

APPENDICE

Notre travail terminé au mois d'octobre 1882 et déposé à l'Assistance publique n'a pu être publié qu'au mois d'août 1883. Dans l'intervalle qui s'est écoulé entre ces deux époques, de nouveaux articles ou Mémoires ont paru sur la taille hypogastrique. Les points dignes d'intérêt que nous avons pu trouver dans ces travaux ont déjà été en grande partie consignés en notes dans le cours de notre ouvrage. Nous nous proposons toutefois, dans ce chapitre additionnel, de mentionner ou d'analyser rapidement les derniers travaux parus sur la taille sus-pubienne.

Notre collègue Broussin en a fait, l'année dernière, le sujet de sa thèse inaugurale. Il rapporte surtout les opérations et la pratique de son maître, le professeur Guyon. Les principales indications de la taille hypogastrique, d'après Broussin, sont : 1° Le volume et la dureté du calcul; 2° l'enchatonnement du calcul; 3° l'hypertrophie considérable de la prostate. Elle est encore indiquée pour le traitement de l'hypertrophie de la prostate et des tumeurs de la vessie. Dans les cas où la lithotritie est impuissante, Broussin préfère la taille périnéale pour les enfants, à cause de sa facilité et de son innocence relative, et la taille vésico-vaginale pour la femme.

Reclus (*La Taille hypogastrique, Gaz heb.* 1882, p. 813) vante les avantages de l'opération et décrit le Manuel opératoire suivi en France par MM. les docteurs Guyon et Périer. Il conclut en disant que la taille sus-pubienne devient la méthode de choix, si du moins on met la lithotritie hors de cause, et semble devoir remplacer définitivement la taille périnéale et ses divers procédés.

Monod, (même journal, janvier 1883, p. 62) dans une lettre

adressée à M. Reclus, expose ses idées sur la taille hypogastrique qu'il a pratiquée six fois. Il fait ressortir les avantages du procédé de Petersen qui sont surtout, d'après lui, le soulèvement de la vessie et son accollement à la face postérieure du pubis, ce qui permet à l'opérateur de faire l'incision de l'organe et l'extraction de la pierre sans porter atteinte au tissu cellulaire rétro-pubien. C'est là un précieux avantage, car le principal écueil de la taille hypogastrique n'est ni l'ouverture possible du péritoine, ni l'infiltration d'urine tant redoutée, mais bien l'*inflammation putride* du tissu cellulaire rétro-pubien.

Mais M. Monod prétend, bien à tort, selon nous, que le ballonnement du rectum ne fait point remonter le cul-de-sac péritonéal.

Quant à la suture de la vessie dans la taille hypogastrique, c'est une question encore à l'étude.

Chez un de ses opérés, l'injection vésicale a déterminé une rupture ou une fissure de la vessie probablement extra-péritonéale, car le malade n'a eu aucun accident consécutif et a parfaitement guéri.

M. Monod termine en disant : « Grâce à la vigoureuse impulsion et à la haute autorité du professeur Guyon, la taille hypogastrique paraît reprendre définitivement droit de cité parmi nous. Le « changement de front » est complet. Les tailles périnéales, plus dangereuses et moins efficaces, sont abandonnées. Lithotritie ou cystotomie sus-pubienne, c'est à ces deux termes que paraît devoir se réduire aujourd'hui la question du traitement chirurgical des calculeux. »

M. Duchastelet, élève de M. Guyon, a publié, dans la *Revue de Chirurgie* du mois de février, un article intéressant contenant *quelques considérations sur le relèvement du cul-de-sac du péritoine et sur la suture de la vessie (cystorrhaphie hypogastrique.)*

Duchastelet a expérimenté le procédé de Petersen sur six cadavres et est arrivé aux conclusions suivantes :

1° La face antérieure de la vessie peut, grâce au relèvement du cul-de-sac péritonéal, à la suite de la dénudation du fascia transversalis celluleux, présenter une partie dégarnie de péri-

toine suffisante pour permettre une incision de six centimètres et l'application du cystorraphe.

2° Pour une même quantité de liquide injectée dans la vessie du vivant et dans celle du cadavre, le relèvement du cul-de-sac péritonéal est plus considérable chez le premier que chez le second.

3° La peau et le tissu cellulaire étant incisés, il paraît préférable de faire l'incision de la ligne blanche de bas en haut en la commençant au niveau de la base du triangle inter-pyramidal. »

Quant à la suture de la vessie, M. Duchastelet a eu la même idée que nous, il a pensé également à la possibilité d'établir la suture préalable. A cet effet, il a imaginé un instrument ingénieux qu'il appelle *cystorraphe* et dont le mécanisme est assez nettement expliqué par les figures ci-jointes.

