

vers la prostate, de forcer fréquemment les fluides à s'épancher dans la vessie. Comme M. Richerand, M. Boyer paraît s'être servi plusieurs fois avec avantage d'un bourdonnet de charpie porté jusque dans la poche urinaire, et fixé par une ligature dont les deux chefs sont ensuite noués à l'extrémité sur un autre bourdonnet qui s'enfonce aussi profondément que possible du côté de l'urètre, mais le petit appareil de Dupuytren mérite évidemment ici la préférence sur tous les autres; il se compose d'une canule ouverte à son sommet et sur les côtés, autour de laquelle on attache une pièce de linge fin en forme de chemise, on l'introduit au delà du col, puis on glisse entre elle et le linge, au moyen d'une pince à pansement, de la charpie souple jusqu'à ce que la plaie en soit complètement remplie, de manière à en comprimer convenablement toute la circonférence, un peu plus fortement vers le fond qu'en s'approchant de la peau. Le tout étant fixé par un bandage en T, ne met aucun obstacle à l'écoulement des urines, et permet d'ailleurs d'augmenter ou de diminuer la compression dans tel ou tel sens si on le juge convenable.

» Lorsqu'un, deux ou trois jours se sont écoulés, le chirurgien retire peu à peu les boulettes de charpie; et bientôt après, le reste de l'appareil.

» Si l'hémorrhagie ne se montre qu'après les premières heures, elle est rarement assez inquiétante pour nécessiter des recherches instrumentales. Ce n'est pas parce que le contact de l'air avait momentanément crispé les vaisseaux ni par un spasme imaginaire de ces canaux, que le sang qui trouve moyen de se faire jour à cette époque n'avait pas paru au moment de l'opération, mais bien parce que la circulation générale, ordinairement fort lente quand le malade est sur le lit de douleur, éprouve bientôt une réaction vive, un redoublement de forces dans ses puissances impulsives, d'où il suit qu'alors le mal devient assez souvent son propre remède, et que ces sortes d'hémorrhagies se suspendent sous l'influence d'applications froides ou de moyens révulsifs, qui tendent à diriger les fluides dans un autre sens. Ainsi on

commencerait en pareil cas par appliquer de l'eau froide sur l'épigastre, le haut des cuisses et le périnée, par en injecter même dans la plaie. S'il y avait de la fièvre et de la dureté dans le poulx, une petite saignée du bras serait évidemment indiquée. Si au contraire des manilèves sinapisés, des ventouses sèches, scarifiées entre les épaules, des cataplasmes de moutarde aux mêmes régions devraient être essayés avant d'en venir à la recherche des vaisseaux lésés et au tamponnement, à moins que l'hémorrhagie fût d'une extrême abondance. Quand elle ne se déclare qu'après les premiers jours, il est à peu près certain qu'elle ne dépend pas d'une simple ouverture d'artère, qu'elle se fait par pure exhalation, soit de la plaie, soit de la cavité vésicale. Il faudrait, pour admettre le contraire, supposer une eschare qui se serait détachée après coup des parois vasculaires, ou bien, comme on le voit en effet quelquefois, un affaiblissement général, une dissolution prononcée des fluides qui aurait déterminé la fonte des caillots sanguins et de toutes les digues qui s'opposaient à la sortie du liquide réparateur. On voit par là que ce doit être la plus dangereuse. Du reste, elle ne comporte pas d'autre traitement que la précédente. Un malade, soumis à la taille périnéale par Dussaussoy, fut pris une heure après d'une hémorrhagie considérable par l'intérieur de la vessie. Un accident semblable eut lieu au bout de plusieurs jours chez un opéré de Guérin. » (Velpeau, *Méd. opér.*, tom. iv.)

Nous allons faire suivre ce passage de l'ouvrage de M. Velpeau d'un extrait d'un mémoire important de M. Bégin. Depuis quelque temps, on s'occupait beaucoup des accidents de la taille, par exemple de l'infiltration urineuse, et peu de l'hémorrhagie. Aucun travail moderne et spécial n'avait été publié sur ce sujet. M. Bégin vient de remplir ce vide. Nous allons extraire de son sujet tout ce qui est original et directement pratique.

M. Bégin a observé trois hémorrhagies graves sur huit opérations de taille. Voici les observations dans lesquelles on verra par quel moyen l'hémorrhagie a été combattue.

« 5<sup>e</sup> OBSERVATION. — La première fois que l'accident dont il est question se manifesta, c'était sur un homme vigoureux, replet, âgé de soixante-treize ans, qui portait deux calculs très-durs et volumineux. Je pratiquai la taille latéralisée, une artère fut ouverte dans le tissu cellulaire du périnée à une petite profondeur, et put être liée aussitôt. L'incision profonde donna lieu ensuite à un écoulement immédiat considérable qui se continua jusqu'à l'extraction d'un premier calcul. Le sang sortait si abondamment du fond de la plaie sans que, moi ni les assistants, parmi lesquels se trouvaient les professeurs Ehrmann, Malle, Lacachie et M. Schneider, médecin à Strasbourg, pussions en découvrir la source, que le malade se décolora rapidement, éprouva une très-grande faiblesse et que, sans nous arrêter à des recherches ultérieures prolongées, nous dûmes le reporter dans son lit. La lithomyie fut complète, nous appliquâmes des compresses d'eau froide sur le périnée et, avant de recourir au tamponnement, nous voulûmes observer l'effet qui en résulterait. Sous la double influence de la syncope, qui fut d'ailleurs peu prolongée, et du froid local aidé d'une immobilité complète et de l'aération de l'appartement, l'hémorrhagie diminua bientôt, puis s'arrêta et ne reparut plus. Vers le huitième jour, ayant exploré de nouveau la vessie, nous rencontrâmes un second calcul qui fut extrait avec un peu de difficulté, et la guérison s'acheva si complète et si heureuse que huit ans après l'opération la santé du sujet ne s'est pas démentie.

