

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^e 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^o Ceux qui en sont partisans : **Delaunay** (1700), **Samuel Sharp** (1750), **Berthe** (1753), **Portal** (1768), **Ravatton** (1776).

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

3^o 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^o 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^e SIÈCLE

Au commencement du xix^e 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.

Textor (1823) l'emploie pour une pierre volumineuse, et ne peut parvenir à l'extraire.

Copland Hutchinson (1825), dans un cas obtint une guérison rapide.

Krimer (1827-29), la pratique trois ou quatre fois, avec succès. Dans un cas en particulier, on avait essayé quelques jours auparavant la taille latérale.

Nous venons de rapporter les opérations qui ont été pratiquées dans les trente premières années du XIX^e siècle. Si nous passons maintenant en revue les opinions des auteurs qui ont écrit sur le haut appareil, nous voyons **Callisen** (1800) le rejeter dans la crainte qu'il ne soit suivi d'épanchement.

Saucerotte (1801) examine le cas où il peut convenir, et se montre partisan de la boutonnière périnéale.

Pascal Baseilhac (1804), rapporte la pratique de Frère Côme.

Rossi (1806), ne veut qu'on ait recours à la taille sus-pubienne que dans les cas où on n'a pu extraire la pierre par le bas appareil.

Gehler (1807), dans un traité *ex-professo* sur la taille sus-pubienne conseille l'incision transversale au-dessus de la symphyse, l'incision des muscles droits et pyramidaux, et enfin la suture des parois vésicales avec les parois abdominales. Mais il ne mit pas en pratique son procédé, heureusement.

Léveillé (1812), reconnaît que c'est une méthode d'expectation.

Rougé (1814), chirurgien de Brest, propose pour l'évacuation de l'urine, l'aspiration avec une seringue, toutes les demi-heures et pour l'extraction de la pierre un instrument particulier qu'il appelle *litholabe*.

Gillard, dans une thèse passée à la Faculté (1822), se montre l'apologiste du procédé de Frère Côme.

Jourdan et **Begin**, dans le Dictionnaire des Sciences médicales (1818), s'expriment en ces termes : « Telle qu'on la pratique aujourd'hui, la taille par le haut appareil n'est qu'une ressource extrême, et le plus souvent inutile au malade que l'on n'a pu délivrer par la méthode latéralisée. » Ils s'étendent sur

ses inconvénients (blessure du péritoine, infiltration d'urine, impossibilité souvent de distendre la vessie à l'aide d'injections) et, même pour les calculs trop volumineux, préfèrent la taille rectale chez l'homme, la taille vaginale chez la femme.

Zang (1819), professeur à Vienne, se montre assez partisan du haut appareil.

Richerand (1821) le réserve pour les pierres trop volumineuses.

Il en est de mêmes de **Coster** (1823) et de **Boyer**.

Voici en effet ce qu'écrivit Boyer en 1824 : « La plupart des praticiens s'accordent aujourd'hui pour ne pratiquer la taille hypogastrique que lorsque la pierre est si volumineuse, qu'il serait impossible d'en faire l'extraction par l'incision du col de la vessie, ou qu'on ne pourrait la tirer par cette voie sans exposer le malade à des accidents mortels, et ce cas se présente rarement. » Mais il faut se donner garde de faire, à l'exemple de certains chirurgiens, des tentatives longues et infructueuses avant d'en venir au haut appareil ; le malade épuisé par cette première opération mourrait infailliblement.

Il est essentiel de recourir immédiatement à la taille hypogastrique « après s'être assuré du gros volume de la pierre en ouvrant le col de la vessie. » Il reconnaît toutefois qu'elle est avantageuse chez la femme : « On a fait des essais multipliés, dit-il, et il résulte que cette méthode est préférable à l'extraction de la pierre par l'urèthre. Aussi, la plupart des praticiens taillent-ils aujourd'hui les femmes au-dessus du pubis, à moins que la pierre ne soit très petite. Cette opération a presque toujours un heureux succès dans la femme, elle est en même temps moins compliquée que chez l'homme, à raison de la conformation des parties. » Et il adopte dans ce cas le procédé de Frère Côme.

Sabatier (1824) reconnaît à la taille hypogastrique beaucoup d'avantages, et se montre très chaud partisan du procédé de Frère Côme. On le croirait tout d'abord embarrassant et difficile. Mais un chirurgien exercé l'exécutera avec autant de promptitude et de facilité que les autres. « D'ailleurs qu'importent le temps et la complication des moyens, pourvu qu'on arrive à son but, et que l'on soit utile au plus grand nombre des malades ? »

Damourette, dans sa thèse (1824), démontre qu'il existe des cas qui ne peuvent relever que du haut appareil.

