

vriens plus admettre le traitement des rétrécissements par dilatation, les réductions de luxation par manœuvres externes, le taxis dans les hernies, il faudrait tout soumettre au couteau. Or l'antisepsie est-elle un *but* ou un *moyen*? Assurément c'est un *moyen* de guérison. Donc s'il en existe un meilleur, il faut l'employer. Or il n'est pas encore prouvé que la litholapaxie ne donne pas de meilleurs résultats que la taille antiseptique. Nous concéderons cependant à Volkman que les récidives sont plus probables après l'écrasement qu'à la suite de la taille.

Dans une monographie récente, Usiglio a réuni 306 cas de litholapaxie et a trouvé une mortalité de 4 0/0. Tuffier a trouvé une mortalité de 5 0/0. Ce sont là d'excellents résultats et qui montrent bien quel immense progrès cette nouvelle méthode a réalisé.

Nous ne nous déciderons définitivement sur le choix du procédé que lorsque nous aurons parlé de la taille.

Parallèle des diverses tailles. — Comparons maintenant entre eux les différents procédés de taille. Si cette opération n'avait pas son histoire, et s'il fallait la faire aujourd'hui pour la première fois, quelle est la méthode que nous choisirions, en nous fondant naturellement sur notre expérience chirurgicale acquise par ailleurs et sur nos connaissances anatomiques? Chacun répondra naturellement que nous aurions recours à la taille hypogastrique. Comment n'en serait-il pas ainsi? Le calcul est dans la vessie; cette dernière est derrière la symphyse, et en ce point n'est pas recouverte du péritoine; elle se laisse facilement ouvrir après que l'on a incisé les parois abdominales au niveau de la ligne blanche; le calcul est extrait, et la plaie vésicale suturée. Ce serait à mon avis l'idée qui viendrait à tout le monde. Si quelqu'un proposait de s'ouvrir un chemin par le périnée, d'inciser entre le corps caverneux gauche et l'urèthre, d'ouvrir l'urèthre, la prostate, en entaillant la portion postérieure du col vésical, tout en ayant la prétention d'éviter le rectum et de respecter les canaux éjaculateurs, nous le prendrions à coup sûr pour un original. Ne considérerions-nous pas comme un homme bizarre, celui qui au lieu de ponctionner la vessie au-dessus de la symphyse, la ponctionnerait par le périnée? Celui qui aurait recours à la taille latérale, nous paraîtrait rechercher les choses les plus compliquées et les plus difficiles pour ne pas faire les choses comme tout le monde. Mais, il irait plus loin. « Ce chemin compliqué, dirait-il, vous devez le suivre dans l'obscurité; vous poursuivrez votre incision sans voir clair jusqu'à ce que vous tombiez dans la vessie ». Nous croirions à peine à la possibilité de la chose et quand il nous montrerait son malade guéri, nous ferions

à coup sûr à l'opérateur compliment de son adresse, en lui demandant comment il s'est arrêté à ce procédé? « Mon père était tailleur de pierres nous répondrait-il, mon grand-père aussi, bref tous mes aïeux exerçaient ce métier; le procédé s'est perpétué de génération en génération dans notre famille ». Singulière famille! dirions-nous en haussant les épaules.

Or c'est nous-mêmes qui composons cette famille singulière. Nous aussi, nous avons opéré de cette façon parce que les tailleurs de pierre nous l'avaient enseigné. Nous avons réussi; la taille latérale fut dans tout l'univers la méthode de choix et on se contenta de ses résultats. Keith, en réunissant plus de 3.500 opérés par des chirurgiens américains et européens, n'a-t-il pas trouvé seulement une mortalité de 15 0/0? Parmi ces malades il en est il est vrai qui ont été opérés par Cheselden et Dupuytren pour des cas légers et qui de nos jours seraient opérés par la lithotritie. Si on compulse les résultats obtenus de nos jours, on trouve que la mortalité est tombée de 20 0/0, à 11 0/0 (Freyer) et même à 8 0/0 (Rosenthal), et ces résultats nous satisfont parfaitement. Ces chiffres démontrent brillamment, en effet, l'adresse des chirurgiens. Les instruments sont construits avec intelligence; ils sont entretenus avec toutes les précautions possibles. Tout est prévu, mesuré à l'avance; la tenue du couteau, et chaque mouvement qui doit lui être imprimé, tout cela a été parfaitement décrit, et en somme l'opération réussit; les instruments nouveaux plus compliqués font de cette opération un vrai jeu. Cela est vrai, mais tout cela a bien les caractères d'un *métier*; ce en quoi l'opération ne renie pas son origine, d'ailleurs, car on la doit à des gens qui en faisaient réellement métier.

On pourrait supposer qu'à une époque très éloignée on aurait eu recours à la taille hypogastrique, si la crainte de blesser le péritoine n'avait déterminé les chirurgiens à l'abandonner et à la remplacer par la taille périnéale. Cela n'est pas probable. Vu les notions anatomiques incomplètes que possédaient ces chirurgiens, il est fort probable qu'ils n'ont même jamais songé à retirer la pierre par la voie antérieure. N'y avait-il pas la symphyse à ce niveau, et derrière elle les intestins! comment aurait-on pu inciser pour se diriger vers le calcul? Tout devait donc porter à recourir à la taille périnéale; c'est à ce niveau que le malade ressent la douleur sourde due au poids de la pierre, c'est donc là qu'il fallait chercher; c'est pourquoi on pria le malade de sauter plusieurs fois d'une table par terre avant l'opération, afin que le calcul tombât sur le point le plus déclive de la vessie.

On pouvait aussi refouler la pierre contre le périnée; c'était là qu'elle proéminait, là qu'elle n'était recouverte que par de la « chair ». On opérait sur le côté gauche pour ne pas opérer sur la ligne médiane, le raphé étant considéré comme un *locus lethalis*, probablement parce qu'on connaissait des accidents survenus à la suite de blessure du bulbe.

Lorsqu'au XVI^e siècle, la lithotomie uréthrale de Marianus Sanctus fit son