couplant le tranchant du gorgeret à angle de 45°, montait davantage vers la partie supérieure de la glande ; Thompson, en 1808, fit un nouveau pas dans ce sens, coupant, selon ses expressions très-nettes, *en haut et un peu en dehors*. Enfin, en 1817, Dupuytren avait coupé la prostate directement en haut, ne laissant plus de ce côté rien à faire aux novateurs futurs. Il ne restait qu'à la diviser presque directement ou même directement en arrière, c'est ce que fit Sanson, comme nous le verrons, dans la taille recto-vésicale ; et pour la taille médiane, c'est ce qu'avait fait Vacca.

Y avait-il un but, une idée derrière ces modifications de l'incision primitive ? Cheselden, Abernethy, Boyer, Thompson, accusaient clairement leur intention : ils voulaient éviter la lésion du rectum. Dupuytren coupait en haut pour éviter toute chance d'hémorragie ; Vacca coupait en bas pour faire sortir la pierre par la partie la plus large du périnée.

Mais si désormais la cause des petites incisions paraissait perdue, il s'en fallait beaucoup que la pratique répondit à l'unanimité de la théo-

(1) Velpeau, *Médecine opératoire*, T. IV, p. 524.

(2) *Bulletin de Ferussac*, t. X, p. 276 ; d'après le *Journal de la Gironde*, mars 1826.

rie ; et cette théorie même n'était pas rigoureusement fixée. Ainsi, frère Côme voulait que l'incision pût entamer toute l'épaisseur de la prostate sans aller au delà, et le Rapport de l'Académie royale de chirurgie lui donnait raison sur ce point. Les opérateurs anglais, sans fixer une limite qui, d'ailleurs, sur le vivant est à peu près impossible à préciser, agrandissaient l'incision autant qu'il était nécessaire ; ainsi, Martineau de Norwich, après une large incision primitive, n'hésitait pas, si la pierre était grosse, à reporter le couteau deux et trois fois dans la plaie pour l'agrandir, plutôt que d'exercer des tractions violentes. Dupuytren, parmi nous, en instituant, en 1817, sa taille médiane, avait franchi sans scrupule les limites de la prostate ; Louis et son école, en adoptant le gorgeret d'Hawkins, n'avaient pas assurément l'intention de diviser toute l'épaisseur de cette glande ; et il était impossible de reculer longtemps un nouveau débat sur ce point.

La question fut enfin posée nettement par Scarpa, dans son *Mémoire sur le gorgeret d'Hawkins*. Pour lui, la perfection de la taille latérale consistait à diviser la prostate dans toute sa longueur, mais non dans toute sa profondeur, et à agrandir cette ouverture par une dilatation modérée.

« Comme le sommet de la prostate, dit-il, est la partie qui oppose le plus de résistance à l'introduction des tenettes et à l'extraction de la pierre, il faut toujours avoir l'attention de l'inciser complètement. Quant à l'incision latérale du corps et de la base de cette glande, il suffit qu'elle pénétre à la profondeur de cinq lignes dans toute son étendue, en intéressant un peu l'orifice de la vessie, pour qu'il en résulte une ouverture suffisante pour extraire une pierre d'un volume plus qu'ordinaire, à l'aide d'une dilatation graduelle et modérée, et sans qu'on ait à craindre de contondre beaucoup et de déchirer les bords de l'incision. »

Cette incision de cinq lignes, et même moindre de cinq lignes, qu'il accordait pour les gens âgés, devait se réduire à deux lignes chez les enfants. Scarpa confessait bien qu'un calcul ayant plus de vingt lignes de petit diamètre réclamait, pour sortir, une incision plus profonde et qui intéressât quelquefois le corps de la vessie.

« Mais comme il arrive constamment, disait-il, qu'une incision latérale pratiquée aussi profondément donne lieu à une infiltration urinaire, à des abcès gangreneux, ainsi qu'à des fistules, il est évident qu'on ne doit jamais extraire par le périnée des calculs de cette dimension. »

Ainsi défense, dans l'incision, d'approcher des limites de la prostate ; et, par suite, nécessité absolue d'ajouter à l'incision une dilatation plus ou moins grande ; ces deux considérations réunies constituaient, suivant Scarpa, le principe fondamental de la méthode latérale.

Samuel Cooper répondit à ce *Mémoire*, et soutint vivement le principe de la libre incision à la vessie. Aussi la doctrine de Scarpa ne paraît pas avoir gagné beaucoup en Angleterre ; mais son nom avait en France une toute autre autorité ; et l'on put juger de l'impression produite par ses idées, lorsqu'on vit Dupuytren compter parmi les avan-

tages de sa méthode bilatérale, celui de ne jamais diviser la prostate jusqu'à ses bords. Seulement le principe de la dilatation n'a pas prévalu; c'est pour n'avoir pas besoin d'y recourir que Dupuytren a imaginé sa double incision, que M. Senn a cherché une combinaison de deux incisions qui permit d'avoir une ouverture plus grande que celle de Dupuytren; et enfin, pour fermer la carrière de ce côté, que M. Vidal a proposé la taille quadrilatérale.

§ II. — Examen des tailles périméales.

En résumant toute cette histoire, on voit que tous les procédés de la taille périméale peuvent se ranger sous sept méthodes, savoir : 1^o le grand appareil; 2^o le petit appareil; 3^o la taille latérale; 4^o la taille de Ledran et Foubert, que j'appellerai *périnéo-vésicale* (1); 5^o la taille médiane; 6^o la taille bilatérale; 7^o la taille quadrilatérale. Nous avons maintenant à examiner comparativement ces diverses méthodes ainsi que leurs principaux procédés.

1^o *Petit appareil.* — Bien que banni aujourd'hui de la chirurgie régulière, le petit appareil a dominé assez longtemps dans l'art pour qu'il y ait quelque intérêt à l'examiner.

Lorsqu'il était appliqué chez les enfants, dont le périnée n'a guère que 4 à 5 centimètres d'épaisseur, avec une vessie saine, une pierre petite et facile à amener au plancher de la vessie, le petit appareil constituait une méthode très-simple, aisée à pratiquer, assez peu exposée aux hémorragies, et réussissait en effet dans le plus grand nombre des cas.

Mais chez les adultes, où le périnée a rarement moins de 6 centimètres d'épaisseur, et peut arriver à dépasser 10 centimètres, ou bien quand la pierre était logée fort haut dans la vessie, alors les difficultés commençaient. On ne s'en ferait pas même une juste idée si l'on n'avait à cet égard des témoignages précis et authentiques. Celse veut que l'opérateur seconde les doigts portés dans le rectum à l'aide de la main droite pressant doucement sur le bas-ventre; de peur, dit-il, que si les doigts des deux côtés venaient à presser violemment à la fois sur le calcul, la vessie ne soit blessée. Et il ne faut pas ici agir rapidement, comme dans la plupart des opérations, mais il faut y mettre le plus de précaution possible, attendu que la lésion de la vessie excite des convulsions qui peuvent devenir mortelles. Des recherches trop prolongées blessent la vessie et déterminent des inflammations mortelles, à ce point qu'on a vu mourir des sujets sans opération, parce qu'on avait longuement et infructueusement tourmenté avec les doigts la vessie.

(1) Je désigne sous ce nom spécial la taille de Foubert, pour conserver à la méthode de Cheselden le nom de *taille latérale*, qu'elle a porté en France jusqu'à la fin du 18^e siècle, qu'elle porte encore partout à l'étranger, et qu'elle n'a perdu parmi nous que par un dernier et triste souvenir du grand appareil *latéralisé*.

Franco rejette ces pressions à l'hypogastre, à cause de l'inflammation qu'il en peut en suivre, voyre plus tost que de l'incision. Et quelquefois cependant, le travail d'amener la pierre avec les doigts du rectum était très-rude; tellement, ajoute-t-il, que bien souvent me suis trouvé avoir les doigts si lassez de l'effort qu'il falloit faire pour la tenir bas, que demouroys deux ou trois iours sans querre bien me pouvoir aider des deux doigts.

Mais ce qui a fait surtout rejeter cette méthode, c'est que l'on n'est pas sûr des parties qu'on divise, et que le couteau y est exposé aux plus cruelles erreurs. Bromfield essaya sur deux cadavres d'enfants, l'un de neuf et l'autre de cinq ans, le procédé de Celse, tel qu'on le comprend aujourd'hui. Sur le premier, l'urètre avait été ouvert dans sa portion membraneuse, au côté gauche, depuis l'extrémité postérieure du bulbe jusqu'à la pointe antérieure de la prostate. Sur le second l'incision avait pénétré dans la vessie, immédiatement au-dessous de l'orifice de l'urètre, en divisant les deux conduits éjaculateurs. Deschamps, à son tour, répéta ce procédé tel qu'il le comprenait, c'est-à-dire avec une incision semi-lunaire dont les extrémités regardaient la cuisse gauche, et une incision transverse au bas de la plaie; ce qui le ramenait à peu près au procédé de Paul d'Egine. Il avait fait nombre d'expériences, mettant un calcul dans la vessie, et cherchant à le pousser dans le col.

Sur une fois, dit-il, que j'ai pu, chez un enfant, introduire une petite pierre dans le col de la vessie, ce que j'avoue, n'avoir pu reconnaître précisément où en a eu nombre où j'ai coupé sur la pierre, tantôt la vessie près de son orifice, tantôt la partie latérale postérieure du bas-fond de ce viscère. Avant l'examen des parties, après l'opération, il m'eût été impossible de déterminer celles que j'avais intéressées en opérant. La plupart du temps, j'intéressais les vésicules séminales ou le canal déférent, qu'il est presque impossible d'éviter dans cette coupe, qui n'est assujettie à aucune règle déterminée.

Nous, avons d'ailleurs, pour compléter nos informations sur ce point, les autopsies faites par Méry de plusieurs enfants taillés au petit appareil par frère Jacques; chez l'un, le col de la vessie était séparé de l'urètre; chez d'autres, la vessie divisée d'avec l'urètre et séparée des os pubis; dans un cas, le bistouri s'était fait trois routes différentes, chacune formant un cul-de-sac particulier; l'un occupait le bas du scrotum; l'autre était placé entre la vessie et le rectum, et le troisième entre le péritoine et la partie extérieure de la vessie.

Le rectum même, qui pouvait sembler protégé par le doigt, était assez souvent divisé, soit par la maladresse de l'opérateur, quelquefois par une conséquence des efforts faits pour amener le calcul en bas, attendu, dit Franco, que l'intestin se redouble aucune fois au-dessous de la pierre. Cet accident était arrivé à frère Jacques, et Franco dit avoir vu souvent des opérateurs, non-seulement blesser le rectum, mais encore se couper les doigts.

Outre ces erreurs du couteau, les autopsies témoignaient des pres-

sions violentes exercées quelquefois sur le rectum et la vessie. Chez le opérés de frère Jacques qui succombaient, on trouva généralement le rectum livide et contus; chez quelques-uns, un épanchement considérable de sang, entre le péritoine et les parties renfermées dans la région hypogastrique, dont la plupart étaient fort contus; chez un autre enfin, entre le rectum, l'os sacrum et le péritoine, un ulcère pourrissant, dont la matière s'écoulait par la plaie. Je ne parle ici que des lésions en quelque façon propres à la méthode; la gangrène de la plaie vésicale, les abcès urinaires, l'inflammation de la vessie et du péritoine étant communs à toutes les autres. Il en est de même des périls propres aux grandes et aux petites incisions, qui seront mieux examinées ailleurs; n'omettons pas cependant que, dès l'époque de Celse, les partisans des uns et des autres, se reprochaient réciproquement les fistules qu'ils laissaient à leurs malades. Aussi la taille par le petit appareil passait-elle à bon droit pour une opération redoutable. Celse ne l'admet que pour les enfants de neuf à quatorze ans; non pas, dit-il, qu'il n'y ait parfois en médecine des témérités heureuses; mais ici elles sont le plus souvent dénuées à cause des périls de tout genre et à toute époque de l'opération. Paul d'Égine qui l'appliquait à tous les âges, dit que les enfants guérissent aisément, les vieillards à peine, les adultes entre les deux. Guy de Chauliac qui ne la pratiquait pas, mais qui l'avait vu pratiquer, ne s'étend pas beaucoup sur ses dangers; mais il finit par cette exclamation énergique: *Et si on y voit advenir de mauvais accidents, Dieu nous soit en aide!*

Enfin comme résultat final, ceux qui en réchappaient restaient fréquemment affectés d'incontinence d'urine, de fistule et d'impuissance.

Quelle était cependant la proportion de la mortalité? Nous n'avons à cet égard qu'un document authentique, bien précieux surtout parce que nous y trouverons un point de comparaison avec d'autres méthodes; c'est le relevé des tailles faites en 1698 par frère Jacques, à l'Hôtel-Dieu et à la Charité. A la vérité, plusieurs furent faites avec la sonde, et non sur la pierre; mais sa sonde sans cannelure ne servait nullement à diriger l'incision, et la dissection montrait dans la marche du couteau la même incertitude et les mêmes erreurs.

En avril et mai 1698, et dans les premiers jours de juin, frère Jacques tailla donc, à l'Hôtel-Dieu et à la Charité, soixante malades. Le 30 juillet, Méry comptait vingt-trois morts, et trente-sept échappés; la proportion est de trente-huit sur cent.

Les chirurgiens d'alors jetèrent les hauts cris; frère Jacques lui-même parut tellement contristé de tant d'insuccès qu'il accusa les religieux de la Charité d'avoir fait périr ses malades. Les chirurgiens avaient grand tort, comme on le verra tout à l'heure; frère Jacques avait tort également de croire que les hôpitaux lui donneraient autant de succès que la pratique de la ville et des campagnes; et au total, le résultat était assez favorable. Il est vrai qu'à la date indiquée, il restait encore vingt-quatre

(1) Méry. Obs. sur la manière de tailler de F. Jacques, p. 74. — Méry compte 25 morts; mais la comparaison de ses divers chiffres prouve qu'il y a là une faute d'impression.

opérés dans les deux hôpitaux dont plusieurs avec des fistules ou des incontinences d'urines (1).

Au total, le petit appareil, bien qu'il ne soit pas après tout aussi meurtrier qu'on l'aurait cru, comparativement aux autres tailles, est justement rejeté de la pratique. C'est bien le moins que le chirurgien sache ce qu'il fait, et ne s'expose pas à produire, dans une opération déjà si grave par elle-même, des désordres inutiles et qui vont l'aggraver encore.

Est-ce à dire cependant qu'il doive être absolument rejeté? Heister y eut recours encore, en 1774, chez un jeune homme de dix-neuf ans, porteur d'une pierre très-volumineuse, et chez qui l'introduction de la sonde était si douloureuse qu'il refusait absolument de s'y prêter. La pierre était fort rapprochée du périnée; on peut même présumer, d'après sa figure, qu'elle était en grande partie engagée dans l'urètre. Heister l'enleva très-heureusement par le petit appareil. Deschamps l'admet aussi pour les cas de ce genre, avec la condition que la majeure partie de la pierre ne soit pas contenue dans la vessie. Enfin, pour les calculs logés dans la prostate même ou dans le périnée, il constitue le procédé le plus simple, et quelquefois le seul auquel on puisse avoir recours; mais alors nous sortons du champ de la taille proprement dite.

2^o. *Du grand appareil.* — Le grand appareil avait été institué pour parer aux accidents du petit appareil; et l'on ne saurait nier qu'il n'eût pour première base une idée heureuse: dilater au lieu d'inciser. Quand, de nos jours, A. Cooper a tenté de retirer par l'urètre, sans incision, de petits calculs vésicaux, c'était une application de la même idée; et lorsqu'en effet les opérateurs au grand appareil n'avaient que de petits calculs à extraire, et n'agissaient sur le col vésical que par dilatation, la boutonnière faite à l'urètre n'apportait pas de grands périls par elle-même; et la guérison s'obtenait quelquefois avec une rapidité merveilleuse. Un enfant de 7 à 8 ans, taillé par Tolet, guérit en trois jours, et sortit de l'hôpital cinq jours après l'opération. Le même opérateur témoigne avoir vu plusieurs cures semblables opérées en trois ou quatre jours; et la durée moyenne de la cicatrisation était de trente à quarante jours. La direction de l'incision, toujours longitudinale, aidait beaucoup à l'affrontement de ses bords; et ce n'est pas sans quelque raison que Marianus s'élève contre l'incision de Celse, qui ne permet, en aucune position, aux bords de se rapprocher. Ajoutez, enfin, qu'avec la petite incision de Jean de Romanis, conservée à peu près par tous les Colois, on évitait, presque à coup sûr, les artères du périnée et le rectum.

Mais, pour peu que la pierre eût acquis de volume, ces avantages étaient balancés ou même absolument remplacés par de graves inconvénients. Je ne dis rien de l'écoulement de sang qui suivait l'incision de

(1) Méry, *Obs. sur la manière de tailler de F. Jacques*, p. 74. — Méry compte 25 morts; mais la comparaison de ses divers chiffres prouve qu'il y a là une faute d'impression.

la portion bulbeuse de l'urètre ; mais, lorsqu'on tirait la pierre, l'incision de la peau prêtait peu ; le rapprochement correspondant des deux branches du pubis était un autre obstacle ; de là, des froissements, des contusions, des infiltrations de sang dans le scrotum, suivis fréquemment d'inflammation et de suppuration ; quelquefois même des infiltrations d'urine et la gangrène consécutive.

C'est aussi pourquoi Tolet éloignait son incision du scrotum, et la faisait ensuite plus grande. Mais alors on se rapprochait à la fois des troncs artériels et du rectum. Tolet raconte lui-même l'histoire d'un de ses opérés qui faillit périr d'hémorragies répétées ; et Morand dit avoir vu plus d'une fois des hémorragies considérables et mortelles. Les perforations du rectum n'étaient pas non plus chose très-rare ; Ledran signale cet accident ; et, sur 32 sujets morts des suites de l'opération à la Charité, de 1731 à 1735, on trouva le rectum percé trois fois (1).

C'était peu de chose encore que ces désordres, comparés à ceux qui résultaient du passage de la pierre à travers la prostate non divisée. On essayait bien de dilater le passage avec divers instruments ; et Colot vantait surtout son dilatatoire. Or, c'était au moment même où l'on pratiquait cette prétendue dilatation, qu'on entendait, selon les expressions de Dionis, *le malade redoubler ses cris*. Après la dilatation pour le passage des tenettes, il fallait les ramener chargées de la pierre ; nouvelle source de douleurs et d'efforts. On voyait quelquefois, dans les cas de calculs volumineux, les chirurgiens tirer de toute leur force, appuyant le pied contre la table où était couché le malade, et menacés, quand enfin le calcul s'échappait, de tomber à la renverse (2). Déjà, comme nous l'avons dit, on avait bien reconnu, du temps de Paré, qu'il ne s'agissait plus alors d'une simple dilatation, et qu'il y avait des déchirures ; mais on ignorait jusqu'où elles s'étendaient. Ledran se chargea de l'apprendre aux chirurgiens.

Il avait d'abord cherché à vérifier l'état des parties par l'autopsie des opérés qui avaient succombé. Mais, dit-il, *l'inflammation dans ceux qui sont morts peu de temps après l'opération, la fonte des parties par la suppuration ou leur destruction par la gangrène dans ceux qui ne sont morts que plusieurs jours après, les avaient tellement défigurées, qu'il était difficile et presque impossible de juger sainement ce qui s'était passé dans l'état naturel*. C'est pourquoi il institua sur le cadavre les expériences suivantes.

Ayant fait l'incision à la manière de F. Colot, introduit et ouvert le dilatatoire, sans aller plus loin, il trouva tout l'urètre et le col vésical divisés suivant leur longueur ; et le col détaché du corps de la prostate qui était demeuré intact.

Au lieu du dilatatoire, il essaya de porter le doigt le long du conduc-

(1) Morand, *Opuscules*, t. II, p. 125.

(2) Voir De Lamotte, *Traité de Chirurgie*, obs. CCCXX, et Deschamps, *Traité de la Taille*, t. II, p. 135.

leur jusque dans la vessie, ce qu'il ne fit qu'avec une difficulté étonnante. A l'examen, tout l'urètre, depuis l'incision jusqu'au col, offrait un délabrement qui ne permettait presque d'y rien reconnaître. Le col vésical était fendu, et la prostate séparée en deux. Toutefois, dans une autre expérience, en procédant avec lenteur, le col de la vessie était bien fendu jusqu'à un demi-travers de doigt par delà l'orifice, mais le corps de la prostate avait résisté.

Il fit autrement l'incision extérieure, savoir entre l'anus et l'ischion, et fendit d'un coup de bistouri toute la portion membraneuse de l'urètre jusqu'à la prostate, ce qui constituait le coup de maître. Puis ayant introduit le doigt doucement et avec précaution, il n'en trouva pas moins le col de la vessie fendu jusqu'à un demi-travers de doigt par delà l'orifice, et détaché du corps de la prostate qui se trouvait à nu et comme disséquée.