Drivon, la même année, propose d'admettre la taille sus-pubienne comme méthode générale, fait connaître une nouvelle sonde conductrice, et, dans la vaine crainte de blesser les vaisseaux spermatiques, conseille d'ouvrir la paroi abdominale le long du bord externe du muscle droit du côté gauche.

Hunault (1824) ne la croit pas si grave qu'on imagine; elle est applicable surtout aux pierres trop volumineuses. Mais il existe souvent des lésions rénales qui restreignent ses indications.

Vernière (1826) conseille de faire l'opération en deux temps. Mais malheureusement, son procédé est plus ingénieux que réalisable, il faisait une petite incision à la ligne blanche et à la vessie, et plaçait alors son *compresseur* formé de deux plaques, qui pouvaient se rapprocher par une vis de pression. Une des plaques était introduite dans la cavité vésicale, l'autre appliquée sur la peau. Quand des adhérences étaient obtenues, on procédait au deuxième temps de l'opération.

Pinel-Grandchamp (1826) établit des expériences sur les animaux « tendant à faire ressortir les avantages de la suture pour obtenir la réunion des plaies de la vessie, et s'opposer aux épanchements urinaires. » Il employait la suture du pelletier qu'il n'enlevait qu'au bout de deux ou trois semaines.

Pinel-Grandchamp conclut de ses expériences « que l'emploi de cette suture serait très appréciable dans la taille par le haut appareil; ainsi l'on n'aurait plus besoin de faire l'incision dite de la *boutonnière au périnée*, non plus que de tenir à demeure une sonde dans la vessie; il suffirait de sonder, de temps en temps, pour évacuer l'urine; et on maintiendrait écartés les bords de la plaie de l'abdomen, pour explorer l'état de la vessie et de la suture. »

Les rapporteurs du Mémoire de Pinel-Grandchamp à l'Académie, Lisfranc, Maingaut et Amussat lui furent assez favorables et admirèrent avec lui que ce procédé pourrait être employé chez l'homme. Nous nous réservons de dire plus tard ce qu'il a de définitif.

En 1827, **Belmas** fait paraître son important Traité sur la *Cystotomie sus-pubienne*, œuvre capitale, à laquelle nous avons beaucoup emprunté, et que ne manqueront de consulter avec fruit tous les chirurgiens qui voudront s'occuper de la question.

Genre de Souberbielle, Belmas avait dû l'assister dans beaucoup de ses opérations. Il avait pratiqué lui-même plusieurs fois le haut appareil. Aussi son livre, où brille l'érudition, est-il en même temps riche de faits et d'expérience. Belmas adopte en principe le procédé de Frère Come; mais, esprit inventif, il modifie la plupart de ses instruments, (*crochet suspenseur*, *sonde à dard*) ou en invente de nouveaux. Comme Dupuytren, il rejette la boutonnière périnéale. Il établit à la fin de son livre un long plaidoyer en faveur de la cystotomie sus-pubienne et fait ressortir les nombreux et grands inconvénients de la taille périnéale: difficulté ou impossibilité de l'extraction des calculs, déchirure des tissus, blessure du rectum, hémorragies primitives ou consécutives, incontinence d'urine, fistule persistante, cystite aiguë déterminée par le choc traumatique, tous inconvénients qu'on ne rencontre pas dans la taille hypogastrique. Et il termine ainsi: « Notre principal but a été de chercher à démontrer par ce parallèle que la cystotomie sus-pubienne, telle que nous venons de la présenter, au lieu d'être réservée pour un petit nombre de cas difficiles, peut être adoptée comme méthode générale. »

A la même époque, la taille hypogastrique devait trouver aussi un défenseur ardent dans **Amussat**. Dans une communication, faite à l'Académie royale de médecine en 1827, où il établit les indications de la taille et de la lithotritie, il se montre très chaud partisan de la taille hypogastrique, pour les cas où la lithotritie ne doit pas être pratiquée. Il déplore l'erreur des chirurgiens retenus par la crainte d'ouvrir le péritoine. Mais il rejette la sonde à dard qui favorise plutôt qu'elle n'empêche la blessure de la séreuse, parce que le bec de la sonde dépasse habituellement le repli du péritoine. On peut toujours sûrement ouvrir la vessie derrière le pubis, sans autre guide qu'un doigt explorateur et conducteur du bistouri. Pour donner issue à l'urine, il faut introduire dans la vessie une *grosse canule*, percée de trous, et recourbée par l'angle inférieur de la plaie.

