

la taille hypogastrique. On enseignait partout que la taille hypogastrique ne devait être faite que lorsque la pierre était très grosse. Or dans un bon nombre de cas, où la pierre était volumineuse, on avait fait néanmoins la taille latérale, mais sans succès ; on fit alors séance tenante la taille hypogastrique qui permit de retirer le calcul ; et sur 19 de ces opérés, 7 purent encore guérir (Dulles). Si la taille hypogastrique combinée à la taille périnéale donne encore des résultats semblables, il faut bien que la taille hypogastrique elle-même ne soit pas si dangereuse qu'on voulait bien le dire.

Pourquoi, à part Souberbielle, personne n'a-t-il essayé d'employer la taille hypogastrique dans les cas favorables ? Un traitement indiqué dans les cas les plus graves ne peut-il donc être essayé dans des cas plus faciles ? Pourquoi n'aurait-on pas ouvert la vessie en avant, pour retirer une pierre de volume moyen, ou même de petit volume ? Pourquoi ouvrait-on l'urèthre et la prostate ? Parce qu'on croyait démontré que la taille périnéale était moins dangereuse que la taille hypogastrique. Or la taille hypogastrique ayant été partout abandonnée et surtout n'ayant jamais été exécutée dans les cas faciles, je n'hésiterai pas à dire que les griefs portés contre elle n'étaient nullement fondés.

Il n'y a pas ici à mettre en ligne les résultats beaucoup inférieurs de la taille hypogastrique ; Dulles a noté sur 364 tailles hypogastriques une mortalité de 28 0/0 ; cette statistique est assurément moins bonne que celle de Keith pour la taille latérale ; mais ces deux statistiques ne peuvent pas se comparer, car les cas opérés par la taille hypogastrique sont ceux qui étaient les plus graves. Dulles a calculé que le poids moyen des calculs opérés par la taille hypogastrique était de 120 grammes ; or ceux qui furent extraits par la taille latérale n'atteignaient que la moitié de ce poids. Si on voulait comparer les deux procédés, il faudrait mettre de côté les cas faciles qui ont été opérés par la taille latérale. Or Dulles a montré qu'en comparant les résultats obtenus dans les cas où le calcul pesait 60 grammes et plus, ceux de la taille hypogastrique étaient bien supérieurs à ceux de la taille périnéale ; de 30 à 60 grammes, les deux méthodes ont des résultats à peu près égaux.

Les proportions *pour cent* n'ont d'ailleurs ici aucune espèce de valeur. Si on ne considère qu'un petit nombre de cas opérés par un procédé, et un nombre considérable de cas opérés par l'autre, on comprend que les statistiques ne peuvent donner que des idées fausses sur ces méthodes. Or Keith a exécuté 14 fois la taille hypogastrique et 529 fois la taille latérale. Il ne serait pas difficile de trouver 14 ovariectomies suivies de mort ; devrions-nous les comparer aux 500 ovariectomies faites aujourd'hui ? Je répète donc que toutes les accusations

portées contre la taille hypogastrique ne sont fondées sur aucun fait certain.

Un procédé qui est dans les cas difficiles plus favorable que la taille latérale, peut-il réellement être plus défavorable dans les cas faciles ? On pourrait en effet le soutenir. Dans les écrasements complets d'un membre, l'amputation donne de meilleurs résultats que la conservation ; tandis que dans les traumatismes légers, c'est le contraire. La taille hypogastrique pourrait présenter des dangers qui dans les cas graves ne pourraient pas entrer dans la balance parce que les dangers de la taille latérale seraient plus grands dans ces cas graves. Et on pourrait croire que les dangers de la taille hypogastrique ne descendent jamais au-dessous d'un certain niveau. Nous pourrions par exemple supposer que les dangers soient dus à une cause constante, qui existe aussi bien dans les petites pierres que dans les grosses, par exemple, au voisinage du péritoine ; s'il en était ainsi, on comprendrait sans peine que dans les cas propices, la taille latérale donne de meilleurs résultats que la taille hypogastrique. Cette théorie peut se soutenir, mais elle est loin d'être prouvée.

Beaucoup de chirurgiens, qui ont abandonné ou rejeté la taille hypogastrique, ont pu avoir cette pensée. On craignait généralement deux choses : la blessure du péritoine et l'infiltration d'urine. Cette crainte se transmet d'âge en âge, le maître l'enseignait à l'élève ; les livres se copiaient l'un l'autre : or Dulles trouva que sur 478 tailles hypogastriques, le péritoine ne fut blessé que 13 fois et que cette blessure n'amena la mort que 3 fois. Quant à l'infiltration d'urine, je pense pour ma part qu'elle est plus fréquente dans la taille périnéale que dans l'hypogastrique ; il y aurait là une recherche intéressante à faire. Gunther ne l'a jamais vue survenir dans la taille hypogastrique, Pitha de même. D'ailleurs comme je n'ai pas de preuves certaines à fournir, je désire m'abstenir de tout jugement ferme. Cependant je puis me permettre d'affirmer une chose : c'est que dans la taille périnéale il n'existe aucun moyen d'éviter l'infiltration d'urine, tandis que dans la taille hypogastrique, elle peut être évitée. Cela suffit pour prouver l'avantage de la taille hypogastrique. Autrefois on avait proposé, il est vrai, pour éviter l'infiltration dans la taille hypogastrique, différents moyens qui étaient tous inefficaces. On avait introduit de petits tubes dans la plaie vésicale (Amussat, Solingen) ; un tube introduit dans la vessie et passant par l'urèthre (Ségalas) ; un siphon qui, par la plaie de la vessie plongeait dans l'urine (Souberbielle) mais tous ces moyens ne valent pas mieux que la simple sonde à demeure. La suture des bords de la plaie vésicale à ceux de la plaie cutanée n'a même aucune utilité parce que les deux plaies ne