

péritoine. 2° L'infiltration d'urine, avec inflammation purulente du tissu cellulaire. Quand on est en état de parer à ces deux dangers, cette opération est préférable à la taille latéralisée et au moins aussi bonne que la taille médiane. La blessure du péritoine a été exagérée; néanmoins l'ouverture du ventre, même avec les précautions listériennes, n'est pas une affaire insignifiante. Aussi ne devons-nous pas mépriser un moyen, qui nous permet d'éviter, presque à coup sûr, la blessure de la séreuse. Quel est ce moyen proposé par Petersen? *C'est la propulsion de la vessie remplie d'eau hors du petit bassin, favorisée par l'introduction dans le rectum d'un ballon en caoutchouc (COLPEURYNTER) qu'on distendrait par l'injection.* Cette idée paraît lui avoir été suggérée par un mémoire de M. Braune, présenté 2 ans auparavant. M. Braune montrait que dans la palpation rectale, (*procédé de Simon*), la vessie, grâce à l'élongation de l'urètre s'élevait, et avec elle le pli de Douglas. M. Petersen fait remarquer que ce n'est pas seulement le cul-de-sac postérieur, mais aussi le cul-de-sac péritonéal antérieur qui remonte, si bien qu'entre le péritoine et le bord supérieur de la symphyse, il reste un espace suffisant pour pratiquer le haut appareil. Et alors Petersen a l'idée de placer dans le rectum un ballon en caoutchouc qui, distendu par une injection de liquide, repoussera en haut la vessie et fera remonter le cul-de-sac péritonéal antérieur. Il fait les expériences sur le cadavre dans l'été de 1878, et acquiert bientôt la conviction que, quand la vessie fait un relief appréciable au-dessus de la symphyse, la blessure du péritoine n'est pas possible, même pour un chirurgien inexpérimenté.

Il montre dans un tableau la hauteur du péritoine au-dessus de la symphyse, après injections de quantités variables d'eau dans la vessie et dans le ballon rectal. Nous aurons à y revenir plus tard, quand nous étudierons nous-mêmes ce cul-de-sac péritonéal prévésical (1).

(1) L'idée première de ballonnement du rectum comme moyen de faciliter la taille hypogastrique ne revient nullement à M. Milliot, comme on peut s'en convaincre en lisant son Mémoire (*Méthode opératoire par ballonnement*, *Gaz. méd.*, 1875).

M. Petersen a pratiqué quatre fois la section haute sur le vivant, deux fois d'après le procédé habituel, et deux fois d'après son procédé. Les deux premières fois, il a vu le péritoine, et l'a repoussé en haut, les deux dernières, il ne l'a pas vu, bien qu'une incision plus grande ait été faite.

Ce procédé (distension du rectum par le ballon) présente, d'après M. Petersen, plusieurs avantages.

Il permet de faire une incision tout-à-fait nette; on n'a pas besoin de détacher le tissu cellulaire de la paroi vésicale, ce qui est chose très blâmable, surtout si on le fait sur une grande étendue.

Il est très avantageux dans les tumeurs de la paroi postérieure de la vessie; car cette paroi postérieure, après l'écoulement du contenu vésical, se présente à l'opérateur comme sur un plateau. (*Präsentirteller.*)

Avec ce procédé, on se résoudra certainement plus facilement à ouvrir la vessie, à pratiquer le cathétérisme postérieur, dans les cas d'hypertrophie du lobe moyen de la prostate, quand celui-ci ferme comme une soupape l'orifice de l'urètre.

Quand à la deuxième objection, faite à la taille hypogastrique, l'infiltration d'urine, elle sera évitée par une incision nette des tissus. De plus, le pansement de Lister avec la suture vésicale pourront y remédier, même quand on ne réussirait pas à obtenir la réunion par première intention; il suffit que la plaie soit dérobée seulement pendant les premiers jours au contact de l'urine, pour qu'il se forme des adhérences inflammatoires qui rendront l'infiltration d'urine impossible. M. Petersen rapporte l'observation d'un de ses opérés chez lequel il avait fait la suture de la vessie. La suture manqua; mais il se reproche d'avoir employé des fils de catgut trop fins, qui se sont résorbés trop tôt, et d'avoir fait, au lieu de la suture à points séparés, la suture du pelletier, si bien que dès qu'un point ne tient plus, la suture lâcha tout entière.

