

petite incision; à peine donc si les procédés diffèrent. C'est sur les adultes et les vieillards, où les calculs sont plus volumineux, qu'on pourrait seulement apprécier l'influence des déchirures et des grandes incisions. Sous le bénéfice de ces réserves, on peut cependant citer quelques chiffres.

Dans un relevé des tailles faites à la Charité, de 1724 à 1757, sur 508 opérations, on compta 225 morts : 44 pour 100. Le procédé généralement suivi était le *grand appareil latéralisé*, avec le *coup de maître* qui divisait la pointe de la prostate; la mortalité était donc notablement supérieure à celle d'aujourd'hui.

Pour les incisions déjà un peu plus étendues et telles que les pratiquait Scarpa, nous avons précisément un tableau des calculateurs reçus à l'hôpital de Pavie, de 1820 à 1830; ils étaient au nombre de 108, dont 93 enfants, 13 adultes, 2 vieillards. Scarpa rejetant l'opération, et pour les pierres trop petites et pour les pierres trop volumineuses, il n'y eut que 79 taillés, qui donnèrent 24 morts; environ 31 pour 100. Eu égard au chiffre des enfants, c'est une mortalité supérieure à celle des hôpitaux de Paris.

Au contraire, pour les incisions libres, Cheselden dit avoir taillé à l'hôpital Saint-Thomas, à Londres, 213 calculateurs, et n'avoir eu que 20 morts. De vingt à cinquante ans, il en avait perdu 7 sur 32; de cinquante à quatre-vingts ans, 6 sur 14; notablement moins que nous n'en perdions à Paris.

Sans doute, la différence des hôpitaux y est pour quelque chose; mais à Norwich, Martineau, suivant d'abord le procédé de Hawkins, avait eu 11 morts sur 37 opérés, à peu près la même proportion que Scarpa à Pavie. Revenu au couteau de Cheselden avec les grandes incisions, sur ses 110 derniers calculateurs il n'en perdit que 6.

Gross donne le relevé suivant des résultats obtenus sur 9299 cas de taille :

Taille latérale.....	8509	opérés	1065	morts.	1 mort sur 8
— bilatérale.....	228	—	33	—	1 — sur 6,9
— médiane.....	299	—	29	—	1 — sur 10,3
— recto-vésicale.	83	—	16	—	1 — sur 5,1
— sus-pubienne.	180	—	39	—	1 — sur 4,6

Thompson, sur 1827 cas de taille latérale pratiquée dans des hôpitaux d'Angleterre par divers chirurgiens, a compté 229 morts ou 1 décès sur 7, 9 opérés ou en chiffres ronds 1 sur 8.

Allarton, sur 139 opérations par son procédé, n'a perdu que

13 malades, ou 1 sur 11; mais il faut remarquer que cette taille a surtout été faite pour de petits calculs.

Murray Humphry, sur 104 cas de taille sus-pubienne réunis par lui, compte 31 morts ou 1 mort sur 3, 3.

Si, pour les raisons que je viens de donner, on excepte la taille médiane dans laquelle on comprend la taille urétrale d'Allarton, on voit que la taille latérale est la moins grave et la taille sus-pubienne la plus meurtrière, mais ici encore il faut observer que cette dernière, comme la taille recto-vésicale n'était faite pendant cette période que pour les gros calculs; il n'en est plus de même aujourd'hui que la taille hypogastrique est faite même pour de petits calculs. L'on pourrait dire aussi que la taille bilatérale est souvent faite lorsqu'on suppose que la taille latérale sera insuffisante. En résumé, on peut dire d'une manière très générale et fort approximative que la mortalité par la taille était en moyenne avant ces dernières années de 1 opéré sur 7.

II. — Taille hypogastrique.

Anatomie chirurgicale. — La vessie, dans l'état de vacuité, se cache derrière les pubis dont elle est séparée par une assez grande quantité de tissu cellulo-adipeux contenu dans une loge spéciale que Retzius a décrite le premier et qui porte son nom. Ce tissu cellulaire entoure la vessie et se continue avec le tissu cellulaire sous-péritonéal. A mesure que la vessie est distendue par l'urine, elle remonte au-dessus de la symphyse et s'applique contre la paroi extérieure de l'abdomen, en refoulant le péritoine. La disposition du cul-de-sac péritonéal antérieur est des plus importantes et demande à être bien connue. D'après Langer, sa hauteur au-dessus du cul-de-sac varie de 2 à 5 centimètres. Pouliot et Bouley ont constaté que cette hauteur est en rapport assez direct avec la distension de la vessie; elle serait de 7 centimètres lorsque le sommet de la vessie est à 12 centimètres; de 3 centimètres si la vessie dépasse le pubis de 5 centimètres. Il en résulterait d'après Bouley que, lorsque la vessie dépasse le pubis de 9 à 13 centimètres, il faut retrancher 4 centimètres pour avoir la hauteur du cul-de-sac péritonéal; et retrancher 3 centimètres pour les hauteurs variant entre 5 et 9 centimètres. Quant à la relation entre la quantité de liquide injecté et la hauteur du cul-de-sac elle est des plus variables, la vessie pouvant se distendre plus ou moins aux dépens de sa paroi postérieure.

