

VALEUR COMPARATIVE
DE LA LITHOTRITIE PÉRINÉALE

La lithotritie périnéale touche, par bien des côtés, à l'opération de la taille par le périnée; quelques chirurgiens ont même affirmé que la lithotritie périnéale n'était qu'une taille médiane. Je crois donc circonscrire heureusement l'examen de la valeur comparative de mon opération en mettant en parallèle la lithotritie périnéale et la taille médiane. Quand je parle de la taille médiane, j'entends spécifier cette opération perfectionnée au point de lui accorder l'épithète de taille médiane moderne, suivant l'expression qui a été employée par Bouisson.

Il est bien démontré, par la plupart des faits contemporains, que la taille médiane a, sur les autres tailles périnéales, l'avantage de la simplicité opératoire, en même temps qu'elle assure une guérison peut-être un peu plus rapide; il resterait toutefois à prouver que la taille médiane entraîne moins de nocuité eu égard aux autres procédés de cystotomie. La statistique compa-

rative me paraît difficile à faire entre les diverses espèces de taille, et cela pour des raisons nombreuses. Sans y insister, et pour ne parler que de la taille médiane, même la moderne, je puis affirmer, d'après mon expérience personnelle, que cette opération ne met les opérés à l'abri ni de l'hémorrhagie, ni de l'infection purulente.

Une des grandes séductions de la taille médiane, c'est la facilité remarquable de son exécution; et, en effet, lorsqu'on met en pratique le procédé du coup de maître de Mareschal, l'extraction de la pierre se fait avec une merveilleuse rapidité. J'ai déjà dit ailleurs que l'incision médiane, faite d'après les règles classiques, voire même en suivant le manuel opératoire mieux précisé et perfectionné que l'on doit à Bouisson, exposait les opérateurs inexpérimentés à blesser le bulbe, surtout si les malades avaient dépassé l'âge adulte. C'est même probablement parce que Bouisson n'a guère opéré que des enfants, que cet habile chirurgien a pu considérer comme insignifiante la blessure du renflement spongieux de l'urèthre.

Pour ce qui est de la lithotritie périnéale, à tous les âges de la vie et en suivant exactement les règles que j'ai tracées pour l'incision, on peut arriver en toute sécurité jusque dans la région membraneuse du canal; le bulbe est nécessairement ménagé.

Lorsque la région membraneuse est ouverte, les

difficultés commencent. Dans la taille médiane, il faut inciser l'urèthre, la prostate et le col de la vessie sans dépasser la zone dangereuse, c'est-à-dire sans intéresser les nombreux plexus veineux qui entourent la prostate et le col de la vessie. L'incision sera insuffisante ou dangereuse, et la solution de cette difficulté sera subordonnée soit à un coup habile de bistouri, coup de maître, soit à l'action moins précise d'un lithotome ouvert à un degré qu'il est difficile de préciser pour tous les cas.

Réunissons toutes les difficultés que je viens d'énumérer, mettons dans la balance les hésitations de l'opérateur consciencieux qui pratique la taille médiane, et nous verrons que l'avantage appartient sans conteste à la lithotritie périnéale. Pour celle-ci, une fois l'urèthre ouvert, le dilateur développé lentement et méthodiquement produit un résultat opératoire excellent, toujours identique à lui-même. Dans ce cas, rien n'est subordonné à la plus ou moins grande habileté de l'opérateur, on peut négliger l'épaisseur variable du périnée, le développement également variable de la prostate et du col de la vessie.

Je crois, pour ma part, que l'ouverture de la vessie dans la taille médiane se fait facilement et très-rapidement ; mais que cette manœuvre expose à la lésion du bulbe, à celle des veines du pourtour vésical, sans compter certaines artères anormalement développées

dans le col de la vessie, et dont la section détermine parfois une hémorrhagie inquiétante. Tous ces accidents immédiats exposent les opérés à des complications tardives : la phlébite et l'infection purulente.

Pour la lithotritie périnéale, l'exécution du premier temps, l'ouverture de la vessie, se fait avec moins de rapidité, moins de brillant, mais avec une sécurité absolue ; pas d'hémorrhagies immédiates ou secondaires, pas de phlébites ultérieures.