» Mon anxiété, je dois l'avouer, fut des plus vives pendant la durée de l'hémorrhagie dont les effets se prononçaient avec tant de rapidité. Aussi, depuis lors, j'abandonnai la taille latéralisée pour le procédé de Dupuytren, qui paraissait m'assurer plus de sécurité.

« 4<sup>e</sup> OBSERVATION. — En 1840, je fus appelé par notre honorable et savant collègue M. Forget près d'un malade atteint de lésions graves des voies urinaires. Cet homme, plus usé encore par les souffrances ultérieures et par les chagrins que par l'âge, était maigre, faible, irri-

table au plus haut degré, et tourmenté par une toux ancienne et opiniâtre à chaque minute, c'est-à-dire trente ou quarante fois par heure; il était obligé de se relever, et, tantôt agenouillé sur son lit, tantôt debout, il se livrait irrésistiblement aux efforts les plus douloureux pour expulser quelques gouttes d'urine qui semblaient brûler le canal de l'urètre en le traversant. Ce supplice, graduellement aggravé, datait de plusieurs mois, et le malade appelait de tous ses vœux le moyen de s'en délivrer.

» L'introduction d'une algalie fit immédiatement reconnaître la présence d'un calcul, qui paraissait s'appliquer contre le col vésical et l'exciter par ses aspérités. Telle était l'irritabilité générale, que la lithotritie ne pouvait être proposée: d'une autre part, nous hésitions à recourir à la taille lorsque le malade, apprenant qu'elle seule pouvait lui donner du calme et du repos, la réclama de manière à entraîner notre détermination.

» Elle fut pratiquée par le procédé bilatéralisé, et ne présenta rien de particulier. L'écoulement sanguin immédiat fut très-modéré, et le malade, reporté dans son lit, était, lorsque je le quittai, dans l'état le plus satisfaisant. Quatre heures plus tard, l'élève laissé près de lui me fit appeler en toute hâte. Une hémorrhagie abondante s'était manifestée tout à coup, avait pénétré plusieurs aîcles et produit sur les assistants et sur le malade son effet ordinaire. Celui-ci, dans un état d'extrême agitation, avait la vessie distendue par des caillots, et se livrait à chaque instant à des efforts d'expulsion qui faisaient sortir du fond de la plaie, comme par une sorte d'expression, une grande quantité de sang artériel. Après avoir, partie avec le doigt, partie au moyen d'injections, débarrassé la cavité vésicale, j'examinai la plaie avec toute l'attention possible sans pouvoir découvrir la source de l'hémorrhagie, qui me parut exister dans sa partie la plus profonde, aux environs de la prostate et du col. Le danger était pressant, l'épuisement du sujet ne comportait aucune temporisation; je résolus de tamponner la plaie.



»La canule à chemise fut introduite à la manière accoutumée et maintenue par un aide pendant que j'entassais les bourdonnets autour d'elle. Mais à peine était-elle placée, que les plaintes du malade redoublèrent, puis les douleurs revinrent plus vives, les efforts d'expulsion plus pressés et plus énergiques; enfin l'appareil à demi appliqué fut chassé au dehors avec une certaine quantité de sang déjà rassemblé derrière lui: il fallut y renoncer.

»Dans mon embarras, je n'imaginai rien de mieux que de faire coucher le malade sur le côté, les jambes et les cuisses fléchies et ramenées vers le ventre, le derrière saillant au bord du lit garni d'une alèze et d'un morceau de toile cirée, le corps entier d'ailleurs convenablement couvert; cette position n'avait rien de gênant. Un baquet d'eau froide fut apporté, et plusieurs élèves qui voulurent bien me seconder se relayèrent pour exécuter la manœuvre suivante: deux d'entre eux s'armèrent chacun d'une seringue à lavement ordinaire qu'ils déchargeaient alternativement et par un jet modéré sur le périnée du malade, dont la fesse supérieure était maintenue relevée par un troisième aide. Pendant que l'un vidait lentement sa seringue, l'autre remplissait la sienne et l'irrigation se continuait ainsi sans relâche tantôt dans la plaie, tantôt sur ses bords et dans son voisinage.

»A peine était-elle commencée que les spasmes vésicaux s'affaiblirent, l'écoulement diminua en proportion, puis le ténesme et l'effusion du sang cessèrent. Le malade éprouva un calme profond et s'endormit. Au bout d'une heure, tout danger avait disparu; mais on continua l'irrigation pendant quatre à cinq heures encore dans la crainte de voir le sang reparaître sous l'influence d'une réaction trop tôt opérée.

»Lorsqu'on cessa, le périnée était froid, la plaie lavée revenue sur elle-même sans la moindre sensibilité, et le malade se trouvait dans l'état le plus satisfaisant. On continua pendant quelque temps des applications locales de compresses trempées dans de l'eau fraîche, puis le traitement suivit la marche ordinaire. Au-

cune inflammation remarquable ne se développa, la suppuration s'établit; mais le malade, qui, sous le rapport de l'opération, touchait à une guérison complète, succomba un mois plus tard aux progrès de l'affection pulmonaire concomitante et à l'usure extrême de la constitution.