C'est à tort que beaucoup de chirurgiens trompés par cette idée que le péritoine ne descend jamais sur cette paroi, se figuraient qu'il suffit de la tendre sur le bec d'une sonde pour la diviser sans péril; loin de là: il est essentiel, et frère Côme en avait fait une règle, de porter le doigt sur la face antérieure de la vessie, et en le recourbant, de ramener en haut ce repli péritonéal, qui n'est uni à la vessie que par un tissu cellulaire très-lâche et très facile à distendre ou à déchirer. Au reste, en incisant le long de la ligne blanche, on ne trouve à diviser que la peau, le *fascia superficialis*, l'aponévrose antérieure des muscles droits; en écartant ceux-ci, on tombe sur le tissu adipeux, et, si on le divise, sur le péritoine en haut et sur la vessie en bas.

Procédé ordinaire ou ancien. — Le malade est couché horizontalement sur une table garnie de matelas, de manière cepen-

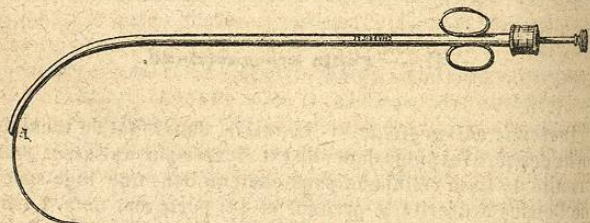


FIG. 718.

Sonde à dard pour la taille hypogastrique.

dant que le bassin soit le point le plus élevé; les poils du pubis ont dû être préalablement rasés. A l'aide de la sonde introduite dans la vessie pour reconnaître la pierre, on injecte la quantité d'eau tiède que cet organe peut contenir, et on la retient en bouchant l'orifice de la sonde. Alors, avec un bistouri ordinaire, on pratique une incision qui intéresse de haut en bas la peau et la graisse jusqu'à la ligne blanche dans l'étendue de trois travers de doigt, au-dessus et un peu en avant de la symphyse. La ligne blanche mise à nu, on incise à quelques millimètres en dehors l'aponévrose qui recouvre le muscle droit, dans la même étendue que la peau. A ce moment, quittant le bistouri, l'opérateur déchire avec le doigt le tissu cellulaire qui sépare les deux muscles droits, plonge l'indicateur gauche immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne, écarte le tissu cellulaire ou adipeux jusqu'à

arriver au contact de la vessie; puis recourbant ce doigt en crochet, il ramène de bas en haut le tissu adipeux et le pli du péritoine situé au-dessus; alors, faisant saillir le bec de la sonde au-devant de l'index gauche pour soulever la paroi antérieure de la vessie, il enfonce le bistouri en avant de cette saillie, divise quelque peu la vessie de haut en bas, et aussitôt qu'il y a jour, y plonge le doigt indicateur qu'il recourbe en crochet pour soulever et distendre plus sûrement la paroi antérieure. Après quoi il poursuit l'incision aussi bas qu'il est nécessaire, explore la vessie, et y porte les tenettes pour charger le calcul.

Quelques chirurgiens se contentent de faire une injection, après quoi ils retirent la sonde; Baudens ne se servait ni de la sonde ni de l'injection; d'autres, au contraire, ont imaginé des sondes à dard qui sont pour le moins inutiles.

Procédé actuel ou de Petersen. — La difficulté de la taille hypogastrique était d'atteindre la vessie sans s'exposer à couper le péritoine et pour cela il fallait la distendre suffisamment, ce qui n'est pas toujours facile quand la vessie s'est rétractée par suite de la cystite chronique due à la présence du calcul. En 1875, Milliot, dans un mémoire inséré dans la *Gazette médicale de Paris*, montrait que la distension du rectum à l'aide d'un ballon insufflé, amenait l'ascension de la vessie et facilitait beaucoup la taille hypogastrique. C'est ultérieurement que Petersen (de Riel) appliqua pratiquement cette idée et créa le procédé opératoire généralement suivi aujourd'hui.