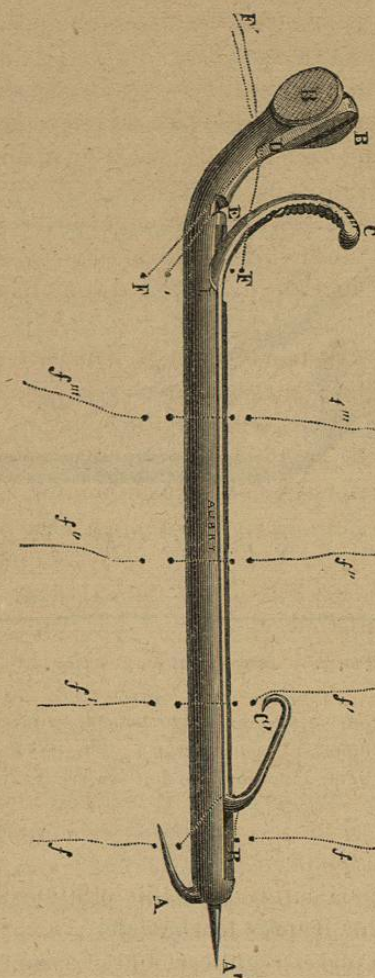


FIG. 8. — Instrument armé.

Les points de suture ff, ff, f' f', placés suivant la méthode de Lembert. E, encoche où repose le premier fil FF, fixant supérieurement la branche femelle AB, et dont les chefs, passés dans la fente D, puis rassemblés en F, maintiennent le cul-de-sac péritonéal relevé. A, crochet courbé accrochant la vessie derrière le pubis. A', pointe mobile pouvant remplacer le crochet A.

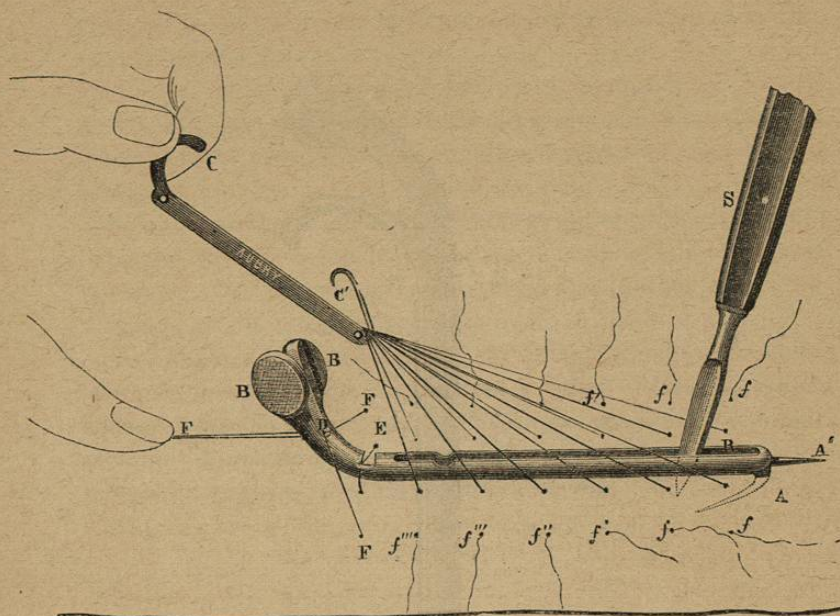


FIG. 9. — Instrument en fonction.

La tige mâle CC' a été retirée de la tige femelle en faisant échapper successivement ses tourillons TT par le cran I; son crochet C a écarté les anses médianes de la ligne d'incision que doit suivre le bistouri S par la rainure R.

Les avantages de la suture préalable pratiquée à l'aide de cet instrument seraient, d'après Duchastelet :

1° Permettre de placer régulièrement et symétriquement les fils, alors que la vessie encore pleine est facilement abordable à la vue et au toucher, et que l'urine et le sang n'ont pas obscurci le champ opératoire.

2° Être guidé pour la longueur et la direction de l'incision, le bistouri étant contenu dans la cannelure à jour de l'instrument invariablement fixé sur la vessie.

3° Pouvoir fermer rapidement la plaie, en adossant des surfaces aptes à une réunion rapide et hermétique.