»La manière d'appliquer l'irrigation continue au périnée, telle que je viens de la décrire, est pénible, embarrassante et serait quelquefois impraticable faute d'aides assez intelligents et assez dévoués. Le cas suivant m'a fourni l'occasion de perfectionner ce remède au point de ne rien laisser à désirer.

»5<sup>e</sup> OBSERVATION. — C..., âgé de trente ans, caporal au 59<sup>e</sup> régiment d'infanterie de ligne, d'un tempérament sanguin et d'une bonne constitution, entra d'abord, en avril 1840, dans un des hôpitaux militaires de Paris pour une affection des voies urinaires.

»Il accusait à la vessie des douleurs sourdes, qui se propageaient le long de l'urètre et sous l'influence desquelles une orchite aiguë du côté droit se manifesta. A cette complication s'ajoutèrent des difficultés croissantes d'uriner, et successivement plusieurs abcès au périnée. Une tentative de cathétérisme durant laquelle de vives douleurs se développèrent ne fournit aucune lumière sur la cause des désordres observés après une année de traitement; le malade sortit de l'hôpital.

»Dans l'intervalle, son régiment avait changé de caserne et, son état s'étant aggravé de nouveau, il dut entrer au Val-de-Grâce le 4<sup>e</sup> août 1841.

»Il était atteint alors d'une telle difficulté dans l'excrétion de l'urine, que ce liquide ne s'écoulait que goutte à goutte ou par un filet très-délié, au moyen d'efforts inouïs excessivement douloureux qui étaient incessamment renouvelés.

»L'exploration de l'urètre fit découvrir qu'à six centimètres de profondeur ce canal était retréci par un épaississement dur, prolongé en arrière dans une étendue non déterminée, et ne pouvant admettre qu'à peine l'extrémité de la bougie filiforme la plus déliée. Le malade assurait avoir rendu des graviers et prétendait sentir à la racine de la verge, dans le canal, une douleur fixe, produite

par la présence de corps étrangers de même nature. Effectivement l'urètre présentait sur ce point une tuméfaction profonde, limitée, fusiforme, sensible à la pression, qui pouvait donner à cette idée quelque vraisemblance.

»Dilater le canal et combattre l'inflammation chronique dont ses parois ainsi que celles de la vessie étaient le siège, telles me parurent les premières indications à remplir.

»Pendant plus de trois mois cet homme fut soumis à un régime sévère, à l'usage de boissons délayantes, à des applications répétées de sangsues, à des bains de siège. Pendant ce long intervalle de temps, il insista avec la plus infatigable constance sur l'usage de la bougie filiforme, qu'il finit par engager, puis par faire pénétrer dans le rétrécissement. L'irritabilité du sujet et de fréquents retours de recrudescence d'inflammation, ne me permirent pas de faire usage du caustique. Lorsque les bougies commencèrent à pénétrer, elles frottèrent contre des corps durs contenus dans l'urètre. Bientôt ces corps sortirent à leur tour et leur examen ne laissa que peu de doute sur la nature de la maladie. Ils présentaient en effet une disposition lamelleuse remarquable. Une de leurs faces était convexe et blanchâtre, l'autre concave et brune, et leurs bords étaient irréguliers et coupés à pic. Ce n'était donc pas des graviers isolés, mais bien des parcelles détachées d'une pierre plus volumineuse contenue, selon toutes les probabilités, dans la vessie.

»Enfin, le 29 octobre, une algalie en argent put être introduite dans cet organe non sans occasionner de vives douleurs, tant aux parties les plus profondes de l'urètre, qu'au col et aux parois de la vessie elle-même. Mais les doutes résultant de l'examen des fragments rendus furent dissipés; et la pierre, qui parut d'assez forte dimension, se présenta comme d'elle-même à l'instrument.

»A raison de l'état morbide antérieur de l'urètre, dont la dilatation était encore imparfaite; de l'irritabilité du col vésical et de la vessie, et aussi des dispositions morales du malade et de son aversion invincible pour toute introduc-

tion d'instrument, la lithotritie fut écartée pour l'opération de la taille, que je pratiquai, le 1<sup>er</sup> novembre, suivant le procédé de Dupuytren.

»Le périnée offrait une profondeur telle, que le doigt indicateur, enfoncé avec force, parvenait à peine au delà du col de la vessie; l'incision profonde faite avec le lithotome dut être agrandie à l'aide du bistouri mousse; enfin la pierre fut chargée, mais avec une telle friabilité, que, sous une très-faible pression, sa substance se réduisit en une sorte de magma. Les tenettes, plusieurs fois introduites, en ramenèrent des fragments; le reste fut entraîné à l'aide d'injections tièdes, et le malade ne fut reporté dans son lit qu'après que plusieurs des assistants, entre autres MM. H. Larrey et Lustreman, professeurs au Val-de-Grâce, Maupin et Godélier, chirurgiens aides-major, eurent examiné l'état des parties, tant avec le doigt qu'au moyen du bouton explorateur, et constaté qu'ils ne rencontraient plus aucun débris du corps étranger.

»Il ne se manifesta pas le moindre accident. Tout se succéda d'une manière tellement heureuse, que, dès le deuxième jour, l'urine sortait en totalité par l'urètre; le vingt-et-unième, la plaie, presque cicatrisée, n'offrait plus, à son milieu, qu'une très-petite surface suppurante, lorsque, sans cause appréciable, le malade fut pris tout à coup d'une douleur à l'hypocondre gauche et d'un accès fébrile intense. Le lendemain il se plaignit de difficulté à uriner, qu'il attribuait aux qualités irritantes du liquide. Malgré son extrême répugnance, cette opinion ne pouvant être partagée, une algalie fut introduite dans la vessie et y fit découvrir de nouveau un calcul, soit récemment descendu des reins, soit fragment du premier, échappé à toutes les recherches.