On introduit aussi profondément que possible dans le rectum un ballon de caoutchouc, et dans la vessie une sonde métallique ordinaire; on injecte alors l'eau dans le ballon rectal de manière à le distendre, puis on injecte dans la vessie la quantité d'eau qu'elle peut recevoir sans user de force. Cela fait, on procède à l'incision de la paroi abdominale, à la manière ordinaire, en procédant à petits coups pour ne pas blesser le péritoine. On met la vessie à découvert le plus près possible du pubis, on racle avec le doigt sa face antérieure, comme l'avait recommandé frère Côme et l'on refoule ainsi le cul-de-sac péritonéal, que du reste on n'aperçoit pas toujours. Petersen allait même jusqu'à dire, en 1878, qu'après avoir pratiqué dix-huit fois la taille par son procédé il était convaincu que le péritoine ne pouvait pas être blessé, même en opérant maladroitement. C'est aller un peu trop loin.

Une fois la vessie mise à découvert, on appuie sur elle le doigt, que l'on place à la partie supérieure de la plaie et l'on fait au

dessous du doigt la ponction de la vessie, le trocart sert de guide pour pratiquer l'incision.

Les opinions varient sur la nature du pansement à adopter : Petersen, Bergmann, Albert suturent la vessie et la paroi abdominale; Trendelenburg, Thompson ne font aucun pansement. D'autres, comme Bazy, Guyon, Perrier, Mikulicz, Ultzmann se placent entre ces deux extrêmes et font l'occlusion par un pansement antiseptique. L'expérience n'a pas encore décidé quelle pratique est la meilleure.

Appréciation. — La taille hypogastrique offre de notables avantages. Dans l'état normal, le bistouri n'offense aucun vaisseau, ni veine, ni artère; il ne touche ni au col de la vessie, ni aux conduits éjaculateurs, et n'expose ni à l'incontinence d'urine ni à l'impuissance; la plaie se ferme un peu plus lentement qu'au périnée, mais les fistules consécutives ne sont pas plus à craindre. L'ouverture de la vessie se prête à l'extraction des plus grosses pierres, sans qu'il y ait à craindre de déchirures; les tenettes y sont dirigées presque à coup sûr; et le doigt, parcourant librement toute la cavité, y retrouve les petits calculs ou fragments de calculs, avec plus de certitude que dans toute autre taille. Mais ces avantages sont compensés par deux périls, la lésion possible du péritoine et les infiltrations urinaires. L'infiltration d'urine est rare, car Souberbielle, sur trente-neuf opérations, ne l'avait vue qu'une fois. Quant à la blessure du péritoine, l'invention de Petersen donne le moyen à peu près certain de l'éviter. Il n'est donc pas étonnant que, depuis dix ans, les chirurgiens français et étrangers aient adopté la taille sus-pubienne, presque à l'exclusion de la taille périnéale.

Les statistiques anciennes ne nous apprennent que peu de chose sur la gravité relative de la taille hypogastrique, comparée à la taille périnéale, car la taille hypogastrique était presque exclusivement réservée aux cas graves, à ceux dans lesquels on avait affaire à de gros calculs. Belmas avait rassemblé de tous côtés cent observations sur lesquelles on trouve :

A 3 ans.....	5 opérés, 1 mort.
De 4 à 20 ans.....	38 — 2 —
De 20 à 50 ans.....	21 — 6 —
De 50 à 80.....	36 — 16 —

C'est en définitive une mortalité de 25 p. 100, ou de un sur quatre. Souberbielle a publié une série de trente-huit opérations

et, sur 35 sujets de cinquante à quatre-vingts ans, il n'en avait perdu que 10.

Depuis que Petersen, Trendelenburg et Perrier ont remis en honneur la taille hypogastrique; depuis qu'elle est pratiquée de préférence même pour de petits calculs; depuis qu'on n'est plus exposé à la blessure du péritoine, depuis, surtout, que des soins minutieux de propreté ont supprimé la contamination par contact, la mortalité de la taille sus-pubienne a dû diminuer de beaucoup; mais les éléments nous manquent encore pour juger exactement cette question, malgré les statistiques de Garcin et de Tuffier qui donneraient encore une mortalité de 24. 4 p. 100 environ. Eigenbrodt a publié récemment dans le *Deutsche Zeitschrift* la statistique intégrale de Trendelenburg, de 1876 au mois d'octobre 1887; 19 opérations pour calculs urinaires ont donné seize guérisons et trois morts, ou une mortalité de 15. 8 p. 100, un mort sur un peu plus de six opérés.

