

avait eu l'idée d'employer l'anse galvano-caustique pour sectionner les tissus. Il introduisit dans la vessie par l'urèthre une sonde à dard armée d'un fil de platine dont il put faire passer successivement les deux chefs à travers la paroi vésicale et abdominale, près de la ligne blanche, l'un à 6 cent. environ et l'autre à 1 cent. au-dessus du pubis. Les deux chefs du fil, mis en rapport avec une pile de Grenet, sectionnèrent tous les tissus compris dans l'anse métallique, *sans qu'il s'écoulât une goutte de sang.*

En 1872, la taille hypogastrique reparait à la Société de chirurgie dans une note présentée par M. J. Guérin, au nom de **M. Carcassonne**, concernant un procédé nouveau de taille hypogastrique, ou plutôt une modification du procédé Rousset. La distension de la vessie par une injection d'eau tiède est utile pour développer la surface de cet organe non recouverte du péritoine et pour faciliter l'opération ; mais, dès que la cavité vésicale est incisée, cette eau se répand dans le bassin et en inonde les tissus. C'est là un grave inconvénient. L'évacuation du contenu de la vessie, immédiatement avant l'incision, permet d'y remédier. La taille hypogastrique se fait alors en quatre temps principaux : 1° Injection d'eau tiède à l'aide d'une sonde à robinet ; 2° incision de l'abdomen ; la vessie est saisie et maintenue à l'aide d'une pince ordinaire ; 3° on ouvre le robinet, la vessie est vidée complètement et on retire la sonde ; 4° incision de la vessie.

**Baudon** (1875), après avoir expérimenté sur les animaux, propose de nouvelles modifications à la taille hypogastrique : 1° En simplifiant le manuel opératoire : on n'a besoin d'aucun instrument spécial, et tout chirurgien peut trouver dans sa trousse de quoi faire cette opération ; 2° en distendant la vessie avec de l'*acide carbonique*, qui permet de porter la distension plus loin qu'on ne pourrait l'obtenir avec l'emploi des liquides ; 3° en réunissant la plaie vésicale avec un procédé de suture spécial dont nous parlerons plus loin. Ses expériences sur les animaux lui permettent de croire que cette opération pourra réussir sur l'homme.

En 1874, nous voyons la taille sus-pubienne employée peut-

être pour la première fois pour enlever une tumeur de la vessie, par **Billroth**. Le fait est rapporté par le docteur Gussenbauer, dans les *Archives de Langenbeck*. La tumeur en question était un myôme. Le patient guérit.

**Liston**, au dire de Knox, aurait aussi, par la taille hypogastrique, extrait un kyste de la vessie.

**Volkman**, quelques mois seulement après Billroth, et dans les mêmes circonstances que lui, avait recours à la taille sus-pubienne. Il s'agissait aussi d'un myome ou myo-sarcome de la vessie. Mais Volkman, moins heureux que Billroth, perdit son patient de péritonite, le troisième jour après l'opération. Nous aurons à revenir un peu plus longuement sur ces intéressantes observations.

En 1877, M. **Després**, rapportant deux cas de taille sus-pubienne, faites chez des enfants, par le D<sup>r</sup> **Henri Devers**, chirurgien de l'hôpital Saint-Jean-d'Angély, les fait suivre de quelques réflexions (*Bull. de Thérap.*) « Ces observations ont une très grande importance ; car elles seraient des plus propres à démontrer que, chez les enfants, la taille hypogastrique n'est pas plus grave que la taille périnéale. Pour les très gros calculs, il vaudrait mieux peut-être recourir d'emblée à la taille hypogastrique avant de songer à une autre espèce de taille ou de lithotomie. Et M. Després rapporte que Giraldès disait un jour à la Société de chirurgie, après la séance : « La taille hypogastrique est pourtant la moins meurtrière de toutes les tailles », opinion bien différente de celle qu'il exprime dans son livre.

