

accidents des autres procédés, parcequ'elle n'intéresse que la peau, la ligne blanche, le tissu cellulaire graisseux, et le corps de la vessie et qu'à l'hypogastre, on ne rencontre pas comme au périnée, une foule de parties qu'il est difficile d'éviter, et dont la lésion qu'on ne peut prévoir donne lieu à des hémorrhagies, à des fistules stercorales, à des infiltrations, à de l'impuissance, etc., etc.

L'infiltration urineuse, contrairement à l'attente, est rare; mais il faut bien prendre garde de déchirer le tissu cellulaire péri-vésical, ou de séparer au moyen du doigt la vessie d'avec le pubis, comme le conseillait Ludwig.

La blessure du péritoine peut être facilement évitée surtout chez les individus un peu gras; car, chez eux, le péritoine est distant de la symphyse de deux pouces à deux pouces $\frac{1}{2}$. Dans tous les cas, cette complication n'a pas la gravité qu'on lui a attribuée, si on a soin de procurer à l'urine un écoulement par le siphon, parce qu'il s'établit bientôt des adhérences qui bouchent l'ouverture.

L'hémorrhagie est absolument exceptionnelle.

L'opération est donc peu grave par elle-même. Les succès sont surtout dus à des altérations organiques antérieures des reins ou de la vessie.

Si la lithotritie a de meilleurs résultats, elle n'a pourtant pas le droit de s'en montrer trop fière, elle qui choisit ses malades ne laissant à la taille que les plus mauvais cas. Pourtant cette dernière, et en particulier le haut appareil a bien sa valeur puisque lui-même a sauvé par cette méthode plusieurs malades, sur lesquels les chirurgiens, et, entre autres M. Civiale, avaient essayé ou pratiqué vainement la lithotritie.

Nous venons de voir avec quelle ardeur et avec quelle infatigable activité, Souberbielle avait patronné la cystotomie sus-pubienne. Il avait fait un élève, **Carpue**, qui porta en Angleterre la pratique du maître.

Toutefois Souberbielle, simple spécialiste, sans aucun titre honorifique, n'avait pas assez d'autorité pour imposer une méthode. Disons aussi que le moment n'était pas propice. La jeune école chirurgicale représentée par Civiale, Leroy d'Etiolles,

Heurteloup, était tout entière vouée à la lithotritie, méthode déjà bien perfectionnée, et dont le succès allait grandissant de jour en jour.

Nous avons vu que Leroy d'Etiolles n'était toutefois pas défavorable à la taille hypogastrique, et qu'il la croyait propre à suppléer la lithotritie.

Il n'en est pas moins vrai qu'elle ne recueille que les plus mauvais cas, abandonnés soit par la lithotritie, soit par la taille périnéale qui comptait encore quelques partisans. Aussi voyons-nous les opérations du haut appareil devenir rares.

Roux, Lisfranc. Baudens (1828-1829) en avaient rapporté quelques cas.

Patzuris (1831) en avait fait le sujet de sa Thèse et relaté deux observations d'Amussat.

Segér, à Leipzig, (cité par Gunther) la pratiqua trois fois et eut deux succès.

Rufz la fait avec succès en 1836 sur un homme de 49 ans.

Ségalas (1840-1844) en rapporte deux observations.

Moulinié (1839) opère un enfant chez lequel il avait essayé la taille latéralisée. Le calcul très volumineux ne put être extrait. L'enfant mourut.

Larrey (1841) fait une espèce de taille sus-pubienne sur une femme de vingt-trois ans, qui portait un kyste dermoïde à la région hypogastrique, communiquant à la fois avec la vessie et avec l'intérieur par une fistule sus-pubienne. La vessie contenait en même temps une pierre qui fut facilement extraite.

Velpeau (1843) la pratiquait pour un calcul volumineux. Son malade mourut de péritonite et d'infiltration d'urine. Nous ne pouvons nous dispenser de consigner ici l'opinion sur la taille hypogastrique d'un homme aussi éminent que Velpeau. Voici comment il s'exprime dans son *Traité de Médecine opératoire* (1839), T. IV; « La taille hypogastrique, rarement accompagnée d'hémorrhagie est à l'abri des fistules, presque toujours aussi de l'inflammation de la vessie, de l'incontinence d'urine, de phlegmasie intestinale, de foyers multiples de suppuration dans les organes éloignés. Elle permet la sortie des plus grosses pierres et n'est pas d'une exécution difficile; mais la blessure