Amussat rapporte cinq observations couronnées de succès, et il termine en disant « qu'il est persuadé d'avoir rendu un service important, en simplifiant une des opérations les plus graves, et en faisant disparaître, au moyen de la canule, les accidents que l'on redoute dans la taille par le haut appareil (*infiltration d'urine*).

Dans une autre communication, faite deux ans plus tard, en 1829, il résume ses opérations et décrit son procédé. Il préconise l'emploi de la canule et fait la suture de toute la partie supérieure de la plaie. Sur 12 opérés, il a obtenu 11 guérisons. Et il conclut : « Il n'est point de méthode de tailler qui offre plus de chances de succès, puisque sur 12, il n'en est mort qu'un seul ; encore était-il dans des conditions tellement défavorables que toute autre méthode n'aurait sans doute pas mieux réussi. »

La même année (1829), **Baudens** défendait la cystotomie sus-pubienne et la réduisait « à son plus haut degré de simplicité par un nouveau procédé opératoire » pour nous servir des expressions mêmes de l'auteur. — Il la faisait avec le bistouri seul, sans injections, sans sonde, et en prenant même le soin de faire vider la vessie.

Tanehou (1829) invente un instrument spécial, le *cystotome suspenseur*, pour inciser la vessie, et servir à la fois de crochet suspenseur et de conducteur des tenettes. En 1831, il propose un mode de drainage particulier, un peu différent de celui de Ségalas. Il a beaucoup de confiance dans l'avenir de la taille sus-pubienne, et il espère la voir adopter comme méthode générale, du moins chez les adultes.

Rigal (*de Gaillac*), convaincu que les dangers de la taille dépendent surtout de la lésion du tissu cellulaire péri-vésical, et de l'infiltration d'urine, qui en est la suite, imagine d'adopter à la canule d'Amussat, une espèce de chemise faite avec une vessie et destinée à obturer, après son insufflation, la plaie vésicale.

Leroy-d'Etiolles, esprit plein d'originalité, imagine plusieurs instruments, et modifie les procédés opératoires. Il décrit un nouvel aponévrotome, un nouveau conducteur vésical, un crochet suspenseur, un appareil pour l'écoulement de l'urine

etc., etc., et, grand partisan de la lithotritie, comme on sait, il ne laisse pas d'avoir une grande estime pour la taille sus-pubienne. « Il y a aujourd'hui, dit-il, peu de calculs urinaires qui, dans l'âge adulte, soient réfractaires à la lithotritie. L'énormité de leur volume et leur dureté, jointes à l'état de contraction et d'irritabilité de la vessie, leur enchatonnement sont les causes ordinaires de l'impuissance de la méthode nouvelle (*lithotritie*). Dans ces deux cas, les tailles périnéales ne présentent elles-mêmes que peu de chances de succès. La taille hypogastrique, au contraire, ouvre à la pierre une sortie aussi large qu'on peut le désirer, et elle permet d'agir presque à ciel ouvert pour l'extraire de la cellule qui la retient. Par cette raison, la taille hypogastrique est le plus souvent appelée dans l'âge adulte à suppléer la lithotritie. » Il aurait pratiqué 39 fois cette opération : (*Exposé des titres scientifiques* (1854).

Franc, à Montpellier, (1835,) conseille pour les enfants la taille latéralisée, et le haut appareil pour les vieillards, ou dans les cas de grosses pierres. Il revient à l'incision transversale de la peau et de la vessie. Si la pierre est trop volumineuse, on coupe les muscles droits en travers. Il remplace la sonde à dard par un cathéter, duquel sortent 3 branches mousses destinées à soutenir et à tendre la vessie. Pour faire l'incision à cette dernière, il conseille d'employer un lithotome caché.

Malgré tout, cette époque, si riche en théories et en discussions sur la taille sus-pubienne est bien peu féconde en faits et en opérations. On discute sa valeur, on pose ses indications et chaque auteur se fait son procédé opératoire, qu'il n'applique pas d'ailleurs. On s'occupe surtout de la partie mécanique, et le nombre des instruments nouveaux ou des instruments anciens modifiés ou perfectionnés est peut-être plus grand que le nombre des opérations pratiquées. C'est que la taille sus-pubienne venait de voir naître une rivale bien plus dangereuse que la taille périnéale à côté de laquelle elle aurait pu, en somme, figurer avec honneur, nous voulons parler de la *lithotritie*. Cette nouvelle méthode avait assez de puissance, presque dès son origine, pour pouvoir engager la lutte avec la taille latéralisée, qui régnait alors en souveraine, et cela en pleine Académie de

médecine (1835) où la première eût pour représentants principaux : Amussat, Lisfranc, et la seconde : Velpeau et Sanson. Au milieu de cette brillante joute oratoire, la taille périnéale perdit de son prestige, et la lithotritie finit par remporter la victoire. Quant à la taille sus-pubienne, elle fut complètement éclipsée ; on n'en parla même pas.