M. Petersen passa ensuite aux autres objections moins importantes: « Atteinte de la fonction vésicale, longueur de la guérison, fistule urinaire, faiblesse de la cicatrice, hernie hypogastrique...

Il relève par contre les nombreux avantages de la méthode

(facilité de l'opération, absence d'hémorrhagie, extraction de la pierre, etc.)

Son plus grand avantage est peut-être qu'elle permet d'employer le pansement de Lister, ce qui n'est pas le cas pour la taille périnéale.

De ce qui précède, il résulte que la taille latéralisée ne peut supporter la comparaison avec la taille sus-pubienne, et que la taille médiane, sous beaucoup de rapports, lui est inférieure.

A son point de vue, la section haute est indiquée : 1° Dans les grosses pierres, dures. 2° Dans les pierres enchatonnées. 3° Dans celles contenues dans des diverticules rétro-prostatiques. 4° Dans l'hypertrophie de la prostate. 5° Chez les hémorrhoidaires. 6° Chez les personnes grasses. 7° Dans les tumeurs de la vessie. 8° Dans les rétrécissements imperméables (dans le but de pratiquer le cathétérisme postérieur).

Et M. Petersen décrit en terminant le manuel opératoire que nous étudierons plus loin.

Le docteur **Krabbel**, de Vienne, dans un article intitulé : *De la lithotomie antiseptique*, insiste surtout sur l'avantage qu'on a, dans la taille hypogastrique, de pouvoir employer le traitement antiseptique. Il dit que chez les enfants on doit préférer le haut appareil à cause de son innocuité. A propos des adultes, l'avenir décidera. Il a opéré un enfant de trois ans et demi, et a suturé la vessie avec de la soie antiseptique, sans saisir la muqueuse. Il n'emploie pas les fils de catgut, qui coupent trop tôt et trop facilement les tissus. Suture de la plaie extérieure, drain à la partie inférieure.

Hofmohl et **Jaroslav Küzel** publient également dans la *Presse médicale de Vienne*, deux cas de taille hypogastrique chez des enfants, tous deux suivis de guérison, bien que la suture vésicale qui avait été faite ait manqué dans les deux cas.

La même année (1880), **Leisreink** fait une espèce de taille sus-pubienne dans un cas de rétrécissement imperméable de l'urèthre amené par une tumeur de la prostate. Il avait fait d'abord la ponction sus-pubienne, et il finit par établir en permanence une canule hypogastrique.

Paul Swain, dans un cas où il employa la suture, eut un plein succès.

Le docteur **Orloff** opère aussi avec succès un enfant de douze ans, qui avait déjà subi la lithotomie périnéale dix-huit mois auparavant.

Lister, au commencement de l'année 1881, fait deux fois l'opération à l'hôpital King's Collège. Strictes précautions antiseptiques; vessie lavée et injectée avec une solution phéniquée; suture de la vessie et des parois abdominales. Cathéter dans la vessie, communiquant avec une longue sonde plongeant elle-même dans une bouteille remplie d'huile phéniquée pour empêcher la sécrétion urinaire de se décomposer. Plusieurs années auparavant, il avait déjà pratiqué la taille sus-pubienne chez un enfant de quatorze ans. Et cette fois, il avait ouvert le péritoine.

Le calcul extrait, Lister sutura la vessie au catgut, ainsi que le péritoine et la paroi abdominale. Un drain fut placé dans l'angle inférieur de la plaie. Pansement antiseptique rigoureux. La guérison eut lieu sans aucune complication.

Langenbuch (1881), dans les *Archives de Langenbeck*, fait un long panégyrique en faveur de la taille hypogastrique. Nous n'en citerons que les conclusions principales. La section haute est de beaucoup préférable à la méthode périnéale. Elle ne blesse pas d'organe important. On n'a pas à craindre l'hémorrhagie non plus que l'infiltration d'urine. Le danger de la péritonite est bien amoindri par la méthode antiseptique. On peut diriger contre la muqueuse vésicale une thérapeutique efficace. La taille sus-pubienne permet d'extraire de grosses pierres sans danger, tandis que la taille périnéale est dangereuse, même dans l'extraction des petites pierres. Enfin, avec la méthode hypogastrique, on peut faire usage de tous les nouveaux moyens antiseptiques.