du péritoine est à elle seule fort redoutable, s'il en résulte une inflammation de cette membrane. Il convient d'ajouter que les infiltrations, les fentes purulentes et gangréneuses du tissu cellulaire pelvien ne sont nulle part plus à craindre, que nulle part on a moins de moyen de les éviter. » Quant à la suture vésicale, il la repousse complètement : elle n'aurait quelques avantages que dans les cas où il serait réellement possible de réunir avec la plus entière exactitude toute l'étendue de la division vésicale. Il parle de quelques opérations faites par ses contemporains dans les cas exceptionnels : **Roux, Noel, Mandt, Voisin, Cazenave, Crozat, Léonardon.** Ces deux derniers blessèrent le péritoine.

Civiale (1844), (cité par Günther, d'après un témoin oculaire) la pratique à Leipzig, chez un vieillard qui avait subi vainement quatorze jours auparavant une séance de lithotritie. Il y eut blessure du péritoine, et sortie des intestins par la plaie pendant l'opération. Le malade mourut au bout de trente heures.

Brüns, à Tübingen (1848), sur trois cas a deux guérisons, et **Langenbeck** sur quatre cas (1849) a trois succès, et encore la mort du quatrième opéré n'était-elle pas imputable à la méthode.

Toutefois, si les chirurgiens ne pratiquent guère le haut appareil à cette époque, ils s'ingénient toujours à inventer des instruments, à modifier les procédés opératoires.

Olivarès (1847) conseille une double incision des parois abdominales, l'une verticale, qui pénétrera dans les parties profondes de la vessie, l'autre transversale, le long et dans la direction du pubis, croisant le pied de la première, et destinée à donner un peu plus de jour à l'opérateur.

Heurteloup qui, en 1829, avait imaginé une canule *uréthro-hypogastrique* assez ingénieuse, indique en 1850, un nouveau procédé. Il propose de placer dans la vessie un petit ballon terminé par un tube en caoutchouc. Le ballon gonflé dans l'intérieur de la vessie sera tiré de dedans en dehors et viendra fermer la plaie vésicale.

Landouzy (1849) ajoute à la sonde à dard un ajutage creux, qui, en permettant de faire l'injection de la vessie, supprimera ainsi un temps de l'opération.

Vidal de Cassis, préconise son procédé en deux temps pour empêcher l'infiltration d'urine.

M. Monod qui a opéré par ce procédé, dit-il, a réussi. (*Exposé des titres scientifiques.*)

Nélaton et Vidal lui-même, en employant la même méthode ne devaient pas être aussi heureux. Ils échouèrent complètement dans les quelques cas qu'ils voulurent pratiquer.

Pétrequin croit le procédé plus ingénieux que pratique, et, dans ses quelques opérations de taille sus-pubienne, il l'essaya une fois, mais fut loin d'en être satisfait.

Aussi Vidal eut-il peu d'imitateurs. **Guersant, Gaillard, Maslieurat-Lagémard**, qui, à propos de la discussion à l'Académie sur la taille et la lithotritie (1847), produisirent le tableau de leurs opérations faites chez les calculeux, rapportent quelques cas de taille hypogastrique pratiquée d'après la méthode ordinaire.

Ségalas cite un fait dans lequel, après des tentatives réitérées et impuissantes du broiement de la pierre, il eut recours avec succès à la taille hypogastrique.

Pétrequin, la même année (1847), enlevait un porte-plume en cuivre qu'un homme de trente-sept ans s'était introduit par l'urètre à la suite de manœuvres coupables.

A la même époque pourtant, la taille sus-pubienne était défendue dans la thèse de **Toutée**.

Humfry Murray, chirurgien de Cambridge, la pratique avec succès (1850) chez un garçon de 14 ans. Mais il fut obligé de couper les muscles et leurs tendons pour faire un passage assez large à la pierre et il divisa plusieurs fois la vessie. Malgré ces conditions défavorables, la guérison eut lieu. Dans un tableau de 404 cas, Murray arrive pour cette opération à une mortalité de 1/3. Il conclut qu'elle est deux fois plus fatale que la taille latéralisée. Donc, il faut la rejeter dans les circonstances ordinaires. Les chirurgiens du pays, dit-il, lui sont d'ailleurs très opposés. Mais il accorde cependant qu'on peut parfaitement arriver à ne pas blesser le péritoine; de plus, il a été étonné, dans son cas, de l'innocuité de l'urine sur la plaie abdominale.

Dans la même année (1850), **Maisonneuve** rapportait un cas de guérison.

