

NOTIONS D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE.

Je n'ai point l'intention de refaire ici l'anatomie topographique du périnée, je renvoie le lecteur aux livres classiques et à ce que j'ai dit moi-même dans mon *Traité de la pierre*, page 222 et suivantes.

J'insisterai seulement sur quelques points litigieux qui se rattachent tous à l'exécution de la lithotritie périnéale; j'étudierai successivement : 1° la situation exacte du bulbe de l'urèthre par rapport au périnée, à l'anus et à l'intestin rectum; 2° la dilatabilité du col de la vessie.

DE LA SITUATION DU BULBE.

La blessure du bulbe est très-intéressante au point de vue clinique. Cette lésion a souvent donné lieu à des hémorrhagies abondantes; l'inflammation suppurative du tissu spongieux de l'urèthre peut avoir pour conséquence l'infection purulente, cette grave complication qui menace tous les opérés.

Personne ne révoque en doute qu'il ne faille, autant

que possible, éviter la lésion du bulbe de l'urèthre dans les opérations de la taille. Certaines tailles latéralisées, la taille bilatérale de Dupuytren, ont permis aux chirurgiens d'éviter assez souvent, sinon toujours, la blessure du bulbe. La sécurité n'était cependant pas complète et bien des opérateurs se rapprochaient encore trop du bulbe dans la crainte de léser le rectum. Nélaton, voulant à la fois respecter le bulbe tout en conservant l'intestin intact, prit franchement le rectum comme guide opératoire; il a en effet démontré qu'en suivant la paroi antérieure du rectum on arrive à la pointe de la prostate, ce qui permet d'ouvrir en ce point l'urèthre, avec la certitude de ne blesser aucun des organes; telle est la taille prérectale.

— Mes premières opérations de taille remontent à l'année 1858; après avoir exécuté deux ou trois fois la cystotomie prérectale, j'adoptai la taille médiane, telle que la pratiquait Civiale depuis 1836, c'est-à-dire bien avant Lallemand. C'est à tort qu'on revendique pour l'école de Montpellier le mérite d'avoir, vers 1840, entrepris la réhabilitation de la taille médiane.

Civiale employait un procédé mixte auquel j'ai donné, dans mon *Traité de la pierre*, le nom de taille médio-bilatérale. Suivant Civiale, son procédé était une combinaison de la taille médiane et de la taille bilatérale de Dupuytren; l'incision des téguments

était médiane, la section du col de la vessie portait à droite et à gauche. —

En suivant la clinique de l'hôpital Necker, je fus surpris de deux circonstances. J'admirai la grande facilité d'exécution et je pus constater que beaucoup d'opérés guérissaient. Depuis, en pratiquant la taille médio-bilatérale, j'ai gardé la pensée que la blessure du bulbe devait être bien souvent la conséquence de l'incision médiane.

Civiale ne ménageait guère les distances, il faisait une incision de 4 ou 5 centimètres suivant le raphé médian, et j'ai pu vérifier dans plusieurs autopsies que le chirurgien de Necker coupait souvent le bulbe dans une grande étendue et parfois en totalité.

L'intention était bonne, puisque Civiale dit dans son livre qu'il faut commencer à 15 lignes, c'est-à-dire à près de 3/4 millimètres de l'anus; que le premier trait de l'incision portera sur la peau et que le deuxième trait qui doit ouvrir l'urèthre ne commencera qu'en arrière du bulbe, qu'il faut bien prendre garde d'intéresser. L'intention était bonne, je le répète, mais l'exécution était détestable et je n'oublierai jamais Civiale me disant à l'autopsie d'un de ses malades, alors que je lui faisais constater une phlébite suppurée du bulbe et de nombreux abcès métastatiques : « La blessure du bulbe n'a pas l'importance que vous lui attribuez en chirurgie; l'écoulement sanguin qui en résulte dégorge

les tissus; quant à l'infection purulente je ne m'en occupe pas. »

Si j'ai rappelé les quelques détails qui précèdent, c'est pour bien faire comprendre quelle était ma préoccupation, lorsqu'en 1863 je m'efforçais de démontrer à grands renforts d'arguments la proposition suivante : Il est matériellement possible de parvenir jusqu'à la vessie, par une incision médiane, sans intéresser ni le bulbe ni le rectum (voy. p. 225 et suiv.). Je disais encore, page 362 : « Frappé des avantages que semble offrir la taille médiane, nous n'avons adopté cette opération qu'après avoir constaté qu'une incision ménagée, pratiquée au devant de l'anus et suivant le raphé, permettait de pénétrer dans la région membraneuse sans blesser le bulbe.

