

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

INDICATIONS

1^o GROS CALCULS.

C'est là son indication principale, reconnue de tout temps et par presque tous les Chirurgiens. Nous avons vu cependant Sanson, Nélaton, manifester leur préférence dans ces cas pour la taille recto-vésicale. Dolbeau faisait couramment la lithotritie périnéale. De nos jours, ces deux méthodes sont presque complètement tombées dans l'oubli. La difficulté de leur exécution, aussi bien que les accidents sérieux qu'elles peuvent présenter soit pendant, soit après l'opération, expliquent cet abandon. La taille hypogastrique a l'avantage de donner une large issue pour le calcul, sans que l'extraction de la pierre expose à la blessure d'organes importants.

Mais qu'appelle-t-on un gros calcul? La valeur de ce terme a changé avec les époques, et surtout avec le perfectionnement des instruments lithotriteurs. Il y a quelques années seulement, un calcul de 4 centimètres était considéré comme une contre-indication à la lithotritie (Dolbeau). A l'aide des instruments lithotriteurs actuels, on broie des calculs de 4 et même 5 centimètres. Mais ici il faut encore tenir compte d'un élément important, la plus ou moins grande friabilité du calcul.

Quoiqu'il en soit, la lithotritie, depuis la méthode de Bigelow surtout, peut s'attaquer à des pierres relativement volumineuses et il faut reconnaître que le champ de cette opération s'est agrandi de ce côté; mais enfin il a une limite et c'est précisément à cette limite que commence celui de la taille hypogastrique.

2^o CALCULS ENCHÂTONNÉS, SITUÉS DANS DES DIVERTICULES.

M. Desnos, nous semble avoir avancé une opinion un peu hardie, quand il dit : « La position du calcul peut offrir des difficultés, mais ne comporte pas de contre-indications réelles à la lithotritie; c'est en choisissant un brise-pierre approprié que le chirurgien surmontera cet obstacle. Il faut pour cela une grande habitude; mais nous ne croyons pas qu'il existe de situation ou d'adhérence du calcul, telle qu'on soit pour cette raison obligé de recourir à la taille. » C'est précisément ce qui existe. Souberbielle, Michel, etc., etc., ont signalé des cas où il aurait été absolument impossible de broyer la pierre ou de l'extraire par une méthode autre que la taille hypogastrique. Un des grands avantages de cette dernière est de mettre sous les yeux de l'opérateur toute la cavité de la vessie, de lui laisser voir ou sentir la position du calcul et de lui permettre de l'extraire facilement.

3^o HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE.

L'hypertrophie et l'induration de la prostate peuvent gêner le passage des instruments lithotriteurs et rendre surtout très difficile la sortie de la pierre. C'est là un point sur lequel insistait encore dernièrement M. Th. Anger. Dans les cas de vieille hypertrophie de la prostate, la glande fibreuse, indurée, resserrée dans une loge inextensible, résiste à l'instrument tranchant, ou les lèvres de l'incision ne se laissent pas écarter, restent accolées, et ce n'est souvent qu'au prix de déchirures ou de contusions graves qu'on peut parvenir à extraire le calcul.

Ajoutons qu'il peut exister un cul-de-sac rétro-prostatique profond, qui peut cacher la pierre, la dérober aux recherches et rendre sa saisie, sa fragmentation difficiles.

Enfin dans beaucoup de cas, chez les anciens prostatiques, il existe des lésions avancées de la vessie, des uretères et des reins. Ce sont là toutes conditions très défavorables à la lithotritie, et aussi à la taille périnéale. La taille hypogastrique offre

beaucoup plus de chances de succès, tant au point de vue de l'opération en elle-même qu'au point de vue de ses suites, et doit être préférée.

4^e URÈTHRE RÉTRÉCI, RIGIDE OU IRRITABLE.