Pour les cas ordinaires, Langenbuch adopte le procédé de Pétersen. Mais pour les plus grosses pierres, il recommande d'agir en deux temps et emploierait le procédé suivant :

Incision transversale de 4 à 5 cent. le long de la symphyse, aux deux extrémités de laquelle une incision sagittale de 3 cent. de manière à dessiner un lambeau arrondi, à base supérieure.

La paroi antérieure de la vessie ainsi que le repli péritonéal seront mis à nu. Ce dernier sera entamé et fendu suivant la longueur de la première incision de la peau. Le lambeau cutané se laisse enrouler sur lui-même, et recroqueviller derrière le sommet de la vessie, où il sera retenu en position convenable au moyen d'une suture ou d'un petit paquet de gaze interposé.

Le nouveau cul-de-sac du péritoine ainsi formé sera fermé dans l'espace de quelques jours; et c'est alors qu'on pourra procéder à l'ouverture de la vessie et à l'extraction de la pierre.

Le calcul enlevé, on fera la suture de la vessie si elle est saine, en ne comprenant pas la muqueuse dans les fils. Si on ne fait pas la suture, on placera un drain dans la vessie, et on fera des lavages détersifs et modificateurs. On emploiera la sonde à demeure.

Nicoladoni, à Vienne (1882), rapporte 2 opérations chez des enfants.

Dans l'année 1881, on voit le mouvement en faveur de la taille hypogastrique se propager aussi en France, son pays d'origine, où, depuis quelques années, elle était complètement tombée dans l'oubli.

M. Desprès, en 1877, avait déjà rapporté dans le *Bulletin de Thérapeutique* deux observations du Dr Henri Devers, et parlé avec éloge de la taille hypogastrique.

En 1878, **M. Schwartz** (communication écrite) assisté du Dr Meyer, l'avait pratiquée, avec succès, en Alsace, sur un homme de 60 ans environ, pour des calculs vésicaux, très durs, lisses, d'un volume d'une petite pomme, et remplissant toute la vessie devenue intolérante.

M. Chauve, dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales* (1880) (art. Cystotomie), consacre un assez long chapitre à la taille hypogastrique, ou plutôt à la cystotomie sus-pubienne; (car c'est cette dénomination qu'il adopte). Il étudie et décrit surtout avec soin les procédés opératoires; mais, influencé probablement par l'opinion des chirurgiens français sur cette opération, il ne s'en montre pas très chaud partisan. Il accorde bien que la cystotomie sus-pubienne doit rester dans la pratique,

mais, à côté de ses avantages, elle présente de grands inconvénients: « L'incision de la vessie, dit-il, n'est pas toujours chose aisée, et l'on pourrait dire que la contre-indication la plus fréquente de la cystotomie sus-pubienne, c'est l'impossibilité matérielle de la pratiquer, précisément dans les cas où elle est nécessaire: calcul volumineux et vessie rétractée et intolérante sont des conditions presque toujours réunies. Mais dans ces cas, il n'est pas possible de distendre la vessie par une injection, et souvent on ne peut parvenir à y faire entrer un conducteur.

L'emploi de la suture au catgut et de la méthode antiseptique pourra peut-être, dans l'avenir, agrandir le cercle de ses applications.

M. Bazy, élève de M. Guyon, dans sa thèse inaugurale sur le diagnostic des lésions rénales dans les maladies des voies urinaires (1880), lui est beaucoup plus favorable. En parlant des affections rénales provoquées ou réveillées par la taille périnéale qui produit un traumatisme grave, il énumère sous ce rapport, les avantages de la taille hypogastrique: « possibilité d'opérer sous la vapeur phéniquée, destruction de tous les germes, absence de contusion de la muqueuse, de déchirure, de tiraillement par la canule à chemise... On aurait donc, à ce point de vue, et il y en a bien d'autres, intérêt à préférer la taille hypogastrique à la taille périnéale. »

L'année 1881 est plus féconde en opérations de taille hypogastrique et surtout on s'en occupe davantage.