» Cette notion de chirurgie expérimentale est aujourd'hui confirmée par trois autopsies faites par nous, sur des individus qui avaient succombé à la taille. Cependant, nous avons voulu, une fois de plus, vérifier le fait en répétant nos expériences sur la lithotritie périnéale. Les résultats sont des plus concluants; en effet, sur dix sujets dont le plus jeune avait vingt-cinq à vingt-huit ans et le plus âgé soixante-dix ans, nous avons pratiqué la taille membraneuse au moyen d'une incision médiane, et jamais nous n'avons intéressé le bulbe ni son prolongement. »

On trouve dans mon livre la description du manuel

opératoire, pour exécuter la taille médiane en évitant sûrement le bulbe.

Si l'on devait en croire bon nombre de chirurgiens de l'époque actuelle, plusieurs des orateurs qui ont pris part aux discussions devant la Société de chirurgie, rien ne serait plus facile que d'éviter la lésion du bulbe en pratiquant l'incision médiane ; il suffit, dit-on, de savoir exactement quel est le siège occupé par cet organe.

Il est cependant bon de mentionner que Guérin conseille de disséquer le bulbe, de l'isoler, afin d'être bien sûr qu'il demeurera intact. Ces précautions démontrent que le bulbe n'est point si facile à éviter qu'on le pense généralement. Je suis tout disposé à croire mes collègues sur parole, mais comme chacun de nous peut se tromper de bonne foi, je crois qu'on peut, sans offenser personne, vérifier certains faits, contrôler certaines assertions.

Constatons d'abord combien les anatomistes et les chirurgiens sont peu d'accord sur la situation exacte du bulbe, sur la distance qui sépare ce renflement de l'orifice anal. Toute la question est là cependant : il faut qu'il y ait un espace entre le bulbe et l'anus, pour qu'on puisse faire une incision médiane sans blesser aucun de ces organes.

Dupuytren dit que la distance qui sépare le bulbe de l'anus est de 20 à 22 millimètres, mais il reconnaît

qu'il existe pour le bulbe de nombreuses variétés de volume, de saillie, et de longueur. La lésion ne pourrait, dit-il, être sûrement évitée, à moins que l'incision de la taille ne se rapprochât beaucoup de l'anus.

Blandin indique comme distance entre le bulbe et l'intestin 22 millimètres. Dans la taille médiane, dit cet observateur sagace, le bulbe est fréquemment coupé.

Pour Malgaigne, la distance entre le bulbe et l'anus oscille entre 10 et 22 millimètres.

Jarjavay donne les chiffres suivants : de 16 à 20 millimètres chez l'adulte, 13 et même 10 chez le vieillard.

Velpeau n'a point précisé.

Sappey donne 18 à 20 pour l'adulte, 10 à 12 pour le vieillard.

Bouisson a donné un chiffre assez élevé, 25 millimètres, mais il reconnaît que la saillie du bulbe est développée en raison directe de l'âge des sujets.

J'ai moi-même indiqué une moyenne de 15 millimètres comme étant conforme à la généralité des cas. Cette distance doit être indiquée comme une donnée importante pour la médecine opératoire.

Les opérateurs sont également en désaccord ; l'étendue et la situation des incisions varient, quoique tous ils aient pour but d'éviter la blessure du bulbe.

Je ne m'occuperai pas des anciens lithotomistes ; ceux qui pratiquaient le grand appareil devaient certainement couper le bulbe. Cependant, il est équitable de dire que Colot recommande, textuellement, d'ouvrir la partie basse de l'urèthre en arrière du bulbe.

Pour l'époque moderne, j'ai déjà dit que Civiale donnait de sages préceptes dans son livre, mais qu'il ne s'y conformait nullement dans sa pratique.

Malgaigne, convaincu qu'il y aurait grand avantage à ménager le bulbe, évalue à 22 millimètres maximum la distance qui sépare cet organe d'avec l'intestin, et il se demande pourquoi les opérateurs commencent classiquement l'incision à 27 millimètres, c'est-à-dire avec la presque certitude de couper le bulbe.

Si l'on envisage la pratique de Bouisson, d'après les observations qu'il a publiées lui-même, on est tout d'abord surpris de l'étendue très-variable qu'il donne à l'incision médiane ; suivant les divers malades, l'incision a tantôt 3, tantôt 4 centimètres d'étendue. Je suis, en outre, frappé de certaines contradictions.

