

mètres de la prostate. Kolaczek a été jusqu'à prétendre que le col vésical de l'homme pouvait être dilaté jusqu'à 11 centimètres. D'autre part l'observation de Teale junior montre qu'une pierre d'un certain volume peut produire des déchirures dangereuses. Après l'extraction d'une pierre dont les dimensions étaient de 6^c,1, 4^c,2 et 3^c,2, on trouva le tissu cellulaire périprostatique et la paroi postérieure de la vessie déchirés et ecchymosés ; à la périphérie de la prostate se voyaient trois ruptures par lesquelles on pouvait pénétrer dans la vessie. Il résulte de ce qui précède que des calculs trop volumineux pour être traités par la lithotritie ont été facilement extraits par la taille médiane. Les plus petites pierres étant justiciables de la lithotritie et les calculs très volumineux de la taille hypogastrique, les tailles médiane et latérale seraient appliquées aux calculs de taille moyenne et il y aurait lieu de faire un choix entre ces deux procédés.

Si maintenant on considère les dispositions anatomiques de ces régions, on voit que la taille médiane est sans contestation possible bien préférable à la taille latérale ; car l'incision de la portion membraneuse est moins dangereuse que l'uréthrotomie qui s'accompagne de l'incision de la prostate et du col vésical ; de plus dans la taille médiane, le plexus prostatique et les conduits éjaculateurs sont respectés ; enfin le temps opératoire qui est fait au bistouri peut s'accomplir sous le contrôle de l'œil du chirurgien. Il n'y a donc guère qu'une objection à faire à la taille médiane, c'est qu'elle ne permet pas d'extraire des calculs aussi gros que la taille latérale ; à cela on peut répondre que toutes les fois qu'un calcul dépasse le poids de 60 grammes, la taille hypogastrique donne de meilleurs résultats que la taille latérale ; par conséquent une pierre qui ne peut pas être extraite par la taille médiane doit l'être par la taille hypogastrique.

Si l'on ajoute à cela tout ce que nous avons dit en faveur de la taille hypogastrique, je ne vois pas pourquoi nous n'étendrions pas l'usage des méthodes les plus simples pour abandonner la taille latérale. Il faut une certaine hardiesse pour s'élever contre un procédé usité de tout le monde depuis si longtemps. Mais quels sont ses avantages, et que peut-on invoquer en sa faveur ?

L'expérience ? Je reconnais parfaitement que les résultats donnés par la taille sont beaucoup plus favorables que ceux auxquels on s'attendait après la critique anatomique. On a peine à croire que, dans des conditions telles, les résultats puissent être aussi satisfaisants. Il y a là, je le répète, une preuve éclatante de l'adresse de l'opérateur. Et il n'est pas douteux qu'avec de l'exercice et de l'adresse on ne fût arrivé à guérir des malades en opérant du côté droit et avec la main

gauche, si par hasard les tailleurs de pierre avaient choisi cette façon d'opérer. Mais pour que l'expérience puisse se prononcer sur le choix d'une méthode, il faut posséder des matériaux suffisants pour la comparaison, et c'est ce qui nous manque. En face des milliers de tailles latérales, nous n'avons qu'un nombre infiniment moins grand de tailles exécutées par d'autres procédés ; autant que ces chiffres permettent la comparaison, cette dernière n'est pas une seule fois en faveur de la taille latérale. Il faudrait revenir à l'opinion de Souberbielle et faire chez tous les malades la taille hypogastrique, avec les perfectionnements qui ont été apportés dans cette opération ; mais tant que nous n'aurons que des cas extrêmement difficiles d'un côté de la balance, et des cas faciles de l'autre, toute comparaison sera impossible. Il est vrai que certains opérateurs ont eu de *brillants résultats* avec la taille latérale. Vincent Kern ne perdit que 30 malades sur 320, Payola en perdit 20 sur plus de 200, etc., mais ces chiffres ne donnent pas la base d'une comparaison ; ils existent, c'est incontestable, mais l'autre membre de l'équation manque. D'ailleurs la taille hypogastrique n'a-t-elle pas aussi ses virtuoses ? Sur 102 opérés, Assenfeldt n'eut que 2 morts ; *n'est-ce pas là un résultat encore bien plus brillant ?*

Au reste, les statistiques, même lorsqu'on possède les éléments nécessaires, ne sont que des arguments de second ordre ; ce qui juge un procédé, ce sont les considérations anatomiques et pathologiques. Eh bien ? je demande quelles sont les raisons qui feraient préférer la blessure de la prostate et de son plexus, et la nécessité de traiter la plaie à ciel ouvert ?

Il n'est pas de chirurgien qui considère ces circonstances comme favorables ; on répète toujours que *malgré tout* la taille latérale donne de très bons résultats. Je le reconnais, mais il faut avouer qu'elle en donne aussi quelquefois de mauvais. On tenait à la taille latérale par tradition ; ou on respectait les usages des vieux tailleurs de pierre qui ne connaissaient pas l'anatomie, et qui pénétraient en un seul temps dans le conducteur pour ouvrir le col de la vessie ; on les admirait même : c'est pourtant la chirurgie que pratiquerait un vieux garçon d'amphithéâtre qui aurait servi de longues années pendant un cours de médecine opératoire. La taille hypogastrique est plus difficile, mais elle invite en quelque sorte d'autant plus le chirurgien qu'elle exige des connaissances anatomiques plus précises, et plus de soins pendant et après l'opération.

Ce qui caractérise la taille médiane, c'est d'abord la bénignité de l'incision, et aussi les connaissances anatomiques nécessaires à la dissection des couches ; elle a encore l'avantage de se faire à ciel ouvert