

prolongée) tel fut le bilan de Frère Jacques. Après cet essai malheureux, les chirurgiens, jaloux de sa renommée, eurent beau jeu pour condamner hautement son procédé, et Frère Jacques quitta la capitale devant la réprobation publique, non pas sans jeter toutefois à ses adversaires l'accusation calomnieuse d'avoir fait périr ses malades en leur introduisant des instruments dans la vessie après l'opération. Les autopsies démontrèrent que l'opérateur avait coupé à tort et à travers dans le périnée, et que l'instrument porté au hasard avait blessé telle ou telle partie, suivant le cas. Disons toutefois pour être juste envers Frère Jacques, qu'éclairé sur les défauts de sa méthode, et se fondant sur des connaissances anatomiques plus précises, il devait, quelques années plus tard, perfectionner la taille latéralisée, et effacer par ses succès les revers de ses premières années.

#### XVIII<sup>e</sup> SIÈCLE

La taille hypogastrique devait au commencement du XVIII<sup>e</sup> siècle, trouver un défenseur dans **Dionis**, chirurgien juré à Paris : « Je ne trouve point cette opération si périlleuse qu'on pourrait s'imaginer, écrit-il en 1707 : Je la crois au contraire moins dangereuse que le grand et le petit appareil, d'autant plus que cette duplicature du péritoine dans laquelle les anciens plaçaient la vessie ne se trouve point, comme je l'ay fait voir dans l'Anatomie que j'ai donnée au public; la vessie est placée hors du péritoine de sorte qu'on peut l'ouvrir sans toucher à cette membrane, ni sans ouvrir la capacité du bas-ventre. »

Le procédé qu'il indique est à peu près celui de Rousset. Mais il veut qu'on tienne le malade dans une situation presque droite dans son lit, afin que l'urine ne monte pas jusqu'à la plaie pour empêcher la réunion, et qu'elle puisse s'écouler plus facilement par l'urèthre.

Et il termine : « Cette manière paraît la meilleure, mais avant de lui donner la préférence sur les deux autres (*grand et petit appareil*) il faut qu'elle soit confirmée par plusieurs expériences dont la première se pourrait tenter sur quelque criminel con-

damné à mort, et qui aurait la pierre. Je ne suis pas le seul qui approuve cette opération. C'est le sentiment de plusieurs médecins et chirurgiens et surtout celui de M. Fagon, premier médecin du Roy, dont l'approbation l'emporte par les connaissances particulières qu'il a dans la nature. »

La voix de Dionis ne devait pas trouver d'écho en France, où les Collot opéraient mystérieusement tous les calculeux avec la méthode du grand appareil, se transmettant leur prétendu secret de génération en génération.

Mais la taille sus-pubienne reprend faveur à l'étranger. **Groenvelt**, chirurgien d'Amsterdam, s'en montre partisan et la pratique (1710).

Huit ans plus tard, **Jacques Douglas**, lisait à la société de Londres, un mémoire, dans lequel il établissait les avantages du haut appareil, et l'année suivante (1719), **Jean Douglas**, son frère, faisait sa première opération qui fut bientôt suivie de trois autres. Il eut trois succès sur quatre opérés. C'étaient tous des hommes. Il conseille la même opération pour les femmes, excepté lorsque les pierres sont petites; mais si la pierre, dit-il, est grosse, on n'en saurait faire l'extraction par les voies ordinaires sans courir le risque de causer une incontinence d'urine. Il prétend même que, chez les femmes, l'opération est plus facile, et la guérison plus prompte; mais il ne paraît pas l'avoir pratiquée sur aucune femme vivante.

Disons toutefois, à son déshonneur, qu'il fut plus ardent opérateur qu'historien consciencieux. Dans un ouvrage sur la taille sus-pubienne, publié en 1720, il décrit son procédé presque complètement analogue à celui de Rousset, sans le nommer, et cherche à révoquer en doute les opérations de ses prédécesseurs, et, en particulier, celles de Bonnet. Il fit si bien qu'en 1721 la méthode portait son nom.

Quoiqu'il en soit, il s'en fait le propagateur actif et cherche à entraîner les chirurgiens à sa suite.

**Cheselden**, chirurgien de l'hôpital Saint-Thomas, à Londres, enhardi par le succès de Douglas, agit bientôt lui-même pour son propre compte (1722). Et il eut assez de réussite pour s'attirer toute la haine de Douglas, qui, après lui avoir, dès le début,

adressé de grands éloges pour s'être montré favorable à sa méthode, finit par écrire contre lui, l'accusant de plagiat.