J'ai relevé sur les registres de l'hôpital Necker les tailles faites par Guyon également pour calculs pendant les quatre années 1885-1888. Il n'y eut qu'une taille périnéale qui fut suivie de mort le quatrième jour, et cinq tailles hypogastriques; une seule fut suivie de guérison, les quatre autres opérés moururent, c'est donc une mortalité de 80 p. 100. Il est juste d'y ajouter une sixième taille hypogastrique faite avec succès pour un corps étranger. Certes ces résultats, s'ils étaient les seuls, engageraient peu à substituer la taille hypogastrique à la taille périnéale. Cette élévation considérable de la mortalité tient à deux causes principales. La première, c'est que la taille est en général réservée pour les cas graves, car, pendant cette période, Guyon a pratiqué quatre-vingt-treize lithotrities; la seconde, c'est que les altérations vésicales et rénales dues à l'existence du calcul aggravent la situation, puisque 17 tailles hypogastriques pour cancer de la vessie, cystite douloureuse, etc., ont donné à Guyon seize guérisons et un mort. Trendelenburg, sur 18 tailles hypogastriques pour affections autres que les calculs, a eu quatorze guérisons et quatre morts ou 22 p. 100 de mortalité. Si la mortalité de Trendelenburg est plus faible quand il s'est agi de calculs que lorsqu'il s'est agi d'autres affections; si elle est notablement plus faible que celle de Guyon dans les cas de calculs (14 p. 100 au lieu de 80), cela tient à ce que Trendelenburg a fait la taille dans des cas simples, que Guyon eût traité par la lithotritie.

III. — De la taille pour affections autres que les calculs urinaires.

La taille a été faite comme opération préliminaire pour permettre l'ablation ou la destruction de tumeurs de la vessie, comme mode de traitement de cystites douloureuses ou de névralgies vésicales ou pour permettre de pratiquer le cathétérisme rétrograde.

1° DE LA TAILLE DANS LES TUMEURS DE LA VESSIE. A. *Chez l'homme.* — Les chirurgiens du dernier siècle et du commencement de celui-ci ne pouvaient guère avec les idées régnantes songer à pratiquer la taille pour enlever les tumeurs malignes de la vessie. Si Desault, Covillard pratiquèrent ces ablations, ce fut au cours d'opérations de taille faites pour des calculs et parce que la taille une fois pratiquée ils rencontrèrent des tumeurs qu'ils cherchèrent à extirper ou à détruire par morcellement; Crose, Gersuny tentèrent cette extirpation, mais sans pouvoir la mener à bien. C'est à la chirurgie allemande que revient l'honneur d'avoir introduit, de propos délibéré, cette nouvelle opération dans la thérapeutique chirurgicale. La première opération fut faite par Billroth en 1875. Il pratiqua la taille périnéale et se trouvant en présence d'une tumeur assez volumineuse l'enleva par la taille hypogastrique. Son exemple fut suivi l'année suivante par Volkmann; et, la même année, Kocher, par la taille périnéale et le grattage, enleva des fongosités vésicales qui amenaient de fortes hémorragies. Les opérés de Billroth et de Kocher avaient guéri et ces succès enhardirent les chirurgiens. L'opération fut pratiquée un assez grand nombre de fois en Angleterre et en Amérique, mais presque toujours par la taille latérale, ou à l'exemple de Thompson par la boutonnière.

En 1881 Mercacci, chirurgien italien, fit directement la taille hypogastrique, et se servit pour explorer la vessie de la lumière donnée par la combustion du magnésium. Le 10 novembre 1882 Trendelenburg commença sa série d'opérations de taille hypogastrique. En France, la première opération fut faite par Bazy le 20 décembre 1882 et bien que le succès n'eût pas couronné sa tentative, l'opération entra dès lors dans la pratique chirurgicale française. Je n'ai pas à décrire l'opération elle-même, puisqu'elle n'est autre chose qu'une taille hypogastrique ou périnéale, suivie de l'extraction de la tumeur par excision, par grattage, par

morcellement suivant l'état où elle se présente. Nous avons surtout à examiner s'il faut préférer la taille hypogastrique à la taille périnéale.