D'après Bouisson, le bulbe est distant de l'anus de 2 centimètres et demi ; l'entrecroisement des muscles sphincter, bulbo-caverneux, transverses, constitue la limite antérieure de l'incision, et en cela il reproduit l'assertion formulée par Dupuytren ; cet entrecroisement est situé, suivant Bouisson, à 2 centimètres de l'anus, et comme il est dit dans le manuel opéra-

toire que l'incision s'arrête, en arrière, à 1 centimètre avant d'atteindre l'anus, il ne reste plus que 1 centimètre pour la plaie. C'est bien peu, et je ne comprends plus que l'auteur dise qu'il fait une plaie de 3 ou 4 centimètres pour ponctionner ensuite l'urèthre en arrière du bulbe. Il est plus que probable que Bouisson, à l'exemple de Civiale, n'intéresse dans le premier temps que la peau, et que l'incision profonde, au lieu de 3 ou 4 centimètres, n'a plus que 1 centimètre d'étendue.

Dans la discussion à la Société de chirurgie, Tillaux a été également frappé des dimensions données par Bouisson à l'incision périnéale ; il a raison d'émettre un doute, quand on dit que le bulbe peut être sûrement évité alors qu'il s'agit par exemple, dans un cas spécial, d'une incision de 4 centimètres se terminant à 1 centimètre au-devant de l'anus. Dans un autre cas, il est question d'une plaie de 3 centimètres, allant de la racine des bourses jusqu'en avant de l'anus. (Voy. *Bullet. de la Soc. de chir.*, t. XI, p. 15.)

J'avais fait les mêmes remarques que Tillaux, et j'avoue que je suis assez perplexe pour formuler une appréciation. J'ai quelque tendance à croire que Bouisson n'a pas toujours évité la blessure du bulbe, néanmoins je reconnais volontiers avec Trélat « que lorsqu'un homme de la valeur de M. Bouisson dit s'être mis en garde contre une lésion du bulbe et

l'avoir évitée, on ne peut admettre qu'il a dû nécessairement se tromper », mais j'affirme que des chirurgiens moins expérimentés couperont presque certainement le bulbe, s'ils suivent à la lettre le manuel opératoire de la taille médiane tel que l'a décrit Bouisson.

Je suis tellement convaincu que la lésion du bulbe est difficile à éviter, même en prenant pour point de repère, à l'exemple de Dupuytrèn, et comme le conseille après lui Bouisson, l'entrecroisement des muscles du périnée, que j'ai reporté l'incision tout à fait en arrière. Aujourd'hui, je ne donne plus à l'incision que 2 centimètres maximum, et elle se termine à l'union de la peau et de la muqueuse du pourtour de l'anus.

L'incision telle que je la limite ici serait absolument insuffisante, si elle devait servir à ouvrir la vessie pour en extraire une pierre d'un volume moyen; cette taille médiane serait beaucoup trop petite, elle exposerait en outre à la blessure du rectum.

L'incision médiane pré-anale n'est acceptable que comme un moyen d'aborder facilement la portion basse de l'urèthre, c'est-à-dire la région membraneuse; on peut ainsi ponctionner directement l'urèthre pour faire ensuite la voie au moyen d'un instrument mousse qui agit par simple refoulement des tissus. Le trajet artificiel qui résulte de l'action du dilatateur

ne permet pas l'extraction du calcul, c'est une voie à peine suffisante aux nombreux fragments qui résultent du broiement de la pierre.

DE LA DILATABILITÉ DU COL DE LA VESSIE.

J'ai déjà rappelé que le grand appareil de Marianus, vulgarisé par la famille des Colot, comportait, non pas une incision du col de la vessie, mais simplement une incision de l'urèthre au périnée, comme préambule à la dilatation du col au moyen d'un instrument spécial, le dilatatoire. Fr. Colot a particulièrement insisté, dans son livre, sur ce point capital, page 307 et suivantes.

On ne doit pas abandonner le dilatatoire. « Car, ce sont, dit-il, ses bons effets qui en ont confirmé l'usage de tous temps. Quand on a suivi cette méthode, on n'a jamais vu l'opérateur manquer de tirer la pierre. Au contraire, avec le gorgeret-cystotome on remet souvent les malades au lit sans leur avoir ôté la pierre....

» Celui qui opère ménage la dilatation selon le volume de la pierre, etc., etc. Ceux qui ont inventé le gorgeret ne connaissaient pas assez la manœuvre de ce dilatatoire. »

Malgré toutes les affirmations de Fr. Colot il demeure certain que de son temps la prétendue dila-