**Trendelenburg**, à Rostock, à propos d'une opération faite sur un enfant, rapporte sa manière de procéder. Pour s'opposer à l'infiltration d'urine, il se sert d'un drain en forme de T, dont il enfonce l'extrémité transversale dans la vessie. Les barres du T qui peuvent être considérées comme des espèces de crochets latéraux accolés au drain, l'empêchent de sortir de l'organe, ce qui aurait lieu facilement puisque Trendelenburg, pour favoriser l'écoulement de l'urine, fait prendre à son patient, immédiatement après l'opération, le décubitus abdominal (bauchlage). Cette position, outre qu'elle permet un écoulement facile de l'urine, aurait encore l'avantage de prévenir la pyélo-néphrite. L'urine

ne pourrait ni séjourner, ni s'altérer dans la vessie, ni influencer par voisinage l'uretère et les reins.

Quoiqu'il en soit, la taille hypogastrique négligée et tombée presque dans l'oubli, en Europe, était en pleine faveur sur un autre continent. Les chirurgiens américains, plus audacieux et moins prévenus contre elle, la pratiquaient volontiers et en retiraient avantage.

**Dalles** surtout, s'en montre partisan convaincu, et s'en fait le défenseur ardent. Après avoir compulsé des milliers de volumes, il finit par réunir 478 cas de taille hypogastrique, à peu près tous les cas connus, et les étudie pour juger de la valeur de la méthode. A défaut d'une grande pratique, c'était le seul moyen de se faire une opinion de quelque valeur et de porter un jugement sain sur la question. La taille hypogastrique sortit, pour lui, victorieuse de cet examen, et il s'en institua dès lors l'apologiste ardent, d'abord en 1875, dans un Mémoire où il réunissait les 478 cas dont nous avons parlé, et dont on ne trouve que le résumé dans l'*American Journal* de la même année, puis en 1876, 1878, à plusieurs reprises et dans différents journaux.

Etablissant un parallèle entre la lithotomie périnéale et la lithotomie sus-pubienne, il montre : 1° Que cette dernière ne peut exposer à blesser aucun organe important, tandis que dans la lithotomie périnéale, prostate, nerfs, vaisseaux, rectum, conduits éjaculateurs, sont incisés ou menacés par l'instrument tranchant. 2° L'extraction du calcul est souvent difficile ou impossible dans la lithotomie périnéale (profondeur du périnée, calculs contenus dans des loges, ou dans le cul de sac rétro-prostatique, calculs mous, volumineux...); aucun inconvénient de ce genre dans la lithotomie sus-pubienne; on peut avec le doigt toucher le calcul; avec un doigt dans le rectum et un autre dans la vessie, l'opérateur peut à volonté fixer la pierre, changer ses axes; on n'a pas besoin d'employer la violence, même pour les calculs volumineux. Quant aux accidents, la péritonite et l'infiltration d'urine y sont rares, et se trouvent d'ailleurs aussi bien dans la taille périnéale, mais on n'a à craindre ni l'hémorragie, ni l'incontinence d'urine, ni les fistules urinaires, ni

l'impuissance, accidents fréquents dans la taille périnéale. On a objecté que la lithotomie sus-pubienne donnait une mortalité plus grande que les autres méthodes. Mais il faut dire que cette opération est faite avec de très grands désavantages; on néglige de l'enseigner et de la pratiquer, on ne la fait pas dans les cas favorables, et on n'y a recours que dans les cas les plus désespérés. Ces inconvénients ressemblent un peu à ceux que présente la trachéotomie. Si on employait la taille hypogastrique dans les cas favorables, il pense qu'elle pourrait *se mesurer avec succès avec les autres méthodes*. Le discrédit sur cette opération a été surtout jeté par Cheselden, et les attaques de ce dernier ont été répétées d'auteur en auteur, sans la connaître. Ceux qui l'ont employée en ont toujours été très satisfaits, et aujourd'hui cette méthode compte plus de partisans en Amérique, qu'en Europe, du temps de Douglas, Cheselden, Côme et Souberbielle.