»Si pénible qu'elle fût, cette découverte, en présence des accidents dont la chaîne se renouait, entraînait l'obligation d'agir et de reprendre le travail de délivrance demeuré incomplet.

»Afin de ne pas trop effrayer le malade, il fut laissé dans son lit, couché sur le dos, ayant sous le sacrum un traversin épais, garni d'une alèze, les jambes flé-



chies et maintenues par deux aides. Placé au côté droit du lit, et le cathéter étant introduit, je fis, sur sa convexité, à travers les bourgeons charnus de la première plaie, une ponction qui ouvrit la voie à la languette du lithotome double. Celui-ci, porté dans la rainure, mise à découvert, du conducteur, fut glissé dans la vessie, puis retourné, ouvert, puis retiré à la manière accoutumée. Excepté la petite incision longitudinale, nécessaire pour faire pénétrer le lithotome, toute l'opération fut exécutée en un seul temps. Afin de favoriser l'action des lames, à mesure qu'elles sortaient, le doigt indicateur de la main gauche, porté dans la partie moyenne de la plaie, la déprimait en arrière et soutenait les parties. L'ouverture, obtenue plus grande que la première fois, permit d'introduire facilement les tenettes. Le calcul fut aussitôt saisi et retiré. Il était long d'un centimètre et de forme aplatie. Une petite parcelle, large comme une lentille, appliquée derrière la prostate, se fit encore sentir et ne put être déplacée; elle fut trouvée, le lendemain, entraînée par l'urine, sur l'alèze.

» Cependant la sortie du lithotome avait été accompagnée de celle d'une grande quantité de sang artériel. L'écoulement se continua, pendant la manœuvre de l'extraction, les recherches et les tentatives ultérieures, avec une abondance alarmante. Des lotions et des injections d'eau fraîche sur le périnée et dans la plaie demeurèrent sans effet. Un instant suspendue par l'emploi de ces moyens, l'hémorrhagie reparut bientôt avec plus de violence. La main, disposée en godet, placée sous le périnée, se remplissait en moins de deux ou trois minutes.

» Je voulus recourir à l'irrigation au moyen des seringues, mais il me fut bientôt démontré qu'elle ne pouvait avoir une action assez uniforme et assez constante. Je pensai alors à un appareil à double courant, disposé dans une salle voisine, pour un autre malade. Le réservoir fut aussitôt suspendu près du lit de notre opéré, et, celui-ci étant convenablement placé, un jet d'eau fraîche non interrompu fut dirigé sur le périnée et dans l'intérieur de la plaie.

» Lorsque l'irrigation commença, la fai-

blesse du sujet était extrême; le corps était froid et couvert d'une sueur visqueuse, les yeux renversés dans leur orbite, les lèvres pâles, la voix éteinte, et le pouls presque insensible. Dès les premiers instants, le ruisseau sanguin diminua; après dix minutes il colorait à peine l'eau qui sortait de la plaie, et peu d'instants ensuite il disparut complètement. Le malade, couvert avec soin, se ranima, le pouls reprit de la consistance, et le danger s'évanouit. L'irrigation fut continuée toute fois pendant cinq à six heures, puis remplacée par des applications locales d'eau fraîche. Le malade, traité comme la première fois, fut soumis à plusieurs explorations pendant que la plaie marchait vers la cicatrisation, qui était complète le 18 décembre, époque à laquelle il attendit encore jusqu'au mois d'avril, sans éprouver d'accident; le congé de réforme qui lui a été accordé. Tout porte à penser que sa guérison si chèrement achetée sera définitive et solide. (Bégin, *Annales de la Chirurgie*, tom. VI.)

Ici M. Bégin ajoute des considérations qui touchent aux hautes questions de moralité chirurgicale, lesquelles lui ont paru, avec raison, ne devoir pas être passées sous silence dans cette dernière observation. En effet, des conséquences qui en découlent, on notera celle-ci: jamais, lorsque, pendant une opération de taille, plusieurs calculs se sont rencontrés, ou qu'un calcul friable s'est brisé entre les tenettes, dans la vessie, le chirurgien ne doit laisser la plaie se cicatrifier entièrement sans explorer, à différentes reprises, le réservoir de l'urine, afin de s'assurer qu'aucun fragment ou débris du corps étranger n'a été laissé dans sa cavité. M. Bégin s'était depuis long-temps imposé cette règle, et il a fallu, d'une part, toute sa confiance dans les résultats des explorations immédiates, auxquelles plusieurs hommes habiles avaient participé, et, de l'autre, l'anxiété nerveuse qui s'emparait du malade à l'approche de tout ce qui ressemblait à une sonde, et la résistance qu'il opposait au cathétérisme, pour la lui faire négliger dans le cas présent.

Quant au procédé de taille suivi la seconde fois, M. Bégin pense que, dans

quelques cas simples, lorsque les sujets sont dociles et que le périnée n'a pas une grande épaisseur, il pourrait être imité. Une fois la boutonnière faite et le lithotome introduit, comme cet instrument agit en sortant, le malade ne peut se dérober à son action ni même la contraire d'une manière notable. C'est, au surplus, une tentative à vérifier.