Rappelons toutefois qu'Amussat, un des défenseurs de la lithotritie, l'appliquait volontiers dans tous les cas où cette dernière n'était pas possible.

A la même époque cependant, la taille hypogastrique avait un défenseur ardent et convaincu dans **Souberbielle**, qui, pendant plus de 20 ans, ne cessa de lutter pour elle. En 1818, il en avait fait déjà l'éloge à la Société d'Emulation. En 1827, il présentait à l'Académie de Médecine plusieurs malades opérés avec succès par le haut appareil, et énumérait les avantages de la méthode. Il les rappelait encore l'année suivante, dans une communication écrite, à la même Société, en les appuyant sur des faits plus nombreux. Sur 10 hommes opérés, il avait obtenu 8 guérisons, et dans un cas, la mort était complètement étrangère à l'opération. Sur 8 femmes, il avait eu 8 succès.

En 1833, nous le voyons entreprendre une violente campagne contre Civiale, qui dans un écrit intitulé : *Considérations pratiques sur la cystotomie sus-pubienne*, ; semblait donner à entendre dans un langage ambigu, qu'il avait pris part aux perfections apportées à cette méthode. « Dans deux lectures faites, la première en 1826, à l'Académie de Médecine et la seconde en 1830, à l'Académie des Sciences, avait écrit Civiale, j'ai exposé les divers perfectionnements qui ont été apportés dans ce procédé de cystotomie. Ces perfectionnements adoptés par plusieurs chirurgiens distingués ont produit le résultat qu'on en attendait. » Et Souberbielle répond avec aigreur : « En voyant avec quelle complaisance M. Civiale rappelle deux de ses nombreuses lectures faites dans les Académies, on se demande quelle a été son intention, en parlant dans son article d'une manière aussi ambiguë des perfectionnements apportés au haut appareil. S'il a voulu faire croire que dans ses lectures, il s'est contenté de signaler à l'attention des praticiens les recherches de ses contem-

porains, nul doute que les hommes qui s'occupent avec zèle de la taille sus-pubienne ne fussent charmés de savoir qu'ils ont pour historien de leurs travaux un savant tel que M. Civiale ; Si au contraire, ce qui est plus probable, ce chirurgien a voulu laisser à penser que des perfectionnements lui étaient dus, nous ignorons entièrement en quoi ils consistent, nous qui savons qu'il opère, comme la généralité des praticiens, sur la ligne blanche, et que les modifications apportées aux instruments dont il se sert ne sont pas de lui. »

Civiale avait considéré l'infiltration d'urine comme surtout à redouter après la cystotomie sus-pubienne, et les moyens connus de la prévenir ou de la combattre comme inutiles, insuffisants. Souberbielle reprend : « Si le rire était permis lorsqu'il s'agit d'un des points les plus importants de la chirurgie, nous pourrions peut-être avouer que les craintes qu'inspirent à M. Civiale les infiltrations d'urine après le haut appareil, nous rappellent l'effroi que causèrent certains moulins à un chevalier errant qui croyait avoir pour mission de renverser, briser, broyer tout ce qu'il rencontrait. » Et quelques lignes plus bas, Souberbielle affirme sur l'honneur qu'après plus de cent opérations pratiquées au-dessus du pubis, il n'a eu qu'une seule fois l'occasion d'observer l'accident dont parle M. Civiale. Encore était-ce la faute d'un des assistants. Puis, il parle en les commentant, de deux opérations du haut appareil faites par Civiale, à l'hôpital Necker.

Nous ne discuterons pas le point de savoir si l'animosité de Souberbielle contre **Civiale** était légitime. Nous voulons seulement faire remarquer que Civiale n'était pas défavorable à la taille hypogastrique, et, qu'à l'exemple d'Amussat, il y avait volontiers recours, quand la lithotritie était impuissante. Dans une leçon faite à l'hôpital Necker, en 1851, il dit en propres termes que pour lui, il a souvent pratiqué la taille hypogastrique, et qu'il a peut-être contribué à la réhabiliter. Il en indique le procédé opératoire, à peu près analogue à celui préconisé par Belmas ; il signale les modifications qu'il a apportées à la sonde à dard, au gorgeret suspenseur, aux tenettes, et explique les raisons de ces modifications.