Il s'agissait maintenant de saisir et d'extraire une pierre. Après l'incision à la manière de F. Colot, il introduisit donc les tenettes, mit entre leurs mors, une pierre épaisse d'un pouce, large de 18 lignes, ce qui faisait en tout 4 pouces 4 lignes de circonférence, et la tira avec toutes les précautions nécessaires pour faire le moins de dégât possible. — La déchirure avait prolongé l'incision jusqu'au col vésical, et la s'était bifurquée en Y du côté du corps jusqu'à un pouce de l'orifice; à l'extrémité de l'une de ses branches apparaissait le rectum. La prostate était à demi fendue. — Sur un autre cadavre, l'extraction de la même pierre, précédée d'une dilatation ménagée avec le doigt, fut un peu moins fâcheuse; la déchirure se prolongeait fort peu au dedans de la vessie; la prostate était restée intacte; seulement la portion du col qui la recouvrait du côté droit en était entièrement séparée et comme disséquée (1).

On comprend de quels accidents de tels dégâts devaient être la source. Les malades qui en réchappaient conservaient des fistules, des incontinences d'urine, des lésions graves de la fonction génératrice.

« J'en ai vu plusieurs, dit Ledran, qui avaient été taillés dans leur jeunesse par la méthode du grand appareil. La cicatrice qui avait succédé au déchirement avait tellement changé l'organisation des parties par où la semence doit s'écouler, que l'un ou l'autre testicule se gonflait très-souvent, et que la semence n'était pas éjaculée dans l'érection; qu'elle ne s'écoulait qu'après, et très-lentement, ne faisant que baver, ou bien qu'elle rétrogradait et entrait dans la vessie au lieu de suivre sa route par l'urètre, et ne sortait qu'avec l'urine (2). »

Or, notez que Ledran n'est pas un adversaire déclaré du grand appareil; il rappelle avec complaisance les succès qu'il lui a dus: il cite même deux cas de calculs ayant 5 pouces 10 lignes de circonférence qu'il a extraits sans perdre ses malades, bien plus sans leur laisser la moindre

(1) Ledran, *Parallèle des différentes manières de tirer la pierre hors de la vessie*, Paris, 1730.

(2) Ledran, *Suite du parallèle*; 1756, p. 61

dre infirmité. Mais, malgré ces succès et ces éloges, le grand appareil en était venu à être autant redouté que le petit; et Sénac, par exemple, en fait ce tableau sinistre.

De vingt malades, à peine en sauve-t-on cinq ou six; l'opération même ne leur laisse qu'une vie triste; l'écoulement d'urine, les fistules, sont les suites fréquentes de l'incision. Qu'on consulte les registres de la Charité, on verra que presque tous les taillés meurent dans peu de jours; en 1725, de 20 qui se sont livrés à l'opération, il n'en reste que 5; en 1726, il s'en est présenté un grand nombre; il y en a beaucoup que la mort a délivrés de leurs douleurs; en remontant plus loin, on trouvera, chaque année, marquée des mêmes malheurs; l'Hôtel-Dieu n'offrira pas moins de ravages (1).

A côté de ce récit funèbre, se placent cependant des résultats qui semblent beaucoup le contredire. Tolet raconte qu'en 1693, d'ors de son voyage dans les Pays-Bas, il fit 44 opérations de taille à Gand et 13 à Bruxelles; sur le tout, il n'y eut que 6 morts. A l'Hôtel-Dieu et à la Charité, en 1798, dans cette année même si funeste pour frère Jacques, Méry raconte que, sur 22 calculeux taillés par les autres opérateurs, 3 seulement succombèrent. Et Ledran se vante qu'en 1728 et 1729, de seize malades opérés par lui à la Charité, à plusieurs desquels il a tiré des pierres de 6 à 8 onces, il n'y en a pas un qui ne soit parfaitement guéri (2).

Ce sont là, ou des résultats de la pratique privée qui échappent à tout contrôle, ou des séries heureuses qui n'ont manqué à aucun procédé; mais ce sont les résultats généraux qu'il faut voir.

En 1728, Morand publia un relevé de tailles faites à l'Hôtel-Dieu et à la Charité pendant les huit années précédentes; pour l'Hôtel-Dieu, un extrait des registres lui avait été fourni par les administrateurs et par Boudou, chirurgien en chef; pour la Charité, il avait compulsé le registre même (3).

Or, en ces huit années, il y avait eu 604 opérés, 184 morts; environ 30 morts sur 100 opérés.

La Charité, dans le même espace de temps, avait eu 208 opérés, dont 137 morts; la proportion est de 34 pour 100; plus du tiers; un peu plus forte conséquemment que celle de l'Hôtel-Dieu.

Ces chiffres, au total, étaient bien plus satisfaisants que ceux de Sénac; aussi Morand en paraît étonné lui-même, et il fait la remarque curieuse qu'il semble, depuis quelques années, que le grand appareil ait mieux réussi qu'à l'ordinaire. Cherchons donc à savoir quels étaient ses résultats ordinaires.

(1) Discours préliminaire du *Traité de la Taille*, de F. Colot, p. 12 et 42.

(2) Tolet, *Ouv. cité*, p. 256. — Méry, *Ouv. cité*, p. 74. — Ledran, *Parallèle*, p. 66 et 81.

(3) Morand, *Traité de la Taille au haut appareil*, p. 262; — et *Opuscules*, t. II, p. 125.

Le grand appareil, appliqué de rechef à la Charité, de 1731 à 1735, sur 71 opérés, donna 32 morts, 45 sur 100 (1). Il semble donc que Morand avait raison en trouvant les résultats de la période précédente extraordinaires; mais ce qui achève la démonstration, ce sont de nouveaux chiffres pour un laps de temps bien plus considérable, et qui viendront tristement confirmer ceux de 1731-1735.

Vers 1757, un procès s'étant élevé entre les religieux de la Charité et le premier chirurgien du roi, les bons pères exposèrent ce qui suit :

Les chirurgiens séculiers opèrent seuls dans cet hôpital depuis 1724; ils ont fait, depuis ce tems, 508 opérations de la pierre; 283 seulement ont réussi.

La proportion était, cette fois, de 44 sur 100. Ils ajoutaient :

Que l'on prenne un temps égal à celui qui s'est écoulé depuis 1724 jusqu'à présent, on trouvera sur les mêmes registres qu'il, dans les trente-trois années antérieures à 1724, 1310 malades ont été reçus pour être opérés de la pierre, et qu'il n'en est mort que 308.

Le premier chirurgien du roi, un peu atterré du coup, ne répondit qu'en révoquant en doute la sincérité des registres, et en rapportant les succès d'avant 1724 aux chirurgiens d'alors, Tolet, Roger, Marechal et autres. Il ne remarqua pas que les bons pères avaient bien compté les opérations des chirurgiens pour l'époque postérieure à 1724; tandis que pour l'époque antérieure, ils mettaient en bloc tous les calculateurs reçus; ce qui fait une petite différence (2).

Mais le chiffre de la mortalité qu'ils imputaient aux chirurgiens, le chiffre en accord avec celui de Morand, n'ayant pas été autrement nié, reste comme celui qui approche le plus de la vérité; et si l'on considère qu'il faudrait encore défalquer de ce résultat général un certain nombre de tailles latérales faites par Perchet, Morand et d'autres, ce ne sera pas faire tort au grand appareil que de lui attribuer 44 morts sur 100, au dix-huitième siècle, dans le mieux tenu des hôpitaux de Paris. Mais, dira-t-on, à ce compte, le petit appareil entre les mains de frère Jacques valait encore mieux ! Je donne les résultats comme l'histoire me les présente, les laissant parler par eux-mêmes. Remarquez, toutefois, que frère Jacques n'avait opéré relativement qu'un petit nombre de sujets, et qu'après tout, sur ses 37 échappés, 24, lors du rapport de Méry, n'étaient pas encore sortis de l'hôpital.

Ceci ne regarde que les hôpitaux de Paris; et l'on sait que la taille, comme les autres opérations, réussit bien mieux dans les hôpitaux des petites villes où il n'y a pas encombrement. Saucerotte nous a donné un curieux relevé de l'hôpital de Lunéville, où le grand appareil pré-

(1) Morand, *Opuscules*, t. II, p. 125. — (2) Tolet, *Œuvres*, t. I, p. 226. — (3) Mémoire à consulter pour les religieux de la Charité, 1758. — (4) Second Mémoire pour le premier chirurgien du roi, 1758.

tendu latéralisé avait été introduit dans l'origine par Rivard, élève de Boudou à l'Hôtel-Dieu.

Or, sur 1376 calculeux taillés par le grand appareil, il y avait eu 137 morts, 10 sur 100 environ. Il faut ajouter que les enfants dominaient dans le nombre à ce point, que sur un autre chiffre de 1564 malades, Saucerotte compte 1195 calculeux au-dessous de 15 ans (1).

Malgré ces résultats, les déchirures qui accompagnent la dilatation ont enfin révolté les chirurgiens, et le grand appareil, latéralisé ou non, a, comme le petit, disparu de la pratique. Le procédé de Guérin de Bordeaux, qui tendrait à le ressusciter, appartient essentiellement à une autre méthode beaucoup plus générale, la taille en deux temps.

3^e *Taille latérale.* — La taille latérale, remédiant aux principaux dangers du grand appareil, a fini, comme on l'a vu, par le remplacer tout à fait dans la pratique, sauf à rencontrer plus tard elle-même de nouvelles rivalités. Elle a de grands avantages, elle a aussi de graves inconvénients.

Elle a hérité du grand appareil de Marianus, le cathéter qui dirige presque certainement le bistouri; du procédé de Tolet, la longue incision extérieure. Mais en commençant cette incision plus bas, elle prépare à la pierre un passage dans un endroit plus direct et plus large; elle évite la portion spongieuse de l'urètre et même le bulbe et se tient en garde, autant que possible, contre la lésion de l'artère transverse; en la faisant oblique, elle s'éloigne du rectum; enfin, par l'incision de la prostate, elle coupe nettement ce que le grand appareil ne faisait que déchirer, évite au patient les douleurs de la dilatation, et ouvre au calcul une voie libre et facile pour sortir de la vessie. Tels sont, en général, les avantages de la taille latérale.

En revanche, elle a bien aussi ses dangers; les uns tenant à certains procédés, les autres à l'opérateur, les autres à la méthode elle-même. Ainsi, pour peu qu'on ait besoin d'une grande incision extérieure, si on la porte en arrière de l'anus, on arrive aux artères hémorrhoidales; si on remonte en avant, on n'évite plus l'artère transverse. Si on la rapproche beaucoup de la tubérosité sciatique, on tombe sur l'artère honteuse interne, le vaisseau le plus considérable de la région; si on s'en écarte trop, on s'expose à blesser le rectum. Il est vrai que, dans les cas ordinaires, ces lésions possibles ou réelles de l'artère transverse ou des

(1) Saucerotte, *Mélanges de chirurgie*, t. II, p. 552. — M. Castéra a communiqué à M. Civiale un tableau du même hôpital qui va jusqu'en 1828, tandis que celui de Saucerotte s'arrête à 1801. — Malgré le laps de temps ajouté, M. Castéra ne compte en tout que 1433 calculeux opérés, dont 1130 enfants. Le chiffre des morts est de 148, un peu plus de 1 sur 10; le chiffre total de Saucerotte était de 1564 opérés, sur lesquels 147 morts, un peu moins de 1 sur 10. Je ne me charge pas d'expliquer ces différences; je n'ai pris ici à Saucerotte que les chiffres relatifs aux calculeux taillés par le grand appareil, dont M. Castéra ne parle point. — Voy. Civiale, *Traité de l'affection calculuse*, 1838, p. 583.

artères hémorrhoidales se réduisent à peu de chose ; et l'on a vu que Cheselden n'avait rien fixé pour son incision extérieure ; mais il y a des cas où ces artères sont plus développées ; et du moins faut-il que le chirurgien se mette en mesure contre de pareils accidents autant que possible. Frère Côme, suivi par Boyer, commençait son incision sur le raphé, à un pouce au-dessus de l'anus, et la terminait au milieu d'une ligne fictive étendue de l'anus au sommet de la tubérosité sciatique ; c'est celle, à notre sens, qui remplit le mieux les plus essentielles indications (1).

Mais l'incision intérieure est plus périlleuse encore, et c'est la aussi que la plupart des procédés diffèrent, soit pour l'étendue, soit pour la direction à lui donner. La question la plus importante est assurément celle qui se débat depuis Celse jusqu'à nos jours entre les grandes et les petites incisions. Voyons quels éléments nous avons pour l'élucider, en ce qui concerne la taille latérale.

Je ne remonterai pas jusqu'à la doctrine trop absolue de Lecat sur la préférence à accorder aux petites incisions suivies de grandes dilata-tions. Elle rapprochait beaucoup trop la taille latérale du grand appa-reil, et a été enveloppée du même oubli. Celle de Scarpa, qui compte un grand nombre de partisans, est la seule qu'on oppose aujourd'hui aux incisions trop étendues.

Nous avons vu que, pour l'homme adulte, Scarpa défend d'inciser la base de la prostate à plus de cinq lignes de profondeur ; à huit lignes, selon lui, on entamerait le corps de la vessie ; et l'incision ainsi prolon-gée cause une infiltration de l'urine dans le tissu cellulaire intermédiaire au rectum et à la vessie, qui donne lieu consécutivement aux abcès gan-greneux, aux fistules et à d'autres accidents graves. Avec les cinq lignes résultant de la section méthodique, et l'ouverture de cinq lignes de dia-mètre que donne le col de la vessie, on a, dit Scarpa, une ouverture de dix ou douze lignes ; et, à l'aide d'une dilatation graduelle et modérée, sans qu'on ait à craindre de contondre beaucoup et de déchirer les bords de l'incision, on n'a qu'à agrandir de huit lignes environ l'ouverture faite par l'instrument tranchant, pour extraire un calcul ordinaire et de forme ovale ayant seize lignes dans son plus petit diamètre, et accru de l'épais-seur des tenettes.

Ceci est de l'arithmétique pure, et veut être examiné arithmétique-ment. Un calcul ovale ayant seize lignes dans son petit diamètre, avec les tenettes qui l'embrassent, donne certainement une circonférence de plus de cinquante lignes. Or, les cinq lignes de diamètre du col vésical donnent une circonférence de quinze lignes environ. ci 15 lignes.

Les deux lèvres de l'incision de cinq lignes ne donnent jamais qu'une surface de dix lignes. ci 10

Ajoutez les huit lignes obtenues par la dilatation. ci 8

Total. 33 lignes.

(1) Je n'ai pas jugé à propos de parler des instruments spéciaux imaginés pour assurer cette incision. On peut en prendre une idée dans Deschamps, *ouv. citée*, T. II, p. 172 et suiv.

L'arithmétique de Scarpa est donc quelque peu inexacte; et la surface de la plaie et du col n'offrant en tout que vingt-cinq lignes, il faudrait que la dilatation doublât cette surface pour arriver aux cinquante lignes indispensables. Or, cela se peut-il sans déchirure? Voilà la question.

Ledran y avait répondu par avance. Il prit un calcul ayant un pouce de petit diamètre, dix-huit lignes dans sa plus grande épaisseur, et, au total, mesure prise sur la pierre même, cinquante-deux lignes de circonférence. Il divisa la prostate sur un cadavre, par le procédé de Cheselden, de manière que l'incision avançait dans la vessie de cinq à six lignes; et il essaya d'extraire la pierre par cette ouverture à l'aide de tenettes, prenant garde à ne faire aucun délabrement s'il était possible. Puis examinant la vessie, il trouva que la division faite avec le lithotome s'était allongée dans la vessie au côté gauche jusque tout auprès de l'ouverture de l'urètre. Je l'ai vue, ajoute-t-il, sur d'autres cadavres, s'allonger jusqu'à un travers de doigt par delà.

Je sais bien que nos chirurgiens, en acceptant la doctrine de Scarpa, ont reculé ses données anatomiques; Dupuytren, par exemple, a écrit qu'on pourrait faire à la prostate une double incision transversale de vingt à vingt-quatre lignes d'ouverture sans dépasser ses limites; et M. Senn dit qu'une incision oblique en bas et en dehors pourrait atteindre dix à onze lignes sans inconvénient. Il m'est difficile de croire que les prostatites en Italie soient si fort inférieures aux prostatites de Paris; et j'ajouterai une considération plus sérieuse; quel est donc le chirurgien, avec quelque instrument que ce soit, qui sera sûr de faire à la prostate une incision si rapprochée de ses limites sans jamais les dépasser? Tous les lithotomistes l'ont reconnu; il est des prostatites qui sont lâches et fuient devant le tranchant; il en est d'un tissu ferme et serré qui se coupent ou se déchirent plutôt que de s'étendre. En sorte qu'il faut bien le reconnaître; les petites incisions pour les gros calculs, aujourd'hui comme au dix-huitième siècle, ce sont des déchirures; et au point de vue de la taille latérale, la question reste posée entre la déchirure et l'incision.

Est-il vrai, cependant, comme l'avance Scarpa, que toute incision qui atteint la limite de la prostate amène des infiltrations d'urine? L'histoire tout entière de la lithotomie se soulève contre une pareille assertion.

Oui, il est vrai que cet accident est malheureusement trop à craindre; mais il n'est pas moins vrai que tous les procédés de taille périneale y exposent. Sur dix-neuf autopsies à la suite du grand appareil, Morand note treize cas d'abcès dans le tissu cellulaire autour de la vessie; et Dupuytren, en 1834, mettait au premier rang des causes de mort après la taille l'inflammation du tissu cellulaire du bassin. Deschamps, le chirurgien qui a écrit le plus consciencieusement sur la taille, fait deux parts de ces abcès: souvent, selon lui, ils ont pour cause une incision trop profonde intérieurement et trop peu extérieurement, qui, ne donnant pas à l'urine une pente facile, favorise les infiltrations; mais ils sont aussi la suite de la contusion et du déchirement des parties, soit par les instruments, soit par la pierre. Ch. Bell, partisan des incisions très-

étendues, n'a vu de ces infiltrations que quand l'issue de l'urine était entravée; et il fait un précepte au chirurgien d'exercer à cet égard une active surveillance.

M. Lenoir a apporté, dans ces derniers temps, un nouvel argument à l'appui des incisions intra-prostatiques. Le lacis veineux qui entoure la prostate, développe surtout chez les vieillards, offre à la section de nombreuses bouches béantes en contact avec l'urine, que rien n'empêche d'y pénétrer. L'objection serait grave si ces veines pouvaient être évitées par aucun procédé d'incision. Mais Scarpa lui-même recommande de couper *toujours et complètement* le sommet de la prostate, qui a sa part de ce réseau veineux. Le péril est donc, à très-peu près, le même dans tous les cas; et l'ouverture de ces veines est une cause d'hémorragie propre non-seulement à la taille, latérale, mais même au grand appareil de La Peyronie, qui entamait le sommet de la prostate.

La doctrine des grandes incisions n'est pas non plus comprise partout de la même manière. Frère Côme entendait s'arrêter au delà de la prostate; les chirurgiens anglais divisent le corps même de la vessie autant qu'il est nécessaire. Peut-être la théorie a-t-elle ici plus de part que la pratique. Certainement, avec son lithotome ouvert de quinze lignes, frère Côme a dû aller fréquemment plus loin qu'il ne disait; et je le répète, à cette profondeur, personne n'est sûr de couper quelques lignes de plus ou de moins. La manière la plus sage, à mon sens, se trouve dans les procédés de Boyer et de Martineau; faire d'abord une incision en rapport avec le volume présumé de la pierre; puis, quand elle ne suffit pas, y revenir avec prudence, et revenir plutôt deux fois au débridement que de débrider trop en une fois.

Maintenant, de quel côté fera-t-on l'incision? Trois motifs ont ici dirigé les opérateurs: éviter le rectum; éviter l'artère honteuse interne et ses branches; avoir la plus large incision possible sans dépasser les limites de la prostate. L'incision oblique de frère Côme est trop rapprochée du rectum; les incisions en haut et en dehors demeurent trop étroites ou vont au-devant de l'artère superficielle du périnée et même de la branche supérieure de la honteuse interne; l'incision presque transversale de Boyer me paraît encore mériter la préférence.

Je ne reviendrais pas sur l'incision à double triangle de Moreau, si elle n'avait été ressuscitée par MM. Santoro et Petrunti qui l'ont décorée du nom de *méthode napolitaine*. Le but de cette forme d'incision semble assez mal raisonné; on ne voit pas pourquoi on laisserait ainsi un rétrécissement dans le passage. Mais, ainsi que je l'ai dit, elle est plus facile en théorie qu'en pratique; et Dupuytren, dans son voyage en Italie, en 1834, ayant vu répéter la méthode sur le cadavre par M. Santoro, déclara poliment qu'il approuvait fort la manœuvre, et que c'était *exactement de la même manière* qu'on faisait la taille latérale à Paris (1).