Entraînés par l'exemple et l'autorité de Cheselden, **Midleton**, **Thornill**, **Mac-Gill**, **Paul**, **Dobyns** ? **Bamber** ? **James Robert**, adoptent la taille hypogastrique, et cette dernière règne en souveraine pendant quelques années en Angleterre.

**Heister** la pratique en Allemagne, et il est suivi dans cette voie par beaucoup de ses compatriotes : **Frosbig**, à Kœnigsberg ? **Rungius**, à Brême, et **Sennf**, à Berlin.

L'année 1723 est surtout riche en opérations de taille sus-pubienne. Les résultats furent assez heureux, puisque, d'après Morand, sur les trente et un opérés de Douglas, Cheselden, Midleton, Thornill et Mac-Gill, de 1719 à 1723, il n'y eut que cinq insuccès. Remarquons toutefois que les chirurgiens se servaient du haut appareil surtout chez les jeunes sujets.

Par une bizarrerie des plus étranges, c'est au moment même où la taille hypogastrique, après avoir fait ses preuves, semblait avoir acquis tous ses droits à la faveur des chirurgiens, qu'elle allait être répudiée, et par qui, par ceux mêmes qui s'en étaient montrés tout d'abord les partisans les plus convaincus. Quelques insuccès dans les hôpitaux de Londres causèrent sa perte. Cheselden raconte que les opérateurs crevèrent la vessie, en y injectant trop d'eau, et qu'on ouvrit le péritoine à deux pierreux dans le même jour. L'opérateur malheureux était probablement Paul, chirurgien de l'hôpital Saint-Thomas, qui avait commencé par avoir deux succès.

Dès l'année 1727, la taille hypogastrique ne fut plus pratiquée dans les hôpitaux de Londres, où elle avait brillé d'un si vif éclat. Cheselden l'abandonna d'autant plus facilement, qu'après de nombreuses recherches, il venait de retrouver la taille latérale de Raw, qui fut bientôt connue et expérimentée sous le nom de méthode de Cheselden.

Déjà avant lui, **Samuel Pye**, de Bristol, malheureux dans sa pratique, avait déclamé contre le haut appareil.

D'après Haller, vers la même époque, **Sermès**, médecin d'Amsterdam, qui avait adopté cette méthode, était, sur un rapport du corps médical de la même ville, taxé d'incapacité et

condamné par un jugement public : (*ineptus ad officium judicio publico declaratus.*) Et pourtant rien ne motivait ce jugement, puisque, sur seize opérés, Sermès avait eu onze guérisons. Il est probable que ses collègues, jaloux et envieux de ses succès, exploitèrent ses cas malheureux (*il aurait blessé le péritoine*) pour le faire condamner et faire sombrer sa réputation.

Chassée d'Angleterre, la taille hypogastrique chercha à se réimplanter en France. **Sénac** (1727), dans un discours placé à la tête des œuvres de François Collot, s'en montre partisan d'après des essais faits sur le cadavre, et apporte à l'appui de son opinion deux opérations faites sur le vivant.

**Morand** (1728), se déclare en sa faveur, malgré un cas malheureux, et rapporte un succès obtenu par **Berryer**, chirurgien de Saint-Germain-en-Laye. Le manuel opératoire, qu'il décrit avec beaucoup de méthode, diffère peu de celui de Rousset.

**Ledran** (1730), pour ne pas blesser le péritoine, propose l'incision transversale de la vessie. Mais il croit l'extraction de la pierre souvent difficile, et ne montre pas trop d'enthousiasme pour l'opération de Franco.

En Allemagne, l'impulsion donnée par Heister est continuée par **Henri Hesse**, à Copenhague, **Schurer**, à Strasbourg, **Kulm**, en Silésie, les chirurgiens de Breslau, et à Hambourg par un certain **Stocklin**. (*Mémoire de Günther.*)

En France, son pays d'origine, la taille sus-pubienne ne parvenait pas à prendre racine. Le célèbre anatomiste **Winslow**, engagé par Douglas, à la faire essayer dans les hôpitaux de Paris, après son échec dans les hôpitaux de Londres, exhorta **Thibaut**, lithotomiste renommé de l'époque et chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, à faire de nouvelles expériences. Après avoir expérimenté sur le cadavre, Thibaut conclut : « que cette méthode avait *quelque chose de bon* ; mais il préférerait encore celle du *grand appareil*, à laquelle il était accoutumé ; son objection était qu'elle pouvait être utile dans les cas de grosses pierres, mais que malheureusement les grosses pierres ne se trouvent que dans les vessies raccornies, qui, par conséquent ne peuvent prêter à l'injection de l'eau. »