M. Bégin revient encore à l'accident qui lui a fait écrire son mémoire. « Les faits qui précèdent, dit-il, semblent démontrer que l'hémorrhagie qui peut succéder à l'opération de la taille sera désormais efficacement combattue au moyen de l'irrigation continue, prolongée pendant un temps suffisant, sur la région périnéale ou dans le canal de la plaie. Si quelques praticiens d'outre-Rhin ont cru que les hémorrhagies après les amputations des membres peuvent être arrêtées par le choc constant d'une colonne d'eau froide, et ont cité des faits à l'appui de cette assertion, il est évident que le périnée ne renferme aucun vaisseau susceptible de résister à l'emploi du même moyen.

» L'irrigation présente, en outre de son action hémostatique, l'avantage d'agir en calmant l'irritation locale, en prévenant l'action inflammatoire, et, par conséquent, en diminuant, au lieu de les accroître, les chances d'accident et de mort à la suite de l'opération de la taille. Elle est applicable surtout aux hémorrhagies fournies par les troncs artériels; mais à celles qui ont leur source dans l'exhalation capillaire ou qui proviennent de la déchirure des fongosités vésicales, il sera constamment inutile, selon toutes les probabilités, d'ajouter à l'eau des corps astringents ou styptiques, comme le vinaigre, le suc de citron, et autres substances analogues dont l'action irritante pourrait devenir consécutivement nuisible: l'eau à la température ambiante ou refroidie par quelques morceaux de glace. » (*Annales de chir. loc.*, cit.)

M. Bégin termine son travail important en prouvant la simplicité de sa méthode et en indiquant d'autres cas où elle serait applicable.

Voici maintenant, d'après M. Velpeau,

l'exposé des autres accidents des tailles prostatiques.

« *Spasme de la Vessie.* Un accident, à peine indiqué jusqu'ici, le spasme de la vessie, porté au point de rendre l'extraction des calculs difficile, paraît avoir été rencontrée souvent chez les enfants, surtout par M. Riberi (1), qui le combat au moyen d'eau tiède poussée largement par la plaie avec une grosse seringue.

» *Blessures de l'intestin.* Si, comme je l'ai vu une fois, le rectum est blessé dans le premier temps de l'opération ou d'une manière quelconque, avant que le bistouri ait entamé le col de la vessie, la plaie se trouve au-dessous de la prostate. Comme c'est en retirant le lithotome que cet accident arrive le plus généralement, la perforation a lieu sur un point plus élevé, au-dessus des sphincters, quand même on emploierait la plaque imaginée par M. de Caignou (2) pour refouler la prostate. Tirer sur la verge pendant qu'on incise la prostate, comme le veut M. Huguier (3), ne vaudrait guère mieux. Assez souvent on ne s'en aperçoit pas d'abord. Il peut même arriver que la perforation n'ait pas été complète, mais que la paroi du rectum, déjà très-affaiblie par l'instrument tranchant, se contonde, se mortifie pendant l'extraction de la pierre, et que la chute de l'eschare soit seule chargée de compléter le malheur. C'est ainsi que les choses paraissent s'être passées chez un malade que j'ai vu à l'hôpital Saint-Louis en 1822. Dans le premier cas, c'est-à-dire lorsqu'on reconnaît sur-le-champ, soit par les gaz, soit par le passage des matières fécales ou des urines, que le rectum est blessé, si la division est assez étendue pour qu'on ait lieu de craindre qu'elle se transforme en fistule, le moyen le plus sûr de prévenir cette terminaison consiste à fendre complètement la fin du périnée et de l'intestin jusqu'à l'anus. La contraction des sphincters ne mettant aucun obstacle au libre passage des matières, la plaie se cicatrise dès lors, en général, avec la même rapidité que si rien de particulier

(1) Journal des connaissances, méd.-chirurg. 1838, p. 164.

(2) Arch. gén. de méd. t. IX.

(3) Thèse, Paris, 1834.



n'avait eu lieu. Dans le second, c'est-à-dire quand quelques jours se sont écoulés, qu'il y ait eu ou non perte de substance, la fistule recto-vésicale existe déjà, et, comme il n'est pas sans exemple d'en avoir vu disparaître spontanément, on doit attendre le terme ordinaire de la guérison, et la traiter ensuite comme une fistule qui serait le résultat d'une tout autre cause.

« Les fistules urétrales proprement dites, assez rares aujourd'hui, se remarquent pourtant encore quelquefois; mais, soit qu'elles communiquent directement au dehors, soit qu'elles n'y arrivent que par l'intermède de l'anus, leur traitement, étant le même que celui des fistules urinaires en général, sera exposé dans un autre article.

« *Paralysie de la vessie.* La rétention d'urine que causent parfois des caillots, le boursofflement de la plaie, l'inflammation du col vésical ou de la prostate, les syncopes, les convulsions, l'incontinence d'urine, les inflammations de tout genre, qui peuvent se manifester pendant ou peu de temps après l'opération de la taille, n'exigent pas d'autres soins que ceux qui sont généralement connus et indiqués à l'occasion de ces maladies. » (Velpeau, *Médec. opérat.*, t. IV.)

On voit que nous n'avons pas parlé de la blessure des canaux éjaculateurs. Il en sera question quand nous jugerons le second procédé de la taille recto-vésicale.

§ 3. Des tailles vésicales, et surtout de la taille hypogastrique ou vésicale supérieure.

Nous commençons seulement au seizième siècle, avec Franco, dont le génie est inspiré par la nécessité, et qui pratiqua avec succès cette opération; où Rousset, vingt ans après l'illustre Provençal, inventa une méthode qu'il ne pratiqua jamais, mais à qui l'on doit tous les éléments nécessaires au perfectionnement de la taille au haut appareil. Comme la taille latéralisée, la taille au haut appareil naît en France et se perfectionne en Angleterre. Ainsi Cheselden a perfectionné Franco et frère Jacques, Douglas perfectionne Rousset et Franco. Enfin, comme la taille latéralisée prend, entre les mains de frère Côme, un caractère complètement pratique, la taille hypo-

gastrique subit entre les mêmes mains les mêmes perfectionnements. Frère Côme fait encore école sur ces deux grands points de médecine opératoire. C'est donc lui qui commencera la partie essentiellement pratique de l'exposition que nous avons à faire des méthodes hypogastriques, comme il a commencé les tailles périnéales.