Il est certain qu'un rétrécissement de l'urèthre, en thèse générale, ne doit pas être considéré comme une contre-indication à la lithotritie. Un traitement préalable pourra dans plusieurs cas en triompher, et préparer une voie possible, sinon facile, à la lithotritie. Mais, sera-t-on toujours aussi heureux ? La dilatation préliminaire ne fera-t-elle pas perdre quelquefois un temps précieux ? Le canal plus ou moins irritable permettra-t-il toujours la dilatation ? Nous en dirons autant pour les sujets qui ont naturellement, l'urèthre rigide, ou sensible. N'est-il pas à craindre que le passage fréquent et répété de cathéters plus ou moins volumineux n'augmente la sensibilité du canal plutôt que de la détruire, ne retentisse d'une manière fâcheuse sur le rein, ne réveille ou n'aggrave ses lésions, si elles existent déjà, ne provoque leur apparition si l'organe est encore indemne ? Il faudra donc être très prudent dans le traitement préliminaire. Si les essais provoquent de la douleur, amènent de la fièvre, des troubles dans les urines, il faudra savoir s'abstenir, ne pas compromettre inutilement la santé du malade, et procéder de suite à la taille hypogastrique.

On sera plus fondé encore à y avoir recours, si on se trouve en présence d'un rétrécissement infranchissable de l'urèthre. Plusieurs chirurgiens anglais, comme nous le verrons, ont préconisé même la taille sus-pubienne comme traitement des rétrécissements infranchissables de l'urèthre, avec fistule périnéo-pénienne, sans complication de calcul vésical.

Ajoutons que la taille hypogastrique peut être encore d'une précieuse ressource dans certains cas pathologiques, qui rendent la voie périnéale inabordable. (Bassin rétréci avec rapprochement des deux branches ischio-pubiennes, soit par rachitisme, soit par traumatisme, ankylose de la hanche avec adduction exagérée de la cuisse, hémorrhôides volumineuses, etc. etc.)

VESSIE ATTEINTE DE NÉOPLASME. (FONGUS, POLYPE, CANCER, ETC., ETC.).

C'est là un cas assez rare. Car, si les calculs coïncident fréquemment avec la présence de tumeurs dans la vessie, il n'en est pas moins vrai que ces dernières sont, relativement, des raretés pathologiques. Le diagnostic, d'ailleurs, n'est pas toujours facile ; mais, bien que M. Desnos émette une opinion contraire, nous persistons à croire que la taille hypogastrique donnerait, en pareille circonstance, de meilleurs résultats que la lithotritie. N'est-il pas à craindre que les manœuvres de l'instrument lithotriteur ne soient plus irritantes, et n'amènent même plus facilement l'hémorrhagie qu'une incision franche et nette de la paroi vésicale ? Les fragments du calcul, à condition qu'on puisse le saisir et le broyer, ne pourront-ils pas aller se loger dans des dépressions ou des culs-de-sac formés par les tumeurs ou les fongosités, qu'ils continueront d'irriter ? L'aspiration des fragments sera-t-elle si facile ? Ne se trouvera-t-on pas exposé à faire une opération incomplète, et en conséquence absolument inutile ? Avec la taille sus-pubienne, au contraire, on peut explorer tous les coins et recoins de la muqueuse, enlever tous les calculs ou corps irritants, et, avantage sérieux, attaquer directement la tumeur, si elle se trouve dans de bonnes conditions d'extraction. Si l'incision de la paroi vésicale ou l'extraction de la pierre provoquent une hémorrhagie, la cause de cette dernière se trouvant sous les yeux, on s'en rendra maître beaucoup plus facilement que lorsqu'on est obligé d'agir à distance.

6^e ALTÉRATIONS DES REINS : PYÉLO-NÉPHRITE.

Inutile de dire ici que, dans ces cas, on ne peut songer à la lithotritie en plusieurs séances, et, si l'on veut recourir à la lithotritie, c'est nécessairement à la lithotritie rapide. Le point capital, c'est de débarrasser le malade d'un seul coup. Une aggravation funeste des lésions rénales serait la conséquence d'une intervention prolongée. Nos préférences dans ce cas seraient encore pour la taille sus-pubienne, surtout si le malade affaibli, miné par une