M. Périer, notre maître, introduit en France la méthode de Petersen, et opère avec succès par ce procédé un homme de 53 ans, qui s'était introduit accidentellement dans la vessie un tuyau en caoutchouc d'une longueur de 70 centimètres dans le but, au moins, d'après le patient, de faire disparaître une rétention d'urine consécutive à des libations.

Quelques mois après, il opère par le même procédé un homme de 55 ans, pour un calcul vésical, dont la présence avait amené de graves désordres: urines purulentes, hématuries fréquentes; état fébrile au moment de l'intervention. Le malade mourut le 5^e jour après l'opération et, à l'autopsie, on constatait un rein droit atrophié et kystique; le rein gauche hypertrophié présen-

taient plusieurs foyers purulents, dont un avait dépassé les limites de l'organe, et envahi le tissu adipeux péri-rénal. Intégrité absolue du péritoine et du tissu cellulaire du bassin. La mort n'était donc pas imputable au procédé opératoire, mais bien aux lésions rénales persistantes.

Ces deux observations firent le sujet d'un Mémoire présenté par M. Périer, à l'Académie de médecine, et dont **M. Gosselin** fut le rapporteur. M. Gosselin dit avoir pu confirmer par des expériences sur le cadavre, que la vessie, après avoir reçu 250 grammes d'eau, peut être de cette manière très sensiblement remontée au dessus du pubis, surtout chez les personnes grasses. Il entre ensuite dans des détails minutieux sur les soins préliminaires et consécutifs à la taille hypogastrique. La pratique des lavages antiseptiques avant l'opération lui paraît très utile, non pas en ce que les antiseptiques détruisent les germes atmosphériques capables d'irriter la muqueuse vésicale, soit directement, soit indirectement, en amenant une altération de l'urine, mais parce qu'ils modifient par leur contact les substances enflammées, comme ils le font, suivant lui, pour les solutions de continuité exposées à l'air. M. Périer a fait prendre à ses malades, avant l'opération, 1 gr. 50 de salicylate de soude à l'intérieur pour rendre l'urine aseptique, et la débarrasser des matériaux irritants et toxiques; cette pratique paraît encore très louable à M. Gosselin, et il rappelle à cette occasion qu'il y a déjà quelques années, il a conseillé avec M. Albert Robin de prescrire l'acide benzoïque aux futurs opérés atteints de cystite avec urines ammoniacales.

La même année, au congrès international de Londres, **M. Théophile Anger**, présente un nouveau procédé de taille hypogastrique. Il propose d'appliquer le thermo-cautère à la taille sus-pubienne, comme il l'a déjà fait pour la taille périnéale; il se sert, comme conducteur, d'une sonde creuse, dans laquelle glisse un mandrin, dont l'extrémité est formée d'une suite de chaînons articulés, qui forment gouttière et peuvent se développer dans la vessie en soulevant ses parois. (Voir : Procédés opératoires).

Le grand avantage du thermo-cautère dans la taille hypogas-

trique, d'après M. Anger, n'est plus comme dans la taille périnéale, d'épargner le sang des individus épuisés et anémiés; c'est surtout de produire une section nette, sèche, mettant mieux l'individu à l'abri de l'infiltration urineuse.

Pour lui, l'indication de la taille hypogastrique tirée du volume et de la dureté des calculs est fautive, puisque l'on peut introduire par la taille périnéale des brise-pierres, auxquels aucun calcul ne résiste, quels que soient sa consistance et son volume. Il serait beaucoup plus vrai et plus pratique à ses yeux de fonder l'indication de la taille hypogastrique *sur le volume et la dureté de la prostate*. Déjà M. Reliquet, dit-il, avait remarqué que chez les prostatiques, la voie ouverte aux calculs n'était pas en rapport avec l'étendue de l'incision. Les grosses prostatites renfermées dans des loges fibreuses, inextensibles, sont très difficilement dilatables, et l'incision faite dans leur tissu se referme aussitôt après le passage du couteau.