A. Procédé de Franco.

Franco raconte ainsi l'incident qui lui inspira l'idée de la grande méthode à laquelle son nom est attaché pour toujours :

« Je reciterai, dit-il, ce que une fois m'est advenu voulant tirer une pierre à un enfant de deux ans ou environ, auquel ayant trouvé la pierre de la grosseur d'un œuf de poule ou peu près, je fey tout ce que je peux pour la mener bas, et, voyant que je ne pouvois rien avancer par tous mes efforts, avec ce que le patient étoit merveilleusement tourmenté, et aussi les parents désirant qu'il mourût plutôt que de vivre en tel travail, joint aussi que je ne vouloye pas qu'il me fût reproché de ne l'avoir seu tirer (qui estoit à moi grande folie), je délibéray avec l'importunité du père, mère et amis, de copper ledit enfant pardessus l'os pubis, d'autant que la pierre ne voulut descendre bas, et fut coppé sur le pénis un peu à côté sur la pierre, car je le voys icelle avec mes doigts qui estoient au fondement et d'autre côté en le tenant sarbiette avec les mains d'un serviteur qui comprimoit le petit ventre au-dessus de la pierre dont elle fut tirée hors par ce moyen, et puis après le patient fut guarý (nonobstant qu'il en fut bien malade) et la playe consolidée, combien que je ne conseille à un homme d'ainsi faire, ains plutôt user du moyen par nous inventé, duquel nous venons de parler, qui est convenant, plutôt que de laisser le patient en désespoir comme cette maladie porte. »

Le laconisme de Franco est ici très-préjudiciable à la science, qui aurait surtout profité des détails que ce chirurgien aurait pu donner sur les symptômes éprouvés par son malade. On aurait pu alors avoir une idée de la nature de l'accident. On aurait peut-être pu localiser

le mal vers l'abdomen ou vers le bassin, chercher à reconnaître s'il s'agissait d'une péritonite ou d'une infiltration urinaire.

La seconde opération de taille suspubienne sur le vivant, a été exécutée pour extraire un corps étranger de la vessie, par Probie, de Dublin, en 1694. Cependant il paraît qu'en 1655, Pietre a pratiqué le haut appareil. Il fit soutenir dans les écoles une thèse par Mercier. Guy Patin, en rendant compte à Bartholin de l'argumentation, établit que ce travail, auquel on ne peut reprocher que trop de brièveté, était basé sur des faits.

Voici, au reste, ce qu'il dit à ce sujet : « Pour la section franconienne, je pense qu'elle se peut aussi bien faire sur les hommes que sur les femmes, mais plus utile pour elles. Feu M. Nicolas Pietre l'avait bien à la tête et a fait une thèse où je me souviens avoir disputé. M. Pietre défendit fort bien cette thèse contre deux de nos docteurs qui lui voulaient mal : l'un est un dangereux Normand, fin et rusé, et le second un grand ivrogne, valet d'apothicaire, fait comme le juif errant, qui se rendit encore plus ridicule en attaquant N. Pietre, qui a fait cette opération en ville sur les hommes et sur les femmes, laquelle a réussi. »

Le traducteur de Haller ne regarde pas le succès de Pietre comme certain. Ce n'est point, au reste, le seul chirurgien sur les opérations duquel il se soit élevé quelques doutes.

An 1681. — Tolet, simple historien relativement à la taille suspubienne, rapporte, d'après le dire de Jounot, qu'à l'Hôtel-Dieu, Bonnet avait pratiqué le haut appareil, et que Petit, alors maître en chirurgie, lui avait vu faire cette opération.

Manget établit que le rapport de ces praticiens mérite toute croyance. Douglas, au contraire, n'ajoute pas foi aux opérations de Bonnet, mais il se fonde sur de si faibles raisons qu'on ne peut rien conclure de ce qu'il dit, sinon qu'il aurait probablement voulu passer pour être le premier qui, après Franco, eût fait cette opération.

Mais revenons à Probie. Après l'opération de Franco, c'est la seule que l'on ne

puisse révoquer en doute. Nous devons donc la rapporter en entier. D'ailleurs, la cause qui a nécessité cette taille, double l'intérêt historique qui se rattache à ce fait :

« Obs. 6. Une fille, âgée de vingt ans, avala, le 3 janvier 1694, un poinçon divoire de la longueur de 4 pouces qui lui servait à tenir ses cheveux; ce poinçon passa du canal intestinal dans la vessie. Probie tenta d'en faire l'extraction par le canal de l'urètre en le dilatant. Mais, ne pouvant y parvenir, il se détermina à pratiquer l'opération au haut appareil. Il introduisit un doigt dans le vagin et porta l'autre main sur la région hypogastrique, il sentit alors le poinçon vers cette dernière partie; son doigt retiré du vagin, fut remplacé par celui d'un assistant qui servit à assujettir le poinçon d'une manière ferme, tandis que Probie fit une incision d'environ un pouce de long sur le muscle droit du même côté, assez profonde pour pénétrer dans la vessie. Cela fait, il introduisit dans la plaie l'indicateur et le pouce avec lesquels il pinça le fond de la vessie, de manière qu'il n'y avait entre les doigts que la substance de ce viscère qu'il ouvrit avec un petit bistouri courbe en poussant doucement ses doigts; le poinçon sortit de la vessie et glissa entre les doigts, de manière qu'il fut tiré sans peine. La malade guérit en moins d'un mois. » (*Transactions philosophiq.* de Londres, ann. 1700, n° 260, art. 5.)

