

le meilleur) d'aviver largement la surface et de la suturer à la soie sublimée. C'est dans ce sens là qu'il faudra agir à l'avenir. Il faut suturer la fistule comme s'il s'agissait de guérir une fistule vésico-vaginale. Mais la suture vésicale a aussi ses adversaires. Ceux-là sont partisans de favoriser l'écoulement de l'urine en faisant mettre le malade sur le ventre (Trendelenburg) ou en le faisant souvent changer de position (le même) ou enfin en faisant usage de différents drainages.

A mon avis, toute la question réside dans la forme de la suture. S'il est possible de faire une suture vésicale telle qu'elle réunisse par première intention, il ne se trouvera personne pour la rejeter.

Dans les cas où la pierre est d'un volume exceptionnel, Langenbuch propose le procédé suivant.

Une incision transversale de 4 à 5 centimètres au-dessus de la symphyse; aux extrémités de cette incision, deux autres verticales de 3 centim. de long. La paroi antérieure de la vessie ainsi que le repli péritonéal sont mis à nu; ce dernier est ouvert, et le mieux est de le suturer à la vessie; mais à un niveau plus élevé de façon à ce qu'il y ait une plus grande partie de la vessie découverte du péritoine. Après que le péritoine a contracté des adhérences dans sa nouvelle position, on ouvre la vessie dans un second acte opératoire.

Cette proposition n'eut pas de succès. Rydygier, poursuivant une idée semblable, a proposé la taille hypogastrique intra-péritonéale. La cavité abdominale est ouverte, la vessie incisée même dans la portion recouverte de péritoine; la pierre est extraite et la vessie suturée en deux étages; on met une sonde à demeure, et on fait des lavages continus. Dans certaines tumeurs ce procédé est bien indiqué.

Neuber fit la taille hypogastrique d'une façon bien originale. Il met la vessie à nu. Il passe plusieurs points de suture à travers la paroi antérieure de la vessie et fixe les extrémités des fils avec du diachylon sur chaque côté de la plaie. La vessie est ouverte 6 ou 8 heures après; la pierre est extraite, la plaie suturée avec les fils passés à l'avance; et la vessie reste fixée de cette façon dans la plaie abdominale; cette dernière reste ouverte. Quelques jours plus tard, réunion secondaire de la plaie abdominale.

En ce qui concerne la conception anatomique, c'est la taille *médiane* qui se rapproche le plus de la taille hypogastrique. Mais le procédé que nous avons désigné sous le nom de procédé d'Allarton n'est pas le seul. On y a introduit des modifications de différentes sortes. Le procédé de Dupuytren, mis en usage avant celui d'Allarton, est remarquable par sa simplicité. Après avoir ouvert la portion membraneuse, on introduisait dans toute son étendue le lithotome caché de frère Come, la lame étant tournée en haut; puis on retirait l'instru-

ment et on sectionnait le col vésical en haut. En dehors de l'urètre et du col de la vessie, c'est tout au plus si le demi-cercle antérieur de la prostate était intéressé, mais aucun autre organe n'était en danger; la partie de l'opération qui est faite sans y voir n'a ainsi aucune gravité. Dupuytren avait d'assez bons résultats. En 1825 il publia 30 observations personnelles sur lesquelles 5 se terminèrent par la mort; dans 5 il y eut une fistule uréthrale consécutive.

En Italie, Rizzoli modifia cette méthode en ce sens qu'il incisait la portion membraneuse de l'urètre tout entière à partir du bulbe, ainsi que le bord antérieur de la prostate. Dans cette modification, la vessie, le plexus veineux de la prostate, les canaux éjaculateurs et la plus grande partie de la prostate étaient évités.

En ce qui concerne la proportion des décès, Heusinger a trouvé que sur 222 cas, 15 se terminèrent par la mort, ce qui donne 6.7 0/0; c'est-à-dire un excellent résultat. Dans 57 observations l'âge du malade était indiqué; 16 de ces malades avaient d'un an à 40 ans, et sur ces 16, 4 seulement mourut; 10 autres malades avaient de 40 à 20 ans, tous guérirent; 6 avaient de 20 à 40 ans, tous guérirent; 26 avaient de 40 à 70 ans, 3 d'entre eux moururent. Dans 14 cas sur ces 422 malades, il resta une fois une fistule, et dans un autre cas, le malade fut atteint d'incontinence d'urine.

La statistique d'Allarton, établie en 1854, accuse 14 morts sur 153 cas, c'est-à-dire 9 0/0. Benfield (de Leicester) publia 57 observations dont 3 morts, soit 5,2 0/0. Il en résulte que dans la taille médiane, la mortalité est à peu près la même que dans la lithotritie. C'est ce qui explique pourquoi cette méthode était si estimée de tous ceux qui l'avaient employée dans un grand nombre de cas.

Jusqu'à quel volume du calcul peut-on employer la taille médiane? Si elle est mise en pratique pour des petites pierres, c'est avec la lithotritie qu'il faut la comparer; mais alors ce n'est que dans les cas exceptionnels, où il existe un rétrécissement de l'urètre indilatable ou bien dans lesquels la vessie est le siège d'une sensibilité insurmontable, c'est-à-dire dans les cas où la lithotritie ne peut pas être faite, que la taille médiane pourrait entrer en ligne de compte.

L'expérience a montré que l'on pouvait extraire par la taille médiane des calculs d'un assez gros volume sans même qu'il fût nécessaire de débrider l'orifice vésical, mais en se contentant d'inciser purement et simplement l'urètre en dilatant la prostate. Ainsi Bouisson a extrait un calcul qui avait un diamètre de 6 centimètres; Volkman n en a retiré un autre dont le plus petit diamètre avait 2 centimètres 9, et dont le plus grand mesurait 3 centimètres; dans ce dernier cas, l'autopsie démontra que l'incision se terminait à 4 milli-