Quant au manuel opératoire, il procède comme Rousset; mais il ne fait l'injection dans la vessie que quand il est arrivé sur cet organe; auparavant, il a eu le soin de repousser le péritoine en haut et de le faire retenir par un aide. La quantité de liquide à injecter sera réglée par les yeux et les doigts du chirurgien; c'est à lui de juger. C'est une erreur, d'ailleurs, de croire que la vessie doit être distendue. On a démontré fréquemment sur le cadavre que l'opération peut être faite facilement sans autre instrument qu'un bistouri, un tenaculum et un cathéter. Cependant, il vaut mieux faire l'injection, quand on le peut; on injectera de l'eau chaude ou mucilagineuse, dans laquelle on ajoutera un antiseptique. Si on ne peut distendre la vessie par l'injection, on passera tout simplement une sonde par l'urèthre, avec laquelle on fera saillir au niveau de la plaie hypogastrique la face antérieure de la vessie, et on saisira cette dernière avec un fort tenaculum qu'on fera tenir par un assistant. On enfoncera le bistouri droit dans la cavité vésicale juste au-dessous du tenaculum, et on le dirigera en bas vers la symphyse par une simple pression, si cela est possible. La sonde à dard n'a aucun avantage sérieux. L'extraction du calcul est, en général, facile; mais, si l'on est obligé d'employer les tenettes

simples ou les tenettes-forceps, il faudra le faire doucement, sans violence. Si le calcul était très volumineux, on pourrait faire une petite incision aux muscles droits, à quelques centimètres au-dessus de la symphyse; mais on ne le fera que dans le cas d'absolue nécessité. L'extraction du calcul faite, on lavera, avec une seringue, l'intérieur de la cavité vésicale. On procédera ensuite à la suture de la vessie: Lotzbeck, Bruns en Allemagne; en Amérique, Bell, Brady, Deering, Starr en ont obtenu de bons résultats. On pourra ensuite fermer, si l'on veut, la partie supérieure de la plaie abdominale, en installant un drain à la partie inférieure; mais il faut se garder de faire la suture complète. Pansement simple: charpie trempée dans de l'huile phéniquée. Le cathéter devra être employé pour empêcher la rétention d'urine, qui amènerait la distension de la vessie et le tiraillement de la plaie, à moins toutefois que l'émission de l'urine ne se fasse naturellement et facilement. On fera bien attention de ne pas laisser du sang, du pus ou des graviers obstruer l'orifice de l'urèthre; faire, dans ces cas, le lavage avec un cathéter double. Dulles cite à la suite 42 cas opérés par les chirurgiens américains, d'après cette méthode. Ce sont à peu près tous les cas relatés en Amérique, de 1827 à 1875. Les opérateurs sont: **Gibson, Carpenter, Mac-Clellan, Gardner, W.-L. Atlee, De Valetti, Delery, Pope, W. Johnson, Parker, Pitcher, Eve, Weber, Næggerath, Hewitt, Krackowizer, Wood, Felton, Mackensie, Westmoreland, Robertson, Guido Bell, Bock, H. Lenox-Hodge, Edw. Geddings, Bailey, Eli Geddings**; en tout, 43 opérations avec 28 guérisons, 14 morts et 1 résultat non indiqué.

En 1878, Dulles faisait le compte-rendu des opérations de taille sus-pubienne pratiquées dans les dix dernières années. Le résultat était bien plus satisfaisant, parce qu'on n'avait pas opéré toujours alors dans des cas absolument désespérés. Sur 20 opérés, il n'y a eu que 3 décès: Les opérateurs cités par Dulles sont: **Mercier, Bell, Brodie, Brady, Betz, Deering, Watson, Bock, Bailey, Billroth, Langenbeck, Rachel, Starr, Fletcher.**

La même année, (1878) **Carl Rossander** fait un long pané-

gyrique en faveur de la taille sus-pubienne. (*Cité par Lucas-Championnière, chirurgie antiseptique*).

**Callender** propose de l'employer dans le traitement des rétrécissements infranchissables de l'urèthre; il fait une communication sur ce sujet à la Société Clinique de Londres.