(1) Gazette médicale, 1834, p. 160.

Vient enfin la question des instruments. Le bistouri, servant à la fois à l'incision extérieure et intérieure, le bistouri, instrument si simple, si facile à manier, si bien connu de toute main chirurgicale, a eu et garde encore de nombreux partisans. Avec lui, dit-on, point d'instrument spécial, qui surcharge sans profit l'arsenal du chirurgien. Le bistouri agit comme on lui dit d'agir, obéissant à la fois à la main et à l'idée; c'est l'instrument intelligent, les autres sont des machines aveugles.

Il y a du vrai et du faux dans ces assertions; mais je crains que le faux n'y domine. Oui, le bistouri obéit sûrement à la main et à l'idée, quand l'œil le dirige, quand la main le tient ferme, quand le chirurgien peut ainsi mesurer l'étendue de son action. Mais, enfoncé à 5, 6, 8 centimètres de profondeur, le bistouri échappe tout à fait à la vue; il échappe même en partie à la main. Pour être bien sûr qu'il n'est pas égaré, nous avons besoin de le sentir sur la sonde; et quand on veut couper en le retirant, nul ne pouvant apprécier le degré de pression qu'il faut lui imprimer pour faire la section juste et nécessaire, on risque toujours de couper trop ou trop peu. Les grands maîtres seuls ont le droit de se livrer à ces hasards; et cependant, écoutons ici l'expérience d'un grand maître.

« Que les jeunes sujets, disait A. Cooper dans ses leçons, puissent être taillés facilement et avec succès par le couteau, c'est ce dont je peux pleinement témoigner; car, sans vanité, je puis dire que j'ai une grande expérience en fait de taille; j'ai taillé, dans une seule année, vingt-quatre individus, soit à l'hôpital, soit dans ma pratique; j'ai fait un usage fort étendu du couteau et du gorgeret. Eh bien! je puis dire que le couteau peut être avantageusement employé chez les enfants, — et, en fait, tous les procédés conviennent chez les enfants; — mais non chez les sujets avancés en âge, où la prostate et la vessie sont souvent malades, et les parties extrêmement rigides; sur une prostate et une vessie ainsi altérées, le couteau fait à peine impression, et l'ouverture à travers la prostate est excessivement petite, tandis, au contraire, que la plaie extérieure est très-étendue; ce qui s'explique par ce fait très-simple, que la force est plus grande près du manche qu'à la pointe de l'instrument qui est beaucoup plus loin de l'action motrice. Vous trouverez, en conséquence, quand vous taillerez au couteau, de vieux sujets ayant la prostate malade et la vessie raccornie, que vous ne pourrez pas produire une ouverture suffisante pour extraire le calcul avec cette liberté qui est de la prudence pour tout chirurgien rationnel. ... De plus, dans la profondeur du périnée, quand on opère avec le couteau, on croit souvent que l'instrument est complètement entré dans la vessie, tandis, probablement, que sa pointe a à peine atteint le verumontanum. En conséquence, le résultat de mon expérience m'a convaincu que, chez les sujets avancés en âge, le couteau ne vaut pas le gorgeret ni le lithotome caché. »

Le bistouri écarté, restent les instruments spéciaux, mécaniques, chargés de mesurer l'incision pour le chirurgien. Comme ils ne sauraient, sans un immense péril, quitter la sonde, il n'y avait que deux moyens de les faire agir: couper en les poussant devant soi, couper en les retirant. Le seul instrument imaginé dans ce dernier but est le lithotome caché de frère Côme; pour l'autre, il y en a eu de toutes les

formes, entre lesquels même il ne serait pas facile de justifier la préférence ; mais l'usage a décidé en faveur du gorgeret tranchant.

Le gorgeret n'a joni parmi nous que d'une courte faveur. Il a pour mérite incontestable d'éviter sûrement la lésion du rectum ; mais cet avantage est compensé par de nombreux inconvénients. On peut lui reprocher d'abord de faire chez tous les sujets une incision uniforme et presque toujours trop étroite, à moins qu'à l'exemple de Desault on n'en ait de diverses grandeurs. La courbe de sa lame qui l'éloigne du rectum, le rapproche trop de la branche descendante du pubis et des artères qui la longent ; le lambeau courbe qu'elle découpe a aussi quelque inconvénient. A. Cooper racontait l'histoire d'un malade à qui la portion de la prostate découpée en demi-cercle avait formé dans la vessie une sorte de soupape, qui de temps en temps s'appliquait sur le col et interrompait le cours de l'urine. On a dit que le gorgeret repoussait la prostate devant lui et ne la divisait qu'imparfaitement ; que pour le faire pénétrer, on était quelquefois obligé d'employer une force démesurée ; et l'on a cité des cas où, poussé ainsi avec violence, il avait été perforer le fond de la vessie. C'est là un accident rare et qui peut être mis au compte de l'opérateur ; mais la résistance très-réelle de la prostate est telle, que trop souvent l'instrument s'échappant de la sonde s'est enfoncé entre la vessie et le rectum. John Bell s'est livré à ce sujet à des exclamations éloquentes, où la passion semble pourtant un peu percer ; mais que dire de la déclaration d'A. Cooper, partisan du gorgeret, et qui confesse l'avoir vu s'égarer ainsi une douzaine de fois ?

Nous préférons donc le lithotome caché, qui coupe en sortant, qui, bien manie, fait une incision à très-peu près égale à celle qu'on désire, et qui surtout, attiré à droite pour prendre son point d'appui sur la branche du pubis, permet ainsi d'écarter assez la prostate des artères qui longent l'incision pour se mettre autant que possible à l'abri de leur blessure. On a dit que c'était une machine aveugle, qui agissait à l'insu et sans la participation du chirurgien. La participation du chirurgien est nécessaire pour l'introduire, lui donner sa direction, l'ouvrir au degré nécessaire, le retirer sans vaciller ; mais pour l'incision elle-même, il faut bien reconnaître que l'instrument a été doué par son inventeur de tout ce qu'il fallait d'intelligence pour agir avec une précision que la main la plus habile n'aurait pas. Pour tout acte de précision, c'est la main qui est aveugle, ce sont les instruments bien faits qui sont clairvoyants ; et il n'y a pas de géomètre qui soit capable de décrire un cercle aussi bien que le compas.

Voilà donc, après ce parallèle des principaux procédés de la taille latérale, le point où nous sommes arrivés ; c'est que le procédé de frère Côme avec la modification de Boyer est, par l'agencement de ses incisions et par l'instrument qu'il emploie, celui qui échappe le plus aux objections. Cependant il ne met pas absolument à l'abri des accidents qu'il a pour dessein de conjurer, et qui tiennent à la méthode elle-même. Ces artères du périnée n'ont pas toujours le même trajet, la même

distribution, le même diamètre; surtout la branche inférieure de la honteuse interne, principale source des hémorragies après la taille. Plus haut se trouve le plexus veineux prostatique. Le rectum fait quelquefois une telle saillie sur les côtés de la prostate, qu'il n'a pas toujours été respecté. Le lithotome caché, si l'opérateur ne presse pas suffisamment sur la bascule, fera une incision trop petite; beaucoup trop grande au contraire, si une main inhabile presse inconsidérément la lame sur l'angle inférieur de l'incision. En dépit même de l'étendue donnée à celle-ci, une pierre un peu volumineuse ne sort encore qu'avec effort et en contondant les parties. L'infiltration sanguine ou urinaire du scrotum est rare, mais elle a été vue. Les sujets qui échappent de l'opération gardent quelquefois des fistules, des incontinenances d'urine, de l'impuissance. J'ai vu à Bicêtre un homme taillé avec succès par l'un des plus habiles opérateurs du commencement de ce siècle; depuis l'opération toute érection avait été absolument impossible.

Quant aux accidents plus graves encore et qui menacent la vie du sujet, ils sont les mêmes que nous avons déjà eu à citer pour les tailles précédentes. La proportion relative de ces accidents ne peut être présumée que par la proportion des morts.

Ici, il faut le dire, nous entrons dans un dédale où il sera bien difficile de rencontrer un fil conducteur. Trop souvent la vanité a exagéré les succès, soit en donnant des chiffres mensongers, soit en réunissant des séries heureuses et rejetant les séries malheureuses, ou bien enfin en confondant les âges et les sexes, chose si essentielle à distinguer. « Dans mes longues et laborieuses recherches sur l'opération de la taille, écrivait Deschamps, j'ai partout cherché la vérité, je ne l'ai trouvée nulle part. » Voyons cependant quels ont été les résultats les plus authentiques fournis par la taille latérale, en séparant autant que possible, les grandes des petites incisions.

Lorsque frère Jacques eut adopté la sonde cannelée, il eut, dit-on, de nombreux succès; mais il n'y a qu'une de ses séries qui paraisse suffisamment justifiée. Quatre chirurgiens de Versailles attestèrent, par un acte rendu public, qu'ils avaient assisté à trente-quatre opérations de la taille, qui toutes avaient réussi (1).

Rau se vantait bien davantage, puisqu'il disait avoir taillé et guéri 1,547 calculeux. Mais Camper, curieux de vérifier quelques-uns de ces succès, a compulsé le registre des calculeux conservé au collège de chirurgie d'Amsterdam; ce registre fait mention de 22 individus taillés par Rau, dont 4 morts; la proportion n'a plus rien d'incroyable (2).

Cheselden obtenait à l'en croire, des succès bien supérieurs. Dans son *Appendice* de 1730, il donne le relevé de ses tailles latérales de 1727 à 1730; on y trouve 46 opérés, dont seulement 2 morts. Plus tard, réunissant tous ses faits, il disait avoir taillé par la même méthode, à

(1) Morand, *Opuscles*, t. II, p. 93.

(2) Camper, *Demonst. anatomico-pathol.* lib. II, cap. iv.

l'hôpital Saint-Thomas, 213 malades, et n'avoir pas eu plus de 20 morts. Il ne distinguait pas les sexes; le relevé par âges donne :

De 10 ans et au-dessous.....	103 opérés	3 morts	1 sur 35
De 10 à 20 ans.....	621	4	1 sur 15,50
De 20 à 50.....	32	7	4,75
De 50 à 70.....	12	5	2,40
De 70 à 80.....	2	1	2

Comme on le voit, ces résultats regardés comme prodigieux portaient surtout sur les très-jeunes sujets; encore faut-il ajouter une remarque importante; quelques-uns étaient morts de la petite vérole pendant le traitement, et Cheselden ne les compte pas parmi ceux qui ont succombé à l'opération.

Smith nous a donné ensuite des relevés de divers hôpitaux provinciaux d'Angleterre; il n'est pas dit, à la vérité, quelle méthode on y suivait; ce qui restreint beaucoup leur utilité. Cependant, l'infirmérie de Bristol ayant été fondée en 1735, il est probable qu'on y suivait la méthode de Cheselden; je reproduirai donc, sous toutes réserves, le relevé suivant (1) :

De 1735 jusqu'en 1817, en 82 ans, 354 calculeux ont été taillés à l'infirmérie de Bristol. En défalquant 7 filles ou femmes, toutes guéries, il reste 347 calculeux du sexe masculin, ainsi repartis :

Âgés de 3 ans.....	16 opérés	6 morts	1 sur 2,60
de 4 à 10 ans.....	117	23	5,99
de 10 à 15.....	40	9	4,44
de 15 à 20.....	22	4	5,50
de 20 à 50.....	104	23	4,52
de 50 à 70.....	46	13	3,53
de 70 à 80.....	2	1	2

Le chiffre total des morts est de 79; la proportion générale de 1 sur 4,39 environ 23 sur 100. Bristol, comme hôpital de province, n'a donc pas été très-heureux; et l'influence de la localité ressortira surtout du tableau suivant, relevé des registres de l'hôpital de Norwich par Yelloli (2). Cet hôpital avait été fondé en 1772, et une partie des calculeux y furent opérés par le gorgeret de Hawkins. A ce point de vue, les résultats appartiendront plutôt à la taille latérale en général qu'à la méthode des grandes incisions; cependant, les détails qui suivent nous aideront beaucoup pour l'intelligence des diverses méthodes.

De 1772 à 1827, en 56 ans, 649 calculeux furent taillés dans cet hôpital, savoir : 618 hommes et 31 femmes. Le nombre des morts fut, pour les hommes, de 89; 1 sur 7,29. Deux femmes seulement succombèrent, 1 sur 15,50. Je regrette que la distinction des sexes n'ait pas été con-

(1) Smith, A. statistical Inquiry, etc.; Medico-Ch. Transactions, 1821, t. XI.

(2) Yelloli, Philosoph. Transactions, 1829.

servée dans le tableau des âges ; quoi qu'il en soit, voici comment hommes et femmes étaient répartis :

De 10 ans et au-dessous...	255	opérés	18	morts	1 sur 14,16
De 10 à 14	37	—	2	—	1 sur 18,5
De 14 à 20	62	—	7	—	8,85
De 20 à 50	134	—	18	—	7,44
De 50 à 70	155	—	43	—	3,60
De 70 à 80	6	—	1	—	6

Martineau, l'un des chirurgiens de cet hôpital, avait publié, en 1821, certains résultats de sa pratique qui devaient le faire justement considérer comme un des lithotomistes les plus heureux (1). De 1804 à 1828, dans un espace de 17 années, il avait taillé 84 calculeux, dont 10 dans sa pratique privée, et n'avait eu que 2 morts. Pour ce qui concernait l'hôpital, il y avait eu 4 femmes opérées, toutes guéries ; et les deux morts portaient sur 70 opérés du sexe masculin. Yelloli nous permet de suivre jusqu'au bout la pratique de ce lithotomiste. Il avait commencé par employer le gorgere de Hawkins sur 37 sujets, et avait eu 11 morts. Déconcerté par ce résultat, à partir de 1804, il reprit le couteau de Cheselden avec les grandes incisions ; et de 1804 à 1828, terme de sa carrière, il tailla ainsi 110 calculeux sur lesquels il n'en perdit que 6, moins de 1 sur 18. Et je dois ajouter que, dans ses taillés, on trouve beaucoup moins d'enfants que parmi ceux de Cheselden ; ainsi, les 70 calculeux mâles de son propre relevé se répartissaient ainsi :

De 2 à 5 ans	3
De 5 à 20	33
De 20 à 50	18
De 50 à 70	17
De 70 à 80	1

Les deux morts étaient deux vieillards de 54 et de 67 ans.

Mais comme, après tout, il n'y a pas une telle différence entre les résultats du gorgere et du couteau que le feraient croire ces chiffres trop peu élevés, Yelloli fait cette remarque curieuse, qu'en prenant tous les sujets opérés par les deux chirurgiens de l'hôpital, Martineau et Rigby, on trouve que le premier sur ses 50 premières opérations avait eu 14 morts, et sur les 97 autres, 6 seulement ; ce qui ramène sa mortalité générale à 1 sur 8 environ. Rigby au contraire, qui faisait aussi la taille de Cheselden, sur ses 50 premières opérations avait eu seulement 3 morts ; après quoi, sur 56 autres taillés qu'il fit encore à l'hôpital, il eut 12 morts, ce qui ramena sa mortalité à 1 sur 7. Preuve nouvelle, que le hasard, comme il a été dit, préside aux séries des opérations de taille, comme à celles de bien d'autres opérations ; qu'il ne faut pas juger sur une série heureuse ou malheureuse ; et que les chiffres très-nombreux ont seul droit de peser dans la balance.

(1) *Medico-Chir. Transactions*, t. XI. p. 165.

Enfin, un dernier résultat fort important ressort des recherches de Yelloli; c'est l'influence du volume du calcul sur le succès de la taille. Cette partie de son travail a porté sur 334 calculeux adultes du sexe masculin. Or :

Dans 282 cas, le calcul pesait moins de 2 onces; il y eut 37 morts, moins de 1 sur 7.

Dans 52 cas, le calcul pesait 2 onces et plus; il y eut 31 morts, presque 2 sur 3.

Par où l'on voit que dans ces statistiques si difficiles à bien faire, ce n'est pas encore assez de noter l'âge, le sexe, le lieu, le procédé, l'opérateur; un des éléments les plus importants et les plus oubliés, est le poids du calcul. Et, par exemple, ce qui peut servir à expliquer les succès de Martineau, c'est que des 85 opérés de son tableau, 77 avaient des calculs pesant moins de 2 onces, et il n'en mourut qu'un; 5 seulement portaient des calculs de 2 à 5 onces et demi; et celui qui succomba sur ces cinq cas avait un calcul de 4 onces.

En France, il est plus difficile de suivre les succès des partisans des grandes incisions. Frère Côme, en 1753, comptait 78 tailles par sa méthode, sur lesquels 6 seulement étaient morts (1). Mais en parcourant les notices qu'il en donne, on voit qu'il recevait ces faits de toutes mains, de Paris et de la province, des hôpitaux et de la pratique civile, et surtout de divers opérateurs plus empressés de faire connaître leurs succès que leurs revers. Cette liste ne saurait donc signifier grand chose. Baseilhac son neveu, avait, dit-on, taillé 336 sujets et parfaitement guéri 316; l'auteur anonyme de cette assertion se vante lui-même de n'en avoir perdu que 4 sur 104; de tels chiffres ainsi hasardés sans aucun détail font reculer la crédulité la plus confiante (2). Là se bornent donc les relevés statistiques que j'ai cru pouvoir admettre au compte des grandes incisions.

Les petites incisions ont d'abord en leur faveur les chiffres de Lecat. Ce chirurgien a répété sur tous les tons, qu'à l'hôpital de Rouen, où la taille se faisait au printemps, il comptait huit printemps où il n'avait perdu aucun malade; et que lorsqu'il en avait perdu c'était pour avoir fait ses incisions trop grandes; ce qui reste avéré, c'est qu'il parlait beaucoup de ses séries heureuses, et qu'il gardait autant qu'il pouvait le silence sur les autres. Morand dit qu'il avait eu une série de 90 tailles sans perdre aucun malade; et cependant, en donnant le chiffre total des tailles de Lecat qui était de 310, il omet d'indiquer le nombre des morts. Frère Côme a jusqu'à un certain point réparé cette lacune; et en réunissant onze années avouées par Lecat, parmi lesquelles six des fameux printemps où tous les opérés avaient guéri, et confondant les deux sexes, on arrive à un chiffre de 17 morts sur 93 opérés; et nombre de guérisons étaient imparfaites (3).

(1) Addition au Recueil d'épices sur la Taille, p. 166.

(2) De la Taille latérale par le périnée, par Pascal Baseilhac, 1804, p. 81.

(3) Addition au Recueil, etc.; p. 165.

Tels sont les résultats connus du gorgeret cystitome ; voyons ceux du gorgeret de Hawkins. Nous avons vu comment Martineau avait été conduit à y renoncer ; mais, en regard de ses insuccès viennent se placer les succès de Saucerotte.

A Lunéville, jusqu'en 1801, le gorgeret de Hawkins avait été appliqué, soit par Saucerotte, soit par ses collaborateurs à 194 calculoux. Il en était mort 10, soit environ 1 sur 20 ; et Saucerotte ne manque pas de faire observer que le grand appareil latéralisé, dans le même hôpital, n'avait guéri que 9 opérés sur 10.

Voilà, certes, une proportion singulièrement heureuse. Mais Saucerotte dirigea son hôpital jusqu'à sa mort, en 1814 ; et M. Castéra, dans le nouveau relevé dont il a été question, a fait monter à 384 le nombre total des calculoux opérés avec le gorgeret (1). Sur ce nombre, il compte 33 morts, 1 sur 11. Il faut donc que la deuxième série de Saucerotte ait été bien inférieure à la première ; encore serait-il nécessaire de défalquer du tout quelques femmes, que Saucerotte opérait avec le même procédé. Il ne faut pas oublier non plus qu'il s'agit d'un hôpital où les enfants font plus des trois quarts du nombre total des calculoux. Voici pourtant un autre hôpital, où les enfants étaient en bien plus grand nombre encore, où le même procédé était appliqué par des mains aussi habiles, et où cependant il a donné des résultats relativement désastreux.

M. Civiale a donné le relevé des calculoux traités à l'hôpital de Pavie par Scarpa et ses collaborateurs, de 1820 à 1830. Il était entré en tout 106 calculoux mâles, sur lesquels 93 enfants et seulement 2 vieillards. Scarpa évitant la taille et quand la pierre était trop petite, et quand elle était trop grosse, 79 sujets seulement furent taillés, et donnèrent 24 morts, près du tiers (2).