Et M. Anger conclut :

1° Que la taille périnéale doit être préférée, toutes les fois que la prostate n'est pas notablement hypertrophiée;

2° Qu'on doit donner la préférence à la taille sus-pubienne dans tous les cas où la prostate hypertrophiée et indurée est immobilisée et enclavée dans la loge ostéo-fibreuse et inextensible du petit bassin;

3° Que l'emploi de ses instruments en rend l'exécution facile, méthodique, et épargne le sang des opérés;

4° Que la plaie qui résulte des sections faites avec le thermo-cautère est plus sèche et met mieux l'opéré à l'abri des infiltrations urineuses.

Il a pratiqué jusqu'alors, dit-il, une seule fois la taille hypogastrique chez un vieillard de 74 ans, très épuisé; il guérit, mais la cicatrisation fut lente.

Dans la même année, **M. Vincent**, professeur agrégé à la Faculté de Lyon, expose dans la *Revue de Chirurgie*, ses « *recherches expérimentales sur les plaies pénétrantes intra-péritonéales de la vessie, avec application à la taille hypogastrique*, » et en fait également l'objet d'un mémoire présenté au congrès d'Alger.

Ces recherches avaient en partie pour objectif de trouver un moyen de cystorrhaphie assez sûr pour dissiper les hésitations des chirurgiens, à l'égard de la substitution de la taille hypogastrique aux autres procédés de cystotomie, au moins chez l'enfant.

La taille sus-pubienne semble à M. Vincent devoir s'imposer dans l'avenir au choix du chirurgien de préférence à tous les autres procédés de cystotomie.

Il se montre très chaud partisan de la suture vésicale : « Si la cystorrhaphie immédiate, dit-il, réussit à coup sûr quand elle est bien faite, pourquoi ne pas donner, en général, la préférence à la taille sus-pubienne? On a peur; on a peur de rencontrer le péritoine, on a peur d'avoir une fistule urinaire, par défaut de réunion de la section vésicale; on redoute l'infiltration d'urine. Ces craintes ne doivent plus inquiéter autant. Si on rencontre le péritoine, on le décolle doucement; si on l'a coupé par mégarde, on suivra l'exemple de Lister, on le suturera; si on le déchire en le décollant, on agira de même. — Avec la méthode antiseptique, le danger de la péritonite est à peu près sûrement conjuré. Avec la suture adossée, on n'a pas à craindre l'infiltration ni les fistules urinaires. Mais, dans la taille hypogastrique, la vessie étant ouverte sur une partie non revêtue de péritoine, il faudra, avant de procéder à la cystorrhaphie, aviver obliquement les bords de la section, à l'instar du procédé dit américain, pour l'opération de la fistule vésico-vaginale. De cette façon on pourra réaliser un adossement convenable de surface cruentée de la couche musculuse, qui jouit de propriétés plastiques très actives.

Nous dirons plus loin comment M. Vincent conseille de procéder à la suture. Ses idées et ses procédés de suture, ont été reproduits dans la thèse de **M. Maltrait (Lyon)**, l'année suivante.

Les chirurgiens ne se contentent pas de prendre en considération la taille hypogastrique : ils la pratiquent. **M. Guyon**, assisté de M. Périer, faisait avec succès une première opération de taille sus-pubienne, d'après le procédé de Petersen, dans le courant de cette même année 1881. Et elle devait être suivie bientôt de plusieurs autres.

M. Ch. Monod, dans la séance de la Société de Chirurgie, du 26 octobre, fait un rapport verbal sur deux opérations de taille hypogastrique pratiquées avec succès par **M. Bois**, d'Aurillac. Dans le premier cas, en 1877, le malade avait une ankylose de la hanche, ce qui avait déterminé le choix du procédé. Dans la deuxième opération, faite en 1881, sur un enfant, Bois avait adopté le procédé de Petersen : dans cette dernière, il était assisté du Dr Girou qui avait vu M. Périer opérer à Saint-Antoine. M. Bois, dans un petit opuscule, publié quelque temps après, parle avec avantage de la taille hypogastrique et cherche à appeler l'attention de la Société de Chirurgie sur cette opération.

A la Société de Chirurgie, **M. Monod**, rappelle, à propos des cas de M. Bois, qu'il a pratiqué trois fois la taille hypogastrique; il donne le résumé succinct de ses trois opérations.

M. Després fait remarquer que tous les succès ont trait à de jeunes sujets; mais il nous semble porter un jugement bien sévère, quand il dit que, chez les vieillards, il ne faut pas espérer réussir avec la taille hypogastrique.