**C. Howse** fait l'ouverture sus-pubienne de la vessie dans le but de remédier à un rétrécissement de l'urèthre consécutif à une fracture compliquée du bassin.

**Fowler** fait la taille hypogastrique après une tentative infructueuse de taille périnéale. L'incision cruciale de la vessie lui permit d'extraire le calcul. Son patient était guéri au bout d'un mois.

**Hutchinson** l'emploie dans de mauvaises conditions; homme de 26 ans: vessie irritable, urines mêlées de pus et de sang, émaciation extrême. L'opération fut facile, mais le malade mourut de pyohémie et d'abcès des reins 5 semaines après l'opération.

Le mouvement en faveur de la taille hypogastrique allait bientôt se propager en Allemagne et en Autriche. Et il faut reconnaître que la méthode antiseptique, et le pansement de Lister surtout, ont eu une grande part dans ce mouvement. Les succès obtenus, grâce à la méthode antiseptique, dans les graves opérations de l'abdomen, dans l'ovariotomie, par exemple, ont fait espérer aux chirurgiens des résultats non moins favorables pour la taille hypogastrique, opération qui paraît, en fait, beaucoup moins grave. Les blessures du péritoine inspirent actuellement beaucoup moins de crainte; le pansement et les précautions antiseptiques ont diminué la gravité de cette lésion. Quant à l'infiltration d'urine, si rare qu'elle soit, plusieurs chirurgiens tâcheront encore d'y remédier en faisant la suture vésicale.

A partir de 1878, on voit se multiplier les opérations de taille hypogastrique, ou les mémoires qui la concernent.

**Leschik** (1878), opère un enfant de 5 ans, en adoptant la manière de faire de Trendelenburg. L'enfant resta pendant 5 jours dans le décubitus abdominal. Le 7<sup>e</sup> jour, l'urine prit son cours par l'urèthre, et la guérison était complète le 18<sup>e</sup> jour. Il passe en revue les différents moyens successivement employés pour empêcher l'infiltration d'urine; il reconnaît que la suture

de la vessie est un très bon procédé, du moins en théorie ; le malheur, c'est qu'elle est difficile à faire.

**Utzmann**, dans la *Presse médicale de Vienne*, (1879), à propos d'un cas qu'il a opéré, consacre plusieurs chapitres à la taille sus-pubienne.

Utzmann fait suivre son observation de quelques considérations générales, et rend brièvement compte de la pratique des chirurgiens autrichiens. On a fait, dit-il, la taille sus-pubienne à Vienne seulement dans les cas désespérés, pour des pierres enclavées ou des pierres énormes qu'on ne pouvait enlever par la taille latérale. Qu'y a-t-il d'étonnant, si on a obtenu des résultats défavorables ? En réunissant les cas des opérateurs autrichiens : **Dumreicher, Schuh, Pitha, Podratzki, Dittel, Billroth, Salzer, Fabini, Zzigmondy, Balassa, Albert, Utzmann**, on obtient 22 cas sur lesquels 12 guérisons et 10 morts. Sur ces 22 cas, 11 malades ne pouvaient être opérés par aucune autre méthode.

Utzmann examine ensuite les inconvénients et les avantages de la taille sus-pubienne. Inconvénients : blessure du péritoine, infiltration d'urine. Mais la blessure du péritoine est une crainte superflue, comme d'ailleurs la plupart des auteurs l'ont déjà vu. Et cet accident arriverait, que la fermeture de la plaie au catgut et le pansement de Lister nous donneraient le moyen d'avoir la réunion par première intention. L'infiltration d'urine est également une crainte vaine : elle n'est pas plus fréquente que dans la taille latérale. Et ici la suture peut rendre de grands services, non pas qu'Utzmann prétende dire qu'avec la suture au catgut et le pansement de Lister, on obtiendra chaque fois une réunion par première intention ; mais on peut, même pour les vessies un peu endommagées, obtenir que la suture tienne au moins pendant trois jours, et, pendant ces trois jours, des adhérences inflammatoires autour de la plaie ont le temps de se produire, qui rendront ensuite l'infiltration d'urine beaucoup plus difficile.