Je m'arrêterai là, non que l'on ne put ramasser d'autres chiffres, d'autres tableaux, d'autres relevés ; mais qui auraient encore moins d'autorité, et surtout qui, pris dans des lieux trop divers, ne seraient en aucune façon comparables. Et, après l'opposition des hôpitaux de Bristol et de Norwich, quel argument peut mieux montrer l'influence des localités que la différence des résultats obtenus par Saucerotte et Scarpa ?

Au total, si vous comparez ces trois séries de chaque côté, savoir, pour les grandes incisions :

Chéselden, à Londres.....	1 mort sur 11
Hôpital de Bristol.....	1 — 4
— de Norwich.....	1 — 7

Et pour les petites incisions :

Lecat, à Rouen.....	1 mort sur 5
Hôpital de Lunéville.....	1 — 11
— de Pavie.....	1 — 3

L'impression générale qui reste est que les incisions étendues comp-

(1) Civiale, *Parallèle*, p. 350.

(2) Civiale, *De l'Affect. calculouse*, p. 569 et 574.

Les sont les résultats connus du coryzotome, voyez ceux de
 tent un peu plus de succès que les petites incisions ; comme celles-ci
 comptent un peu plus de succès que le grand appareil latéralisé. Com-
 parez ces deux derniers procédés à Lunéville, dans le même hôpital ; la
 différence n'est pas bien grande ; elle est, certes, infiniment plus grande
 d'hôpital à hôpital que de procédé à procédé. J'aurais voulu, en consé-
 quence, poursuivre dans les hôpitaux de Paris, au dix-neuvième siècle,
 la comparaison déjà établie au siècle dernier entre le grand et le petit
 appareil ; mais cela est bien difficile. Dupuytren a publié, dans un Mé-
 moire sur la taille bilatérale, un tableau de 312 opérations de taille pra-
 tiquées à Paris ou dans ses environs, dans l'espace de dix ans, et qui
 donnaient 56 morts ; 1 sur 5.57. Ce devaient être, pour la plupart, des
 tailles latérales, à peine mêlées de quelques tailles médianes, et recto-
 vésicales. Mais, outre que les sources de ce tableau sont fort incertaines,
 est-il possible de confondre à la fois des opérations faites en ville et dans
 les hôpitaux, à Paris, et à la campagne ?

M. Civiale a essayé de relever, sur les registres de divers hôpitaux de
 Paris, de 1808 à 1831, le nombre de tailles pratiquées avec leurs résul-
 tats. Mais ces registres, mal tenus sous ce rapport, ne portant que par
 hasard la mention de l'opération, et plus rarement encore la mention
 des suites, ne pouvaient fournir que des données très-équivoques. Au
 total, il avait ainsi réuni 208 faits complets, sur lesquels il comptait
 81 morts, ou 39 pour 100.

J'ai fait un relevé de ce genre, portant sur les tailles pratiquées dans
 nos hôpitaux en six années, de 1836 à 1842, d'après des documents spé-
 cialement recueillis pour être mis sous les yeux du Conseil des hôpitaux.
 La mention du procédé n'y est pas ; on peut donc présumer qu'il y a à
 la fois des tailles latérales, bilatérales et recto-vésicales ; j'estime cepen-
 dant que les tailles latérales y dominent. Or, ces documents m'ont fourni
 un total de 75 opérations de taille, avec 28 morts. Les sujets étaient
 ainsi répartis suivant les âges :

De 2 à 5 ans,	6 opérés, 3 morts.
De 5 à 15 —	28 — 4 —
De 15 à 20 —	13 — 4 —
De 20 à 50 —	13 — 5 —
De 50 à 65 —	6 — 5 —
De 65 à 80 —	9 — 7 —

La proportion générale est d'un peu plus du tiers, 37 pour 100.
 C'est un peu plus que Scarpa. C'est un peu moins que la mortalité du
 grand appareil ; la différence est de 7 pour 100. Encore ne pourrait-on
 pas la rapporter tout entière aux méthodes ; il faut se rappeler que
 pendant presque tout le dix-huitième siècle, les opérés de l'Hôtel-Dieu
 n'avaient tout au plus que la moitié d'un lit ; et qu'à la Charité, où ils
 avaient le lit entier, la téméraire pitié des religieux ne laissait
 commencer une opération de taille que quand un prêtre en surplis, le
 malade sur le lit d'opération, l'opérateur et les assistants à genoux,

avaient récité le *Salve Regina* (1). Ce cérémonial effrayant d'un côté, de l'autre ce mépris des lois de l'hygiène, devaient certainement exercer une fâcheuse influence; et du moins nos calculeux sont taillés avec moins d'appareil, et sont couchés avec plus de libéralité. J'espère donc être tombé sur une série malheureuse; et je désire que de nouveaux résultats viennent en changer la signification.

4° *De la Taille périnéo-vésicale.* — Il est à peine nécessaire de faire la critique de cette taille. Elle coupait constamment l'artère transverse, souvent l'artère superficielle du périnée, pouvait encore atteindre d'autres organes: les corps caverneux, les vésicules séminales, le rectum; et enfin, comme il a déjà été dit, exposait l'opérateur à donner à faux un et même plusieurs coups de trocart. Et cependant elle n'a pas manqué de prôneurs prêts à certifier ses beaux résultats; Foubert a réussi complètement sur ses six premiers malades; et, dans les deux saisons de 1740-41, il n'en avait perdu que 1 sur 9. En revanche, Cheselden qui l'avait aussi tentée avait eu 4 morts sur 10. Ces résultats n'ont séduit personne, et cette méthode est absolument abandonnée.

5° *De la taille médiane.* — Inventée spécialement pour éviter l'hémorragie, sous le prétexte qu'il n'y a plus de vaisseaux notables sur la ligne médiane, cette méthode commence d'abord par fendre le bulbe de l'urètre, cause d'hémorragie souvent accusée dans le grand appareil; puis, dans le procédé de Dupuytren, elle allait inévitablement léser les veines antéprostatiques, et quelquefois les branches supérieures de l'artère honteuse, lorsque celles-ci, comme l'a vu Blandin, s'anastomosent en une arcade d'où part une seule artère dorsale de la verge. Comme aussi, dans ce procédé, l'incision du col vésical placé au sommet de l'angle du pubis, ne pouvait livrer passage à un calcul un peu volumineux, elle nécessitait une autre incision à la prostate. En conséquence, Dupuytren la vanta, la pratiqua sur le vivant, publia deux cas de succès, et se hâta de la quitter pour essayer de la taille recto-vésicale.

Au contraire, ce fut après avoir obtenu tous ses succès de la taille recto-vésicale, que Vacca l'abandonna pour son procédé de taille médiane. Il y trouvait le mérite de s'éloigner des vaisseaux, de pénétrer par un point où les os sont le plus écartés; d'ouvrir un large passage à la pierre avec la moindre incision possible, la paroi antérieure du rectum se laissant refouler en arrière sans résistance; enfin, d'arriver à la vessie par la voie la plus courte, l'anus étant le point le plus déprimé du périnée. Mais l'incision extérieure de la taille latérale commence et finit au même niveau que celle de Vacca, et offre donc en grande partie les mêmes avantages; de plus, celle de Vacca expose directement à la lésion du rectum, à la section d'un des canaux éjaculateurs; elle ne fait qu'une ouverture beaucoup moindre à la prostate; et enfin, dans

(1) Deschamps, *Ouv. cité*, t. III, p. 49.

l'extraction de la pierre, pour peu que celle-ci soit volumineuse, elle menace de contondre, de décoller la paroi antérieure du rectum, et d'amener ainsi des fistules fort difficiles à guérir. Vacca a publié trois cas de guérison par ce procédé, mais pour de petites pierres. Je ne sache pas qu'il ait été imité.

Cependant je ne voudrais pas rejeter absolument ce procédé. Des champs, en rappelant les beaux succès qu'obtenait le grand appareil pour les petits calculs, ne le condamnait pas sans regret. En restreignant dans ces limites la méthode de Vacca, c'est-à-dire en en faisant une taille presque purement urétrale, on aurait tous les avantages du grand appareil avec quelques inconvénients de moins; on ne menacerait plus les canaux éjaculateurs; et l'on n'irait pas, comme l'incision latérale, affronter les artères vagabondes du périnée.

De la Taille bilatérale. — Nous avons vu la taille bilatérale ouvrir en quelque façon, sous la plume de Celse, cette longue série de procédés, succomber sous une erreur physiologique; revenir au jour avec Franco, rentrer dans l'oubli, reparaître avec l'autorité de Ledran, plus tard avec celle de Physick; et réclamer vainement l'attention des chirurgiens, jusqu'à ce que Dupuytren, reprenant des essais encore abandonnés par Chaussier et Béclard, l'érigea enfin en méthode générale.

Ce qui frappe tout d'abord dans cette histoire, ce n'est pas seulement l'indifférence avec laquelle la double incision était toujours accueillie; c'est qu'entre Celse et Dupuytren, jamais elle n'ait été proposée que comme ressource exceptionnelle. Et Béclard lui-même, revenant après les premiers succès de Dupuytren à cette méthode qu'il avait pu fonder, ne recourait encore à la seconde incision qu'en cas d'insuffisance de la première.

Que veut en effet la taille bilatérale, comme la comprenait Dupuytren? Rendre l'incision des parties plus prompte, ouvrir une voie plus large à la pierre, tenir le tranchant des instruments à une plus grande distance des vaisseaux. En faisant l'incision semi-lunaire à 6 lignes en avant de l'anus, on a, en effet, une épaisseur un peu moins grande de parties à traverser que dans la taille latérale; on laisse en avant le bulbe de l'urètre et l'artère transverse; on reste à une grande distance des artères honteuse et superficielle du périnée; et, enfin, la prostate incisée des deux côtés donne une ouverture suffisante sans qu'on ait besoin de franchir ses limites.

Mais ces avantages très-réels sont-ils constants? Et d'abord, si l'incision latérale oblique, qui s'écarte beaucoup plus de l'anus, expose encore à blesser le rectum, l'incision semi-lunaire qui longe la moitié du contour de l'anus, n'y expose-t-elle pas davantage? Elle paraît bien combinée pour éviter les artères, quand celles-ci suivent leur trajet normal; mais toute incision qui s'écarte de la ligne moyenne expose à rencontrer des artères anormales. Béclard ajoutait que, chez les vieillards, l'incision semi-lunaire risquait de blesser le bulbe. Enfin, dans l'incision pro-

fonde, tout instrument peut s'égarer. A. Cooper, après avoir employé le gorgéret à double tranchant, avait fini par y renoncer, à cause des hémorragies qui avaient suivi plusieurs de ses opérations (1). Sans doute, on peut alléguer que les tranchants du gorgéret regardant directement de côté, sinon un peu en haut, se rapprochent plus directement de l'artère périnéale superficielle; mais M. Laugier a vu aussi l'emploi du lithotome déterminer, sous la main même de Dupuytren, une hémorragie très-abondante; et il est facile de se l'expliquer. Le lithotome double, quand on le retire, n'a point d'appui latéral comme le lithotome caché ordinaire; si donc le chirurgien ne le maintient pas exactement sur la ligne moyenne, ce qui est rigoureusement impossible, l'un des tranchants se portera plus d'un côté que l'autre, et pourra ainsi atteindre les vaisseaux. Je ne sache pas qu'on ait recherché, par des expériences directes, le mode d'agir de cet instrument; mais j'incline à croire qu'il doit bien rarement couper la prostate par égales incisions, et que, lorsqu'on l'ouvre au numéro 20, l'un des tranchants doit fréquemment dépasser les limites de la prostate.

Aussi, le procédé a-t-il été plus d'une fois modifié. Et d'abord, afin d'éviter le bulbe dans la première incision, Béclard préférait l'incision oblique ordinaire. Le bénéfice était léger; Dupuytren en 1834, chez un jeune enfant, pratiqua l'incision extérieure en long sur la ligne médiane, à l'abri de toutes les artères, complétant l'opération par la section bilatérale de la prostate; et M. Civiale en a fait un procédé régulier. De même pour l'incision prostatique, M. Civiale préfère un lithotome à lames droites aux lames courbes de Dupuytren. Béclard préférait le bistouri convexe, avec lequel il divisait presque transversalement la prostate du côté gauche; puis, si cette première incision ne suffisait pas, à l'aide d'un bistouri boutonné il faisait à droite une autre incision cette fois exactement transversale; combinaison d'une section oblique avec une section transversale qui a été également préconisée par M. Senn.

Entre tous ces procédés, la différence n'est pas grande; et l'on peut employer l'un ou l'autre, à fort peu près avec d'égales raisons. Mais une question plus grave est celle qu'avait soulevée Béclard : fallait-il faire du même coup les deux incisions, ou commencer par l'incision latérale, réservant l'autre comme ressource exceptionnelle? Lorsque la pierre est volumineuse, la difficulté tombe; mieux vaut, du premier coup, créer une large ouverture. C'est pour les petits calculs qu'elle revient tout entière; en vain dira-t-on que la double incision guérit aussi bien et aussi rapidement qu'une simple; je me sentrais toujours porté, toutes choses égales d'ailleurs, à préférer une incision unique de l'urètre et de la prostate, à une incision double de la prostate qui s'achève en détachant souvent un lambeau en V de l'urètre. D'ailleurs il est certain que si l'on n'avait affaire qu'à de petits calculs, on n'eût jamais senti le besoin de la taille bilatérale; elle a été créée pour ouvrir une voie plus large aux

(1) Laugier, art. *Taille*, du *Dictionn.* en 30 volumes.

gros calculs ; c'était là son rôle, et c'est par une sorte d'abus ou de luxe, si l'on veut, qu'on en a fait une méthode générale.

Sans doute si elle réussissait mieux que les autres, tout scrupule céderait devant le succès. Mais, pour les petits calculs, on comprendrait mal qu'une incision double pût mieux réussir qu'une simple. Dupuytren avait eu la prétention cependant de lui assurer la supériorité des résultats ; et dans une note du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, il disait :

« La cystotomie bilatérale a été pratiquée 70 fois environ à l'Hôtel-Dieu de la ville, et sur ce nombre 6 malades seulement succombèrent. On remarque surtout à l'Hôtel-Dieu une série de 26 opérations pratiquées de suite avec succès. Les morts ont, en général, été dans la proportion de 1 sur 12 environ. »

Malheureusement ces chiffres furent contestés ; M. Civiale cita 32 opérations de taille bilatérale faites par Dupuytren, sur lesquelles il y avait eu 8 morts. Dupuytren se recria contre ce relevé infidèle ; on va voir cependant que les tableaux dressés par MM. Bégin et Sanson auxquels il avait légué le soin de publier son *Mémoire*, ne s'en écartent pas beaucoup pour le résultat. Suivant ces tableaux, sur 58 calculeux mâles, Dupuytren en avait perdu 9 ; soit 1 sur 4,25. Puis, en réunissant les tailles du même genre, pratiquées par MM. Sanson, Deguise, Velpeau, Michon, Lenoir, Laugier, Roux, Blandin, on arrivait à un autre total de 47 opérés, ayant donné 10 morts, 1 sur 4,70. Ces 85 calculeux étaient répartis ainsi qu'il suit :

De 1 à 10 ans,	37 opérés,	2 morts
— 10 à 20 —	17 —	1 —
— 20 à 50 —	18 —	5 —
— 50 à 70 —	11 —	10 —
— 70 à 80 —	2 —	1 —

Ainsi la taille bilatérale ne réussissait que chez les enfants qui auraient pu s'en passer ; et dès qu'elle abordait l'âge adulte et surtout la vieillesse, 16 morts sur 31 opérés ne semblaient-ils pas porter sa condamnation ?

Mais ces chiffres sont trompeurs, parce qu'ils sont trop petits ; ils viennent d'ailleurs de sources trop différentes. Dans tous les cas, chez les sujets de 20 à 80 ans, mon relevé où figure la taille latérale a donné dans nos hôpitaux 17 morts sur 28 ; de telle sorte qu'à en juger même d'après ces séries insuffisantes, la taille bilatérale resterait encore supérieure à l'incision unique pour les calculs volumineux.

7° *De la taille quadrilatérale.* — Proposée par M. Vidal, en 1828, c'est la dernière expression de la crainte des grandes incisions et des limites de la prostate. Mais du moins l'auteur ne la donne pas comme une méthode générale ; et il résume ainsi sa doctrine : *Pour les petites pierres, une seule petite incision ; pour les moyennes, deux petites incisions ; pour les grosses, quatre petites incisions.* La méthode n'a donc point d'inci-

sion extérieure qui lui soit propre ; les deux premières incisions prostatiques même sont celles de la méthode bilatérale ; mais si la pierre résiste, avec un long bistouri boutonné, on va faire à la prostate une troisième incision en haut et à gauche, puis une quatrième en haut et à droite.

A proprement parler, cette méthode a été mal dénommée et porterait mieux le nom de *débridement multiple*. En effet, si la troisième incision suffit, il n'est assurément pas dans l'esprit de l'auteur d'en faire une quatrième qui serait inutile ; et si la quatrième ne suffisait pas, le même motif qui a commandé les deux autres en exigerait une cinquième. Le lieu même de ces débridements est assez indifférent. Ainsi en a jugé M. Velpeau qui recommande, selon le besoin, *de n'inciser que d'un, de deux ou de trois côtés*, et qui en effet, ne pouvant extraire sûrement un gros calcul par la taille latérale, y réussit par une incision triple, portant d'abord le bistouri sur le rayon postérieur droit de la prostate, puis sur son rayon transversal, à quelques lignes au-dessus. Ainsi l'a compris également M. Rolland de Toulouse, qui a obtenu un beau succès avec trois incisions, et un plus remarquable encore avec quatre.

ART. II. — TAILLE HYPOGASTRIQUE.

§ I^{er}. — Historique.

La taille hypogastrique eut pour première origine la nécessité : Franco ne pouvant extraire, par l'incision faite au périnée, chez un enfant de deux ans, une pierre du volume d'un œuf de poule, la reporta vers l'hypogastre avec ses doigts placés dans le rectum ; *et fut coupé sur le pénis en peu à côté et sur la pierre*. C'était donc une ressource pour les pierres très-volumineuses ; mais Franco en avait une autre, qui était son *brise-pierre*, et bien qu'il eût réussi, l'amour de son instrument lui fit condamner sa nouvelle opération.

Son procédé avait été aussi fort grossier. Fabrice de Hilden voulant l'améliorer, le rendit tout à fait impraticable. Il voulait qu'on repoussât le calcul vers l'aîne gauche pour couper dessus la paroi abdominale et la vessie. Hâtons-nous de dire que ce procédé ne fut jamais appliqué sur le vivant.

Jusque là, c'était l'incision sur la pierre ou le petit appareil brut appliqué à la taille hypogastrique. Mais dès avant Fabrice, un médecin, Rousset, en avait fait une opération savante et raisonnée. Rousset avait soigneusement étudié les rapports de la vessie avec le péritoine ; il avait indiqué et le danger de blesser celui-ci et les moyens de l'éviter ; multipliant d'ailleurs les procédés, comme pour épuiser la matière. Dans un de ses procédés, il remplissait la vessie avec une injection ou la laissait emplir d'urine pour refouler le péritoine ; dans un autre, à l'injection il ajoutait, pour soulever la vessie, une sonde très-courbe, cannelée en outre sur sa convexité pour diriger le bistouri ; et enfin il proposait de laisser une sonde à demeure dans l'urètre après l'opération.

Rousset voulait faire de la taille hypogastrique une méthode générale, qui remplaçât ce qu'il appelait *la boucherie du périnée*. Mais il n'eut pas l'occasion de l'appliquer sur le vivant; il dit seulement qu'elle fut pratiquée une fois de son temps avec succès (1) par un chirurgien de province. En 1635, un autre médecin, Nicolas Piètre, fit soutenir une thèse sur ce sujet à l'École de médecine; il paraît, d'après une lettre de Guy Patin, qu'il l'avait pratiquée lui-même; dans son procédé fort simplifié, il ne faisait pas d'injection, et se contentait de soulever la vessie sur la sonde. Son exemple entraîna Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu; et en 1649, Riolan écrivait qu'on pratiquait alors la taille hypogastrique *satis feliciter* (2). Mais Nicolas Piètre mort en cette même année, et Bonnet deux ans plus tard, en 1651, la taille hypogastrique était retombée dans l'oubli, quand un troisième médecin, Brayer, chercha de nouveau à l'en tirer; et, sur ses instances, M. de Lamoignon chargea F. Colot de l'essayer sur le cadavre. Brayer était plus mal tombé que frère Jacques. Colot, qui se vantait de posséder seul le secret du grand appareil, Colot, qui méditait d'obtenir du roi une rente viagère pour enseigner ce fameux secret, n'avait garde de favoriser l'invasion d'une autre méthode; il ne vit donc que des difficultés et des dangers dans cette opération malencontreuse, déclarant qu'il n'y pouvait songer qu'avec horreur. L'arrêt fut sans appel; et voilà comment la taille hypogastrique fut victorieusement bannie de France, comme la taille latérale devait l'être un peu plus tard.