**Garengot**, duquel nous tirons tous ces détails, était loin

d'être défavorable à la taille sus-pubienne, ainsi que **Lecat**, qui l'avait pratiquée chez un sujet, dont il communiqua l'observation à la Société royale de Londres (1745). Garengeot, de concert avec Perchet, devait retrouver la taille latéralisée de Frère Jacques et de Raw qui semblaient avoir emporté leur secret dans le tombeau, peu de temps après que Cheselden l'avait lui-même ressuscitée en Angleterre; aussi n'est-on pas étonné de lui voir préférer la taille latéralisée à la taille hypogastrique; mais il reconnaît que cette dernière est une excellente opération, dans laquelle on court bien peu le risque, quoiqu'on en dise, de blesser le péritoine, ce qui avait été bien démontré anatomiquement par Jacques Douglas. Il a pu lui-même s'en convaincre après de nombreuses expériences sur le cadavre. Et il parle avec une sorte de regret de la taille sus-pubienne: « C'est encore une de ces opérations, dit-il, qui ont commencé en France; mais les Français naturellement jaloux du mérite de leurs concitoyens, n'ont point travaillé à la perfectionner, l'ont même décriée, et abandonnée aux étrangers. »

Morand ne devait pas être plus fidèle à la taille hypogastrique que Cheselden. Envoyé à la même époque (1729) par l'Académie des Sciences, en Angleterre, pour étudier la méthode de ce dernier, il adoptait définitivement la taille latéralisée, à son retour en France, où il devait d'ailleurs la retrouver installée par Garengeot et Perchet.

Dès 1728 et 1730, la taille sus-pubienne est obligée de s'effacer complètement devant la taille latérale, dont la vogue va croissant.

On s'en occupe bien encore un peu. **A. Cléland** (1741) propose un conducteur spécial pour faire l'incision de la vessie. **Pal-luci** (1750) engage à faire une ponction au périnée, de dedans en dehors, par l'intérieur de la cavité vésicale, pour y conduire une sonde destinée à l'écoulement de l'urine. Il conseille également la suture pour hâter la guérison de la plaie. Mais à part **Hempel**, qui, vers 1755, la pratique deux fois avec succès, à Copenhague, et **G. Hevermann**, également à Copenhague qui s'en montre partisan (1756), tous les chirurgiens à l'étranger comme en France, donnent la préférence à sa rivale et ne la font plus que dans les cas exceptionnels.

Restée près de trente ans dans l'ombre, elle reparait avec plus d'éclat que jamais, vers 1760, avec **Baseilhac**, plus connu sous le nom de **Frère Côme**. Ce dernier, qui avait vu pratiquer et qui avait pratiqué lui-même bien souvent la taille latérale dans un hospice établi à ses frais, était resté frappé de l'incontinence d'urine qui en résultait pour les femmes opérées par cette méthode. La taille hypogastrique lui parut propre à éviter cette infirmité. Nous lisons dans Baseilhac (Pascal), son neveu et historien: « La déféctuosité des anciens moyens et les suites incommodes de l'opération de la taille en bas appareils dans les femmes, soit qu'on la fit par incision ou par dilatation forcée, exigeait nécessairement qu'on découvrit un procédé certain pour les délivrer de leurs pierres, sans intéresser l'urèthre, le vagin, ni le col de la vessie, et pour leur épargner la douleur et les suites fâcheuses que l'injection d'un fluide dans cette organe leur causait. L'impossibilité de la contenir avec précision par le moyen de la compression d'un doigt, vu le peu de longueur de l'urèthre, était si déféctueux qu'on n'osait risquer la taille dans le sexe; mais si l'on considère l'état cruel dans lequel l'incontinence d'urine le réduit, on préférera toujours la taille du haut appareil à celle de l'urèthre, dès que la pierre excédera la grosseur d'une amande. »

Esprit inventif, Frère Côme change de fond en comble le manuel opératoire, et installe pour sa nouvelle opération tout un arsenal de chirurgie. Nous ne ferons point ici la fastidieuse énumération de tous ses instruments, dont nous parlerons plus tard, et nous nous arrêterons seulement sur le principe de sa méthode.

Il rejette l'injection d'eau dans la vessie pour les raisons que nous avons vues plus haut. Comment alors arriver à atteindre cet organe, et cela sans léser le péritoine? Il y parvient à l'aide d'un instrument spécial, la *sonde à dard*, creuse, fenêtrée dans sa concavité, contenant un stylet à dard, crénelé de même sur la face concave, et terminée par une lance ou pique tranchante d'acier, fixée à vis, et de deux lignes de large dans son plus grand diamètre. Cette sonde introduite dans la vessie servira à soulever cet organe, et à le faire saillir au-dessus du pubis

entre les lèvres de la plaie. Le cul-de-sac péritonal repoussé en haut et protégé avec le doigt, on pousse le stylet, dont le dard caché d'abord dans la sonde s'en dégage, et vient ponctionner la vessie au point voulu, de dedans en dehors. Pour agrandir l'incision, on n'a qu'à porter le bistouri dans la cannelure du stylet.