Lorsque la vessie est ouverte, si la pierre n'a que de 1 à 2 centimètres de diamètre, on peut l'extraire facilement ; mais s'il s'agit d'un calcul ayant 3 centimètres et au delà, l'extraction entraîne nécessairement une déchirure plus ou moins étendue avec une contusion plus ou moins profonde du col de la vessie. Je sais très-bien, et cela par expérience, que la taille médiane permet de sortir de gros calculs ; j'ai guéri des malades dont la pierre avait jusqu'à 6 et 7 centimètres de diamètre. Néanmoins ces succès ne doivent pas faire négliger les grands principes de l'art : le devoir des chirurgiens consiste à offrir à leurs opérés les plus grandes chances de guérison, en livrant le moins possible les résultats au hasard.

C'est pour ces raisons, que je pourrais développer longuement, que je préfère ériger en principe la nécessité absolue de la lithoclastie. La fragmentation des calculs est de règle, toutes les fois que la pierre ne

peut sortir facilement chargée dans une petite tenette à enfants.

Continuant donc la comparaison entre la taille médiane et la lithotritie périnéale, je dis : oui, la taille médiane permet une extraction brillante et rapide ; il faut néanmoins préférer à cette manœuvre, et cela dans l'intérêt des malades, la fragmentation des pierres et une extraction longue, parfois même laborieuse.

Ce parallèle entre les deux opérations, eu égard au dernier temps, l'extraction du calcul, serait tout à l'avantage de la taille médiane, si les chirurgiens n'avaient à leur disposition l'anesthésie. Cette précieuse ressource permet de prendre en moyenne considération la durée plus ou moins grande des opérations. Si les malades devaient subir les douleurs qu'entraîne la fragmentation de la pierre et celles qui accompagnent l'extraction des débris calculeux, il faudrait évidemment renoncer à la lithoclastie ; mais, ne l'oublions pas, nous avons le chloroforme.

Sous le rapport de la durée de la maladie et de la cicatrisation plus ou moins prompte, je n'ai rien à dire de précis. La taille médiane a procuré des guérisons rapides, des réunions dites par première intention ; la lithotritie périnéale a donné des résultats au moins aussi satisfaisants, et je crois être équitable en disant que cette opération ne le cède en rien, sous ce rapport, à la taille de Marianus.

Je ne dirai rien de la mortalité comparative après la lithotritie périnéale et après les divers procédés de taille. Pour ce qui est de la taille médiane en particulier, cette opération a procuré à Bouisson de beaux et fréquents succès, relativement au nombre assez restreint des opérations. La lithotritie périnéale a, entre mes mains, guéri une proportion considérable des opérés, et je crois qu'elle peut encore supporter la comparaison sous le rapport si important de la nocuité.

Je n'oserais, pour ma part, risquer un parallèle entre la lithotritie périnéale et la lithotritie par les voies naturelles ; c'est cependant une question qui pourrait être débattue plus tard, si les chirurgiens se décidaient enfin à pratiquer et à soumettre au contrôle de leur expérience l'opération que je préconise.

Pour les petites pierres, celles de 1 et même de 2 centimètres de diamètre, la lithotritie périnéale se trouve de beaucoup simplifiée. En effet, une fois le col dilaté, on peut extraire directement la pierre, et le temps si laborieux de la lithoclastie se trouve supprimé. Dans ces conditions exceptionnelles que j'ai rencontrées deux fois, et je fais ici allusion aux observations XXI et XXII, on peut affirmer que la cure est rapide ; l'opération est si simple, que dès le second jour, la plaie périnéale est agglutinée.

Loin de moi la pensée assurément de rejeter la lithotritie par les voies naturelles ; mais si dans les cas

simples, petite pierre avec organes sains, la comparaison peut, à la rigueur, être osée entre les deux opérations, c'est pour les cas douteux, pierres moyennes, organes plus ou moins enflammés, malades ayant dépassé cinquante ans, que la comparaison est possible et même autorisée.

J'ai guéri beaucoup de calculeux avec la lithotritie ordinaire, plus de cent, mais je sais très-bien que plusieurs des malades placés dans la catégorie que je viens de spécifier sommairement, ont dû leur guérison à un concours de circonstances heureuses. Beaucoup de ces malades ont traversé des accidents graves, répétés; leur état a parfois inspiré des craintes sérieuses, et je n'hésite pas à penser, d'après mon expérience, que certains de ces opérés eussent guéri plus sûrement, plus rapidement avec la lithotritie périnéale.