Cependant Dionis, assez longtemps après, n'en parlait pas sans quelque regret. Il paraît que ce furent les regrets de Dionis qui firent venir à Douglass l'idée de la tenter; et, en 1719, il la pratiqua pour la première fois, en injectant la vessie et divisant cet organe de haut en bas. Il obtint trois succès sur quatre opérations; Paul, à l'hôpital Saint-Thomas, en eut deux autres; après quoi, ayant eu le malheur de blesser le péritoine sur deux sujets qui périrent par suite de la hernie des intestins, l'opération faillit tomber en discrédit. Elle fut reprise par Cheselden, en 1722; et ses succès lui assurèrent la vogue pendant quelques années. Cheselden, à l'imitation de Douglass, divisait la vessie de haut en bas; Macgill la coupa de bas en haut, sans autre changement notable. On blessait bien le péritoine de temps à autre; Cheselden lui-même perdit deux malades par cet accident; autrement, les résultats étaient assez heureux; en défalquant ces deux morts, dit-il, il n'en perdait qu'un sur sept. Mais la publication du procédé de Rau tourna ailleurs ses idées, et lorsqu'il eut créé la taille latérale, il abandonna la taille hypogastrique pour toujours (3).

Elle reparut en France un instant, mais avec un succès encore plus

- (1) Rousset, *Ynggnotomix*, p. 281.
 (2) Cité dans la lettre de Winslow; Morand, *Traité de la Taille au haut appareil*, p. 328.
 (3) Thompson, *ouvrage cité*, p. 87.

limité. Après les accidents arrivés à Paul, Douglass ne pouvant faire admettre son procédé dans les hôpitaux de Londres, avait écrit à Winslow, demandant à l'appliquer dans les hôpitaux de Paris. Winslow fit des expériences sur le cadavre avec Thibaut, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu; Thibaut convint que la méthode avait *quelque chose de bon*; mais il préférait encore le grand appareil auquel il était accoutumé et qui lui avait réussi tant de fois. Cependant, une certaine émotion s'ensuivit, et de nouveaux procédés furent proposés; les uns voulaient faire l'incision extérieure de côté et dans le corps des muscles; Ledran conseillait de diviser la vessie en travers, et de tenir à demeure une sonde de plomb dans l'urètre; Thibaut, pour soutenir la vessie après la première ponction, y glissait rapidement l'index gauche, qu'il retournait en crochet du côté de l'ombilic. Les médecins s'en mêlèrent: le vieux Petit croyait que la suture de la vessie après l'opération avançait la cicatrice. Sénac reprenant une idée de Rousset, proposait de soulever la vessie avec la sonde près du pubis, afin d'avoir un guide pour se conduire (1).

Tout ce bruit aboutit à cinq ou six opérations faites par Morand, Sénac et quelques autres; après quoi les livres en parlèrent encore, mais les chirurgiens ne la pratiquèrent plus, hors dans quelques cas exceptionnels. Elle eut de même quelques succès en Allemagne et en Hollande, aussitôt suivis d'un semblable oubli.

Ainsi abandonnée, la taille hypogastrique fit un étrange détour pour reprendre sa place parmi les tailles destinées aux calculeux du sexe masculin. Frère Côme avant appliqué la taille latérale aux femmes, fut frappé de l'incontinence d'urine qui en résultait; et, cherchant un moyen de l'éviter, il songea à la taille hypogastrique. Après l'avoir pratiquée dix années sur les femmes, il eut l'idée de l'appliquer aux hommes; une thèse sur ce sujet fut soutenue, en 1767, à la Faculté de médecine, par son neveu Basedow; en 1769, il en fit le premier essai, et, dix ans plus tard, il publiait sa nouvelle méthode, appuyée de trente-six observations.

Frère Côme avait fort inutilement compliqué l'appareil instrumental pour la division de la ligne blanche; mais il avait été plus heureusement inspiré pour remplir cette grande indication: diviser la vessie sans ouvrir le péritoine. D'abord, il rejetait toute injection, et ne faisait pas même retenir l'urine; mais la vessie, mise à nu, avec l'indicateur gauche, il ramenait en haut le péritoine; puis avec sa sonde à dard, il soulevait la vessie doucement à partir du pubis jusqu'au haut de la plaie, de telle sorte que la vessie fût saillie en forme de mamelon, et qu'on pût, chez les sujets de médiocre embonpoint, distinguer sa texture. Il pouvait ainsi l'ouvrir avec sécurité de haut en bas.

Restait une dernière indication: pourvoir à l'écoulement de l'urine pour empêcher l'infiltration dans le tissu cellulaire. D'abord, il eut l'idée de maintenir à la fois une sonde à demeure dans l'urètre et de coudre la

(1) Winslow, *lettre citée*. — Sénac, *ouvrage cité*, p. 39 et suiv.

plaie abdominale ; mais, au premier essai, la suture ayant mal réussi, il s'en tint à la sonde. Ainsi furent taillés sept malades, sur lesquels il en perdit trois. Déconcerté de tant de revers, il en vint alors à accorder à l'écoulement de l'urine une importance beaucoup plus grande qu'on n'avait fait jusqu'à lui ; ce fut ainsi qu'il fut conduit à pratiquer une ouverture au périnée pour y placer la sonde à demeure, et selon la pente inflexible et opiniâtre de son esprit, à en faire une règle générale.

Ses succès forcèrent les chirurgiens à s'occuper de nouveau de la taille hypogastrique ; elle pénétra même jusqu'en Italie, où jusque là elle n'avait pu prendre pied ; et Scarpa l'y pratiqua, pour la première fois, en 1808. Si l'on suit maintenant son histoire depuis frère Côme jusqu'à nous, on voit d'abord son procédé battu en brèche, dépouillé peu à peu de toutes ses complications, réduit enfin à une simplicité peut-être exagérée. Scarpa d'abord ; puis Dupuytren, contribuèrent à faire rejeter la boutonnière. La sonde à dard fut réduite à une simple sonde ; les instruments destinés à l'incision de la ligne blanche remplacés par le bistouri. Puis M. Amussat remplaça la sonde par une injection modérée ; et enfin, en 1829, M. Baudens est arrivé à faire l'opération avec le bistouri seul, sans injection, sans sonde, et en prenant même le soin de faire vider la vessie.

Mais les trois préoccupations de frère Côme n'ont pas été pour cela complètement abandonnées. De nos jours, plusieurs procédés se distinguent par le luxe des instruments pour diviser la ligne blanche, notamment celui de M. Leroy d'Etiolles. Pour l'incision de la vessie, il en a également créé de nouveaux. Mais c'est la troisième indication surtout qui semble avoir le plus exercé l'imagination des inventeurs. Ainsi, Souberbielle avait d'abord vanté outre mesure son siphon aspirateur, qu'il finit par abandonner ; M. Amussat place une grosse canule dans la plaie même, qu'il réunit par suture à l'entour ; M. Pinel-Grandchamp a expérimenté sur les animaux la suture de la vessie ; et enfin, M. Vernière et M. Vidal ont proposé de ne faire l'incision de la vessie qu'après avoir préalablement obtenu la condensation du tissu cellulaire ambiant ; double opération qui se rattache dès lors à la taille en deux temps.

Deux autres innovations plus radicales ont enfin été mises au jour : M. Drivon, en 1844, a proposé de faire l'incision longitudinale au bord externe du muscle droit du côté gauche (1) ; et M. Franc, en 1835, a voulu substituer à l'incision de la ligne une incision transversale qui couperait aux trois quarts l'attache des muscles droits (2).

§ 2. — *Examen des procédés de la taille hypogastrique*

En rejetant tout d'abord les procédés de Franco et de Fabrice de Hilden, on voit que tous les autres ont porté essentiellement sur trois points : l'incision extérieure, la division de la vessie, l'écoulement des urines après l'opération.

(1) Drivon, *Thèse inaug.* — Paris, 1824, n° 204.

(2) Franc, *Nouvelle méthode d'extraire la pierre par-dessus les pubis*, (1835, t.)

De ces trois points, le premier a été résolu par M. Baudens. L'incision extérieure pour laquelle il ne fallait pas à frère Côme moins de trois instruments, le bistouri ordinaire, le trocart-bistouri et le bistouri lenticulé, se fait à merveille avec le bistouri simple aidé du doigt pour ouvrir l'intervalle celluleux des muscles. On a fait grand bruit de certains cas où la contraction des muscles droits aurait été portée assez loin pour faire délibérer si l'on n'en couperait pas une partie en travers; et c'est là surtout ce qui avait suggéré à M. Drivon le projet d'inciser en dehors des muscles droits, et à M. Franc celui de les couper en travers. Mais déjà Dupuytren, qui a signalé le premier la résistance de ces muscles, ajoutait qu'on la fait constamment disparaître en fléchissant la tête sur la poitrine et les cuisses sur l'abdomen; et si la position ne suffisait pas, on en serait quitte pour faire à l'un des muscles droits ou même à tous les deux une petite incision transversale.

Le deuxième point est infiniment plus important; et ici, comme dans la taille périnéale, c'est la manière de faire l'incision intérieure qui différencie essentiellement les procédés. Ce n'est pas cependant à cause de sa direction différente; l'incision transversale de Ledran n'appartient qu'à l'histoire, et si M. Baudens propose de couper en croix l'incision primitive par une incision transversale, c'est par exception seulement et pour le cas où la pierre serait trop grosse et le péritoine trop près. Qu'on la fasse même de bas en haut ou de haut en bas, en l'arrêtant au niveau du pubis ou en le prolongeant un peu au-dessous, ce sont là encore des procédés secondaires. La grande difficulté consiste à ouvrir la vessie sans léser le péritoine; et les manières diverses de s'attaquer à cette difficulté constituent trois procédés principaux, ou si l'on veut trois méthodes, selon qu'on distend la vessie avec un liquide, ou bien qu'on la soulève sur une sonde, ou enfin qu'on se borne à refouler le péritoine avec le doigt.

1^o Distension préalable de la vessie. — C'est un des procédés de Roussel, suivi par tous les opérateurs jusqu'à frère Côme. On préférerait injecter de l'eau d'orge plutôt que faire garder les urines; l'injection d'air est restée à l'état de pur projet. L'injection est un procédé excellent quand la vessie est saine et dilatable; elle la développe à l'hypogastre, en repoussant nécessairement le péritoine; de là même la facilité et l'innocuité de la ponction dans cette région. Mais beaucoup de malades ne peuvent la supporter; elle détermine chez eux une douleur très-vive. Cheselden parle même de quelques cas où l'on creva ainsi la vessie; et il recommande, pour savoir quelle quantité de liquide on peut injecter avec sécurité, de commencer par faire uriner le malade. Quelques-uns, à l'imitation de Pibrac (1), attendent qu'elle soit mise à nu par la première incision pour faire une injection modérée; mais alors, a-t-on dit,

(1) Paul, *Suppl. à la chirurgie de Heister*, p. 547.

outre la douleur, l'injection ne distend pas la vessie assez pour relever suffisamment le péritoine.

Cette dernière objection est juste ; mais quand la vessie est vide et revenue sur elle-même, il est quelquefois difficile de savoir où plonger le bistouri, et l'injection si peu qu'elle gonfle l'organe, est d'une utilité incontestable. Les autres reproches s'adressent aux injections exagérées, et n'auraient pas dû faire rejeter absolument la méthode ; seulement, ils témoignent qu'elle est insuffisante en beaucoup de cas.

2° *Soulèvement de la sonde.* — Encore un des procédés de Rousset, mais il y joignait l'injection, et s'en fiant à celle-ci pour refouler le péritoine, la sonde ne lui servait que d'un conducteur assez peu nécessaire. Frère Côme s'appropriait véritablement la méthode en portant le bout de la sonde à l'angle supérieur de la plaie. Le dard qui en sort pour diriger le couteau, blesse quelquefois l'opérateur et peut être supprimé sans grand dommage. Mais la sonde, en tendant la vessie, en la portant pour ainsi dire sous les yeux du chirurgien, a une utilité incontestable, d'autant que son usage est sans inconvénient.

Il ne faudrait pas cependant lui accorder une confiance trop absolue. Sur les sujets un peu gras, la vessie est recouverte d'une couche de tissu cellulaire adipeux qui empêche de reconnaître ses fibres, et d'ailleurs la plaie est trop profonde pour un pareil examen. Dès lors, en réalité, la sonde ne saurait servir en quoi que ce soit à éviter le péritoine : son utilité se borne à tendre la vessie. On allègue aussi, ce qui est vrai, que certaines vessies racornies n'en tolèrent pas l'usage. Tout cela prouve, comme pour les injections, qu'elle est parfois insuffisante, quelquefois même inapplicable ; mais dans les cas où elle est applicable, il y a toujours quelque avantage à s'en servir.

3° *Refoulement du péritoine avec le doigt.* — Ce procédé appartient à frère Côme, qui le joignait à l'usage de la sonde à dard ; il est employé seul par M. Baudens. Je me suis assuré par des expériences répétées sur le cadavre, qu'il est d'un effet certain. Il ne paraît pas que ni frère Côme ni Souberbielle qui le mettaient en usage aient jamais coupé le péritoine ; et moi-même, il y a dix-huit mois, ayant à pratiquer la taille hypogastrique sur un malade chez qui la vessie était malade, fongueuse, et tellement serrée autour du calcul qu'aucune sonde ne pouvait y pénétrer, j'ai très-heureusement ouvert la vessie avec le doigt, après avoir facilement refoulé le péritoine. Cependant, dans les cas de vessies racornies avec adhérences, on conçoit que cette sereuse puisse être blessée ; et il faut bien avouer que c'est là un des motifs principaux qui détournent les chirurgiens de la taille hypogastrique.

Au total, refoulement avec le doigt, en y joignant quand on le peut les injections et la sonde, telle est à mon sens la méthode à préférer. Pour la manière de conduire le bistouri, l'incision de bas en haut exposerait à blesser le doigt protecteur ; celle de haut en bas est préférable. Middleton parle bien d'un cas où le bistouri poussé avec force traversa la

symphyse pubienne chez un sujet de dix-sept à dix-huit ans (1). On ne peut voir là qu'une faute grossière de l'opérateur.

Jusque-là, sauf le danger très-éloigné d'une lésion du péritoine, la méthode hypogastrique se présente avec tous ses avantages, facilité d'exécution, absence de vaisseaux, large ouverture facile à dilater ou à agrandir encore; mais un danger qui balance à lui seul tous ces avantages vient de l'action fâcheuse de l'urine sur les tissus.

L'urine, sortant continuellement par la plaie, irrite quelquefois les parties génitales au point qu'un des opérés de Thornhill en souffrait plus, disait-il, que de l'opération elle-même; mais on peut parer à cet inconvénient. L'urine s'infiltré quelquefois dans le tissu cellulaire qui entoure la racine de la verge, et s'étend de là dans le scrotum; cela est encore excessivement rare. Mais elle peut surtout s'épancher dans le tissu cellulaire qui sépare la vessie du pubis, et qui communique avec celui de tout le petit bassin; et bien que la physiologie enseigne que l'inflammation rendra promptement la surface de la plaie imperméable, bien que l'étude des faits cliniques montre que cet accident est relativement très-rare, puisque Souberbielle, par exemple, ne l'a vu qu'une fois sur 39 opérations (2); un sentiment presque unanime, qu'on l'appelle timidité ou prudence, a fait repousser la taille hypogastrique en tant que méthode générale, un peu à cause du danger de blesser le péritoine, beaucoup plus par la peur de l'infiltration urineuse; et l'on est à peu près d'accord pour la réserver à l'extraction des calculs très-volumineux, ou étroitement serrés par la vessie.

La suture de la vessie préviendrait-elle le danger? Cela est au moins fort douteux dans les cas où la vessie est malade. D'après M. Velpeau, elle aurait été tentée plusieurs fois avec succès sur l'homme; je n'ai pu mettre la main sur ces observations. Par la boutonnière périnéale, si chère à frère Côme, le péril était-il atténué? En théorie même, le moyen était peu rationnel; sur 22 sujets ainsi opérés, frère Côme comptait 19 guérisons et 3 morts; mais il y avait 9 sujets de 6 à 20 ans, tous guéris, dont la présence suffirait seule à expliquer ce succès; et de plus, il serait périlleux de juger sur une aussi faible série. Le siphon aspirateur n'a pas empêché l'infiltration chez l'un des opérés de Souberbielle; et j'ai dit qu'il y avait renoncé lui-même; enfin la grosse canule de M. Amussat, imitation de la canule qu'on laissait aussi quelquefois à demeure après certaines tailles périnéales, ne saurait empêcher l'urine de stagner dans la plaie; et si l'on y joint la suture de la plaie extérieure, on risque plutôt d'accroître le danger que de le diminuer.

Au total, en regard des avantages que tout le monde lui reconnaît, la taille hypogastrique a donc ces deux dangers capitaux, la blessure du péritoine et les infiltrations urinaires. Ajoutez qu'en dehors du couteau de l'opérateur, on a vu quelquefois le péritoine se rompre sous les ef-

(1) Morand, *ouv. cité*, p. 95.

(2) *Mém. de l'Académie de médecine*, T. VIII.

forts intempestifs des malades; et que, malgré l'absence de tous vaisseaux sur la ligne médiane à l'état normal, quelques sujets sont morts d'hémorragie, soit par la blessure de vaisseaux anormaux, soit, ce qui est plus probable, que l'hémorragie vint de la vessie même.

Des sujets qui guérissent de cette opération n'ont rien à redouter, au moins en ce qui la concerne, de l'incontinence d'urine, ni de l'impuissance; mais chez plusieurs la plaie ne se ferme point, ou même étant fermée a de la tendance à se rouvrir. Sur 75 cas mentionnés dans les tableaux de M. Civiale, il ne compte pas moins de cinq fistules.

Il est difficile de dire quelle est ici la proportion de la mortalité, d'abord parce que cette taille n'a jamais été faite sur une très-grande échelle; ensuite parce que beaucoup de praticiens n'y ont recours que comme méthode exceptionnelle et dans les cas les plus fâcheux. Cheselden, dans une première série de neuf sujets, tous au-dessous de 20 ans, n'en avait perdu qu'un seul; et résumant en bloc toute sa pratique, il disait n'avoir eu en moyenne qu'un mort sur 7 opérés. En réunissant tous les sujets dont frère Côme a donné l'histoire complète, sur 29 sujets il n'aurait encore eu que 6 morts. Souberbielle a publié une série de 138 tailles faites sur l'homme; il a eu 11 morts; mais cette proportion paraît admirable si l'on fait attention à l'âge de ses opérés. Ainsi l'on en comptait :

De 1 à 20 ans,	2 opérés,	
— 20 à 50 —	1 —	1 mort.
— 50 à 70 —	24 —	6 morts.
— 70 à 80 —	11 —	4 —

La taille hypogastrique paraît moins brillante dans le tableau suivant que j'emprunte à M. Belmas; mais il faut remarquer que M. Belmas a emprunté ses faits à divers chirurgiens, et qu'il ne s'agit pas d'une série ordinaire.

Agés de 23 ans,	5 opérés,	1 mort.
— 4 à 10 ans —	20 —	
— 11 à 20 —	18 —	2 morts.
— 20 à 50 —	21 —	6 —
— 50 à 70 —	25 —	13 —
— 70 à 80 —	11 —	3 —

ART. III. — TAILLE RECTO-VÉSICALE.
1° Historique.

L'histoire de la taille recto-vésicale ne remonte guère à plus d'un demi-siècle. C'est en vain qu'on a prétendu en retrouver des traces dans une sèche analyse donnée par Haller d'un passage de Vegetius : Vacca a fait voir qu'il ne s'agit que de l'extraction d'un calcul, chez les grands animaux domestiques, à travers une déchirure spontanée du rectum et de la vessie. Clot-Bey, cependant, a vu la taille recto-vésicale pratiquée par les tireurs de pierre de l'Egypte, à l'aide d'un procédé qui la ratta-

cherait au petit appareil; mais il n'a rien trouvé d'écrit à cet égard (1). C'est donc seulement en 1815 que la taille recto-vésicale a pris place, comme méthode régulière, parmi les opérations chirurgicales. Le but principal de Sanson, en la proposant, avait été d'éviter l'hémorragie, si commune après la taille latérale. Sous ce point de vue, disait-il, Jean de Romanis, en longeant la ligne médiane où viennent expirer les vaisseaux, avait été parfaitement inspiré. Mais la plaie du grand appareil était étroite et profonde, et s'accompagnait de déchirure à la prostate; l'arrivée à la vessie par une incision large et peu profonde, inciser des parties que Jean de Romanis déchirait, n'était ce pas conserver les avantages de l'incision médiane, en évitant ses inconvénients? En conséquence, Sanson commençait par diviser le bord antérieur de l'anus jusqu'au bulbe, et le rectum jusqu'à six ou huit lignes de hauteur. Là commençait le premier procédé; le premier, sur lequel Sanson insistait davantage, consistait à diviser sur la cannelure de la sonde, d'arrière en avant et de haut en bas, une portion du bas-fond de la vessie et de la prostate. Dans l'autre, on ouvrait la portion membraneuse de l'urètre sur la sonde, et le bistouri porté jusqu'à la vessie, disait-il, d'avant en arrière le recto-vésical et la prostate.