Un plus grand inconvénient serait la hernie ; mais cette complication n'arrive que lorsqu'on coupe en travers la partie musculaire ou les attaches des muscles droits et pyramidaux.

Les avantages, par contre, sont nombreux. On peut enlever

les pierres grosses, enchatonnées. L'extraction de la pierre est facile, ce qui n'est pas toujours le cas dans la taille latérale, surtout quand il y a *hypertrophie de la prostate*. On n'est exposé ni aux hémorragies, ni à la phlébite, ni à la pyohémie. Les conduits éjaculateurs sont respectés ; dans la taille latéralisée, il n'y en a, il est vrai, qu'un seul blessé directement, mais l'autre peut être atteint, soit par la déchirure, soit par l'inflammation. Et Utzmann termine le parallèle des deux tailles en disant que l'avenir apprendra laquelle doit avoir la préférence.

Signalons aussi la remarque qu'il a faite sur l'*odeur fécaloïde du pus et de l'urine* dans la taille hypogastrique. Cette particularité avait été déjà signalée par Albert. D'après lui, cette odeur des sécrétions doit tenir au voisinage de l'intestin, comme celle des abcès qui se développent autour du tube digestif. Contre une telle odeur, tous les pansements antiseptiques sont illusoires.

Utzmann est, comme on le voit, un des plus fervents partisans de la taille hypogastrique.

**Podratzki** lui est également favorable : L'expérience a réfuté toutes les objections qui ont été élevées contre cette méthode.... Si les résultats sont défavorables, c'est qu'on donne à la taille sus-pubienne tous les mauvais cas.... On ne saurait attacher trop d'importance à la lithotomie supra-pubienne chez les enfants.... (*Pitha und Billroth, Handbuch der Chirurgie.*)

**Bardleben** (*Lehrbuch der Chirurgie*, t. IV, p. 215) est du même avis. Chez les enfants au-dessous de l'âge de la puberté, la méthode supra-pubienne doit être considérée comme de beaucoup la meilleure pour les petits comme pour les gros calculs.

La même année 1879, **Dorfwirth**, de Ried, rapportait dans la *Presse médicale de Vienne* l'opération faite sur une petite fille de 6 ans, et, *sans aucune précaution antiseptique*, comme il le met lui-même en titre de l'observation. Quelque temps après, il publiait dans le même journal 2 nouveaux cas. Ses 3 opérés ont guéri. Chez les deux premiers, il avait pratiqué la suture de la vessie, mais celle-ci avait complètement échoué. Aussi prétend-il qu'elle retarde plutôt qu'elle n'avance la guérison, et il ne l'essayera plus.

Comme pansement, il place simplement sur la plaie une éponge trempée dans l'eau phéniquée.

**Mac Dougall**, en 1879, à l'appui de la communication faite par Callender à la Société clinique de Londres, rapporte une observation de rétrécissement infranchissable de l'urètre traité par l'ouverture sus-pubienne de la vessie.

Dans ce concert d'éloges prodigués à la taille hypogastrique, il y eut cependant bien quelques voix discordantes. Citons, en particulier, **Keyes**. Celui-ci, dans une communication à la Société pathologique de New-York, rapporte qu'encouragé par les articles élogieux parus récemment dans les journaux, il a pratiqué trois fois la taille sus-pubienne, et cela avec un insuccès complet : il a eu 3 morts. Aussi, pour lui, cette opération ne paraît avoir d'autre avantage que la rapidité et la facilité de son exécution.