Quoiqu'il en soit, nous voyons Souberbielle, dans son infatigable activité, revenir encore sur les avantages du haut appareil, dans un mémoire sur ses opérations de taille présenté à l'Académie en 1835. Sur 39 opérés de la taille sus-pubienne, il avait eu 11 morts, il est vrai, tandis qu'il avait eu de bien meilleurs résultats avec la taille latéralisée. Mais il faisait remarquer que les opérés par cette dernière méthode étaient des cas favorables, la plupart des enfants, et que chez les adultes ou les vieillards, où il avait pratiqué la taille sus-pubienne, il s'était trouvé souvent en présence de calculs volumineux ou multiples, adhérents ou enchatonnés, enfin dans de mauvaises conditions. Aussi, malgré ces insuccès, donnait-il la préférence à la taille sus-pubienne. **Sanson**, rapporteur, fut loin d'être favorable au mémoire de Souberbielle et combattit plusieurs de ses assertions. Il énuméra les difficultés de la taille sus-pubienne, soit pour inciser sur la ligne blanche, soit par suite de la contracture des muscles droits qu'il a fallu quelquefois inciser, etc., etc., tandis que la détermination exacte et presque mathématique des limites entre lesquelles doivent être faites les incisions et l'usage d'un conducteur qui guide sûrement les instruments jusqu'à la cavité de la vessie, faisaient des tailles périnéales, de l'appareil latéralisé, en particulier, une des opérations les plus faciles de la chirurgie. « Sous le rapport des parties à léser et de l'extraction des gros calculs, le haut appareil l'emporte ; la taille latéralisée, sous celui de la forme et de la disposition de la plaie, et de la facilité de l'exécution. »

Ce rapport de **Sanson** ne prouve qu'une chose, c'est qu'il était très familiarisé avec la taille latéralisée, et très peu avec la taille hypogastrique ; car autrement il n'aurait jamais songé à porter un tel jugement sur la facilité de l'exécution comparée dans les deux méthodes. Nous n'avons en effet connaissance que d'un seul cas où Sanson pratiqua la taille hypogastrique, et l'opération fut longue (elle dura 28 minutes), difficile et laborieuse. Il lui fallut s'arrêter à plusieurs reprises, parce que le malade se contractait presque spasmodiquement. La guérison eut cependant lieu.

Souberbielle s'est montré, pendant toute sa vie, trop zélé

partisan de la taille hypogastrique, il la pratiqua trop souvent pour qu'il nous soit permis de passer sous silence le procédé opératoire et les considérations générales développées sur cette méthode par un homme aussi autorisé dans la matière. Nous les extrayons d'un mémoire sur l'opération de la taille, inséré en 1840 dans les mémoires de l'Académie de Médecine, et qui n'est que l'abrégé de celui présenté à l'Académie en 1835, et qui n'avait pas été publié.

Souberbielle emploie la méthode de Frère Côme, mais il rejette la boutonnière périnéale, surtout à cause de l'hémorrhagie qui peut survenir en la pratiquant. Pour donner issue à l'urine, il imagine son *siphon aspirateur*, qui n'est autre qu'une sonde très longue, introduite dans le canal de l'urètre. Il le laissait de 15 à vingt jours, cherchant, avant de l'enlever, à apprécier la solidité de la cicatrice de la vessie, en bouchant la sonde pendant 3 ou 4 heures, durant plusieurs jours. Mais souvent la sonde incommodait le malade qui ne pouvait la supporter. On l'enlevait, et il n'en résultait pas grand inconvénient. Aussi Souberbielle lui-même vint-il à douter un peu de la valeur de son siphon ; et, à la fin de sa carrière chirurgicale, il ne le considérait plus comme complètement indispensable, excepté peut-être dans le cas de paralysie de la vessie.

Souberbielle regardait l'opération, comme très avantageuse chez les femmes, parce qu'elle leur épargnait l'incontinence d'urine, si commune chez elles, à la suite du bas appareil, lorsque la pierre est volumineuse.

Chez les enfants, bien qu'à cet âge, la disposition de la vessie semble favorable au haut appareil, il pratiquait de préférence la taille latéralisée, parce que leur indocilité et leurs efforts brusques exposaient à la blessure du péritoine.

« A part ces considérations exceptionnelles, dit-il, dépendantes de l'âge ou de circonstances particulières, je pratique toujours la taille par le haut appareil, et cette préférence est fondée sur l'expérience et sur le raisonnement. » En effet, par cette méthode, on extrait facilement tous les calculs, quels que soient leur grosseur, leur nombre, leur situation, le volume de la prostate. L'opération est moins douloureuse et n'expose pas aux