Voici une réflexion de Deschamps qui cite cette observation : « Ceux qui ont pratiqué l'incision de la vessie au-dessus du pubis, jugeront aisément qu'une incision d'un pouce de longueur n'est pas suffisante pour que deux doigts introduits dans le fond de la plaie extérieure y puissent pincer les membranes de la vessie; l'incision qu'a faite Probie était probablement plus étendue. » (Deschamps, t. II, p. 193.)

À la rigueur, on pourrait dire que Franco et Probie n'en sont venus à l'opération du haut appareil, que forcés par les circonstances, tandis que Rousset a médité une méthode qui, il faut en convenir, est très-complète.



## B. Procédé de Rousset (1).

« La vessie doit être remplie de liquide, assez pour la distendre, la faire prononcer au-dessus du pubis et établir, par ce moyen antérieurement, une distance entre son col et la production du péritoine. L'auteur propose trois moyens de remplir la vessie : le premier consiste à y injecter de l'eau d'orge, du lait ou une décoction vulnérable à l'aide d'une sonde creuse ; lorsqu'on juge ce viscère suffisamment distendu par le liquide, on retire la sonde et on fait une ligature à la verge, ou un aide comprime avec les doigts l'urètre, pour empêcher la sortie de la liqueur injectée.

» La seconde manière de remplir la vessie est de se servir d'une sonde pareille aux cathéters adoptés dans la méthode de Marianus ; à cette différence près que cette sonde sera creuse dans toute son étendue et cannelée sur sa convexité jusqu'à son extrémité, où sera l'ouverture par laquelle l'eau entrera dans la vessie. Comme cette sonde est destinée à être retournée dans la vessie, afin de conduire le bistouri sûrement pour faire l'incision de ce viscère, elle doit être solide et, pour cet effet, l'ouvrier doit augmenter la quantité de cuivre dans l'alliage ; à l'aide de cette sonde, on injectera la vessie comme dans la première manière ; on fermera l'ouverture extérieure de la sonde avec un filet qui lui donnera en même temps plus de solidité. L'extrémité de ce filet garni d'étoupes, s'opposera à la sortie de l'injection.

» Enfin la troisième manière de tenir la vessie pleine, et celle à laquelle on doit avoir recours, lorsque ce viscère ne se prête pas aisément aux injections, ou lorsqu'elles causent trop de douleurs, consiste à lier la verge deux jours avant l'opération, afin que les urines s'accumulent dans la vessie et la distendent ; pendant ce temps, le malade fera usage de boissons diurétiques douces, et particulièrement des eaux minérales de Spa, de Pougues, du vin blanc avec les racines diu-

(1) Voici le titre du livre de Rousset dans lequel se trouve l'opération dont nous allons donner un abrégé : *Traité nouveau de l'hystéromachie ou enfantement césarien.*

rétiques, jusqu'à ce que la vessie distendue se prononce au-dessus du pubis.

» Les instruments tranchants pour les incisions, sont au nombre de quatre : le premier ne présente rien d'intéressant, c'est pourquoi je ne l'ai point fait graver.

» Le second est un bistouri assez large, courbe sur son tranchant, ayant la pointe très-aiguë.

» Le troisième est très-étroit, tranchant sur son bord concave ; il est terminé par un bouton ou olive.

» Le quatrième diffère du précédent, en ce que sa courbure vers son extrémité est plus marquée et a la forme d'un crochet.

» Le premier de ces instruments est destiné à couper la peau et les graisses ; le second, à pénétrer dans la vessie ; le troisième et le quatrième à achever l'incision de ce viscère.

» Lorsque la vessie est remplie, de quelque manière qu'elle l'ait été, et tout étant prêt pour l'opération, le malade sera placé, couché sur le dos, sur un lit, sur une table ou sur un banc, de manière que dans cette situation, les intestins s'éloignent de la vessie et que le fluide qu'elle contient et la pierre se portent vers le fond de ce viscère.

» Il faut considérer, dit Rousset, les incisions, comme extérieures et comme intérieures. On ouvre dans la longueur de trois ou quatre travers de doigt, la peau et les graisses, par une incision qui s'étend du pubis vers l'ombilic et que l'on continue entre les muscles droits jusqu'à la vessie.

» Lorsqu'elle est tout à fait à découvert, on plonge la pointe du bistouri courbe, non perpendiculairement, ni trop haut, mais en bas, vers le col de la vessie, sans la toucher, non plus que l'os pubis. Il faut que cette ouverture soit très-petite afin que l'injection sorte en petite quantité, et seulement pour introduire le bistouri lenticulé avec lequel on étendra l'incision de bas en haut, suffisamment pour que l'ouverture que l'on fait à la vessie soit entre son col et son fond, en prenant garde d'aller jusqu'au péritoine.