Au point de vue de la facilité de l'exécution et de la sécurité de l'opération, puisqu'il faut avant tout pouvoir extirper la tumeur dans sa totalité, je n'hésite pas à donner la préférence à la taille hypogastrique. En soulevant la vessie par le ballon de Petersen, en écartant les lèvres de la plaie vésicale, en éclairant à la lumière électrique l'intérieur de la vessie, on explore avec assez de facilité l'intérieur de l'organe. Au contraire avec la taille périnéale, le doigt a parfois beaucoup de peine à explorer la vessie, la vue ne peut guère venir en aide au toucher et on opère avec beaucoup moins de facilité et de sûreté.

Il nous faut examiner maintenant la valeur de l'opération en tant que moyen thérapeutique sur le double point de vue des dangers qu'elle fait courir au malade et de la permanence de la guérison puisqu'il s'agit trop souvent de tumeurs malignes.

Au point de vue de la mortalité, bien que celle qui appartient à la taille se combine avec celle qui dépend des manœuvres nécessaires par l'extirpation de la tumeur, il me paraît nécessaire d'examiner à part les tailles hypogastrique et périnéale. Je m'appuie pour cette appréciation sur les faits rassemblés par Pousson dans sa thèse et par Eigenbrodt dans son travail du *Deutsche Zeitschrift*. Je laisse de côté les opérations anciennes de Desault, Covillard, Crosse, Gersuny et Fergusson, et j'élimine les deux opérations de Billroth et de Volkmann puisque les deux espèces de tailles ont été faites simultanément; l'un des opérés a guéri, l'autre est mort.

Il nous reste donc 22 opérations par la voie périnéale ayant donné 14 guérisons et 8 morts. Les opérés de Kocher, Humphry, Colley, Rauschenbusch, Ranschhoff, deux opérés de Whitehead, sept des opérés de Thompson ont guéri de l'opération; ceux de Berkeley Hill, Morgan, deux des opérés de Whitehead, quatre de ceux de Thompson sont morts. C'est une mortalité de 36 p. 100 un peu plus que le tiers.

Les mêmes documents nous donnent seize opérations par la taille hypogastrique pour quinze malades; cinq des opérés de Trendelenburg ont guéri, ainsi que deux des opérés de Guyon dont l'un mourut d'une seconde opération; mais l'opéré de Bazy, trois des opérés de Guyon, celui de Mercacci, quatre de ceux de Trendelenburg sont morts. C'est une mortalité de 56 p. 100, plus de la moitié. Il paraîtrait logique en présence de ces chiffres de donner la préférence à la taille périnéale; mais, outre que le

nombre des opérations est trop faible pour que le chiffre relatif des morts soit un élément sérieux de jugement; il faut encore examiner la question des récidives et l'on peut supposer que celles-ci seront plus fréquentes après la taille périnéale qui ne permet trop souvent qu'une ablation incertaine et incomplète.

Pour apprécier la valeur de l'opération, il faut examiner quel bénéfice sérieux elle a pu donner aux opérés guéris. Ceux-ci dans ce relevé sommaire sont au nombre de vingt-deux; mais sur ce nombre la guérison est simplement mentionnée six fois et un des opérés de Trendelenburg était encore en traitement. Nous ne pouvons donc apprécier la durée de la guérison que pour seize opérés. Le bénéfice obtenu par l'opération est incontestable pour six malades au moins puisque la permanence a été constatée après quinze mois (Kocher), six mois (Humphry), un an (Rauschenbusch et Ranschoff), huit mois (Whitehead deux cas). Un opéré de Whitehead et un autre de Colley allaient bien après deux mois. En revanche la récidive est mentionnée chez quatre des opérés de Thompson et sur un cinquième l'enlèvement de la tumeur n'avait pu être que partiel. Un des opérés de Trendelenburg est mort après un an. Sur les cinq opérés de Guyon que cite Pousson trois moururent de l'opération, le quatrième mourut de récidive après trois mois et le cinquième qui avait guéri de l'opération, ayant dû en subir une seconde pour récidive, mourut cette fois de l'opération. En définitive tous les cas de Guyon furent mortels. Si donc, pour apprécier la valeur du traitement, nous réunissons les morts et les récidives, nous trouvons sur cinquante-neuf opérés dix-huit morts, et huit récidives certaines, ce qui nous donne vingt-six insuccès complets ou 66 p. 100, les deux tiers.

C'est là, certes, une mortalité très considérable, d'autant plus qu'elle est comme toujours atténuée par la non publication probable d'un certain nombre de cas mortels; mais le danger que l'opération fait courir au malade n'est pas un motif pour la proscrire dans tous les cas. L'ablation des tumeurs vésicales est une conquête chirurgicale, mais il faut savoir distinguer les cas dans lesquels elle est applicable. On peut déjà poser ce principe qu'elle est contre-indiquée dans le jeune âge, où elle paraît entraîner une mortalité plus grande.