Froidement reçue en France, à peine jugée sérieuse en Angleterre et en Allemagne, la taille recto-vésicale trouva surtout de chauds partisans en Italie, là même où la taille hypogastrique avait eu tant de peine à pénétrer. Mais le premier procédé ayant donné lieu fréquemment au passage des matières stercorales dans la vessie, Vacca fit prévaloir le second, et entraîna dans son opinion Sanson lui-même. Puis après avoir vivement défendu la taille recto-vésicale contre Scarpa, Vacca l'abandonna tout à coup pour son procédé nouveau de taille médiane; d'un autre côté, Dupuytren, après l'avoir ingénieusement modifiée en appliquant à la prostate l'incision latérale (2), la quittait à son tour pour la taille bilatérale; et enfin, Sanson mort, le rôle de la taille recto-vésicale pouvait passer pour terminé, lorsque récemment, M. Maisonneuve est venu la ressusciter en supprimant toute incision extérieure, et divisant la prostate par l'incision bilatérale.

2^e Parallèle des procédés de la taille recto-vésicale.

Le premier procédé de Sanson avait pour avantages d'ouvrir une large voie au calcul par l'incision supérieure; mais le passage des matières stercorales dans la vessie, les accidents graves qui succédaient, et enfin, les fistules conservées par un bon nombre des sujets guéris,

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1830, p. 167. — Lister, cité par Heister, parlait en 1699 de deux malades auxquels on aurait tiré la pierre *per glutæum majorem*. Deschamps mentionne aussi une idée de Faget, qui voulait attaquer la vessie par sa partie postérieure, en faisant une large incision du coccyx jusqu'à l'ischion. La taille recto-vésicale ne serait qu'une misère près de ces deux énormes procédés.

(2) *Archives générales de médecine*, t. IX, p. 400.

(ont fait, comme il a été dit, rejeter ce procédé par l'inventeur lui-même. Le second empêchait à peu près certainement le passage des matières fécales dans les voies urinaires; mais déjà, divisant la prostate en arrière et sur son rayon le plus court, il donnait une issue moins libre aux calculs un peu volumineux que les grandes incisions de la taille latérale. Ainsi, Scarpa l'ayant répété sur le cadavre, et cherchant à extraire à l'aide de tenettes un calcul de quatorze lignes seulement dans son petit diamètre, éprouva de très-grandes difficultés. Textori, sur le vivant, ne put pas réussir avec les seules incisions de Vacca, à retirer une pierre volumineuse. De plus, le conduit éjaculateur gauche était presque inévitablement coupé, quelquefois le canal déférent et même la vésicule; et beaucoup d'opérés éprouvèrent des inflammations et même des suppurations du testicule gauche. Gérieut même le malheur de rencontrer et de blesser de prolongement anormal du péritoine qui, ainsi que l'avait vu Campér, descend quelquefois sur le bas-fond de la vessie, entre le rectum et les vésicules séminales. Mais ce qui était surtout déplorable, c'était, par ce procédé même, le nombre des fistules recto-urétrales qui persistaient après la guérison.

Cittadini avait eu 1 fistuleux sur 2 sujets guéris; Uccelli, 2 sur 3; Guidetti, 2 sur 8; Vacca, lui-même, en avait 6 sur 25; encore ne comptait-il pas une fistule qui s'était déclarée chez un de ses malades après une cicatrisation complète en apparence. A la vérité, Giorgi et Cavarra ne comptaient ensemble que 2 fistules sur 37 guérisons; ce qui rétablit un peu la balance. Et enfin, le péril de mort était-il du moins atténué? Guidetti avait eu 6 morts sur 12; Vacca, plus heureux, avait encore 5 morts sur 30. En 1832, dans la dernière édition de la *Médecine opératoire* de Sabatier, Sanson avait réuni 89 cas de taille par le rectum, sur lesquels il comptait: 15 morts; 62 guérisons complètes; 10 guérisons avec fistules; 1 fistuleux rendant du sperme par sa fistule durant l'éjaculation; 1 probablement fistuleux, puisqu'il ne compte pas parmi les 62 guérisons complètes.

J'ai cherché à savoir ce qui revenait à chaque procédé dans ces résultats: en réunissant toutes les opérations des chirurgiens italiens, comprises dans trois des Mémoires de Vacca (1), et rapportant à l'incision du bas-fond deux tailles commencées par l'autre, mais où l'incision fut prolongée jusqu'à la vessie; j'ai trouvé pour ce procédé:

8 opérations, 1 mort; et sur les 7 guérisons: 4 fistules persistantes, et 1 fistule encore peu ancienne et qu'on espérait voir se fermer.

Pour l'incision uréthro-prostatique, j'ai trouvé:

92 opérations, 15 morts; et sur les 67 guérisons, 13 sujets restés fistuleux.

(1) Le 1^{er}, le 2^e et le 4^e. — Je n'ai pu me procurer le 3^e.

Déjà cela n'a rien de bien séduisant; mais si l'on y joint les résultats obtenus dans quelques hôpitaux de France, les résultats deviendront plus fâcheux encore. Ainsi, sur 5 tailles que Senn avait vu faire à l'Hôtel-Dieu, vers 1824, il y avait eu 2 morts et 2 sujets restés fistuleux. De 3 sujets opérés par Sanson, en 1826, 1 succomba, 1 autre garda une fistule. A Lyon, Janson sur 7 opérés, avait à regretter 3 morts. Ainsi, sur 15 opérations, il y avait 6 morts et 5 fistuleux (1). Le procédé de Dupuytren, le procédé plus ingénieux encore de M. Maisonneuve, écartent bien quelques-unes des objections adressées à la méthode, mais en perdant aussi des avantages tant vantés par Sanson des incisions médianes pures. Et puis il reste toujours le principal inconvénient de la taille recto-vésicale, l'incision nécessaire de l'urètre dans sa partie membraneuse, là où il est de plus mince et de plus rapproché du rectum, là où la cicatrisation est le plus difficile à obtenir, et où trop souvent persistent des fistules incurables. Voici d'ailleurs un relevé des opérations déjà faites par M. Maisonneuve, et qu'il a bien voulu me communiquer. La première a été pratiquée le 2 juillet 1847.

80 ans, 8 calculs; mort quatre jours après d'une inflammation de la vessie et des reins.

79 ans, 2 calculs; mort cinq jours après d'une inflammation des voies urinaires.

28 ans, guérison complète.

45 ans, guérison, mais avec une fistule très-étroite qui persiste encore actuellement, près de trois mois après l'opération.

La proportion des morts est cruelle; mais il faut reconnaître que les lésions reconnues à l'autopsie n'auraient été évitées par aucune autre espèce de taille; et je suis frappé bien davantage de cette fistule pour deux seules guérisons.

ART. III. — PARALLÈLE DES DIVERSES ESPÈCES DE TAILLE CHEZ L'HOMME.

Après l'examen auquel nous venons de nous livrer, on voit qu'il reste encore en présence sept à huit procédés, savoir : 1° parmi les tailles périméales, la taille latérale avec les grandes ou les petites incisions; la taille médiane urétrale; les tailles bilatérale et quadrilatérale; 2° parmi les tailles recto-vésicales, les procédés de Dupuytren et de M. Maisonneuve; 3° enfin, la taille hypogastrique sans l'addition de la plaie périméale. Or, le nombre même des procédés qui peuvent soutenir l'examen montre assez que le jugement définitif à porter demeure encore assez difficile.

Pour établir un parallèle exact et complet entre des opérations aussi graves, il faudrait pouvoir comparer successivement : — la facilité ou la difficulté de l'opération; — ses dangers immédiats; — les accidents consécutifs; — dans les cas heureux, la rapidité de la guérison; — dans les demi-succès, les infirmités qu'elle laisse à sa suite; — les accidents qui

(1) Senn, Thèse inaug., 1825, n° 108; — Arch. gén. de médecine, t. VI et XII.

la rendent fatale; et enfin, les chances de mort qu'elle présente, considérées selon les temps, les lieux, les âges, le volume et le nombre des calculs, et enfin, l'état des organes.

Je ne veux pas dire qu'on ne puisse encore ajouter à ce cadre; tel qu'il est, seulement il faut bien confesser qu'il nous est impossible de le remplir. Tout ce qui tient à l'anatomie chirurgicale, au manuel opératoire, peut être assez exactement comparé; pour les dangers immédiats, tels que la douleur, l'hémorragie, des fausses routes, les déchirures, les plaies faites involontairement aux organes voisins, on n'est déjà pas facile de dire dans quels procédés elles sont le plus communes; et peut-être moins encore de distinguer ce qui est un danger de la méthode ou une faute de l'opérateur; pour la rapidité des guérisons, pour la proportion des fistules urinaires et autres infirmités, nous manquons en grande partie de bases suffisantes; et enfin, la proportion de la mortalité même, à raison de l'insuffisance des documents que nous possédons, ne peut être que très-difficilement appréciée.

Essayons cependant d'esquisser à ces divers points de vue le parallèle des diverses tailles.

1^o Difficultés de l'opération. — La taille hypogastrique l'emporte à ce point de vue sur toutes les autres; elle n'a pas la première difficulté de chercher la cannelle de la sonde; de pousser sur la sonde les premiers instruments dans un canal étroit; et la grandeur et la dilatabilité de son incision permettent toujours, sauf dans quelques cas extraordinaires, et le libre passage des tenettes et la libre issue de la pierre. Toutes ces difficultés, au contraire, sont communes aux tailles périméales et recto-vésicales; celle-ci même a une petite difficulté de plus, résultat du défaut de tension des parois du rectum. Mais, au total, ces difficultés sont peu de chose pour une main expérimentée; et, dans les cas les plus favorables, il n'est pas de procédé qui n'ait été exécuté sur le vivant en quelques minutes, et souvent même dans un temps moins considérable.

Mais il y a une difficulté plus grave, et qui a plus d'une fois compromis le succès de l'opération. Dans les cas de nombreux calculs, ou bien encore lorsque la pierre s'est brisée en morceaux, la recherche et l'extraction sont pénibles, laborieuses et souvent incomplètes. Les tailles sous-pubiennes offrent plus de difficulté à cet égard, et laissent encore une certaine supériorité à la taille sus-pubienne.

2^o La douleur. — La douleur résultant des incisions est commune à toutes les tailles; d'ailleurs, ce n'est pas celle-là qui est la plus à craindre. Après trente-deux ans de pratique, ayant interrogé sur ce point nombre de malades, Ledran en avait reçu cette réponse presque unanime que les deux choses les plus cruelles sont les manœuvres de la tenette et l'extraction d'une pierre trop grosse par un passage trop étroit.

Sous ce point de vue, quand le calcul est petit, il y a peu de diffé-

rence entre les tailles. Quand il est d'un certain volume, et surtout disproportionné à l'incision, ce qui n'arrive guère qu'aux tailles sous-pubiennes, la taille hypogastrique a encore ici un avantage immense, soit pour la recherche de la pierre, soit pour l'extraction ; et entre les tailles sous-pubiennes, les petites incisions laissent une supériorité incontestable aux grandes incisions latérales, ou aux tailles bilatérale et quadrilatérale.

3° *Hémorragie.* — Cet accident a été rencontré dans toutes les tailles. Mais le cas est si rare dans la taille hypogastrique qu'il n'est même pas encore bien expliqué. La taille médiane ne touche qu'au bulbe et à peine au plexus veineux prostatique. La taille latérale dans l'incision extérieure peut léser l'artère transverse et l'artère hémorrhoidale inférieure ; mais, surtout dans l'incision profonde elle est exposée à atteindre l'artère périnéale superficielle ou même, peut-être, la honteuse interne. La taille bilatérale de Dupuytren entame quelquefois le bulbe, peut blesser en arrière l'hémorrhoidale inférieure ; et, dans son incision profonde, s'attaque aux mêmes vaisseaux que la taille latérale. La taille quadrilatérale est dans les mêmes conditions, et l'on peut craindre les mêmes périls dans les incisions intérieures latérale ou bilatérale de la taille recto-vésicale (1).

4° *Les fausses routes.* — Ici encore, la taille hypogastrique défie toute comparaison. Si quelques opérateurs ont trop décollé le tissu cellulaire qui sépare la vessie du pubis et de la paroi abdominale, cela est si facile à éviter qu'on doit à peine en tenir compte. Mais une fois le doigt dans la vessie, les instruments ont un guide qui ne leur permet plus de s'égarer.

Il n'en est ainsi dans aucune autre taille. La cannelle du cathéter est facile à quitter, soit pour le couteau, soit pour le lithotome, et surtout pour le gorgéret. Après l'incision faite, les tenettes ayant à pénétrer par une ouverture qui va en se rétrécissant, heurtent trop souvent la prostate, la repoussent en dedans, la décollent du rectum. Les exemples de cet accident abondent, et doivent toujours être présents à l'esprit du chirurgien. Sans doute une main habile n'a rien de semblable à craindre ; mais le danger existe toujours.

5° *Les déchirures.* — Elles sont propres, surtout pour les calculs de moyen volume, à la taille médiane et à la taille latérale avec les petites incisions, et, en cas de calculs très-volumineux, à toutes les tailles périnéales et recto-vésicales. La taille hypogastrique seule en demeure encore exempte.

(1) Il y a surtout une source d'hémorragie propre aux tailles périnéales, qui est fort peu connue, et dont nul procédé, sauf la taille urétrale, ne peut mettre à l'abri. M. Franc a disséqué un jeune enfant chez lequel les artères vésico-prostatiques, extraordinairement développées, allaient fournir les artères dorsales de la verge et celles des corps caverneux. Leur lésion, impossible à prévoir et à éviter, eût été probablement mortelle.

6° *Plaies faites aux organes voisins.* — Les organes que l'on craint de blesser sont le rectum, les vésicules séminales et les conduits éjaculateurs, la vessie, et enfin le péritoine.

La lésion du rectum, accident redouté dans toutes les tailles périnéales, est une règle dans la taille recto-vésicale; mais il faut ajouter que c'est là aussi son plus grand titre de réprobation. Il va sans dire que la taille hypogastrique en est complètement à l'abri.

Il en est de même de la lésion des canaux éjaculateurs et des vésicules séminales. Dans les cas de très-petits calculs, la taille médiane urétrale les ménage; et mieux encore les tailles latérale et bilatérale avec de petites incisions. Si le calcul est volumineux, les parties que les petites incisions n'avaient pas atteint courent risque d'être broyées par la dilatation; et si l'incision se fait grande, c'est le couteau qui ira les atteindre. Ceci s'applique aux tailles rectales comme aux tailles périnéales. La taille hypogastrique reste encore en dehors de ce débat.

La lésion de la vessie est généralement regardée comme un péril dans les tailles sous-pubiennes; elle fait la base, au contraire, de la taille hypogastrique, mais elle fait aussi en grande partie son danger. Il est certain qu'avec une large voie ouverte aux urines, on évitera le plus souvent l'infiltration urineuse dans le tissu cellulaire; mais le péril reste toujours; et si c'est là ce qui fait redouter aux chirurgiens les incisions extra-prostatiques pour les tailles sous-pubiennes, bien qu'alors l'urine s'échappe librement à travers un passage déclive et direct, on comprend que la crainte soit plus grande encore pour la taille sus-pubienne, dans laquelle l'urine stagne dans la plaie, et pour trouver une issue, doit s'élever à un niveau de beaucoup supérieur à celui du plancher de la vessie. Ici donc, les grandes incisions sous-pubiennes doivent céder le pas aux incisions multiples; et la taille hypogastrique a une fâcheuse infériorité.

Cette infériorité s'accroît surtout par le danger de la lésion du péritoine. On parle bien d'un chirurgien qui, en poussant le gorgere d'Hawkins, alla trouver la vessie; l'opérateur seul est ici responsable. Géri, dans la taille recto-vésicale, blessa un prolongement du péritoine descendu plus bas de coutume; il suivait un procédé aujourd'hui abandonné. La lésion du péritoine, entre toutes les tailles, revient exclusivement à la taille hypogastrique.

7° *Rapidité des guérisons.* — Il est bien difficile de décider ici en pleine connaissance de cause; il faudrait, comme pour le chiffre des morts, mettre en balance l'âge, le volume des calculs, l'état de la vessie, l'état de la constitution, etc., etc. Cependant, on peut affirmer d'une manière générale, que les tailles périnéales sont celles qui donnent les guérisons les plus promptes. J'ai cité même, pour le grand appareil, des guérisons obtenues en trois ou quatre jours; la plus rapide, après la taille hypogastrique, a demandé douze jours; la taille recto-vésicale, que je sache, n'a jamais donné de tels résultats. C'est aussi la taille recto-vé-

sicale qui paraît, dans la majeure partie des cas, réclamer le plus long temps pour la cicatrisation complète; et après elle la taille hypogastrique.

8° *Infirmités consécutives.* — Ces infirmités sont principalement les fistules, l'incontinence d'urine et des lésions de la génération qui vont jusqu'à une complète impuissance.

En ce qui concerne les fistules, l'ordre est ici le même que pour le retard dans la guérison. La taille recto-vésicale est celle qui y expose le plus; et après, si l'on peut s'en fier aux chiffres donnés, semble venir la taille hypogastrique. La taille latérale bien faite, dit Scarpa, ne doit pas donner plus de deux fistuleux sur cent opérés. Cette assertion aurait plus de force si elle était soutenue par des chiffres; et je crains qu'il n'y ait un peu d'exagération. Au total, je le répète, les tailles périméales faites sans déchirure et sans section de la vessie paraissent exposer aux fistules moins que les autres.

L'incontinence d'urine peut suivre les tailles périméales et recto-vésicales, les mieux faites; elle a été attribuée tour à tour à une dilatation trop considérable ou à une grande incision du col de la vessie. Pamard disait avoir vu cet accident persister sur près d'un tiers de ses malades; et l'attribuait à l'emploi du lithotome caché (1). La proportion et l'explication peuvent bien soulever quelques doutes; mais, en gros, le fait reste. Cet accident paraissant dépendre d'une lésion du col, n'aurait rien à démêler avec la taille hypogastrique.

Enfin, cette taille, à l'exclusion de toutes les autres, met également à l'abri de l'impuissance, des lésions dans l'éjaculation du sperme, et des affections consécutives des testicules.

8° *Des accidents qui retardent la guérison ou qui amènent la mort.* —

Parmi ces accidents, les uns sont propres à telle ou telle taille, les autres sont communs à toutes. Les hémorragies artérielles reviennent en entier aux tailles sous-pubiennes; les hémorragies veineuses y sont plus communes également; les hémorragies par exhalation venant de la vessie ou des reins, ou même du trajet de la plaie, n'appartiennent pas plus à un procédé qu'à l'autre.

Les grandes infiltrations urinaires, très-rares, ont été vues dans la taille hypogastrique et dans la taille latérale avec une grande incision; mais les infiltrations modérées, déterminant seulement des abcès circonscrits, ont été rencontrées aussi bien dans les tailles sous-pubiennes que dans les incisions que dans toutes les autres.

La taille recto-vésicale expose davantage à l'inflammation du rectum; la taille hypogastrique à l'inflammation du péritoine, quand cette membrane vient à être lésée.

Mais, cela mis à part, les grandes causes de mort, après l'opération

(1) Civiale, *Parallèle*, p. 249.

(1) *Journal de chirurgie*, t. III, p. 244.

de la taille, sont l'inflammation de la vessie, l'inflammation des reins, entée surtout sur une lésion chronique, la péritonite, les inflammations gastro-intestinales, fréquemment compliquées d'affection vermineuse, la phlébite et la diathèse purulente. Pouteau, qui faisait la taille latérale avec une petite incision, écrivait que l'état du ventre était la boussole du bien et du mal après l'opération. Dupuytren, en 1834, disait que les causes de mort chez les calculeux se présentaient à Paris dans l'ordre suivant : 1^o l'inflammation du tissu cellulaire du bassin ; 2^o l'inflammation des voies urinaires ; 3^o la péritonite ; 4^o la gastro-entérite. Frère Côme a fréquemment noté dans ses autopsies la présence des vers dans les intestins ; à Naples, cette complication est signalée comme une des plus graves. Et enfin, déjà pour le grand appareil, Morand avait signalé les abcès métastatiques.