fièvre lente, n'avait de chance de succès que dans une opération rapide et radicale. Nous repoussons la lithotritie à ces deux titres : 1° Elle n'est pas sûre de délivrer le malade en une seule séance. 2° La muqueuse vésicale enflammée a tout à redouter du contact des instruments lithotriteurs, et la réaction sur le rein sera plus exposée à se produire qu'avec la taille hypogastrique qui coupe franchement la muqueuse, sans la déchirer ni la contusionner. Certes, que des lithotriteurs aussi habiles et aussi expérimentés que MM. Guyon et Thompson, et quelques autres de nos maîtres, puissent aller saisir le calcul, le broyer, extraire tous les fragments en une seule séance, sans produire la moindre éraillure à la muqueuse et remporter, dans ces cas difficiles, de véritables triomphes, nous n'en disconvenons pas. Mais nous persistons à croire que, dans ces circonstances délicates, la lithotritie pratiquée par une main peu exercée, peu sûre d'elle-même, serait bien exposée à procurer beaucoup moins de chances de succès au malade que la taille hypogastrique qui, pour être bien faite, exige beaucoup moins d'adresse et d'habitude. L'habileté du chirurgien doit donc ici, comme dans beaucoup d'autres opérations, entrer en ligne de compte.

D'ailleurs M. Thompson lui-même ne semble-t-il pas avoir comme une espèce de remords, quand il dit : « Une dernière observation pratique que je veux présenter concerne la proportion relative des cas de gravité moyenne à allouer à chaque opération. Avec mon expérience actuelle, je pense que si j'avais de nouveau à opérer dans ces 500 cas, j'en traiterais plus que je ne l'ai fait (78/422) par la lithotomie. Certainement, dans mes 100 derniers cas, j'ai trouvé juste d'en assigner plus à la cystotomie que dans les 100 précédents, et le résultat m'a satisfait. »

Tels sont les cas qui nous paraissent devoir être revendiqués par la taille hypogastrique. On voit que les *indications de cette dernière* sont tirées surtout des *contre-indications de la lithotritie*. Nous aurions pu encore discuter si, dans certains autres cas rares où la lithotritie est difficile ou impraticable (calculs trop durs, vessie irritable, contractée sur la pierre, etc., etc.),

il faudrait avoir recours à la taille hypogastrique de préférence à la taille périnéale. Nous laissons ce soin à d'autres plus expérimentés et plus autorisés que nous. Nous ne voudrions pas, tombant dans l'excès, être trop injuste et répudier une méthode qui a depuis longtemps fait ses preuves et dont les chirurgiens habiles pourront encore, dans certaines circonstances, se servir avec avantage.

Après cet exposé, on ne nous accusera pas, nous l'espérons, de faire la part trop belle à la taille sus-pubienne, puisque nous ne lui abandonnons que les cas les plus mauvais, les plus désespérés. Mais qu'on ne vienne pas nous dire, après cela, se fondant sur la statistique, que c'est une mauvaise méthode, qui doit passer, comme le disait Dolbeau, qui ne l'avait jamais pratiquée, à l'état d'opération historique. Dit-on de la trachéotomie que c'est une mauvaise opération parce que le quart, ou le tiers des opérés meurent ? Nous voulons seulement voir rendre à la taille hypogastrique la même justice qu'à cette dernière. Comme elle, elle ne s'adresse qu'à des cas désespérés. N'est-ce pas pure injustice ensuite de noircir sa réputation par tous les insuccès, qui ne relèvent que du malade, et d'avoir l'air de considérer les merveilleux résultats dont elle peut être suivie, comme de simples effets du hasard ? Nous ne doutons pas qu'appliquée indistinctement à tous les cas, elle ne puisse aussi, avec les progrès de la chirurgie contemporaine, fournir une statistique brillante et gagner beaucoup de prestige. Mais ce serait, à notre époque, être trop ignorant ou trop audacieux pour vouloir la poser comme rivale d'une méthode aussi merveilleuse et aussi perfectionnée que la lithotritie. C'est son humble, mais utile succédanée. Elle a ses indications qu'on ne sait pas assez observer. Obéissant à des préjugés ridicules, on n'y a souvent recours qu'après avoir épuisé tous les autres moyens, torturé le patient, compromis sa santé, et on ne semble l'appeler en dernier lieu que pour venir endosser la responsabilité de désastres, dont elle n'est pas coupable.