Quant aux mauvais cas, ainsi que les appellent les chirurgiens, hommes âgés, organes enflammés, grosses pierres dures, ils sont toujours mauvais. La lithotritie est absolument mise de côté, et il reste la lithotritie périnéale qui supporte la comparaison avec tous les procédés de la cystotomie.

La lithotritie périnéale conserve sur les divers procédés de taille l'avantage incontestable d'être une opération qui expose moins les individus aux dangers d'un trop grand traumatisme. Il y a un bon nombre de calculeux qu'il ne faut pas opérer, et la détermina-

tion de ces cas sera toujours difficile. Sur les limites de l'indication opératoire, il y a quelques malades qu'on peut encore essayer de guérir; dans ces circonstances toujours graves, la lithotritie périnéale intervient avantageusement, je le crois du moins.

J'ai déjà parlé de la longueur relativement grande de l'opération, et je considère comme un reproche fondé qu'on pourrait adresser à la lithotritie périnéale la durée que nécessite son exécution. Il y a des inconvénients à faire séjourner trop longtemps des instruments dans la vessie, et la multiplicité des manœuvres n'est certainement pas sans danger. L'habitude permettra de simplifier les choses et d'abrèger par conséquent la durée des opérations; je suis, quant à moi, parvenu à diminuer de plus de moitié le temps que j'employais jadis à débarrasser mes malades.

Diverses objections peuvent encore être adressées à la lithotritie périnéale, et loin de vouloir les dissimuler, je les signale à l'attention des chirurgiens. Il en est une, importante, qui nuira longtemps à la vulgarisation de la méthode, c'est la difficulté trop réelle de l'exécution. Personnellement, je n'avais pas tout d'abord songé à cet obstacle; mes expériences multipliées m'avaient fait acquérir une certaine habitude, et je considérais la lithotritie périnéale comme une manœuvre assez facile. Dans ces derniers temps, j'ai pu me convaincre, en assistant à trois opérations, que

la manœuvre pouvait se compliquer beaucoup entre certaines mains moins habituées.

Dans un cas grave, l'opérateur dut renoncer à son entreprise, et les choses étaient telles du côté du périnée que je dus, à la demande de mon confrère, abrégé en terminant par une taille médio-bilatérale. Des tentatives nombreuses et infructueuses d'introduction du dilateur avaient occasionné plusieurs fausses routes; déjà l'opération durait depuis un certain temps, il fallait terminer; je donnai la préférence à la manœuvre la plus rapide.

Ce fait malheureux a servi à nous démontrer que, dans les cas d'insuccès, alors qu'on aura déjà dilaté le col de la vessie, les opérateurs auront néanmoins encore à leur disposition les ressources de la taille périnéale. Dans l'observation D... (voy. p. 142), il est également démontré qu'une lithotritie périnéale abandonnée par suite d'un accident imprévu fut, séance tenante, suivie d'une taille bilatérale qui permit l'extraction du calcul.

Les difficultés d'exécution que comporte la lithotritie périnéale n'ont point échappé à la sagacité du docteur Rousseau. Il dit, en effet, dans la lettre publiée par la *Tribune médicale*, lettre dont j'ai déjà eu l'occasion de parler plus haut: « Je sais bien que la lithotritie périnéale aura d'abord contre elle les chirurgiens auxquels elle donnera des insuccès. C'est une

opération délicate, difficile, qui occasionnera quelques mécomptes opératoires. »

A l'occasion des difficultés, des mécomptes dont parle Rousseau, je dois m'arrêter un instant sur une opération de lithotritie périnéale qui a été exécutée avec insuccès à l'hôpital Saint-Antoine (voy. *Bull. de la Société de chir.*, 1870, p. 26). Les résultats de cette opération ont été communiqués à la Société de chirurgie; j'assistai, ainsi que mon collègue Tillaux, à cette tentative opératoire, je puis donc en parler, commenter l'observation et préciser l'impression qui m'en est restée.

L'opération, pratiquée devant un public nombreux, a été publiée; je crois cependant devoir apporter quelques rectifications à la narration de mon jeune collègue. Il a d'abord été évident, pour toutes les personnes présentes, que le chirurgien ne connaissait pas suffisamment les manœuvres dont l'ensemble constitue l'opération. Il est donc regrettable que l'observation ne mentionne pas d'une façon plus précise les difficultés qu'a rencontrées l'exécution des divers temps.

