

« N'est-ce pas là, dit ce dernier (*Œuvres complètes*. Paris 1837, p. 460), faire l'extraction de la pierre, et n'est-ce même pas la « faire en deux temps, comme autrefois plusieurs lithotomistes « ont fait en deux temps l'opération de la taille? »

A l'exception de Franco et, plus tard, de Louis, qui, de parti pris, pratiquaient la taille en deux temps, la considérant comme plus facile, *sans péril et sans douleur*, les chirurgiens qui ont fait cette opération semblent n'y avoir été amenés que par la nécessité, lorsque le patient, épuisé par la douleur, par la longueur et la multiplicité des manœuvres que le volume des pierres ou leur enchatonnement rendaient nécessaires, paraissaient ne plus pouvoir, sans un imminent danger, supporter de plus longs efforts. Mais tous ouvraient la vessie dans le premier temps de l'opération, et remettaient à quatre ou cinq jours la recherche et l'extraction de la pierre.

Vidal (de Cassis), justement préoccupé de prévenir les infiltrations urineuses et purulentes, écueils fréquents de la taille hypogastrique, proposa de pratiquer cette opération en deux temps : le premier consistant à mettre la vessie à découvert, et à laisser la plaie suppurer et se couvrir de bourgeons charnus; le second à ouvrir la vessie et à extraire immédiatement les calculs par les procédés ordinaires. Le but que se proposait Vidal est-il réellement atteint? L'infiltration purulente ne peut-elle se produire avant que la vessie soit ouverte, et l'infiltration urineuse succéder à cette ouverture par le bistouri? Il est permis d'en douter, et de croire que la taille en deux temps, soit qu'on ouvre, soit que l'on n'ouvre pas la vessie du premier coup, restera une opération exceptionnelle.

TAILLE RECTO-VÉSICALE.

Sanson, le premier, proposa en 1821 de tailler la vessie par le rectum.

On a voulu reporter la priorité de cette opération, soit à frère Côme, qui avait extrait par le rectum un calcul engagé dans un trajet fistuleux recto-vésical, soit au docteur Clot-Bey, qui avait vu, dit-on, pratiquer en Égypte la même méthode. Mais ces assertions sont restées obscures et douteuses. La taille recto-vésicale, accueillie avec une grande faveur en Italie, n'a trouvé en France que peu de partisans, et paraît tombée aujourd'hui dans l'oubli, malgré le nouveau procédé de M. Maisonneuve.

Le rectum, étendu de la symphyse sacro-iliaque gauche à l'anus, s'incline à droite jusque vers le milieu du sacrum; là il se re-

courbe sous la vessie jusqu'à la prostate, dont il s'éloigne ensuite pour se porter en bas et un peu en arrière vers l'anus. Cette dernière portion est longue d'environ 0^m,03. Convexe en arrière, concave en avant, elle forme le bord postérieur du triangle bulbo-anal, représenté en avant par les portions prostatique, membraneuse et bulbaire de l'urèthre; à son sommet par la prostate, au niveau du col de la vessie; et à sa base par les téguments. L'aire de ce triangle est remplie par les muscles et le tissu graisseux du périnée.

La portion rectale moyenne a environ 0^m,08 d'étendue; concave en avant, elle est unie au bas-fond de la vessie, et sur les côtés aux vésicules séminales, aux canaux déférents et aux uretères. C'est vers l'endroit où cette portion moyenne se réunit avec la portion supérieure, c'est-à-dire à 0^m,08 environ de l'anus, que se trouve le cul-de-sac recto-vésical du péritoine. En résumé, on rencontre au devant de la portion moyenne de l'intestin, en haut : du tissu cellulaire lâche, quelques vésicules graisseuses, l'aponévrose prostatopéritonéale de M. Denonvilliers, la paroi inférieure de la vessie, comprise entre les uretères, les conduits déférents et les vésicules séminales; plus bas : la pointe de la prostate traversée par les canaux éjaculateurs, le sphincter interne, l'origine du bulbo-caverneux, le transverse, quelques fibres du releveur, la base de l'aponévrose moyenne. Nulle part il n'existe aucun vaisseau important. (Sanson.)

Sanson plaçait le malade comme pour la taille périnéale, portait dans la vessie un cathéter qu'il confiait à un aide en lui recommandant de le tenir verticalement et d'en appuyer la convexité vers la paroi antérieure du rectum. Ce chirurgien introduisait alors l'indicateur gauche dans l'anus, la face dorsale tournée du côté de la paroi postérieure de l'intestin, faisait glisser à plat, jusqu'à la pulpe du doigt, un bistouri étroit et acéré et en relevait la pointe pour traverser la paroi antérieure du rectum; il coupait ensuite d'arrière en avant toutes les parties du périnée comprises dans le triangle bulbo-anal, depuis l'anus jusqu'au bulbe. L'indicateur gauche reconnaissait la cannelure du cathéter et servait de guide au bistouri pour diviser la portion membraneuse de l'urèthre, la prostate et le col de la vessie de haut en bas et d'avant en arrière.