Dans la séance du 9 novembre, **M. Périer**, donne lecture, à la Société de Chirurgie, des deux observations dont nous avons parlé. L'infiltration urinaire est pour lui une complication purement mécanique qu'on pourra toujours éviter par un bon drainage. L'infection urineuse due au contact de l'urine avec la plaie sera combattue par des anti septiques locaux. La suture de la vessie ne réussit pas souvent et expose à des infiltrations.

M. Th. Anger, à propos de la communication de **M. Périer**, rapporte qu'il a fait 2 fois la taille hypogastrique avec 1 succès et 1 mort par abcès rénal suivi de péritonite. Comme M. Périer, il a remarqué que les lèvres de la plaie vésicale étaient difficiles à atteindre dans le bassin.

M. Monod a fait, lui, assez facilement la suture de la vessie chez ses opérés; mais il la considère comme périlleuse. Il ne fera, dans l'avenir, ni suture de la vessie, ni suture de l'abdomen. La suture de la paroi abdominale seulement, sur une plus ou moins grande étendue, lui paraît même dangereuse.

Enfin, nous signalerons dans cette année même les opérations de taille hypogastrique, pratiquées par **M. Guyon**, une en

particulier, chez un homme âgé, affaibli, débilité que M. Guyon opéra de la taille sus-pubienne, comme dernière ressource, et, pour ainsi dire, par acquit de conscience. Le malade, contre son attente, guérit parfaitement.

M. Th. Anger, appelé par **M. Verneuil**, a pratiqué, dans le service de ce dernier, à la Pitié, au commencement de l'année 1882, une taille hypogastrique chez un vieux calculeux à prostate hypertrophiée. Il s'est servi de son procédé (thermo-cautère, conducteur vésical) : le malade a parfaitement guéri.

M. Mallez (Communication orale) aurait pratiqué la taille hypogastrique trois fois avec deux succès, en particulier, chez un vieillard qu'il avait taillé déjà deux fois par le périnée. Mais il ne semble pas très enthousiasmé de cette opération, bien qu'il n'ait rien à lui reprocher, dit-il.

M. Parise, de Lille, (Communication écrite) dit avoir pratiqué la taille hypogastrique trois fois, dans des circonstances forcées, alors que les incisions périnéales les plus étendues ne lui avaient pas permis d'extraire les calculs ou corps étrangers. Mais, ajoute-t-il, les succès que j'ai obtenu dans mes trois cas m'ont fait réfléchir, et je serais tout disposé à pratiquer la taille de Franco que je trouve plus facile et moins dangereuse que les tailles périnéales.

M. Périer vient de faire avec succès deux autres opérations de taille sus-pubienne chez des calculeux, dont il publiera bientôt les observations. Il nous apprend que le Dr **Mouchet**, de Sens, vient également d'avoir un cas heureux.

M. Périer et **Guyon** opèrent d'après le procédé de Petersen et en prenant les précautions antiseptiques les plus rigoureuses.

M. Le Dentu a eu aussi, cette même année, deux succès sur deux opérés; une seule de ces opérations a été publiée dans la *Gazette médicale*. Il a combiné la méthode de Petersen avec celle de M. Anger.

La suture vésicale lui paraît inutile et dangereuse. L'établissement d'un siphon double (procédé de Périer) constitué par deux tubes de caoutchouc de gros calibre plongeant dans la vessie et

s'échappant par la plaie hypogastrique peut assurer l'écoulement régulier de la quantité totale de l'urine excrétée.

Le Dentu ajoute des considérations sur la taille hypogastrique bien plus favorables que celles qu'il exprimait dernièrement sur le même sujet dans son livre des *Maladies des voies urinaires*. (Voillemier et Le Dentu.) C'est par là que nous terminerons.

« La taille hypogastrique, écrit-il, longtemps laissée de côté en France et à l'étranger, est en passe de reconquérir la faveur des chirurgiens. Les observations se multiplient rapidement; au dédain qui la condamnait à l'oubli a succédé un enthousiasme proportionnel. La réaction est générale, on pourrait presque dire universelle. Est-elle légitime? Voilà ce que les faits les plus récents semblent déjà établir. »