Maintenant, y a-t-il un seul procédé de taille qui mette à l'abri de ces causes essentielles de mort?—Aucun.—Et cela nous donne la clef de deux énigmes : la première, qui n'avait pas été posée jusqu'ici, du rapprochement très sensible de la mortalité dans toutes les méthodes ; la seconde, de cette sorte d'indifférence des chirurgiens qui, après tant de débats, sont si loin d'être d'accord sur le choix des procédés.

9^o De la mortalité. — La mortalité variant, comme on l'a vu, suivant les lieux, il n'y a de comparables que les faits recueillis dans les mêmes lieux ; encore faut-il soigneusement distinguer la pratique des hôpitaux de la pratique particulière.

La mortalité variant d'une année à l'autre, et la taille ayant ses séries heureuses ou malheureuses comme les jeux de hasard, on ne saurait tenir compte d'une seule série de faits, ni même de plusieurs séries comprenant un nombre de faits trop restreint.

La mortalité variant énormément suivant les âges, il serait trop facile d'élever une méthode au-dessus d'une autre, en comparant des séries d'enfants, par exemple, à des séries d'adultes. La taille, en général, paraît assez grave dans les premières années de la vie : de 5 à 15 ans, elle donne les plus beaux résultats ; elle est surtout mortelle après 50 ans ; et le soin que j'ai pris de faire une catégorie à part des sujets de 70 à 80 ans permet de s'assurer qu'à cet âge elle n'est pas plus fautive que dans les vingt années précédentes.

Les relevés de Yelloli à l'hôpital de Norwich montrent combien il faut tenir compte du volume et du poids des calculs ; nous n'avons pas de documents pareils pour établir la mortalité relativement à leur nombre.

La composition même des calculs, indice d'altérations très-diverses dans la sécrétion, ne permettrait-elle pas de comprendre mieux l'influence des âges et l'influence des localités ?

Enfin, et surtout, l'état des organes exerce une influence capitale sur les résultats de la taille ; et Brodie va presque jusqu'à défendre de pratiquer la taille, quand les reins sont le siège d'une lésion organique (1).

(1) *Journal de chirurgie*, t. III, p. 244.

Avons-nous maintenant des documents qui satisfassent à toutes ces conditions, et qui permettent ainsi d'apprécier la mortalité moyenne des méthodes et des procédés? Evidemment non. Les seuls tableaux un peu comparables sont ceux qui indiquent la mortalité dans les hôpitaux de Paris pour le petit appareil, pour le grand appareil plus ou moins latéralisé, et pour les tailles à incisions suffisantes. Or, quel est la résultante de ces tableaux? C'est que la mortalité a fort peu varié; et, quoique cela puisse choquer au premier abord, ce que nous avons dit des accidents qui amènent la mort démontre assez que, contre la plupart, toutes nos méthodes sont impuissantes.

Quelle est donc la véritable portée des méthodes et des procédés les mieux raisonnés de la taille, et le but qu'ils doivent se proposer? 1° Ménager les incisions, à la condition cependant de les préférer aux déchirures; avec une moindre plaie, on aura moins à craindre la réaction générale et la résorption purulente; 2° ménager la douleur, qui épuise, abrèger, en conséquence, l'opération autant que possible, à la condition de ne pas remplacer une douleur plus longue par une douleur plus forte, en violentant les organes et les tissus; 3° éviter les hémorragies, en s'écartant au moins des vaisseaux connus; 4° laisser le moins de chance possible aux infiltrations urinaires, en n'ouvrant le corps de la vessie que dans les cas exceptionnels; 5° et enfin, prendre ses précautions contre les lésions des organes capables de laisser à leur suite des fistules, des incontinenances d'urine, des lésions dans les fonctions génératrices.

Ces conditions ainsi posées, il n'y a aucune méthode ni aucun procédé capable de les remplir toutes. Il n'y a donc pas de méthode générale dans le sens absolu; il n'y a que des procédés qui peuvent être appliqués plus ou moins fréquemment, selon la fréquence des indications auxquelles ils répondent.

Pour les très-petits calculs les meilleurs paraissent, d'abord la taille médiane urétrale, puis la taille latérale respectant les limites de la prostate.

Pour les calculs moyens, la taille latérale et la taille bilatérale.

Pour les calculs assez volumineux, la taille hypogastrique.

Ce sont là les conclusions que dicte la théorie; mais, en pratique, il n'est pas toujours facile de distinguer le volume du calcul, et il est plus prudent de le supposer un peu plus volumineux, afin de ne pas éprouver, dans le cours de l'opération, une surprise fâcheuse. A ce point de vue, je ne saurais blâmer les chirurgiens qui commencent par la taille latérale, facile à compléter par une ou plusieurs incisions, et qui, dès que le calcul leur semble dépasser le volume moyen, ont recours directement à la taille hypogastrique.

DEUXIÈME PARTIE. — DE LA TAILLE CHEZ LA FEMME.

Historique. — Les méthodes et des procédés de la mortalité dans les hôpitaux de conditions, et qui permettent ainsi d'apprécier la mortalité moyenne des

Bien qu'on puisse diviser la taille des femmes, comme celle des hommes, en trois grandes méthodes, selon qu'on attaque la vessie au-dessous ou au-dessus du pubis, ou enfin par le vagin même, le nombre beaucoup moindre des méthodes et des procédés nous permettra d'en tracer une histoire générale.

A l'époque de Celse, pour les petits calculs, on les laissait s'engager dans l'urètre; et si alors ils ne sortaient pas d'eux-mêmes, on allait les chercher avec la curette. C'était purement et simplement la dilatation de l'urètre. Aux calculs plus volumineux s'appliquait, comme chez l'homme, l'incision sur la pierre. On portait donc préalablement les doigts dans le rectum chez les vierges, dans le vagin chez les femmes; puis on faisait une incision, transversale dans tous les cas, mais diverse chez les unes et chez les autres. Aux jeunes filles, c'était sous la grande lèvre gauche, *sub ima sinistiore ora*; aux femmes faites, entre l'urètre et le pubis, *inter urina iter et os pubis*. Dans ce dernier cas, il semble que l'incision divisait le vestibule en travers, comme l'a conseillé Lisfranc chez les jeunes filles, l'incision unilatérale se faisait encore en dedans de la grande lèvre.

Il n'est pas aussi aisé de deviner le procédé d'Aëtius. Il n'indique point de direction au couteau, il veut seulement qu'on fasse l'incision *suprà pudendi alas*, au-dessus du couronnement de sa nature, dit Dalechamps, ce qui m'est tout à fait intelligible. J'ai dit ailleurs que déjà Aëtius connaissait les tenettes.

Les Arabes maintinrent l'incision latérale, et, du temps de Rhazès, ils ne manquaient pas de la recommander transversale et petite, sans en bien préciser le lieu. Albucasis le premier prescrivit de ramener le calcul *ad radicem coxae*, à la racine de la cuisse gauche, et cette fois en dehors de la grande lèvre. Aussi remarque-t-il que la section sera profonde, et non sans danger. Il veut qu'on fasse une petite incision d'abord; à travers cette incision, il portait une sorte d'explorateur à la recherche de la pierre; la pierre trouvée, on coupait dessus sans autre règle que ce que réclamait la forme de la pierre elle-même; et l'hémorrhagie était quelquefois assez forte pour qu'il fallût la réprimer avant de poursuivre, et mettre une heure au moins d'intervalle, et même au besoin plusieurs jours, entre le commencement et la fin de l'opération.

Les chirurgiens du moyen âge s'occupèrent peu de cette taille, et n'ayant pas Ali pour guide, ils combinèrent leur procédé pour l'homme avec celui d'Albucasis. Brunus recommande d'amener la pierre à la racine de la cuisse et de faire l'incision en long, comme chez l'homme, et Guillaume de Salicet ajoute que l'opération est difficile. Il faut se contenter de ces données jusqu'au seizième siècle, où l'art des inciseurs avait fait un peu plus de progrès.

D'abord, les ans dilataient l'urètre avec des instruments spéciaux, même pour les plus grosses pierres, source fréquente d'incontinence incurable d'urine. Franco blâme cette méthode, et ne la veut conserver que pour les pierres unies et d'un volume qui ne dépasserait pas beaucoup une noix muscade. Il proposait aussi d'y faire un trou avec la canule et la tarière assises pour les calculs engagés dans la verge, afin de retirer plus aisément la canule, la pierre et la tarière ensemble. Mais pour les plus grosses, il recourait à l'incision, et, chose assez curieuse, préférait l'incision sur la pierre. La pierre donc, attirée avec les doigts au col de la vessie, on faisait l'incision au côté du col de la vessie, comme aux garçons, en prenant bien garde de ne couper le col de la matrice, c'est-à-dire le vagin. C'était assurément un progrès, puisque Franco ramenait l'incision en dedans de la grande lèvre, mais le perfectionnement le plus important avait déjà été apporté par Jean de Romanis, qui dirigeait le couteau sur la camélure du cathéter, et avait institué pour les femmes une véritable taille latérale.

Il ne faudrait pas, cependant, aller trop loin, et croire que l'incision était bien grande et put se passer même d'une dilatation très-sérieuse. Laurent Colot changea un peu plus tard la direction de cette incision, et imagina la taille médiane verticale, faisant une petite incision tout au-dessus et en ligne droite de l'orifice du col de la vessie; puis y coulant les conducteurs et les tenailles, et dilatant et dilacérant tant qu'il était nécessaire.

La ne devait pas s'arrêter le seizième siècle. Deux des inciseurs les plus renommés de ce temps, Charlemagne et Jacques Bellays, appelés près d'une femme qui portait à la fois une chute de vessie et de matrice avec onze calculs urinaires, n'hésitèrent pas à ouvrir la paroi vésico-vaginale et à extraire ainsi les calculs (1). Cela était quelque peu hardi, en face de l'aphorisme d'Hippocrate; mais la chute de la vessie y invitait; on n'entraîna d'ailleurs aucune conséquence pour la taille des femmes. Mais, en 1578, Fabrice de Hilden, consulté pour un calcul du volume d'un œuf, qui avait fait au bas-fond de la vessie une ulcération capable d'admettre le doigt, dilata cette ouverture avec le doigt, l'agrandit avec un pistolet du côté du col, et guérit sa malade sans incontinence; et, trente années plus tard, ayant également extrait plusieurs calculs par une fistule vésico-vaginale qui se referma complètement, il créa, pour les gros calculs, la taille vésico-vaginale. Son procédé était très-simple: une petite curette introduite par l'urètre devait embrasser le calcul et le ramener vers le col; et l'opérateur n'avait qu'à inciser le vagin sur le calcul même.

Mais ce procédé resta longtemps à l'état de théorie; Fabrice lui-même préférait la dilatation pour les petits calculs; et l'on y ajoutait les incisions de Marianus ou de Colot pour les gros. Jonnot, au dix-septième

(1) Roussel, *Урогинекология*, p. 257. (2) R. Colot, *opuscule*, p. 200 et suiv.

siècle, revint le premier à la dilatation dans tous les cas. (1) et F. Colot, afin d'éviter l'incision sans pousser la dilatation à l'extrême, imagina de briser la pierre dans la vessie à travers l'urètre; il obtint ainsi un remarquable succès en 1669, et un autre non moins complet sur sa propre tante (2). Cet exemple, qui aurait dû être imité, sembla être resté perdu pour l'art; et la taille des femmes se faisait donc par deux opérations: la dilatation pure, à laquelle on donnait assez bizarrement le nom de *petit appareil*; et le *grand appareil*, qui ne différait de l'autre que par le débridement qu'on faisait à l'urètre. Ici, il n'y a plus aucune méprise sur la portée des incisions; Dionis dit clairement qu'il faut, avec un bistouri étroit, ouvrir à droite et à gauche un peu de l'orifice externe du canal de l'urine. Aussi, plus des trois quarts des femmes ainsi taillées conservaient, dit-il, un écoulement involontaire d'urine; surtout celles à qui on avait tiré une grosse pierre; et, en conséquence, sans ôter la conseiller. Dionis désirait qu'on essayât sur les femmes la taille hypogastrique.

Lorsque Dionis écrivait ces mots, il ignorait que ce désir avait été déjà réalisé. En 1698, Proby, chirurgien de Dublin, avait ainsi retiré de la vessie d'une fille de vingt ans un poinçon d'ivoire qu'il faisoit soulever avec le doigt d'un aide porté dans le vagin. Le fait avait été publié en 1700, dans les *Transactions philosophiques*; mais il devait rester encore longtemps perdu pour l'art, même en Angleterre.

Cependant, l'apparition de frère Jacques à Paris faillit donner une session aussi forte aux opérateurs pour la taille des femmes que pour celle des hommes. Frère Jacques taillait les femmes par une méthode ignorante et brutale, qui rappelait le petit appareil de Brunus, dont la tradition semblait perdue depuis le moyen âge. Il faisait son incision à droite, sans doute pour avoir plus de facilité de la conduire de bas en haut. Sa sonde courbe mise dans la vessie, et la courbure tournée à droite, sans s'en occuper davantage, il plongeait son couteau près de la tubérosité de l'ischion, et la finissait au niveau de l'entrée du vagin. Par cette incision extérieure, il allait droit jusqu'à la vessie, traversant inévitablement le vagin de part en part. Cela se réduisait donc à une taille vaginale. Méry, ayant bien constaté le fait, jugea dès lors qu'on rectifierait à souhait l'opération en divisant sur un cathéter cannelé la partie du vagin sur laquelle porte l'extrémité du corps de la vessie au commencement de l'urètre qui lui est joint; et même, ajoutait-il, on évitera de blesser l'urètre pour peu qu'on coupe dans le vagin. Mais un peu plus tard, ayant vu que les femmes ainsi opérées conservaient une fistule vésico-vaginale, il se hâta de renier son perfectionnement et de revenir au procédé vulgaire, attendu, disait-il, que s'il reste à quelques-unes une incontinence d'urine, elle ne les met pas du moins hors d'état de concevoir, ce que peut faire la fistule.

(1) Tolet, ouvrage cité, édit. de 1708, p. 251.

(2) F. Colot, ouvrage cité, p. 200 et suiv.

En conséquence, la dilatation triompha. Frère Jacques, dans son petit Mémoire de 1702, ne dit rien de la taille des femmes ; Rau appliquait aux femmes sa méthode, qui devait être ici surtout la taille latérale ; mais les occasions étant rares, il en faisait peu de bruit (1). Enfin, après avoir cherché d'abord à perfectionner la dilatation, en portant dans l'urètre une tente d'éponge ou de gentiane préparée, Douglass déclara que, pour les gros calculs, la taille hypogastrique était préférable à toute autre méthode, et que la guérison en était beaucoup plus prompte que chez les hommes.

Le fait est vrai ; il est donc probable que Douglass avait vu faire cette opération sur des femmes. Quoi qu'il en soit, la taille hypogastrique pour les femmes ne dura pas plus que celle des hommes ; la méthode latérale triompha chez les deux sexes. Cependant, Cheselden n'avait rien dit à ce sujet ; et Ledran paraît être le premier qui ait fendu entièrement l'urètre d'un côté avec son bistouri en rondache. Lécât fit la même chose avec son gorgeret cystitome, d'autres avec d'autres instruments ; lorsqu'en 1746, Louis lut, à l'Académie royale de chirurgie, un Mémoire où il préconisait l'incision double, et proposait un instrument pour la pratiquer, c'était la taille bilatérale des femmes. Nous avons vu déjà quel était l'esprit belliqueux de Lécât ; il entra aussitôt en guerre avec Louis ; il éleva une question de priorité contre Ledran, et prépara peut-être ainsi, sans s'en douter, le rude échec du silence gardé sur son nom par le rapport de l'Académie. Il ne fallut pas moins, en effet, que l'entrée en scène de frère Côme pour faire cesser ces discussions secondaires.

Frère Côme, après les succès de son lithotome caché sur les hommes, ne manqua pas de l'appliquer aux femmes ; et il obtint d'abord plusieurs guérisons complètes ; mais une de ses opérées garda une incontinence d'urine si fâcheuse, que l'urine coulait continuellement, sans que la malade en eût connaissance. Ce fut là ce qui le fit changer de route, et reprendre la taille hypogastrique (2). Son premier essai par cette méthode se fit le 4 mars 1758 ; vingt ans après, il comptait déjà 46 opérations. Mais, bien que la taille hypogastrique paraisse moins grave chez la femme que chez l'homme, elle l'est toujours beaucoup plus que les tailles sous-pubiennes ; c'est pourquoi de nouvelles tentatives ont été faites de ce côté.

Ainsi, A. Dubois reprit et compléta l'incision médiane sous-pubienne, ébauchée par L. Colot, et Dupuytren se fit un puéril honneur d'y appliquer le lithotome caché du frère Côme. Il paraît même que quand la pierre était un peu trop volumineuse, A. Dubois y joignait souvent des incisions sur les parties latérales (3). C'était le débridement multiple, ré-

(1) Heister, trad. française, t. IV, p. 40.

(2) Fr. Côme, *Nouvelle Méthode*, etc., p. 78.

(3) Lisfranc, *Mém. sur une nouv. méthode de pratiquer l'op. de taille chez la femme*, p. 10.

gularisé depuis par M. Vidal ; seulement celui-ci, pour la taille des femmes, veut qu'on fasse de prime abord deux incisions latérales obliques en bas et en dehors, pour diriger ensuite, s'il est besoin, le bistouri en haut et en dehors, et compléter la taille quadrilatérale.

Toutefois, ces procédés exposant toujours les femmes à l'incontinence d'urine, on chercha à éviter ce grave inconvénient. C'est dans ce but que Lisfranc proposa, en 1824, la taille vestibulaire, restée jusqu'ici, si je ne me trompe, à l'état de projet.

Mais des recherches plus sérieuses ont eu pour but de donner définitivement à la taille vagino-vésicale le rang qu'elle devait prendre dans l'art. Presque au même moment où elle était reniée par Méry, elle avait été pratiquée une fois d'abord par Bussière (1) ; plus tard, une seconde fois par Gooch, et sur deux autres malades par ses conseils (2) ; puis elle était restée de rechef abandonnée. L'honneur de l'avoir réintroduite enfin dans la pratique appartient à J.-J. Rigal, chirurgien justement renommé, et qui a eu la joie de se voir dépasser par son fils, M. Rigal de Gaillac. Un cathéter cannelé porté dans la vessie, un bistouri droit porté dans le vagin pénétra dans la cannelure et fut conduit dans le col de la vessie, d'arrière en avant, jusqu'à près d'un 1/2 pouce de l'orifice externe de l'urètre qui fut ménagé. La guérison était complète, le vingt-cinquième jour, sans incontinence d'urine (3). Depuis lors, la taille vaginale a été pratiquée, avec des procédés différents, par MM. Clémot, Flaubert, Giorgi, Vacca, Rigal fils, etc.

ART. II. — PARALLÈLE DES DIVERSES ESPÈCES DE TAILLES CHEZ LA FEMME.

Examinons d'abord chacune des trois méthodes en particulier.

1^{re} Méthode sous-pubienne. — Il ne saurait être ici question des procédés du petit appareil ; la dilatation pure et simple peut à peine être appelée du nom de taille, j'en dirai cependant quelques mots ; restent donc, comme tailles proprement dites, les tailles urétrales et la taille vestibulaire de Lisfranc.

Les tailles urétrales, latérale, oblique, verticale, bilatérale, quadrilatérale, sont d'une exécution facile. Une sonde cannelée et un bistouri y suffisent ; le lithotome caché, simple ou double, y réussit encore mieux.

Mais la taille latérale ou oblique est bien étroite, et expose trop directement à léser la branche superficielle de la honteuse interne.

La taille verticale expose beaucoup moins à l'hémorragie ; mais elle peut cependant rencontrer encore une anastomose artérielle anormale ; j'ai été appelé, par exemple, par notre regrettable confrère F. d'Arcey, qui, dans une opération de ce genre, avait eu affaire à une hémorragie rebelle aux injections froides de M. Bégin. A la vérité, il est si facile ici de comprimer, que l'accident est peu à craindre ; ainsi un tampon-

(1) *Transact. philosophiques*, 1699.

(2) Gooch, *Cases in Surgery*, 1767, t. II, p. 182.

(3) Leveillé, *Nouv. Doct. ch.*, 1812, t. IV, p. 606.

nement léger en fit justice. Mais la direction de l'incision la reporte au point le plus élevé de l'arcade osseuse, ce qui rétrécit le passage.

La taille bilatérale, plus avantageuse à ce point de vue que les deux autres, ne va cependant pas bien loin sans affronter les vaisseaux; et enfin elle est tellement resserrée elle-même dans les limites osseuses, qu'elle reste insuffisante pour des calculs un peu gros. Les débridements multipliés, bien qu'offrant une heureuse ressource, ne sauraient lutter eux-mêmes contre cet obstacle, qui tient à la nature des choses.