A la même époque, Gunther rapporte les cas d'**Unger**, à Zwickau, de **Schlobig** et de **Geinitz**.

Huguier (1852) faisait une communication à la Société de chirurgie sur un cas de taille sus-pubienne, à propos duquel Maisonneuve, Chassaignac, Forget prirent la parole et firent quelques observations générales sur l'opération. Dans le cas d'Huguier, il s'agissait d'un homme de 34 ans, qui s'était introduit un porte-plume dans la vessie. Le péritoine fut légèrement blessé.

Malgaigne, dans sa *Thèse sur le parallèle des différentes espèces de taille*, soutenue pour le professorat, en 1850, ne se montre pas très partisan de la taille hypogastrique et lui reconnaît deux dangers capitaux : blessure du péritoine, infiltration d'urine. De plus, la plaie aurait une tendance à ne pas se fermer et à *laisser une fistule*.

La taille sus-pubienne était mieux accueillie en Allemagne. **Gunther**, à Leipzig, publie en 1851, un long mémoire sur le haut appareil. Il rassemble tous les cas de taille hypogastrique qu'il peut trouver depuis son origine jusqu'en 1851, écrit à ses collègues qui lui communiquent de nouvelles observations, et réunit ainsi pour cette opération ce qu'on pourrait appeler les pièces du procès. Il les étudie, les commente, et, après un sérieux examen, conclut largement en sa faveur. L'infiltration d'urine et la blessure du péritoine sont des accidents rares ; la statistique le démontre d'une façon péremptoire. Dans 260 cas, il n'a relaté que 6 fois des abcès autour de la vessie pouvant provenir de l'infiltration d'urine, et 3 fois seulement la blessure du péritoine. On a accusé cette opération de laisser à sa suite des fistules urinaires ; et pourtant on n'en trouve signalé qu'un seul cas, et encore la fistule se ferma-t-elle d'elle-même après un certain temps. La crainte de Malgaigne est donc bien exagérée. Si la taille hypogastrique a donné de bons résultats chez les adultes, elle est encore meilleure chez les enfants. C'est chez les enfants qu'elle est le plus particulièrement indiquée. La taille réussit très bien chez eux. De plus, elle est favorisée par une

disposition anatomique : la vessie remonte très haut dans l'abdomen, et on n'a pas crainte de blesser le péritoine ; par contre, elle est rétrécie, et il faut autant que possible se tenir sur la ligne médiane.

Gunther ne se contenta pas d'exposer des vues théoriques, il pratiqua plusieurs fois lui-même le haut appareil. Passons rapidement en revue les conseils qu'il donne pour l'opération.

La dilatation préalable de la vessie facilite l'opération et assure un bon résultat. En réglémentant les boissons et en faisant retenir l'urine au patient, on habitue la vessie à se laisser distendre et on fait ainsi peu à peu son apprentissage. Peu de temps avant l'opération, on fait beaucoup boire le malade, et on lui conseille de retenir ses urines ou un aide comprime l'urèthre. L'urine, malgré tout, est-elle expulsée, on ne doit pas prendre un cathéter, mais une canule mousse qu'on introduit jusque derrière le gland. De cette manière, on peut aussi bien sur le cadavre que sur le vivant, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, facilement et sans douleurs, injecter dans la vessie autant de liquide qu'on veut. Il faut choisir l'eau tiède ; le lait est encore meilleur, car son écoulement indique que la vessie est ouverte. Quant à l'opération en elle-même, il fait volontiers l'incision sous-cutanée des muscles droits, mais abandonne l'incision transversale de la peau, contrairement à Bruns. Plusieurs fois, arrivé près de la vessie, il a vu un tissu blanchâtre, pâle, faire saillie ; ce doit être le repli du péritoine. Quoiqu'il en soit, la vessie découverte, il faut la fixer solidement avec un tenaculum qu'on enfonce dans sa cavité ; puis on la ponctionne avec un bistouri pointu un peu courbe, on introduit le doigt dans l'ouverture, et on agrandit l'incision en la prolongeant en bas vers la symphyse. Le doigt sert de crochet. On ne doit pas laisser échapper la vessie, et, si on a besoin du doigt, il faut le remplacer par un crochet mousse. Il rejette absolument la sonde à dard ; elle est inutile et complique sans nécessité l'opération. Le moment critique est l'ablation du calcul ; le résultat final dépend en grande partie de la délicatesse et de l'habileté qu'on met à faire cette manœuvre. Si l'ablation est longue, et si la plaie de la vessie et des parties voisines est très tirillée, le

pronostic est très défavorable. Pour l'extraction du calcul, on doit donner la préférence aux doigts ; si on n'arrive pas par ce moyen, il faut se servir, et, sans perdre de temps, non pas de pinces, mais de tenettes coudées à angle droit.