L'opérateur a tellement hésité dans la recherche du cathéter, qu'il lui a fallu plus d'une demi-heure pour ponctionner l'urèthre. L'autopsie a démontré que, dans les nombreuses tentatives d'ouverture, le bistouri avait intéressé la partie latérale du bulbe; ce qui fait voir que le chirurgien, un peu ému des diffi-

cultés qu'il rencontrait, avait négligé de maintenir toujours son couteau exactement sur la ligne médiane.

Le deuxième temps, c'est-à-dire la dilatation et la formation du trajet périnéo-vésical, a encore été très-imparfaitement exécuté. Après quelques tentatives infructueuses, j'ai dû, personnellement, introduire le dilatateur pour exécuter la dilatation, et le chirurgien n'a repris la direction des manœuvres que lorsque j'eus largement ouvert le col de la vessie.

On pouvait alors introduire les tenettes et broyer la pierre, c'est-à-dire exécuter le troisième temps de la lithotritie périnéale. L'opérateur ne fut pas plus heureux que précédemment, et ce fut encore moi qui dus saisir le calcul et en opérer le morcellement, grâce toutefois au concours musculaire de Tillaux. L'écrasement du calcul fut très-long et très-difficile, chacun y mit successivement la main, ce qui, certes, n'abrégea pas la durée de l'opération.

Dans cette circonstance, nous avons employé un casse-pierre dont les cuillères sont concaves; on pouvait ainsi fragmenter le calcul et extraire tout de suite de nombreux débris contenus entre les deux branches. L'autopsie nous a démontré que l'instrument, ainsi engorgé par des fragments plus ou moins aigus, avait déchiré le col de la vessie. Le but de la lithotritie périnéale, c'est-à-dire l'extraction de la pierre, le col

restant intact, n'avait donc pas été atteint. Il a été bien évident pour moi qu'il fallait désormais ne plus employer les tenettes concaves, et qu'on devait s'en tenir au casse-pierre dont je me sers ordinairement.

Sans vouloir discuter tous les points qui se rattachent à cette grave opération, sans vouloir rechercher quelles ont été les causes de la mort, etc., je me contenterai de faire remarquer que l'opération, déjà si difficile en elle-même eu égard aux dimensions extraordinaires de la pierre, a été grandement compliquée, d'une part, par le défaut de connaissances qu'apportait l'opérateur, d'autre part, par l'emploi d'instruments imparfaits.

Tous ceux qui ont fait de la chirurgie savent combien une opération, quelle qu'elle soit, se complique lorsqu'il faut que le chirurgien abandonne la direction générale des manœuvres. Une opération exécutée par plusieurs chirurgiens cesse de présenter cette harmonie qui est si utile au succès définitif. On m'accordera que, dans ces conditions, il y a des pertes de temps incessantes, il y a des tâtonnements fâcheux qui se renouvellent chaque fois que l'instrument change de mains. J'ajouterai que pour l'opéré de Saint-Antoine, il y a eu une perte de temps considérable, qu'on peut rattacher certainement à l'administration peu méthodique du chloroforme.

Toutes les circonstances que je viens de rappeler

font comprendre pourquoi l'opération dura près de deux heures et demie, et l'on est autorisé à supposer que la lithotritie périnéale, conduite par un opérateur plus exercé, eût pu donner dans le cas particulier un succès, malgré le volume et la dureté d'un calcul qui ne pesait pas moins de 131 grammes.

J'ai encore à entretenir le lecteur de plusieurs objections dont est passible la lithotritie périnéale. Je rappellerai qu'un des reproches importants qu'on ait faits à la lithotritie ordinaire, c'est d'exposer les opérés à conserver dans leur vessie un ou plusieurs fragments qui, par la suite, pourraient devenir l'origine d'une nouvelle pierre. L'objection est fondée, et il n'est pas rare de constater que des opérateurs peu habitués, que des chirurgiens trop pressés d'en finir, ont laissé par mégarde quelques fragments calculeux. La plus célèbre de ces observations est, sans contre-dit, celle du feu roi des Belges. La cure semblait complète après un certain nombre de séances de lithotritie ; cependant, le malade affirmait que diverses sensations pénibles devaient avoir pour raison d'être quelque fragment oublié dans la vessie. L'opérateur perdit patience, ne voulut pas multiplier les recherches autant que le désirait le malade, et c'est dans ces conditions que Thompson fut appelé.