Je suis également loin de l'accepter dans les cas où il y a peu de doute sur la nature cancéreuse de la tumeur. En effet, d'une part la vie se prolonge parfois assez longtemps malgré l'existence d'une semblable lésion; d'autre part la récidive est tellement la règle, surtout dans ces cas où l'on n'est presque jamais certain d'enlever tout le mal, que les périls de l'opération ne

compensent pas la durée et l'importance de la guérison momentanée qu'elle donne. Toutefois, quelle que soit la nature du mal, s'il amène des hématuries fréquentes et abondantes, de la rétention d'urine, des douleurs violentes, l'intervention est absolument indiquée, quoi qu'il arrive. Si l'opération ne sauve pas la vie du malade elle l'aura rendue quelque temps tolérable.

Enfin, il est des cas où le papillome, la tumeur fongueuse amènent des hémorragies qui disparaissent après l'opération, et la guérison peut être définitive ou tout au moins de longue durée. On peut donc dire que si l'ablation des tumeurs vésicales par la taille est une mauvaise opération quand elle est faite dans des cas de cancer n'amenant pas immédiatement d'accidents graves; si elle ne paraît pas pouvoir, plus que d'autre, guérir radicalement le malade; c'est une bonne opération, une ressource précieuse dans certaines conditions que le clinicien peut apprécier.

B. *Chez la femme*, les conditions ne sont plus les mêmes que chez l'homme. La tumeur fait assez souvent saillie dans l'urèthre et même à l'extérieur, ce qui facilite singulièrement le diagnostic; de plus, l'ouverture de la vessie par la taille n'est plus nécessaire, et dans les 37 cas rassemblés par Pousson, deux fois seulement le chirurgien, Norton, crut devoir faire la taille uréthrovaginale. Dans tous les autres cas, on fit la dilatation de l'urèthre et la tumeur fut enlevée, tantôt complètement, assez souvent incomplètement, par le grattage avec la curette ou même avec le doigt, par l'abrasion, la ligature, l'écrasement, etc. La taille n'ayant pas été faite, la mortalité a été moins élevée que chez l'homme, elle a été cependant plus considérable qu'on ne pouvait s'y attendre. Le résultat est connu dans 35 opérations; il y eut 22 guérisons et 13 morts, ce qui est une mortalité de 37 p. 100. On voit par conséquent qu'en dehors même de la gravité propre à la taille, l'action directe sur la vessie par le grattage, l'écrasement, etc., n'est pas sans faire courir des dangers à la malade, puisqu'il est mort plus d'une opérée sur trois.

2° DE LA TAILLE DANS LES CYSTITES DOULOUREUSES. — Les cystites, quelle qu'en soit la cause première, s'accompagnent assez souvent de douleurs extrêmement vives que les traitements locaux et généraux ne parviennent pas à soulager; ces douleurs spasmodiques se montrent surtout au moment de l'émission de l'urine. Dans d'autres cas il n'y a aucun signe certain d'inflammation de la vessie; l'urine est claire, normale, sans dépôt et l'on se trouve

on présence d'une véritable cystalgie par contracture spasmodique du sphincter vésical, affection qu'on est amené à rapprocher de la sphinctéralgie anale qui accompagne les fissures. Ce rapprochement a amené les chirurgiens à chercher la guérison par la dilatation du sphincter vésical, dilatation facile à faire chez la femme; mais qui, chez l'homme, ne peut guère s'opérer par les voies naturelles, malgré les instruments imaginés dans ce but et ne peut s'effectuer facilement et sûrement que par une boutonnière urétrale faite au périnée. C'est à H. Thompson que l'on doit l'introduction dans la pratique de cette méthode de thérapeutique. Cependant l'insuccès trop fréquent de la dilatation forcée de l'urèthre chez la femme, amena à penser que les bons effets obtenus assez souvent par la boutonnière périnéale étaient surtout dus à ce que pendant quelques jours le repos complet du sphincter urétral était un des éléments importants de la guérison et l'on fit délibérément la taille périnéale chez l'homme, la taille vésico-vaginale chez la femme pour établir momentanément une fistule vésicale. C'est à la chirurgie anglaise et à la chirurgie américaine que nous devons ce nouveau progrès qui ne s'est que tardivement introduit dans la chirurgie française. Les opérations étant différentes chez l'homme et chez la femme nous devons les examiner successivement dans les deux sexes.