CONTRE-INDICATIONS

On a pu comprendre, d'après ce qu'on vient de lire, que nous ne reconnaissons pour ainsi dire aucune contre-indication à la taille hypogastrique. Les graves circonstances dans lesquelles elle intervient sont causées et provoquées par la présence du calcul. Si la vie du malade peut être sauvée, c'est par l'extraction de ce dernier. Il ne faut donc pas, par amour-propre ou par respect de sa réputation, refuser au patient une chance de salut, si minime qu'elle soit. On peut par l'intervention, avancer la mort de quelques jours, de quelques mois peut-être. Cette considération ne doit pas entrer en ligne de compte, en face de la possibilité de la guérison.

En terminant ce chapitre, nous le répétons encore : La lithotritie doit être la méthode générale de traitement des calculs vésicaux, la taille hypogastrique, la méthode d'exception. Mais il faut pratiquer cette dernière franchement, et non à contre-cœur, toutes les fois qu'elle est indiquée, sans recourir préalablement à d'autres méthodes, qui ne peuvent dans beaucoup de cas que donner de mauvais résultats, aggraver l'état du malade, et rendre ainsi le terrain plus mauvais pour la taille hypogastrique.

La taille sus-pubienne, nous en convenons, sera une opération relativement rare. Est-ce à dire qu'elle disparaisse jamais de la pratique, comme l'ont écrit certains auteurs, et en particulier Dolbeau, Bouisson, parce que le patient, plus prévenu et plus instruit de la gravité de son mal, ne laissera pas grossir sa pierre, et viendra se mettre de bonne heure entre les mains du chirurgien ? Nous sommes persuadé du contraire. Il y aura toujours des calculs échaotonnés, des urèthres rétrécis, irritables, des pierreux avec lésions rénales, des hypertrophies de la prostate, et même de volumineux calculs. M. Desnos écrit avec raison : « Il y aura toujours de gros calculs ; les moyens diagnostiques sont actuellement d'une grande sûreté, et quand ils

deviendraient tellement précis que personne ne puisse méconnaître une pierre dans la vessie, il faudrait encore que celle-ci donnât toujours lieu à des symptômes. Or, il y a des sujets qui portent depuis de longues années un calcul sans en être incommodés, sans que la moindre douleur, la moindre gêne les avertisse de la présence du corps étranger. »

Tout ce que nous venons de dire des indications et contre-indications de la taille hypogastrique s'applique plus particulièrement à l'homme adulte ou au vieillard. Il nous reste maintenant à dire quelques mots de la taille hypogastrique chez la femme et l'enfant.

TAILLE HYPOGASTRIQUE CHEZ LA FEMME

Les indications de la taille hypogastrique sont bien plus restreintes chez la femme que chez l'homme. Chez elle, en effet, grâce à la brièveté de l'urèthre et à sa facile dilatation, on peut arriver à extraire sans aucune opération sanglante des pierres d'un volume déjà assez sérieux. Depuis la nouvelle méthode de lithotritie à séances prolongées, on pourra même venir à bout de calculs relativement volumineux, en combinant le broiement avec la dilatation. Seules, les pierres à la fois volumineuses et dures réclameront l'emploi soit de la taille vésico-vaginale, soit de la taille hypogastrique. Nous ne cachons pas nos préférences pour cette dernière. Nous pourrions faire ici à peu près les mêmes remarques que pour l'homme. Ou bien on a affaire à des calculs de petite ou de moyenne dimension, et alors la dilatation combinée ou non avec la lithotritie suffira pour délivrer la femme ; ou bien il s'agit de calculs volumineux et durs, et alors la taille vésico-vaginale, qui ne donne pour l'extraction de la pierre qu'un orifice de 3 à 4 centimètres de longueur, permettra-t-elle toujours de mener l'opération à bonne fin ? On a dû, dans certains cas, pour terminer l'opération, avoir recours au broiement avec un instrument lithotriteur introduit par la plaie vésico-vaginale. Mais ce broiement sera-t-il toujours facile ?