Sanson avait proposé un deuxième procédé. Après avoir pratiqué la première incision, comme dans l'opération précédente, avec la seule différence de la commencer 0^m,006 ou 0^m,008 plus haut, il introduisait dans la plaie le doigt indicateur gauche, non pour chercher la portion membraneuse de l'urèthre en avant de l'extré-

mité antérieure de la prostate, mais la limite postérieure de cet organe et la rainure du cathéter appuyé contre le bas-fond de la vessie. Le bistouri, guidé par le doigt, était alors enfoncé dans cette rainure, et servait à diviser le fond de la vessie dans l'étendue de 0^m,03 environ, pendant que l'indicateur éloignait l'intestin pour qu'il ne fût pas atteint de nouveau.

Le second de ces procédés permet l'extraction de pierres volumineuses, et laisse intacts la prostate et le col de la vessie, qui n'est ni distendu, ni froissé, ni déchiré par les tenettes ou par le calcul. Ces avantages sont compensés par le danger de léser le cul-de-sac recto-vésical du péritoine, et de déterminer des infiltrations urinaires dans le tissu cellulaire pelvien, et des fistules stercorales et urinaires; aussi est-il aujourd'hui abandonné par tous les chirurgiens. Sanson lui-même l'avait condamné dans les derniers temps de sa vie.

M. Maisonneuve commence l'opération comme dans le premier procédé de Sanson, mais sans diviser le sphincter anal, et introduit par l'incision rectale un lithotome double avec lequel il fend les deux côtés de la prostate, de la même manière que dans la taille bilatérale par le périnée. Ce procédé, dont l'exécution est plus difficile, puisqu'il faut surmonter la résistance de l'anus pour la manœuvre des instruments, expose, comme les précédents, aux fistules recto-vésicales.

M. Chassaignac a passé son écraseur de la portion membraneuse de l'urètre dans la vessie et de celle-ci dans le rectum, et, ayant fait ressortir l'instrument par l'anus, a pratiqué la section de toutes les parties intermédiaires. Nous ne croyons pas que personne soit jamais tenté de répéter une pareille opération.

TAILLE SUS-PUBIENNE OU HYPOGASTRIQUE.

L'on doit cette méthode à une inspiration du génie de Franco. Ce chirurgien, ayant taillé un malade par le petit appareil, reconnut l'impossibilité d'extraire la pierre, dont le volume était trop considérable pour traverser la plaie. Sans hésiter, il poussa le calcul vers la région hypogastrique avec deux doigts, introduits dans le rectum, et ouvrit la vessie au-dessus du pubis, guidé par la saillie de la pierre. Franco réussit, mais il conseilla de ne jamais imiter sa conduite. Malgré cette réprobation, Rousset, opérateur français, proposa vingt ans après, en 1580, dans son traité *De partu cesareo*, un procédé méthodique pour l'exécution de cette nouvelle méthode de taille, mais n'eut pas l'occasion de le pratiquer.

Cet honneur était réservé à Probie (de Dublin). Ce chirurgien pratiqua le haut appareil (taille sus-pubienne) en 1700, cent quarante ans après l'opération de Franco, sur une jeune fille de vingt ans, qui portait une pierre, développée autour d'un poinçon d'ivoire. Probie, comme Franco, avait été dominé par les circonstances. Douglas, chirurgien écossais, profitant des travaux de Rousset, pratiqua en 1719 le haut appareil et le décrivit comme une nouvelle méthode de tirer la pierre. Après lui Cheselden, Middleton, Macgill, en Angleterre, Heister (à Altorf) suivirent l'exemple de Douglas avec un succès si marqué, que, d'après le rapport de Morand, on compta seulement cinq morts sur trente-deux pierreux, depuis 1719 jusqu'en 1723. Malgré des résultats aussi favorables, cette méthode fut laissée dans l'oubli jusqu'en 1758, où frère Côme appela de nouveau l'attention sur elle. Depuis cette époque, on ne cessa plus de la pratiquer; de nos jours encore elle était adoptée par Souberbielle, successeur et élève de frère Côme, et par Amusat, Baudens et Delmas.

Anatomie. La face antérieure de la vessie dépourvue de péritoine depuis son col jusqu'au-dessus de son sommet, présente des rapports très-différents et d'une grande importance chirurgicale, selon son état de vacuité ou de distension.

Si la vessie ne renferme pas d'urine, elle est coarctée sur elle-même, globuleuse, et complètement cachée dans le petit bassin, en arrière et au-dessous du bord du pubis, et entraîne avec elle le péritoine, qui double par conséquent la paroi abdominale. Lorsque la vessie est au contraire distendue, elle se développe, s'amplifie, remplit le petit bassin, dépasse le niveau du détroit supérieur en repoussant en haut le péritoine, et, par sa face antérieure, se met graduellement en contact immédiat avec la face postérieure ou interne de la paroi abdominale.

La vessie distendue par l'urine peut s'élever jusqu'au-dessus du niveau de l'ombilic; et si l'on vient à plonger un trocart ou tout autre instrument au-dessus du pubis, on pénètre directement dans la poche vésicale, sans danger de rencontrer le péritoine.

Les premiers chirurgiens frappés de ces dispositions crurent indispensable de distendre la vessie, par l'accumulation volontaire de l'urine ou par des injections. Mais l'irritabilité du viscère, les douleurs intolérables déterminées souvent par les liquides injectés, l'épaississement et l'altération des tissus, ont démontré le danger et quelquefois l'impossibilité de la distension forcée de la vessie, et Baudens a donné le conseil formel de négliger cette manœuvre préparatoire. Dans ce cas, il faut se rappeler que la face antérieure de la vessie est unie au pubis et à la paroi abdominale par un tissu