L'opération terminée, il fixe solidement dans l'urèthre de la femme une *canule droite*, qui donnera issue à l'urine et aux matières sanieuses.

Frère Côme pratiqua pendant 10 ans, à partir de 1758, la taille sus-pubienne exclusivement chez la femme, et ses succès furent assez nombreux pour l'autoriser à la tenter sur l'homme.

Il opéra d'abord absolument comme pour les femmes. Mais ayant remarqué que l'urine coulait en plus grande quantité par la plaie abdominale que par la sonde placée dans l'urèthre, il conçut avec son neveu l'idée de faire une boutonnière à la partie membraneuse de l'urèthre, tout à la fois pour introduire la sonde à flèche, pour l'opération, et ensuite une *canule droite*, destinée à soustraire continuellement les urines. Cette canule allant directement dans la cavité vésicale, et par un court chemin, devait donner plus facilement issue à l'urine que la sonde, obligée de suivre avant d'arriver à la vessie toutes les courbures du canal. Il est nécessaire aussi de mettre de temps en temps sur pied les taillés et de les faire marcher un peu, si leurs forces le leur permettent, afin de faciliter la chute des saletés de la vessie.

Baseilhac, dont nous tirons tous ces détails, donne le résultat des opérations faites par Frère Côme jusqu'en 1781, année où il mourut. Sur 100 opérés, dont 41 hommes et 59 femmes, il y eut 81 guérisons et 19 morts, dont 10 hommes et 9 femmes ; c'est-à-dire que Frère Côme perdait environ un homme sur quatre et moins d'une femme six.

Baseilhac ajoute : « Frère Côme en aurait certainement perdu beaucoup moins, s'il avait eu devers lui les observations que la pratique de sa nouvelle taille lui avait fournies dans les derniers temps de sa vie, et s'il eût eu plus de commodités qu'il n'en avait dans son infirmerie, où il a fait plus des  $\frac{3}{4}$  de ses tailles au haut appareil. Le Gouvernement n'étant point venu à son

secours, ce religieux était borné à l'emploi de ce que les taillés aisés, et quelques personnes bienfaisantes lui donnaient, ce qui, vu la quantité des malades qu'il recevait dans sa petite infirmerie, suffisait à peine pour en nourrir et soigner jusqu'à trente à la fois. Si on lui eût fourni plus de moyens, il aurait eu des salles plus spacieuses, et plus de monde pour les soigner avec plus de précision que des *filles servants* n'y mettaient la nuit, étant harassées des travaux du ménage et de celui du service, qui les entraînaient au sommeil plus qu'il n'aurait fallu. » Ceci soit rappelé pour rendre hommage à Frère Côme, qui mettait si généreusement sa science et sa bourse à la disposition des malheureux.

Malgré les succès de Frère Côme, la taille sus-pubienne ne parvint pas à s'implanter en France. La taille latéralisée, à laquelle Frère Côme lui-même venait de faire faire un grand progrès en inventant son lithotome caché, demeurait toujours en honneur.

On voit **Legros** (1762). **Dejean** (1763) proposer des modifications à la sonde à dard de Frère Côme. **Lhéritier**, cherche à la remplacer par un cathéter cannelé sur sa concavité. Mais pendant toute la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, la taille hypogastrique n'est plus pratiquée, et on n'en trouve plus que quelques cas épars çà et là.

**Baseilhac**, neveu de Frère Côme, qui avait été en même temps son aide, la pratique avec succès en 1784, chez une jeune fille de 18 ans.

**Leblanc** (1775), fait chez un enfant la taille hypogastrique en deux temps.

**Lassus**, **Deguisse** (1786) ont recours à elle chacun dans un cas où ils n'avaient pu retirer la pierre par le bas appareil.

Gunther cite aussi quelques cas : **Espiaux** (1786) **Fourcroy** (1792), **Mursinna** (1797).

**Deschamps** (1796) dans son traité historique et dogmatique de la taille, adopte en grande partie le procédé de Frère Côme ; mais il propose de remplacer la ponction urétrale par une ponction rectale, et la canule péritonéale par une canule

rectale, comme le faisait Fleurant pour les cas de rétention d'urine. Chez la femme, on placerait la canule dans le vagin. Mais en somme, il semble n'admettre la taille sus-pubienne que pour les cas exceptionnels.