Dans la même année 1879, **Flury**, dans une *Dissertation inaugurale*, publiée à Tübingen, et destinée à continuer l'œuvre de Gunther, réunit les opérations du haut appareil, pratiquées de 1851 à 1878. Parmi les opérateurs qui n'ont pas été précédemment cités, nous trouvons : **Weikert, Swalin, Heyfelder, Corneo, Güntner, Felton, Ph. Kuëthe, H. Thompsen, Greenhow, Simon, Heller, Bosch, Gärtner, Gersung, Popp, Sultina, Liston, Esmarch, Kilpatrik, Duller, A. Vil et, C. Huëter, Dulles, Hohman, Sprengler, Patterson**. En tout : 93 opérations. Dans plusieurs cas, on avait fait, avant de recourir à la taille hypogastrique, de vaines tentatives de lithotritie ou de taille périnéale. Dans les 79 cas où la taille a été faite seule, il y a eu 24 morts et 55 guérisons. Ce sont presque toujours des calculs volumineux qu'on a extraits ; on en trouve plusieurs dans les poids de 100 à 300 grammes. On a fait plusieurs fois la suture avec plus ou moins de succès ; nous aurons à en reparler.

Le travail très consciencieux de M. Flury sera consulté avec fruit par tous ceux qui s'occuperont de la question.

Un travail également très recommandable est la *Thèse inaugurale* de **M. Guilherme d'Oliveira Martins**, parue à Lis-

bonne, en 1869. M. Martins, dans son *Etude comparative des méthodes périnéales et hypogastriques*, consacre des chapitres intéressants à la taille sus-pubienne, et nous donne la statistique des opérations faites au Portugal.

Son maître, le professeur **Antonio Bernardino d'Almeida**, (1847-1874), est le chirurgien qui a le plus de cas à son actif. Jusqu'en 1860, ce dernier opérait avec la méthode en un temps : sur 7 opérés, il eut 4 morts ; à partir de 1860, il s'est servi du procédé en deux temps. M. Martins nous rapporte la manière de faire de son maître : nous en avons déjà parlé ; nous n'y reviendrons pas. 8 malades opérés par cette méthode lui ont donné 6 guérisons et 2 morts. En tout 15 malades, dont 6 morts et 9 guéris. Parmi les causes de la mort, nous voyons : 4 fois la péritonite, 3 fois l'infiltration d'urine, et 2 fois l'hémorrhagie. La fréquence de cette dernière cause nous surprend.

Outre le professeur d'Almeida, le haut appareil a été pratiqué à Porto par **Antonio Sebastião Guerra, Pedro-Augusto Dias, Guilherme Gonçalves Noga** (1870-75), et avec assez de succès, puisque sur 8 opérations, on ne voit qu'un seul cas de mort. Guerra, en particulier, aurait eu 5 succès sur 6 opérés.

**Arnaut**, à l'hôpital Saint-Joseph, de Lisbonne, et **Barbosa** auraient également fait chacun dans un cas la taille hypogastrique pour des calculs volumineux.

D'après M. Martins, le professeur d'Almeida préférerait chez les individus âgés, débiles, affaiblis, la taille périnéale par cette raison que l'hémorrhagie qu'on veut éviter par la taille hypogastrique offre moins d'inconvénient que la position fixe qu'on doit, dans cette même méthode, faire garder au malade pendant quelques jours.

M. Martins énumère ensuite tous les avantages de la méthode hypogastrique, leur opposant les inconvénients et les dangers de la méthode périnéale, et croit qu'une bonne statistique ne pourrait que déposer en faveur du procédé hypogastrique. Il conseille d'inciser la vessie sur la sonde ; pour faciliter la sortie de l'urine, on pourrait se servir d'un tube en caoutchouc faisant siphon, et dans lequel on aurait introduit une mèche qui, par sa capillarité, produirait l'écoulement constant de l'urine.

Le professeur **Von Goudoever**, de Leyde, fait en 1879, au Congrès des Sciences médicales d'Amsterdam, une communication sur les avantages opératoires que présente la lithotomie sus-pubienne. Voici ses conclusions :

- 1° Chez les enfants, la lithotomie sus-pubienne doit être préférée à toute autre méthode opératoire.
- 2° Même chez les adultes, la lithotomie sus-pubienne est recommandable dans un assez grand nombre de cas.
- 3° L'application d'un cathéter à demeure après l'opération doit être défendue.
- 4° La suture vésicale est très recommandable, lorsqu'elle est praticable, pourvu que la méthode antiseptique de Lister soit rigoureusement appliquée.
- 5° Les données de la statistique favorable à la lithotritie n'ont que peu de valeur.