L'utilité réelle de ces diverses tailles semble donc limitée à l'extraction de calculs très-médiocres, à moins qu'on n'y joigne la dilatation pour repousser en arrière la paroi postérieure de l'urètre; mais alors arrivent les périls de la dilatation, les déchirures, les épanchements urinaux, et conséquemment l'incontinence d'urine; tandis que, pour les petits calculs, on peut demander si la dilatation seule ne suffit pas. Le danger des déchirures a été ici peu étudié; Ledran en avait cependant été frappé. *Il ne doute pas, dit-il, qu'il ne se fasse un déchirement à la vessie, déchirement qui se continue vers son corps depuis l'incision que j'ai faite à son orifice, déchirement qu'on ne peut éviter; et il rapporte le cas d'une femme opérée par la taille latérale, chez laquelle, six semaines environ après l'opération, il se forma un abcès très-considérable dans la fosse iliaque du côté opéré, qui s'ouvrit d'abord par la plaie même, et qui plus tard exigea une contre ouverture dans la région iliaque.* Louis pratiqua la taille bilatérale, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, sur deux filles de dix à douze ans; l'une mourut des suites de l'opération; l'autre garda une incontinence d'urine (1).

L'incontinence d'urine surtout est l'infirmité à redouter après toutes les tailles urétrales. Nous avons vu le frère Côme renoncer, à cause de cet accident, à la taille latérale; la taille bilatérale y exposait peut-être plus encore. La taille verticale, de l'aveu d'A. Dubois, en était souvent suivie. Vacca ne l'appliqua qu'une fois, il eut une incontinence d'urine; et Souberbielle, écrivait à l'Académie de médecine, le 30 octobre 1823, que sur six femmes taillées par ce procédé par un seul chirurgien, deux étaient mortes, et les quatre autres ne pouvaient garder leur urine.

La taille de Lisfranc avait pour but d'éviter cette infirmité. Aurait-elle évité de même les infiltrations urinaires? L'expérience seule aurait pu le dire, et je ne sache pas que cette taille ait été pratiquée.

En résumé, bon nombre de chirurgiens ont renoncé absolument aux tailles sous-pubiennes; et A. Cooper prétend que le meilleur moyen d'éviter l'incontinence est d'extraire les calculs par une simple dilatation. On dilatait cependant beaucoup du temps de Dionis, et nous avons vu Dionis confesser que des femmes ainsi taillées, *il y en a plus des trois quarts à qui il reste un écoulement involontaire d'urine.* Toute cette question est pleine d'obscurité.

Leblanc a prétendu que le succès de la taille latérale tenait à la lenteur avec laquelle on procède à la dilatation de la plaie et à l'extrac-

(1) Voir les débats entre Louis, Lecat et Leblanc 1749.

tion du calcul, et il cite deux cas de succès (1). Hey, après avoir vu deux fois la taille latérale suivie d'incontinence, imagina de tenir les bords de l'incision en contact parfait, à l'aide d'un tampon de linge placé dans le vagin, et il réussit une fois (2).

La dilatation seule, mais lentement ménagée, à l'aide de l'éponge, réussirait-elle mieux que la dilatation immédiate? « L'expérience journalière et celle de tous les temps, dit Deschamps, prouve que chez les femmes, l'extraction d'une pierre un peu volumineuse et même d'un volume médiocre est presque toujours suivie d'une incontinence d'urine; et sauf le cas d'une pierre reconnue très-petite, il conclut à préférer la taille hypogastrique.

^{2o} De la taille hypogastrique. — Je n'ai rien à dire de ses procédés, qui sont les mêmes que chez l'homme, si ce n'est que frère Côme même se contentait de placer à demeure une canule flexible dans l'urètre. Les accidents sont aussi à peu près les mêmes; cependant, à en juger par les chiffres de frère Côme, la guérison se fait plus rapidement et la mortalité serait moindre.

Sur 42 opérations dont il donne le résultat, on voit la plaie fermée: une fois dès le sixième jour, chez une enfant de trois ans; une fois au douzième jour; et quinze fois du quinzième au vingtième jour. Il ne note qu'une seule fistule; mais plusieurs cas mal racontés semblent en révéler quelques autres. Plusieurs cas d'infiltration urinaire furent observés, et provoquèrent des abcès qui fusaient du côté de l'aîne. Enfin, ce qui est le plus grave, sur ces 42 cas il y eut 7 morts. Je rangerai les sujets selon les âges.

De 3 à 17 ans, 16 opérés, 2 mortes. (Ces deux mortes étaient âgées l'une de 5 et l'autre de 9 ans.)

20 à 50	16	5
50 à 70	8	
72 ans	1	

On comprend qu'entre une incontinence d'urine presque inévitable et une opération qui emporte un sixième des opérés, les chirurgiens aient hésité et se soient tournés vers une autre ressource.

^{3o} De la taille vésico-vaginale. — Cette taille a été faite par divers procédés, mais tous ayant pour objet de faciliter l'opération, et non d'en écarter les suites fâcheuses. Ainsi Bussière et Gooch coupaient sur la pierre, J.-J. Rigal sur un cathéter; M. Clémot appuie le cathéter sur un gorgere introduit dans le rectum pour ménager plus sûrement la paroi postérieure de ce conduit; Giorgi porte dans l'urètre un bistouri caché dans une gaine d'argent, dont la pointe sort vers le col vésical, et recue sur une spatule qui protège la paroi postérieure du vagin, divise ainsi le col et le vagin de haut en bas et de dedans en dehors. Vacca pousse une in-

(1) Leblanc, *Opérations de Chirurgie*, T. I, p. 147.

(2) Hey, *Practical Obs. in surgery*, 1810, p. 560.

(1) Voir les débats entre Louis, Lecat et Leblanc 1749.

tion dans la vessie, et y plonge par le vagin, ou bien le bistouri-trocarn de Thomas, ou bien un bistouri ordinaire (1). On peut choisir entre ces divers procédés; l'essentiel est de ne pas, trop s'éloigner du col vésical, et de prolonger plutôt l'incision un peu en bas sur l'urètre.

Cette taille est assurément de toutes la plus facile, sauf pourtant chez les jeunes filles. Elle ne blesse aucun vaisseau ni aucun organe important; elle détermine à peine de la fièvre; et sur 25 ou 30 cas que la science possède, on ne compte pas un cas de mort.

Un seul inconvénient fait opposition à ces avantages: la taille vaginale expose à une fistule vésico-vaginale. Bien que ce ne soit pas le cas le plus commun, sur trois cas, M. Clémot en a observé une; trois des malades de M. Flaubert en sont affectées; et M. Velpeau estime que cet accident se rencontre au moins une fois sur quatre.

On voit combien il est difficile d'asseoir un parallèle concluant entre les trois méthodes; les faits sont peu nombreux et n'ont pas été suffisamment étudiés; et de nouvelles recherches sont nécessaires. Cependant, si l'on considère la gravité de la taille hypogastrique, on sera tenté de la rejeter tout à fait, à moins de circonstances exceptionnelles excessivement rares. Les tailles urétrales ont aussi leurs dangers, et exposent de plus à l'incontinence d'urine. La dilatation expose à l'incontinence, sans autre péril; la taille vaginale à des fistules.

Fistules ou incontinence, l'infirmité est à peu près la même; et du moins, grâce à la méthode par glissement de M. Jobert, la fistule vésico-vaginale a encore un remède, tandis que l'incontinence d'urine n'en connaît pas. Je pense donc, avec M. Velpeau, que l'on peut tenter la dilatation pour les calculs dont le grand diamètre ne dépasse pas cinq à six lignes; mais, malgré cette puissante autorité, pour tous les autres j'inclinerais à préférer la taille vésico-vaginale.

TROISIÈME PARTIE. — DE QUELQUES MÉTHODES APPLIQUÉES CHEZ LES DEUX SEXES.

Ces méthodes sont l'au nombre de deux; la taille lithotritique et la taille en deux temps.

ART. I^{er}. — DE LA TAILLE LITHOTRITIQUE.

Cette méthode, purement exceptionnelle, et destinée à diviser les calculs trop volumineux pour franchir une incision régulière, remonte aux premières origines de l'art. Nous l'avons vue, avec Ammonius, procéder par percussion; avec les Arabes, par pression; avec Franco, par une sorte de section à l'aide de tenailles tranchantes; avec Lecat, par la perforation centrale et l'éclatement de dedans en dehors, ou bien par

(1) Vacca, *Mémoire sur la Taille dans les deux sexes.*

L'écrasement de dehors en dedans favorise par l'emploi de la vis; et enfin, en 1820, Earle a proposé une véritable pince à trois branches, avec un perforateur au centre qui devait marcher contre la pierre par le mécanisme d'une vis (1). C'étaient bien là, mais d'une façon grossière, tous les éléments de la lithotritie de nos jours; seulement, les instruments devaient passer par la plaie de la taille et non par l'urètre.

Malgré d'aussi nombreuses et d'aussi puissantes autorités, il y a peu d'exemples de broiement de la pierre dans l'opération de la taille; et la plupart de nos traités modernes l'ont même passé sous silence! Ce n'est pas qu'il n'y ait de nombreux exemples de calculs dont le volume a surpris l'opérateur, et qui n'ont pu être extraits de la vessie; mais, dans ces cas mêmes, Deschamps déclare que le broiement de la pierre est un procédé *meurtrier et inadmissible*; et il conseille, lorsque, dans une taille sous-pubienne, la pierre chargée entre les tenettes écarte leurs mors de plus de deux pouces, d'avoir recours sur-le-champ à la taille hypogastrique.

La question se présente donc ainsi: après une première taille, faut-il en faire une autre à l'imitation de Franco, ou bien faut-il essayer de briser la pierre? Mais Franco lui-même déclare que ce fut à lui *grande folie*, dont il ne conseille l'imitation à personne.

Voyons ce que disent les faits à cet égard. J'ai mentionné les deux beaux succès obtenus par F. Colot sur des femmes, mais avec la dilata-tion simple de l'urètre; c'était de la lithotritie pure, et le procès est jugé sur ce point.

Covillard raconte qu'en 1633, taillant un calculux à l'hôpital de Lyon, la pierre se trouva si grosse qu'il lui convint de la rompre, et le malade guérit (2). Vacca, dans sa première taille recto-vaginale, trouva un calcul qu'il ne put extraire. Après beaucoup d'efforts inutiles, douloureux, dangereux, il se décida à la briser et la réduisit en effet en trois fragments qui furent extraits l'un après l'autre. N'eût-il pas mieux valu se décider tout de suite?

A quoi se réduit définitivement le danger? A manœuvrer dans une vessie ouverte et malade et à produire des fragments qui nécessiteront des manœuvres plus nombreuses d'extraction. Mais une autre incision, des efforts d'extraction répétés par une autre voie seront-ils moins dangereux? Nombre de fois la pierre s'est brisée dans la vessie, sous les tenettes de l'opérateur, sans que pour cela le danger fût grandement accru; et après tout, si les fragments étaient trop nombreux, la taille en deux temps offrirait encore une ressource.

Je pense donc que la question demande à être examinée de nouveau, et qu'entre le danger du broiement de la pierre et celui de la double opération de taille, il est pour le moins permis d'hésiter.

(1) *Medico-Chi. Transactions*. T. XI, p. 69.

(2) Covillard, *Observ. iatroc chirurgiques*, Obs. 5.

ART. II. — DE LA TAILLE EN DEUX TEMPS.

On appelle ainsi une méthode de taille dans laquelle, après l'incision faite, on laisse la pierre, dont l'extraction est différée plus ou moins longtemps; à notre époque, elle a été entendue d'une manière un peu différente.

On en retrouve déjà les premières traces dans Celse. Quand il y avait plusieurs calculs, si le dernier, trop petit, était trop difficile à saisir, au lieu de fatiguer la vessie, Celse recommande de le laisser; il arrive plus tard, dit-il, que l'urine amène en quelque sorte le calcul à la plaie. Nous avons vu de même Albucasis, pour la taille des femmes, remettre l'extraction à quelques jours, quand il en était empêché le premier jour par l'hémorragie.

Ces idées n'eurent pas de suite; et Franco put se croire le légitime inventeur de la taille en deux temps, qu'il proposait, d'ailleurs, comme une méthode générale, plus propre que les autres, dit-il, d'autant qu'elle est sans grand péril et douleur. Il faisait donc son incision accoutumée; mais, au lieu de tirer la pierre, à moins qu'elle ne se présentât d'elle-même, il y mettait une tente, et attendait quelques jours pour voir si le calcul se montrerait à la plaie; sinon, il allait le chercher avec le crochet ou les tenettes.

Covillard eut à mettre cette méthode en pratique dans un cas remarquable. Il avait taillé un malade très-affaibli; une hémorragie avait achevé d'épuiser les forces, et la vessie contenait un grand nombre de calculs. Covillard attendit au quinzième jour, tira alors quatre pierres, et deux jours après neuf autres qui restaient; et le malade guérit. Mais tandis que Franco proposait la taille en deux temps comme méthode générale, Covillard ne l'acceptait qu'à titre exceptionnel.

Tel était aussi l'avis de F. Colot, qui, en 1684, n'ayant osé achever l'opération en une fois à l'abbé de Chauvalain, n'ôta la pierre que le dix-huitième jour; puis, émerveillé du succès, répéta l'opération sur quelques malades; ce qui fit, ajoute-il, beaucoup de bruit à la cour, où Sa Majesté loua cette découverte. Il fut imité en 1689 par Tolet, puis par Saviard, et toujours avec succès.

Toutefois, la taille en deux temps n'avait pas autrement fixé l'attention des lithotomistes; et si l'occasion se présentait de la pratiquer, ils subissaient comme une nécessité, plutôt que de s'y ranger comme à une ressource régulière. En 1769, Maret, de Dijon, revint à l'idée de Franco, et dans un *Mémoire sur la nécessité de différer l'extraction de la pierre*, s'il en faisait un conseil seulement pour les cas ordinaires, il l'imposait comme loi dans un assez grand nombre de cas, dont il avait cherché à poser les indications. Louis goûta ce sentiment, l'adopta pour lui-même, et affirma à Camper que, depuis qu'il avait pris ce parti, il n'avait plus perdu un seul malade; et sur cette autorité, Camper écrivit un *Mémoire* pour recommander la taille en deux temps comme méthode générale. L'autorité n'était pourtant pas bien grande, si l'on s'en rapporte

à Deschamps, qui affirme que, depuis 1761, où Louis quitta l'hôpital de la Charité jusqu'à sa mort, arrivée en 1791, Louis n'avait pas taillé dix calculs.

Presque aussitôt ramenée par Deschamps à des proportions plus modestes, après un long silence, la taille en deux temps reclama de nouveau son rang, parmi les méthodes, dans le procédé de Guérin, de Borda, de Vers. Vers le même temps, en 1825, une idée fort ingénieuse tendait à lui donner une couleur et une utilité nouvelles. M. Vernière, pour assurer la taille hypogastrique contre le double danger de l'infiltration urineuse et de la lésion du péritoine, proposait de diviser d'abord la paroi abdominale, de porter dans la vessie une plaque qui appliquerait la paroi antérieure de cet organe contre la plaie, et d'attendre, pour l'ouvrir, que des adhérences se fussent établies.

Enfin M. Vidal, en 1832, a repris ces idées, qu'il a soutenues avec une vive persévérance. Il s'est peu occupé cependant des tailles sous-pubiennes, et, selon lui, cette méthode s'applique surtout à la taille hypogastrique. Il veut donc qu'on fasse l'incision extérieure jusqu'à la vessie; puis il se contente de panser la plaie avec une tente de charpie. Au bout de 6, 7, 8 jours, si l'inflammation est modérée et la suppuration de bonne nature, il ouvre la vessie et extrait le calcul. Si est trop gros, ou s'il y en a plusieurs et si l'extraction est difficile, on ajourne encore pour avoir le temps d'agrandir l'ouverture s'il est besoin; et si elle ne peut être agrandie, il conseille de recourir au brise-pierre. M. Vidal nous apprend que ce procédé a été mis en usage une fois par M. Nélaton, plusieurs fois par M. Monod. Il aurait réussi à M. Monod; et le malade de M. Nélaton aurait succombé, mais sans aucune infiltration urineuse. M. Vidal ajoute, sans autres détails, que M. Gerdy a fait lui-même un essai de la taille en deux temps au péritoine.

Ce n'est pas là encore le dernier mot de la méthode; M. Vidal a essayé lui-même une taille hypogastrique en plusieurs temps et par le caustique; malheureusement le malade avait une ancienne néphrite qui le fit périr.

La taille en deux temps poursuit, comme on le voit, trois idées fort diverses, qu'il faut séparer soigneusement, pour les bien apprécier. Tantôt elle se présente comme méthode générale, c'est ce que Deschamps appelait la taille en deux temps *préméditée*; tantôt comme méthode seulement exceptionnelle, toutes les incisions faites, et l'extraction seule différée; enfin dans ces derniers temps, elle s'est offerte surtout comme procédé spécialement applicable à la taille hypogastrique.

1^{re} De la taille en deux temps *préméditée*. A peine s'il est nécessaire de s'en occuper, tant le sentiment général la repousse. Je me bornerai à dire que si le calcul peut aisément passer par la plaie, il est à la fois plus simple et plus sûr de l'extraire à l'instant, parce qu'il ne restera plus qu'à fermer la plaie, au lieu d'avoir à l'entretenir, ce qui n'est jamais indifférent; et si l'on craint que la plaie soit à peine suffisante, la formation de la membrane pyogénique tendra encore à la res-

serrer ; et le calcul en sortant y produira au moins autant de déchirures. Je ne voudrais donc l'admettre tout au plus qu'en portant la dilatation sur des parties non entamées par le bistouri, comme dans le procédé de Guérin de Bordeaux ; elle ne conviendrait dès lors qu'à des calculs fort médiocres : et leur extraction immédiate entraîne si peu de péril, qu'il est douteux que l'opérateur, à part des circonstances tout à fait spéciales, trouve un intérêt suffisant à la différer.

2° *De la taille en deux temps comme méthode exceptionnelle.*— A ce titre, il est impossible de lui dénier une valeur réelle ; et peut-être l'a-t-on négligée trop souvent. C'est ainsi, d'ailleurs, qu'en jugeait Deschamps, et, apportant des faits nouveaux à l'appui de précepte déjà anciens, il conseillait d'interrompre l'opération : 1° quand une forte hémorragie ne peut être suspendue pendant une extraction qui menace d'être longue et pénible ; c'était le précepte d'Albucasis ; 2° quand la pierre ne peut être retrouvée ou saisie ; c'était le précepte de Celse ; 3° lorsque le malade sera épuisé, soit par la multiplicité des extractions, dans le cas de calculs nombreux ou brisés en morceaux, soit pour toute autre cause ; ce sont les préceptes de Covillard et de F. Colot ; 4° enfin, Deschamps y ajoutait l'état de spasme du malade, les convulsions, et l'enchatonnement de la pierre, quand elle n'a pas cédé à des tentatives prudentes et ménagées.

Ici, il est bien difficile de poser des règles précises ; c'est au chirurgien à juger s'il y a plus de péril pour le malade à achever qu'à retarder l'extraction. Seulement, il doit avoir bien présent à la pensée ce fait incontestable que, hors le cas de pierres volumineuses et qui ne pourraient, en aucun cas, sortir par la plaie, le délai de l'extraction apporte peu de danger en soi, et est toujours beaucoup moins grave que des manœuvres immédiates prolongées au point d'épuiser le malade.

3° *De la taille en deux temps comme procédé de taille hypogastrique.*— Malgré quelques essais, dont les détails ne sont pas même complètement connus, ce procédé ne peut, jusqu'ici, être apprécié que comme idée. L'idée d'obtenir des adhérences entre la vessie et la plaie extérieure est séduisante au premier abord ; mais ne sera-t-elle pas contrariée par l'ampliation et l'évacuation alternatives de ce viscère ; les pierres un peu volumineuses ne déchireront-elles point la membrane inodulaire ; et, enfin, quand on a vu, sous l'influence d'une affection viscérale, la plaie déjà ancienne d'une taille hypogastrique s'ulcérer avec une déplorable rapidité, peut-on compter, à coup sûr, sur les promesses de cette méthode ? Quand des infiltrations urineuses se sont faites, ce n'est presque jamais le premier ni le second jour, c'est quand déjà la plaie en suppuration semblait offrir à l'urine une barrière infranchissable. Cependant il y a là un but important à atteindre ; et de pareilles recherches ont droit à être encouragées. J'attendrai donc les résultats de l'expérience, et je laisserai porter le jugement à l'avenir.

—