L'introduction d'un cathéter dans l'urèthre après l'opération est toujours inutile. Il est à remarquer même que la plaie de la vessie est plus longue alors à se cicatriser. Il ne faut suturer la partie supérieure de la plaie abdominale que quand elle s'élève plus haut que celle de la vessie. Si, après 9 jours, l'urine n'a pas commencé à s'écouler par l'urèthre, on peut alors injecter de l'eau dans la vessie par l'urèthre au moyen de la canule enfoncée derrière le gland, d'après le procédé indiqué plus haut. L'injection produira l'expulsion par la plaie des matières coagulées, des mucosités, du pus et même des graviers contenus dans la vessie.

Bien qu'il ait permis à ses malades de se lever le quatorzième jour après l'opération, il croit plus sage de ne les faire lever que quelques semaines plus tard, ou bien il faut alors soutenir l'hypogastre avec un fort bandage.

On ne peut mettre en doute la réinsertion des tendons coupés.

Pour éviter la blessure du péritoine, un aide retiendra la séreuse par en haut, dès que l'eau commencera à s'écouler. La section des muscles du ventre dispense dans la plupart des cas de déployer une trop grande force, ce qui prédispose à la blessure du péritoine. Mais il n'est pas de l'avis de Souberbielle, qui pense que les plaies de la séreuse ne sont pas dangereuses.

Et il termine par un conseil fort prudent qui pourrait cependant avoir le tort d'effrayer outre mesure les médecins exposés à faire la taille sus-pubienne : « Je n'engage pas, dit-il, les jeunes chirurgiens à pratiquer cette opération, s'ils ne l'ont pas vu faire sur le vivant, ou s'ils ne se sont pas beaucoup exercés sur le cadavre. »

En France, **Valette**, professeur à Lyon, cherche à ressusciter la méthode en deux temps, et indique un procédé spécial (1858).

Perret, en 1858, passe sa thèse inaugurale sur ce sujet et rapporte 4 opérations faites par Valette.

Vers la même époque, le professeur **A.-B. D'Almeida**, à Lisbonne, employait aussi, quand il avait à faire la taille sus-pubienne, la méthode en deux temps. Mais, au lieu de cautériser la plaie abdominale, il y introduit simplement une mèche de charpie qu'il laissait pendant 3 ou 4 jours, après quoi, il l'enlevait, et procédait au 2^e temps de l'opération ; l'ouverture de la vessie. Il ne se servait pas de la sonde, mais pénétrait directement dans l'organe, distendu par une injection.

Nélaton, qui, dans la crainte aussi de l'infiltration d'urine, avait employé la méthode de Vidal, avait complètement échoué dans deux cas, et il avait vu Vidal lui-même n'être pas plus heureux. Aussi était-il un peu prévenu contre cette opération, et il ne la réservait que pour les pierres très volumineuses. Même chez les femmes, il préférait la taille vésico-vaginale, et ne se serait décidé à la taille hypogastrique que dans le cas de pierres énormes, impossibles à extraire par la voie vaginale.

Tissiere, pour s'opposer à l'infiltration d'urine, engage à faire la suture de la vessie.

Chassaing, qui avait employé sur le vivant l'écraseur linéaire pour la taille périnéale, ne craint pas d'en conseiller l'usage pour la taille hypogastrique. Ce procédé brutal ne trouva heureusement pas de partisans.

Denné (1856) **Cazenave** (1864) firent la taille sus-pubienne dans des circonstances particulières, pour extraire des corps étrangers de la vessie, et en utilisant une ouverture sus-pubienne établie par une ponction vésicale faite quelque temps auparavant.

Legouest (1864) donna la préférence à la taille hypogastrique dans un cas de calcul supposé volumineux, dans une vessie très irritable.

Voillemier fut obligé d'y avoir recours, après avoir essayé d'enlever par la taille périnéale un gros calcul qui avait résisté à la lithotritie. Il put ainsi délivrer le patient.

Demarquay (1869) la fit chez un calculeux affaibli qui portait une grosse pierre. Son malade mourut 24 heures après

l'opération. On constata à l'autopsie une néphrite chronique double.