Si la taille hypogastrique a ses inconvénients, la taille vésico-

vaginale est-elle indemne de tout danger? L'extraction d'un calcul volumineux ne pourra-t-elle pas entraîner à sa suite, soit une fistule persistante, si le calcul a déchiré ou contusionné la muqueuse, soit une incontinence d'urine, si, pour faciliter l'extraction, on a prolongé trop en avant l'incision et sectionné le col?

La taille vésico-vaginale présente encore plus d'inconvénients et de difficultés chez la petite fille ou chez la femme vierge, et nous aurions recours sans hésitation à la taille hypogastrique dans tous les cas où la dilatation et la lithotritie seraient demeurées impuissantes.

Pourquoi rejette-t-on la taille hypogastrique chez la femme? Parce que, dit-on, la vessie, chez elle, par suite de la brièveté de l'urètre et de la faiblesse du sphincter vésical, ne peut retenir le liquide de l'injection, et qu'alors l'opération devient difficile et dangereuse à cause de la présence du péritoine. Cette objection est plus spécieuse que réelle. Le doigt d'un aide introduit dans le vagin peut comprimer l'urètre contre le bord inférieur du pubis et empêcher le liquide de l'injection de sortir de la vessie. Et n'aurait-on pas ce moyen à sa disposition qu'on pourrait se servir avec succès de la sonde à dard vulgaire ou d'une sonde métallique cannelée sur sa concavité. Celle-ci introduite dans la vessie pourrait parfaitement, comme nous l'avons déjà dit, développer la face antérieure de l'organe et repousser en haut le cul-de-sac, qu'on relèverait et protégerait encore avec le doigt, avant d'inciser le réservoir urinaire. Frère Côme, avec la sonde à dard, n'a guère blessé le péritoine et a obtenu, précisément chez la femme, comme nous l'avons vu, des résultats très satisfaisants.

Nous reconnaissons toutefois que la taille hypogastrique, chez la femme, d'après le procédé de Petersen, est moins facile que chez l'homme. Il faudrait placer le ballon dans le rectum. Le ballon se développe difficilement dans le vagin: s'il pouvait s'y dilater et s'y maintenir, il aurait l'avantage de comprimer le canal de l'urètre, et d'empêcher la sortie du liquide contenu dans la vessie.

TAILLE HYPOGASTRIQUE CHEZ L'ENFANT.

La lithotritie à séances prolongées, aidée de l'anesthésie chloroformique, est actuellement la méthode de choix chez les enfants. Toutefois, pour les pierres dures et volumineuses et pour tous les cas où la lithotritie demeure impuissante, nous croyons qu'il faut choisir de préférence la taille hypogastrique. L'opération est facilitée chez l'enfant par la situation abdominale de la vessie qui rend même l'emploi du ballon inutile. Nous rappellerons toutefois que, chez lui, la vessie est peu large, le péritoine descend bas sur les côtés, dispositions qui doivent engager l'opérateur à se tenir aussi exactement que possible sur la ligne médiane. La taille uréthrale, nous le reconnaissons, donne de bons résultats chez l'enfant; mais elle n'ouvre pas une voie assez large, et elle offre au moins autant d'inconvénients que la taille hypogastrique (blessure du rectum, émascation par lésion des canaux déferents, etc., etc.)

Beaucoup d'auteurs ont vanté la taille hypogastrique chez les enfants, comme nous l'avons vu dans le cours de notre travail; nous citerons plus particulièrement Gunther, Bardeleben, Podratzki, Krabbel, von Gondœver. Ajoutons que les faits plaident en sa faveur. Mynlieff établit une statistique de 12 cas de taille hypogastrique pratiquée chez les enfants sans un seul insuccès. Makawejew (cité par Etienne), rapporte dix cas également chez les enfants avec 2 morts seulement, dont une d'érysipèle.

Nous croyons aussi que la suture, si on voulait la pratiquer, serait plus facile chez l'enfant et plus susceptible de donner de bons résultats que chez l'adulte.