Quoiqu'il en soit, si, au xviii<sup>e</sup> siècle, la taille sus-pubienne n'avait pu triompher, elle avait eu ses instants de gloire, et elle avait acquis assez d'importance pour mériter les honneurs de la discussion. On rencontre beaucoup de mémoires et de thèses la concernant. Nous citerons la thèse de **Tennigs** (1723), à Kœnigsberg, le mémoire de **Timmius**, de Brême, qui ne fait que rapporter les idées de Morand ; en France les thèses de **Cochu** (1734), présidée par Daniel de Bréville, de **Tabot** (1748), celle de **Préval** (1752), présidée par Winslow, de **Duchannoy** (1774), de **Roussin** (1778) d'**Evrat** (1789).

Tous les auteurs ou historiens s'en occupent, la discutent et donnent leur opinion personnelle. Après avoir étudié ce que dit sommairement Belmas de l'opinion de chacun d'eux, on peut les ranger en quatre catégories.

1<sup>o</sup> Ceux qui en sont partisans : **Delaunay** (1700), **Samuel Sharp** (1750), **Berthe** (1753), **Portal** (1768), **Ravaton** (1776).

2<sup>o</sup> Ceux qui la repoussent : **Blankaard** (1701), **Goelicke** (1713), **Ledran** (1730), **Denys** (1731), **Falconet** (1744), **Ludwig** (1764), **Grossa** (1766).

3<sup>o</sup> Ceux qui ne l'admettent qu'en partie, dans le cas de grosses pierres, par exemple : **Alghisi** (1707), **Filgus** (1727), **Bourdelin** (1734), **Allan** (1782), **Hartenkeil** (1785), **Bell** (1796).

4<sup>o</sup> Ceux qui sont sans opinion ou simples historiens : **Verduc** (1703), **Tolet** (1708), **Schæffer** (1724), **Bertrandi** (1763), **Brayer** (1764), **Platner** (1770), **Bromfield** (1773), **Covillard** (1791), **Nannoni** (1794).

#### XIX<sup>e</sup> SIÈCLE

Au commencement du xix<sup>e</sup> siècle, la taille hypogastrique est reléguée au second plan bien loin derrière la taille latéralisée qui est devenue une méthode régulière et scientifique. Ce n'est

pas qu'on ne continue à la discuter : on parle de ses indications ; on modifie théoriquement les procédés, mais on ne la pratique que dans les cas exceptionnels, dans les cas de grosses pierres, par exemple, ou dans ceux où la taille latéralisée a échoué. On n'a recours à elle qu'en dernier ressort.

**Vacca Berlinghieri** (1809-1816) rapporte 3 cas avec 2 succès.

**Dupuytren** s'en servait pour les grosses pierres : « Plusieurs fois, dit Belmas, j'ai vu cet habile opérateur extraire des pierres très volumineuses par le haut appareil. »

Ces idées sur cette opération sont exposées dans sa thèse sur la *Lithotomie*, qu'il eut à soutenir dans le concours pour la Chaire de Médecine opératoire en 1812.

Comme méthode générale, la taille sus-pubienne lui paraît assez bonne, aussi bonne que la taille périnéale. Mais on peut toujours redouter la péritonite et l'infiltration d'urine. Il insiste toujours sur la difficulté qu'apporte la *contraction* des muscles du bas-ventre. Cette contracture, qui tient à la position qu'on donne au malade, tête pendante, jambes tendues, peut d'ailleurs facilement être évitée, en faisant fléchir la tête sur le thorax, et les cuisses sur l'abdomen.

Il s'élève surtout contre la boutonnière périnéale de Frère Côme, et blâme aussi la ponction recto-vésicale préconisée par Deschamps. Quant au péritoine, il avoue que c'est très facile de ne pas le blesser. On peut parfaitement le soulever et le protéger avec le doigt. Il le blessa pourtant dans une de ses opérations.

En 1818, **Kirby**, à Dublin, parvenait à extraire par le haut appareil une sonde tombée dans la vessie.

Dès 1808, **Scarpa**, à Pavie, l'employait avec les meilleurs résultats chez les femmes. Quelques années plus tard, il en faisait une étude approfondie dans un Mémoire spécial où il commente la méthode de Frère Côme, et en signale les inconvénients.

**Everhard Home**, à l'hôpital Saint-Georges (1820) dans trois cas eut trois guérisons.

**Dzondi** (1822-1824) à Halle, obtient quatre succès sur quatre opérés.