Mercier (1869) lit à la Société de médecine de Paris une intéressante observation de taille sus-pubienne. Il conseille de badigeonner toute l'étendue de la plaie, après l'opération, à l'aide d'un pinceau trempé dans une solution de perchlorure de fer, et insiste beaucoup sur l'emploi de ce médicament, qu'il a proposé dès 1856 comme moyen de prévenir la résorption, l'infiltration urinaire et même la phlébite. Son malade guérit, mais il eut plus tard une rupture de la cicatrice, et une fistule urinaire très douloureuse s'établit qui finit, à l'aide d'un pansement approprié, par se fermer d'elle-même.

Michel, dans une leçon de médecine opératoire professée, à Strasbourg (1864) ne craint pas de se déclarer partisan de la taille hypogastrique, et en pose nettement les indications :

- 1° Dans les pierres volumineuses et dures ;
- 2° Dans les cas de calculs emprisonnés dans des loges situées sur le plan antéro-supérieur de la vessie ;
- 3° Lorsque le canal de l'urètre est détruit ou tellement déformé qu'il y a impossibilité de faire parvenir un instrument conducteur dans le réservoir urinaire.

Il résume l'observation d'un ecclésiastique de 68 ans, chez lequel il employa successivement et sans résultat la lithotritie et la taille latéralisée. La taille hypogastrique lui permit d'extraire deux calculs logés dans une poche située sur le plan antérieur de la vessie. Il n'employa ni sonde ni drain. La guérison fut complète. Et il rapporte au long l'intéressante observation de **Vallet**, chirurgien d'Orléans, concernant un vieillard de 75 ans, atteint d'un rétrécissement infranchissable de l'urètre. On avait été obligé de faire la ponction hypogastrique pour une rétention d'urine. On créa un canal artificiel, et, pendant 3 mois, les urines s'écoulèrent par une sonde de gomme élastique sus-pubienne. Le malade était en même temps calculeux. Vallet profita de la fistule pour pratiquer la taille hypogastrique, qui lui permit d'extraire de la vessie 78 calculs de volume varié. L'introduction du doigt dans le réservoir urinaire fit reconnaître que toute la moitié antérieure du bas-fond

de la vessie était remplie d'une tumeur due à l'hypertrophie des lobes de la prostate. C'est elle qui s'opposait au passage des sondes. Vallet, profitant de l'opération de la taille, passa une sonde de la vessie dans l'urètre, et rétablit ainsi la voie normale des urines. Sa tentative fut couronnée d'un succès complet. Et Michel conclut : « Cette observation, comme le dit son auteur, est remarquable à deux points de vue : 1° Elle offre un bel exemple d'indication de la taille hypogastrique à la suite de la déformation du canal de l'urètre ; 2° et un procédé nouveau pour le rétablissement de ce dernier conduit, dans certains cas de rétrécissement infranchissable.

Dolbeau, à la même époque, entiché de la lithotritie périnéale, était loin d'être aussi favorable à la taille hypogastrique, même dans les cas de pierres volumineuses. Dans son livre : *De la pierre dans la vessie* (1864), il s'exprime ainsi : « Nous pourrions dire, à l'exemple de bien des auteurs, que la taille périnéale doit être appliquée pour les petits calculs et qu'on doit réserver la taille hypogastrique pour les pierres volumineuses. Cette distinction est plus ingénieuse que réelle ; car, si la taille sus-pubienne était aussi simple et aussi innocente que l'ont dit ses promoteurs, il faudrait généraliser son emploi et en faire la méthode unique de traitement. » Mais la stagnation des liquides devient le point de départ de phlegmasies graves et « pour dire toute ma pensée sur la taille sus-pubienne, j'ajouterai qu'il n'existe pas un moyen qui mette certainement à l'abri de la lésion du péritoine : la séreuse présente des dispositions individuelles, et le repli est loin d'être aussi mobile qu'on l'admet généralement. Il faut, pour ménager le péritoine, décoller les tissus derrière la symphyse, c'est-à-dire disposer tout pour que l'infiltration urinaire soit des plus probables. Il y a des pierres dont le volume ne permet pas qu'elles sortent par le périnée.... Mais si, comme nous l'espérons, on peut arriver à simplifier l'extraction au moyen du morcellement préalable, la taille sus-pubienne *disparaîtra de la pratique chirurgicale.* » Jugement bien sévère, contre lequel se révolte Michel : « Un trait de plume ne suffit pas, dit-il, pour rayer de la science des moyens opératoires dont une pratique séculaire a sanctionné la valeur. »

Nous n'avons qu'un regret, c'est que Dolbeau n'ait pas pratiqué l'opération, qu'il dénigre tant; il aurait été probablement moins injuste envers elle, et il aurait vu qu'elle était bien capable de rivaliser avec la lithotritie périnéale, même conduite par des mains aussi habiles que les siennes.