DE QUELQUES AUTRES INDICATIONS DE LA TAILLE HYPOGASTRIQUE

1^o CORPS ÉTRANGERS DE LA VESSIE.

La taille, en général, est souvent indiquée dans les cas de corps étrangers de la vessie, alors que ces derniers sont impos-

sibles à extraire par le canal de l'urèthre et par les procédés ordinaires. S'ils séjournent assez longtemps dans la vessie, ils deviennent d'ailleurs de véritables calculs, en se couvrant de sels calcaires, particulièrement de phosphates ammoniacomagnésiens. Souvent la lithotritie est impuissante contre cette variété spéciale de calculs, parce que le noyau formé par le corps étranger peut être dur et non susceptible du broiement. Pour pouvoir poser les indications de la taille sus-pubienne dans les différents cas, il faudrait faire une longue étude des corps étrangers, examiner leur forme, leur nature, leur consistance. Ce serait sortir de notre sujet.

Disons d'une manière générale qu'il faudra employer la taille hypogastrique dans les cas où le corps étranger sera volumineux, de forme irrégulière, et quand, ayant son orifice d'entrée au-dessus du pubis, il aura pu créer une voie dont on profitera pour aller à sa recherche.

Ceux qui voudraient étudier ce sujet d'une façon plus particulière pourront consulter avec fruit l'article bien connu de M. Denucé (Corps étrangers de l'urèthre et de la vessie, *Journal de Médecine de Bordeaux* 1856), et la thèse récente de M. Maitrait, de Lyon, où ils trouveraient de précieux documents sur les corps étrangers de la vessie.

2^o TUMEURS DE LA VESSIE.

Les tumeurs de la vessie peuvent constituer une indication de la taille hypogastrique.

Billroth et Volkmann, dans ces dernières années, ont fait deux belles opérations de taille sus-pubienne combinée avec l'incision périnéale pour des tumeurs de la vessie. Nous ne résistons pas à la tentation de les rapporter brièvement.

1^{er} CAS de BILLROTH. — Myôme de la vessie.

(Observation rapportée par Gussenbauer, dans les archives de Langenbeck, traduite dans la Revue Médicale de l'Est 1875, et passim.)

Enfant de 12 ans, porteur d'une tumeur de la vessie qu'on pouvait palper pardessus la symphyse aussi bien que par le rectum, et toucher avec la sonde exploratrice. Billroth traça le plan suivant :

Pratiquer d'abord la taille latéralisée, afin de permettre au doigt explora-

teur introduit dans la cavité vésicale de vérifier le diagnostic, de reconnaître le siège de la tumeur, la largeur de la base d'implantation, et peut-être aussi de son pédicule. La taille périnéale permettrait aussi de procurer un écoulement incessant à l'urine. Avec la taille par le haut appareil, on couperait ensuite la tumeur à sa base, peut-être avec l'écraseur.

Billroth suivit ce plan point à point. La portion prostatique du canal et la prostate ne furent incisées que dans une petite étendue. Le doigt introduit dans la cavité vésicale, reconnu aussitôt qu'une tumeur de la grosseur du poing à peu près, bosselée à sa surface, était implantée sur la paroi postérieure du réservoir et s'étendait jusqu'au fond de l'organe.

On pratiqua ensuite la taille sus-pubienne. Pour agrandir le champ opératoire, on détacha par une incision horizontale les muscles droits de leur insertion au pubis; on élargit aussi dans le sens transversal l'ouverture de la vessie. En introduisant un indicateur par la plaie périnéale, l'autre par la plaie hypogastrique, le professeur Billroth put acquiescer la conviction que la tumeur ne pouvait pas être étreinte par la chaîne de l'écraseur, car elle avait une insertion trop large. Billroth se décida à déchirer la tumeur à sa base, et à la disséquer, après avoir fait sur elle une ligature en masse à cause de l'hémorrhagie. L'incision du pédicule fut pratiquée: mais la vessie avait subi une légère inversion. On plaça 2 ligatures sur le lieu d'insertion de la tumeur; et les fils furent dirigés par la plaie sus-pubienne. On fit passer par la vessie un tube de drainage sortant par la plaie périnéale. Le patient était parfaitement guéri au bout de 33 jours.