Cet habile chirurgien put compléter la guérison du roi, en détruisant un fragment assez volumineux que Civiale avait laissé dans la vessie.

Nul doute que le chirurgien français n'eût trouvé ce fragment, si de certaines préoccupations ne l'eussent détourné de nouvelles explorations. Il perdit ainsi une belle occasion d'affirmer, une fois de plus, sa rare habileté ; c'est la seule fois peut-être que la lithotritie ait été pratiquée pour une tête couronnée, et le mérite de la cure revient équitablement à Thompson.

La lithotritie a triomphé depuis longtemps de l'objection qu'on lui adressait à ses débuts ; l'expérience a, en effet, démontré que la plupart des opérés est complètement débarrassée de la pierre par les manœuvres successives du broiement. Le plus ordinairement, il n'est pas nécessaire pour comprendre les récidives de supposer que l'opérateur avait pu laisser un débris quelconque dans la vessie de son malade ; les lésions préexistantes suffisent à expliquer la reproduction du calcul.

L'idée de la persistance possible de fragments calculeux dans la vessie, à la suite de la lithotritie périnéale, doit également se présenter à l'esprit des critiques. Il est, en effet, impossible d'affirmer qu'après la fragmentation d'une pierre par le trajet périnéal, il ne restera pas dans la vessie un ou plusieurs fragments capables d'entraîner une récidive du mal. Je

crois devoir aller au-devant de cette objection; on peut la soulever à l'occasion de la lithotritie périnéale, comme on l'a fait tant de fois pour la lithotritie ordinaire. Nous venons de le dire, la chose n'est point impossible, mais il est toujours bon de vérifier ce que la théorie fait pressentir; l'hypothèse doit toujours s'incliner devant les faits.

Dans la question des fragments oubliés après la lithotritie périnéale, c'était à l'expérience clinique de prononcer. Je vais donc exposer succinctement ce que j'ai pu observer à ce sujet.

Il est certain que j'ai laissé plusieurs fois des débris calculeux dans la vessie de mes opérés; ceux qui portaient des calculs phosphatiques ont été principalement exposés à ce contre-temps. Il est, en effet, difficile d'extraire avec certitude tous les grains qui résultent de l'écrasement d'une pierre friable, soit de phosphate de chaux, soit de phosphate ammoniaco-magnésien. Chez le malade que j'opérai, par exemple, à l'Hôtel-Dieu en 1865, j'avais mis tous mes soins à bien évacuer les nombreux débris calculeux, et cependant, à l'autopsie, j'ai pu constater que la vessie contenait encore plusieurs grains phosphatiques.

Plusieurs de mes opérés ont rendu, dans les jours qui suivirent la lithotritie périnéale, un nombre variable de débris calculeux; quelques-uns ont même

expulsé soit par la plaie, soit même par l'urèthre, de véritables fragments durs, anguleux, qui résultaient de la lithoclastie. Chez un de mes malades, la guérison de la fistule périnéale ayant tardé à se produire, j'ai pu me convaincre que la persistance du trajet tenait à la présence de plusieurs débris phosphatiques; il a suffi d'extraire ces corps étrangers pour voir la plaie se fermer définitivement. La guérison du malade a, du reste, persisté pendant plusieurs années, et il y a tout lieu de supposer qu'elle est actuellement définitive (voy. obs. VI).

Ainsi, d'une part, l'autopsie a démontré que l'opérateur pouvait oublier, dans la vessie, des débris calculeux; d'autre part, l'observation clinique constate que plusieurs des malades ont rendu, consécutivement à l'opération, un nombre variable de fragments.

L'objection de la persistance des fragments calculeux, après la lithotritie périnéale, est donc fondée; la théorie l'indiquait et l'expérience a démontré la réalité du fait. Voyons cependant si l'objection a une valeur absolue, et si elle est de nature à faire hésiter dans l'emploi d'une opération qui a déjà fourni un nombre respectable de succès.

Plusieurs de mes opérés, un tiers peut-être, ont, comme je l'ai déjà dit, rendu plus ou moins vite après l'opération des débris calculeux, tantôt de la poussière, tantôt des fragments assez volumineux. Le