Le procédé de suture préalable de M. Duchastelet se rapproche beaucoup du nôtre, comme on le voit. Il s'en éloigne cependant sur un point capital qui est le suivant : dans le procédé de Duchastelet, les fils sont posés avant toute incision de la vessie ; dans le nôtre, les fils ne sont posés qu'après incision de la paroi vésicale, ce qui nous permet de saisir dans l'anse du fil l'épaisseur de fibres musculaires que nous jugeons convenable. En outre, nous n'avons besoin d'aucun instrument spécial, ce qui est toujours un avantage.

Nous n'avons eu ni le temps ni l'occasion d'expérimenter l'instrument de M. Duchastelet ; aussi, comme les critiques que nous pourrions lui adresser seraient purement théoriques, nous aimons mieux nous en abstenir. Nous reconnaissons tout au moins qu'il est ingénieux, et à ce titre, nous avons voulu le reproduire dans notre ouvrage. Nous remercions vivement M. Duchastelet de l'obligeance avec laquelle il a mis ses clichés à notre disposition.

M. Villeneuve vient de publier dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* un cas de taille hypogastrique pratiquée avec succès sur une jeune fille pour un double calcul développé autour d'une épingle à cheveux.

M. Périer, notre maître, (Communication orale) a fait avec succès trois nouvelles opérations détaillées sus-pubienne ; les observations seront publiées ultérieurement.

Nous terminerons en signalant les remarquables articles que le professeur Guyon, si autorisé en pareille matière, a consacré à la taille hypogastrique, dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* (décembre 1882 et janvier 1883). Nous en avons déjà relaté les points principaux dans le cours de notre travail, et insisté surtout sur des détails minutieux du manuel opératoire qui ont une grande importance, ce qui nous permettra d'être bref, sous peine de nous répéter.

M. Guyon rapporte 8 opérations de taille hypogastrique qu'il a pratiquées sur des hommes âgés, il a eu 5 guérisons. Une seule fois, la mort a été imputable à l'opération (infiltration purulente sous-péritonéale). Cette statistique est très satisfaisante, si on tient compte du volume du calcul chez les opérés et

des conditions éminemment défavorables, dans lesquelles l'intervention a eu lieu.

Le ballonnement du rectum a perfectionné le manuel opératoire de la taille hypogastrique en la rendant à la fois plus facile et plus sûre; mais les difficultés et les dangers de l'opération ne sont pas écartés par le ballonnement. Même avec le procédé de Petersen, le *refoulement du péritoine est nécessaire*: presque dans toutes ses opérations, M. Guyon a vu ou fait voir le cul-de-sac péritonéal et, quoiqu'en dise Petersen, il eut été facile de l'atteindre en opérant « maladroitement ».

M. Guyon expose minutieusement le manuel opératoire, parle longuement des injections à faire soit dans la vessie, soit dans le ballon rectal, de leur quantité, de la façon d'y procéder, vante le drainage imaginé par M. Perier, conseille l'emploi de la sonde à demeure... etc. etc... Tous ces points ont été relevés dans notre travail: nous n'y revenons pas.

La suture de la vessie, d'après M. Guyon, est inutile.

L'indication de la taille hypogastrique n'est définitive que dans trois cas: lorsque le volume de la pierre avoisine, atteint ou dépasse six centimètres, lorsqu'après une préparation convenable et l'emploi de manœuvres appropriées, il n'a pas été possible de franchir la prostate: enfin, lorsqu'il a été démontré par une tentative méthodique et complète de lithotritie que le calcul est incassable et insaisissable.

A moins qu'on ne se trouve en présence de calculs très volumineux et très durs, il faut toujours au moins essayer la lithotritie avant de procéder à la taille.

Les lésions rénales et la néphrite interstitielle ne constituent pas une contre-indication à l'intervention, qui peut parfois même les amender.

Pour le traitement chirurgical des calculs volumineux, chez la femme, M. Guyon emploierait de préférence la taille vaginale, ou encore mieux le broiement combiné avec l'extraction après dilatation modérée de l'urèthre.

La taille hypogastrique peut rendre de grands services pour l'extraction de certains corps étrangers. Elle a été conseillée également pour l'extraction des tumeurs vésicales; mais avant

de la tenter, le diagnostic aura dû être précisé de telle sorte que son utilité soit justifiable. « Ce sera certainement là, dit en terminant M. Guyon, un des écueils de l'application de la taille hypogastrique au traitement des tumeurs de la vessie. »