2^e CAS de VOLKMANN. — Myôme.

(Résumé d'après Archives Gén. de Médecine.)

Homme de 54 ans, troubles du côté de la vessie: sensation de brûlure, ischurie, hématurie. En introduisant deux doigts de la main gauche dans le rectum, en même temps que la main droite appuyait sur la paroi abdominale, on reconnut dans la partie supérieure de la vessie, l'existence d'une tumeur dure, mobile, de la grosseur d'un œuf de poule.

Même procédé d'opération que Billroth. Boutonnière urétrale. Vérification du diagnostic par le doigt introduit dans la cavité vésicale. Taille hypogastrique. Dès qu'on eut écarté les lèvres de la plaie, on vit se présenter la tumeur, de coloration violette, sillonnée de veines variqueuses. Pédicule au sommet de la vessie, très-court, mou. Tumeur engagée dans la plaie de la vessie, en s'aidant par le rectum, saisie avec une pince de Museux et extraite. Lavage phéniqué. Sonde en gomme introduite dans la vessie par la plaie du périnée.

Le surlendemain de l'opération, symptômes de péritonite, et mort le jour suivant.

3^e Enfin Liston, au dire de Knox (cité par Gussenbauer, eodem loco) aurait aussi enlevé un kyste de la vessie par la taille hypogastrique. Le cathéter introduit dans la vessie du sujet en question arrivait sur un corps étranger qui se laissait déprimer, mais qui reprenait aussitôt sa première forme, dès qu'on éloignait le cathéter. Sans plus grands préparatifs, Liston aurait

ouvert avec un bistouri droit, la cavité vésicale au-dessus de la symphyse; le kyste s'échappa par les lèvres de la plaie, et tomba en glissant dans la main de Knox, qui assistait Liston. On ferma la plaie de la vessie. Le patient guérit, et vécut encore pendant quelque temps.

3^o HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

Petersen a vanté, mais d'une façon toute théorique, l'emploi de la taille hypogastrique dans les cas d'hypertrophie de la prostate et de rétention d'urine, alors surtout que le lobe moyen formant tumeur obture à la façon d'une soupape l'orifice interne du canal de l'urèthre. La taille hypogastrique, mettant à découvert l'intérieur de la vessie, permettrait de voir et d'enlever une portion de la prostate ou de pratiquer le cathétérisme postérieur.

La taille hypogastrique est-elle pour les cas que nous venons de citer (*tumeurs de la vessie, hypertrophie de la prostate*), destinée à rendre de grands services? Il est permis d'en douter. La difficulté d'un diagnostic précis, la crainte d'une intervention inutile arrêteront bien souvent les chirurgiens prudents. Il ne faut pas demander à cette opération plus qu'elle ne peut donner.

4^o RÉTRÉCISSEMENTS INFRANCHISSABLES DE L'URÈTHRE

La taille sus-pubienne, ou plutôt l'ouverture sus-pubienne de la vessie a été proposée aussi, dans ces dernières années, comme traitement de certains cas de rétrécissements infranchissables de l'urèthre. Nous nous rappelons qu'assistant en 1877 à une opération d'urèthrotomie externe, pratiquée par M. Guyon, et dans laquelle l'extrémité vésicale du canal de l'urèthre fut longue et difficile à trouver, nous avons entendu dire à M. Guyon lui-même, qu'on pourrait, dans ces cas, se tirer avantageusement d'embarras en faisant l'ouverture sus-pubienne de la vessie et le cathétérisme postérieur.

Nous renvoyons ceux qui voudraient étudier plus longuement ce sujet aux Mémoires de Callender, Mac-Dougall, Howse, Leisrink, qu'on trouvera cités dans l'*Index bibliographique*. —

Nous rappellerons aussi la très belle et très intéressante observation de Vallet.

Enfin, M. Duplay vient de publier un Mémoire sur la question dans les *Archives générales de médecine*, et rapporte un cas de *cathétérisme rétrograde* pratiqué pour remédier à un rétrécissement infranchissable de l'urèthre et suivi d'un succès complet.