A. Chez l'homme. — 1° *Dilatation périnéale.* Thompson pratique l'opération de la manière suivante : un cathéter cannelé étant introduit dans la vessie, comme on le fait dans la taille, le chirurgien avec l'index gauche introduit dans le rectum reconnaît le cathéter et le bec de la prostate. Puis il fait sur le raphe médian une incision verticale de 3 1/2 à 4 centimètres, enfonce horizontalement le bistouri jusqu'à ce que la pointe rencontre le cathéter et le pousse vers la vessie en faisant une incision d'un centimètre environ. On engage alors dans la rainure du cathéter la pointe d'un gorgéret; on le conduit jusque dans la vessie et, après avoir retiré le cathéter, le doigt glissant le long du gorgéret pénétre jusque dans la vessie dont il dilate le col et dont il explore la cavité. L'opération est terminée par l'introduction par la plaie d'un gros drain d'un calibre de 7 millimètres qu'on laisse dans la vessie, pendant une, deux ou plusieurs semaines, jusqu'à ce qu'on juge que la névralgie vésicale a disparu sous l'influence de la vacuité de l'organe.

Sur 43 observations rassemblées par Hartmann, 35 ont consisté dans l'ouverture de l'urèthre par une incision périnéale suivie d'une simple dilatation avec le doigt et l'application d'un drain. Les

résultats ont été les suivants : deux opérés de Rowling sont morts quarante-huit heures après l'opération; un opéré de Belfield le quatrième jour et un autre de Thiele le douzième jour; chez deux de ces malades l'opération avait amené la cessation immédiate des douleurs. Dans les 31 autres cas il y eut 14 fois guérison, 7 fois amélioration très marquée, 4 fois amélioration notable, 4 fois soulagement seulement; au total 29 résultats bons et deux fois persistance des accidents.

En France : Ollier, Guyon, Vincent ont cru devoir substituer à la simple dilatation avec le doigt la dilatation forcée du col avec un dilateur spécial; Vincent et Ollier obtinrent 2 guérisons; Guyon sur 6 cas eut 2 guérisons, une amélioration notable et 3 insuccès complets. Ces résultats sont peu encourageants.

2° *Taille périnéale et hypogastrique.* L'application de la taille à la guérison de la cystite douloureuse a été faite pour la première fois par Parker de New-York en 1850. De 1850 à 1867 elle a été pratiquée seulement par Fergusson, Craith, Bickenteth, Eve; depuis cette époque elle a été souvent mise en usage par les chirurgiens anglais et américains. A peine pratiquée en Allemagne elle a été introduite dans la chirurgie française depuis 1880 par Verneuil et Duplay. Sur les 71 observations rassemblées par Hartmann, 66 se rapportent à des tailles périnéales, 5 à des tailles hypogastriques.

Parmi les observations de taille périnéale, je dois éliminer celle de Howe, car si nous savons que le malade est mort quelques mois après l'opération, nous ne savons si l'opération a calmé les douleurs. Les 65 opérations ont donné les résultats suivants : 27 guérisons, 12 améliorations notables, 5 améliorations légères, au total 44 succès, environ 69 p. 100; 3 fois il n'y eut aucune amélioration, 4 fois s'il y eut d'abord soulagement il y eut bientôt réapparition des douleurs. Enfin 14 fois la mort a suivi d'assez près l'opération pour que celle-ci puisse en être regardée comme responsable. Cette mortalité de 21 p. 100 serait considérable s'il ne s'agissait que de cystalgies; mais le plus souvent l'opération a été faite pour des cystites chroniques, quelquefois de nature tuberculeuse, et l'on conçoit dans ces cas la fréquence relative d'un dénouement fatal.

Guyon, au lieu de la taille périnéale pratiquée par tous les chirurgiens, a pratiqué la taille hypogastrique.

Si on lit les observations un peu trop favorablement résumées dans le tableau statistique, on voit que sur ces 5 opérations, il y

eut une mort, 3 améliorations 2 fois suivies de récidive; une fois, un résultat nul.

