

sont pas de la même grandeur. Vidal de Cassis proposa un remède qui semble meilleur, et que lui-même employa avec succès. Il faisait l'opération en deux temps bien distincts. Dans le premier temps, il divisait la paroi abdominale. Il se formait des granulations et un processus inflammatoire ; mais sur des granulations une urine même alcaline peut se répandre sans danger ; elle ne s'infiltré pas dans les granulations, et ces dernières forment un rempart qui ferme l'espace rétro-péritonéal. Même avant que les granulations se soient constituées, les caillots formés par les liquides organiques et l'infiltration des bords de la plaie créent une couche de protection suffisante. Ce n'était que dans le deuxième temps que la vessie était ouverte, et la pierre extraite. Mais ce procédé est long et incertain, car le passage de la pierre déchire les granulations. Depuis Vidal de Cassis, je suis le premier qui ait mis ce procédé en pratique, mais je ne le recommande pas.

Un second moyen consiste à suturer la plaie vésicale. Il est singulier que les anciens chirurgiens n'aient pas songé à un moyen aussi simple. C'est à Lotzbeck que revient l'honneur de l'avoir fait pour la première fois. Il eut une réunion par première intention de la plaie vésicale. Bruns le suivit dans cette voie. La suture prenait ensemble les trois tuniques ; l'une des extrémités du fil était coupée ras, l'autre tenue hors de la plaie cutanée ; on introduisait dans l'urèthre une sonde à demeure en caoutchouc. Le 6^e jour les sutures étaient enlevées ; l'urine ne coulait jamais par la plaie mais bien par la sonde seule ; et à partir du 8^e jour elle était régulièrement évacuée par l'urèthre. Dans le cas où la suture ne tiendrait que quelques jours, l'urine ne viendrait au contact de la plaie qu'après que les bords de cette dernière seraient le siège d'une infiltration plastique, de sorte que l'urine alcaline n'imbiberait pas le tissu conjonctif voisin. Ainsi la suture est le meilleur préservatif contre l'infiltration d'urine. Quant à la blessure du péritoine, elle ne doit pas arriver ; c'est une faute opératoire ; le chirurgien voit les tissus qu'il traverse et doit les reconnaître. Si le péritoine est blessé avant que la vessie ne soit ouverte, on fait d'abord la suture du péritoine.

Si cette blessure avait lieu après l'ouverture de la vessie, l'irruption de l'urine alcaline dans le péritoine serait dangereuse ; mais on peut vider la vessie immédiatement avant de l'ouvrir en sorte qu'elle est remplie par de l'air.

Tous ces arguments sont donnés comme s'il s'agissait de traiter les plaies à ciel ouvert. En général, on peut dire que la taille vésicale est encore de nos jours une opération qui est justiciable du traitement des plaies à ciel ouvert. Et cependant l'antisepsie ne pouvait pas se refuser à lui prêter son concours ; mais il est clair que la taille hypo-

gastrique accompagnée de suture de la vessie peut seule être traitée antiseptiquement.

Me confiant à l'antisepsie, je fis en 1876 une taille hypogastrique dans toutes les conditions antiseptiques, suivie du pansement de Lister. Avant son incision, la vessie fut remplie d'eau phéniquée ; l'extraction se fit aussi facilement que possible. La plaie, qui fut baignée légèrement par de l'urine mélangée à de l'acide phénique, fut soigneusement épongée, et sous le spray elle fut à nouveau consciencieusement passée à l'eau phéniquée. La plaie vésicale fut suturée au catgut, et on fit de même pour la plaie cutanée, jusqu'au niveau de son angle inférieur. Le malade n'eut aucune réaction. La suture céda et l'urine commença à couler par la plaie, et cette dernière suivit la marche ordinaire des plaies traitées à ciel ouvert.

Trois cas opérés par Uitzmann, Nicoladoni et Kispert se terminèrent d'une façon absolument analogue. Depuis, la taille hypogastrique antiseptique avec suture de la vessie est venue à l'ordre du jour¹, et de nombreux perfectionnements y ont été apportés.

D'abord, on chercha à diminuer le danger d'ouvrir le péritoine. Comme une distension forcée de la vessie pouvait déterminer sa rupture (Dittel, Weinlechner, Guyon, et moi), on proposa de dilater le rectum avec un ballon ; par ce dernier la vessie est soulevée et refoulée en avant. Cette idée fut exécutée par Petersen ; mais son ballon ne fut pas employé par tout le monde. Trendelenburg conseille de tenir le bassin élevé afin que les intestins tombent sur le diaphragme.

La suture de la vessie fut également modifiée. Maximov s'opposa à la suture de la muqueuse. Vincent proposa la suture en étages. C'est d'abord la musculuse qui est suturée, puis on réunit par des sutures à nœuds l'enveloppe fibreuse. Bouley recommande la suture préalable, c'est-à-dire une suture dont les fils sont introduits dans la musculuse (comme dans la suture intestinale de Lembert, en enfonçant l'aiguille et en la faisant ressortir du même côté), avant d'ouvrir la vessie. Brenner a proposé la suture en forme de « blague à tabac ». Mais il me paraît bien préférable de faire comme Antal, et avant ou après l'extraction de la pierre (ce dernier procédé est

(1) Si, dans la 52^e livraison de la *Deutsche Chirurgie* de 1879, Uitzmann prétend avoir ouvert une ère nouvelle en faisant une taille hypogastrique qui aurait, selon lui, provoqué des tentatives nouvelles et suivies de succès d'Albert, de Nicoladoni etc., c'est qu'il a plu à cet auteur de dénaturer les faits. Ma première taille hypogastrique opérée à la faveur de l'antisepsie et suivie de succès a été faite 3 ans avant la sienne, et j'ajouterai qu'elle ne lui resta pas inconnue. *Suum cuique* ! D'ailleurs mon opération attira l'attention de différents côtés.