Mais sera-t-il toujours possible d'appliquer des sutures pour réunir la plaie de la vessie ? Van Goudoever n'ose l'affirmer : mais il croit pourtant que l'application des sutures, quoique difficile, pourra être faite dans la grande majorité des cas. Il se déclare également partisan de la suture superficielle, dans la partie supérieure de la plaie, mais associée au drainage.

Au commencement de l'année 1880, nous voyons se produire une discussion sur le haut appareil, à la Société des Médecins de Vienne, à laquelle prirent part Dittel, Dumreicher, Ultzmann, Weilechner, Gurie.

Pour le professeur **Dittel**, le haut appareil est indiqué seulement dans les conditions suivantes : 1° Diverticules de la vessie qui rendraient l'extraction de la pierre difficile. 2° Grosses pierres ; 3° Extraction de néoplasmes ou de corps étrangers.

Quant à lui, il a pratiqué cinq fois le haut appareil. Il n'est pas partisan de la suture de la vessie qui ne tient pas. Il ne faut pas employer le pansement de Lister ; il ne s'agit pas seulement d'empêcher l'infiltration d'urine ; il faut aussi laisser la voie libre au pus qui peut se former, but rempli dans la taille latéralisée.

Le professeur **Dumreicher** partage à peu près l'opinion de Dittel. Il doute que la suture au catgut puisse permettre d'obtenir la réunion par première intention. L'infiltration d'urine est

beaucoup plus facile que dans la taille latéralisée parce que la plaie de la vessie ne se trouve pas en rapport avec celle de la paroi abdominale. En outre, on ne sait jamais auparavant comment se comportera le cul-de-sac péritonéal. Dans les cas de grosse hypertrophie de la prostate, souvent la vessie se laisse distendre en arrière, et, même avec une injection d'une grande quantité d'eau, on ne peut arriver à faire saillir la vessie au-dessus de la symphyse. Toutefois, il reconnaît pour la taille hypogastrique les mêmes indications que Dittel.

**Ultzmann** prend sa défense. Les tristes résultats viennent de ce que l'on opère les cas désespérés. Frère Côme avait des succès. On avait abandonné cette opération, parce que le manuel opératoire était compliqué, parce qu'on craignait l'infiltration d'urine et la blessure du péritoine. On a simplifié depuis le manuel opératoire ; la blessure du péritoine est facilement évitée, et on diminue beaucoup les chances de l'infiltration d'urine par un pansement antiseptique bien fait.

Le professeur **Weilechner**, malgré son insuccès dans un cas rapporté à la dernière séance, ne prétend pas rejeter la taille hypogastrique. Il pense qu'on doit surtout attacher une grande importance au traitement préalable ; il faut soigner, avant l'opération, le catarrhe vésical, par des injections d'eau phéniquée, et chercher à rendre l'acidité aux urines.

Le Dr **G. Gurie** a essayé de pratiquer une seule fois le haut appareil ; mais il trouva en avant de la vessie une telle quantité de graisse, qu'il abandonna l'opération, et fit la taille médiane qui lui permit d'extraire le calcul sans difficulté.

On voit qu'en Autriche les deux défenseurs les plus convaincus de la taille hypogastrique semblent être Ultzmann et Albert. Les autres chirurgiens n'en sont que partisans modérés.

En Allemagne, nous trouvons des prôneurs ardents de la taille hypogastrique.

Le 7 avril 1880, au congrès pour les Sciences Chirurgicales, à Berlin, **Petersen**, directeur de la Polyclinique, de Kiel, présentait son important mémoire sur le haut appareil (*sectio alta*).

Nous rappellerons seulement les points saillants de ce mémoire. Que reproche-t-on à la taille hypogastrique ? 1° La blessure du