En résumé, chez l'homme, et nous verrons tout à l'heure qu'il en est de même chez la femme, le traitement des cystites douloureuses consiste à supprimer pour quelque temps la fonction vésicale et la miction, en établissant une fistule. La dilatation forcée est au moins inutile, la boutonnière périnéale suffit pour obtenir ce résultat avec moins de danger que les diverses tailles périnéales. La première n'a donné qu'une mortalité de 41 p. 100, et une proportion minimum de succès de 71 p. 100; les secondes ont amené une mortalité de 21 p. 100, et une proportion de succès de 69 p. 100. Quant à la taille hypogastrique, elle me paraît tout à fait contre-indiquée dans ces circonstances et les résultats sont d'ailleurs fort loin de plaider en sa faveur. La section pratiquée sur ou vers le col de la vessie peut avoir une influence heureuse sur la disparition de la névralgie; la taille sus-pubienne ne peut avoir ces avantages. L'urine s'écoule bien plus facilement par le périnée que par la région hypogastrique. Je crois donc qu'ici comme dans bien des circonstances faire autrement n'est pas faire mieux.

B. Chez la femme. — 1° *Dilatation forcée de l'urèthre*. La dilatation forcée de l'urèthre a été remise en honneur en France par Simonin (de Nancy) en 1872, en Angleterre par Teale, en Allemagne par Simon. Elle est pratiquée sous le chloroforme avec des dilateurs de formes diverses sur lesquels il est inutile d'insister. Cette dilatation est poussée par Teale jusqu'à ce que l'urèthre puisse admettre deux doigts. C'est une exagération qui peut amener des accidents. Nous ne pouvons ici nous appuyer sur des statistiques; la dilatation de l'urèthre est une opération si simple, que peu de chirurgiens publient leurs observations, surtout s'il y a eu succès. Je l'ai faite une fois avec un succès complet et il m'a paru inutile de publier cette observation sans importance. Si la proportion de succès et de revers ne peut être établie, nous pouvons dire cependant que l'on connaît au moins 26 cas de succès et 6 cas d'amélioration; mais l'on connaît aussi 8 cas d'insuccès complet, 3 cas d'aggravation et 3 cas de morts.

Comme l'opération, faite avec ménagement, ne présente pas de sérieux danger dans la cystalgie, elle peut et doit même être tentée et ce n'est qu'en cas d'insuccès qu'on songera à l'établissement d'une fistule urinaire.

2° *Taille vésico-vaginale ou kolpo-cystotomie*. — La première opération fut faite par Bozeman en 1861; mais son observation ne fut publiée que trois ans après la publication des observations d'Emmet qui fit connaître en 1868 les premiers résultats que lui avait donnés cette nouvelle méthode thérapeutique.

Emmet pratique l'opération de la manière suivante : la femme préalablement endormie est couchée sur le côté dans la position de l'opération de la fistule vésico-vaginale et le spéculum de Sims repousse la fourchette et la paroi postérieure du vagin. Une sonde coudée brusquement à 6 centimètres de son extrémité est introduite dans la vessie et un aide la fait saillir sur la ligne médiane, un peu en arrière du col. On saisit les tissus assez tendus avec un ténaculum et on les incise avec des ciseaux jusqu'à ce que la sonde apparaisse. La sonde étant maintenue en place comme conducteur, on introduit une des branches des ciseaux dans la vessie et l'on agrandit en arrière l'ouverture qui doit avoir de 1 à 2 centimètres de longueur.

Harris, Hartmann, ont imaginé des cathéters spéciaux cannelés servant à guider soit le ténaculum soit le bistouri. La fistule ayant beaucoup de tendance à se refermer on a conseillé d'ourler la muqueuse vésicale à la muqueuse vaginale. C'est une complication souvent inutile et qui pourrait être nuisible si la vessie était déjà très irritée par une cystite chronique.

D'après Hartmann 28 opérations de kolpo-cystotomie auraient donné 14 guérisons, 10 améliorations. Deux fois il n'y eut aucun résultat favorable; enfin deux opérées, l'une d'Emmet, l'autre de Guyon moururent de l'opération.

La kolpo-cystotomie est une opération qui ne doit être faite que lorsque les autres moyens ont échoué, en particulier la dilatation forcée. Lavaux a publié récemment un certain nombre de succès, dont quelques-uns remarquables obtenus par le lavage de la vessie, pratiqué sans le secours de la sonde, suivi de l'injection de 15 grammes d'une solution de cocaïne à 4 p. 100. Je n'ai essayé encore cette méthode que dans un seul cas; mais bien qu'on ait dénié à la vessie la faculté d'absorber j'ai eu des symptômes sérieux d'empoisonnement et j'ai dû diminuer beaucoup la dose de la cocaïne. Si je n'ai pas encore obtenu la guérison, j'ai déjà en peu de jours obtenu par ce moyen une amélioration notable. C'est un moyen à essayer.