Toutefois condamnée par un homme d'une autorité si importante, la taille sus-pubienne devait fatalement tomber dans l'oubli. Aussi ne sommes-nous pas étonnés de voir **Giraldès**, en 1869, écrire : « De nos jours, la taille hypogastrique est à peu près complètement abandonnée. » D'après M. Després, Giraldès serait revenu plus tard sur cette opinion.

Bouisson, en 1867, la croit, comme Dolbeau, destinée à disparaître de la pratique. A l'avenir, les calculeux plus instruits de la gravité de leur mal s'adresseront de meilleure heure aux chirurgiens qui les traiteront avec succès par la lithotritie. Et il ajoute : « La cystotomie sus-pubienne, restreinte dans ses véritables indications, appartient plus à l'histoire de l'art qu'à son exercice ordinaire, et on peut dire que Souberbielle, Belmas, Amussat ont été ses derniers prôneurs. » Et il émet sur la suture vésicale des considérations, dont nous aurons à parler plus tard.

La taille sus-pubienne était jugée plus favorablement à l'étranger.

Pitha fait précisément remarquer que chez les enfants mâles et les personnes au-dessous de 20 ans, aussi bien que chez les femmes, la vessie est au-dessus du pubis, et présente une partie non recouverte par le péritoine, très favorable à l'opération de la taille sus-pubienne; mais chez les individus âgés ou amaigris, la vessie est cachée dans le petit bassin, d'où la difficulté d'opérer par cette méthode. Bien que l'on ait insisté sur ce que la lithotomie supra-pubienne faisait courir plus de danger au péritoine que toute autre méthode, cependant ce danger est exagéré d'une façon non raisonnable.

Dans la chirurgie de **Holmes**, on lit que la blessure du péritoine doit être regardée comme une maladresse. Les bons chirurgiens ne craignent pas cet accident. Mais la taille latéralisée doit être préférée pour les enfants au-dessous de 12 ans, chez qui elle donne de très bons résultats.

Toutefois, à cette époque, la taille hypogastrique n'est plus guère pratiquée, et elle se range dans la catégorie des opérations absolument exceptionnelles. Aussi voyons-nous les chirurgiens n'être pas fixés sur sa valeur ou la déprécier à mesure qu'ils la connaissent moins.

Holmes Coote (1868), dans une leçon sur la lithotomie et la lithotritie, s'exprime à peu près en ces termes : « Je ne me suis pas occupé du haut appareil. Dans beaucoup de cas, son exécution est impossible : dans aucun cas, il n'offre d'avantages, si bien que je m'en suis toujours détourné. »

Thompson, dans son *Traité des maladies des voies urinaires*, en décrit le manuel opératoire, mais en fait à peine mention dans le choix des procédés pour opérer les calculeux. Selon lui, pour les grosses pierres, on ne peut trouver mieux que la taille latérale aidée ou non par une double incision prostatique, suivie du broiement de la pierre, s'il est nécessaire. La taille sus-pubienne offre peut-être des chances aussi favorables, des données précises manquent toutefois pour déterminer sa valeur exacte.

En France, les chirurgiens gagnés, théoriquement tout au moins, à la lithotritie périnéale de Dolbeau, professent le même dédain pour la taille hypogastrique. Legouest et Sédillot, Maligne et Lefort, A. Guérin, Reliquet la réservent seulement pour les cas exceptionnels ou les calculs très volumineux.

Comme on le voit, jamais, depuis son origine, la taille hypogastrique n'était peut-être tombée à un tel point dans le discrédit, ou, ce qui est peut-être pire encore, dans l'indifférence. La crainte de l'infiltration d'urine et de la blessure du péritoine retient toujours les chirurgiens qui préfèrent, même pour les cas de calculs volumineux, faire de larges incisions à la prostate, combiner la lithotritie à la taille, tous procédés qui s'étaient imposés plus par l'autorité de leurs partisans que par l'excellence de leurs résultats.

On trouve cependant racontée en 1870, dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, une opération assez intéressante de taille hypogastrique faite par **Amussat** fils. Ce dernier, pour ménager le sang de son opéré qui était très anémié,