» Quant à la seconde manière d'opérer de Rousset avec la sonde creuse et cannelée, il se contente de dire, que la partie

courbe de cette sonde, retournée dans la vessie, la soutiendra et indiquera le lieu où doit se faire l'incision, et que l'on incisera ce viscère sur cette cannelure au-dessus du pubis, comme les Marianistes incisent le périnée ; on ne conçoit pas trop comment il est possible de retourner cette sonde dans la vessie, de manière à faciliter cette incision, on pourrait croire que le mot *extrinsecus* est mis par erreur au lieu de celui *intrinsecus*, si l'auteur ne disait pas clairement et positivement : « Mais dans cette partie du cathéter où il est courbé, et sur le dos de cette courbure, il y a, en dehors, une rainure qui y est creusée, afin qu'elle dirige la pointe de l'instrument, de manière à ce qu'elle ne s'en écarte point lorsque la sonde soulevée indiquera à l'hypogastre le lieu où on doit faire l'incision, comme dans la méthode de Marianus, la courbure indique au périnée l'endroit où l'on doit inciser. »

» Nous verrons, dans la suite de cette histoire, cette cannelure transportée dans la partie concave de la courbure de cet instrument.

» L'incision faite et le liquide sorti de la vessie, on introduira un doigt dans l'anus, si c'est un homme, et dans le vagin si c'est une femme, pour élever la pierre vers l'hypogastre, et on la tirera au dehors avec deux doigts de l'autre main ou avec les tenettes. Si quelques fragments de pierre ou de sable se trouvaient dans la vessie, on les tirerait avec une curette ou enfin on se servirait des tenettes courbes. La plaie faite à la vessie étant susceptible d'une grande dilatation, on ne sera pas exposé à la déchirer, comme cela arrive au périnée où les parties sont moins dilatables. L'opération faite, on introduira, si on le juge à propos, dans la verge, après l'avoir déliée, une sonde creuse d'argent, pour donner issue à l'urine, au pus, au sang et à la sanie. On n'aura pas besoin d'avoir recours à la gastroraphie si le malade reste tranquille couché sur le dos et si l'on a soin de rapprocher un peu les cuisses l'une de l'autre et de les maintenir dans cette situation. Alors, les lèvres de la plaie s'uniront mutuellement ; si, contre toute attente, il survenait une hernie, on ap-

pliquerait un bandage pour la contenir. Le malade sera mis à la diète, usera de boissons et prendra des lavements souvent et en petite quantité. » (Deschamps, t. 2, p. 184.)

## C. Procédé de frère Côme.

Nous allons le décrire avec tous les détails qui ont été publiés par son neveu, Pascal Baseilhac, qui a vu pratiquer par son oncle toutes les opérations de ce genre. Nous citerons textuellement des détails très-minutieux des pratiques qui ont vieilli maintenant. Cependant, si le lecteur y réfléchit, il verra qu'il n'a rien à perdre en ne négligeant aucun point d'une méthode qui a eu une grande célébrité. Nous demandons pardon au lecteur, pour Baseilhac, de son style fort négligé même pour l'époque où il a écrit ; mais nous avons cru devoir le laisser intact même avec ses défauts.

On dispose une table de la largeur de deux à trois pieds au plus, sur laquelle on étend une couverture en double, recouverte d'un drap, et l'on place un autre drap plié en huit doubles sous le croupion du malade, avec un oreiller sous sa tête. On le couche sur le dos, les fesses à nu ; deux aides se placent à leur poste respectif, pour soutenir les extrémités inférieures, qui sont hors de la table ; le bassin placé au niveau de son bord, les autres aides passent les liens sur les points fixés pour arrêter le malade en sa place, et surtout les enfants, car ils torquent leurs reins de toutes leurs forces, ce qui est fort incommode pendant qu'on exécute l'opération ; c'est pourquoi il est essentiel de ne rien négliger pour les fixer d'une manière stable.

Le malade assujéti et mis en situation, les muscles du bas-ventre dans le plus grand relâchement possible, l'opérateur se place entre ses cuisses, du côté droit, et, après avoir huilé le cathéter cannelé, il l'introduit par l'urètre dans la vessie, y reconnaît la pierre et le donne à tenir par la plaque à l'aide qu'il en croit le plus capable, qui le penche un peu sur l'aîne droite et le déprime sous le périnée, pour faire saillir sa cannelure. L'opérateur, armé d'un bistouri droit, fait une boutonnière d'un pouce de long à la peau et aux graisses du côté



gauche, à côté du raphé, vers le milieu du périnée, jusque sur la partie membraneuse de l'urètre, où il sent la cannelure de la sonde avec l'index, les téguments et les graisses étant divisés. Il renverse sa main et son bistouri, et, son dos appuyé contre l'angle de l'index fixé sur la cannelure, il le plonge dans l'urètre, et le fend de six à sept lignes. L'index s'empare de la boutonnière faite à ce canal pour servir de guide à la sonde d'acier, gorgéret cannelé, pour l'engager dans la cannelure du cathéter, à la faveur de laquelle on l'insère dans la vessie. On y reconnaît la pierre avec cette sonde-gorgéret, et, après l'avoir reconnue, on retire le cathéter, et on tient le gorgéret en place, pour servir de guide à la sonde à dard, qu'on introduit dans la vessie, avec laquelle on reconnaît encore la pierre. On retire la sonde-gorgéret, et l'on donne à tenir à un aide celle à dard en place, pendant que l'opérateur va se placer au côté droit du malade, pour inciser de bas en haut les téguments, au milieu de l'hypogastre, de la longueur d'environ quatre pouces au-dessus du pubis, en commençant contre sa voûte. Il faut inciser les peaux et les graisses jusqu'à la ligne blanche, sans l'intéresser; alors l'opérateur rend son bistouri et prend de l'aide servant le trois-quarts à lame tranchante et le plonge contre le pubis, qui lui sert de guide, la pointe un peu inclinée vers le col de la vessie, qu'elle ne doit pas atteindre. Il fixe le trois-quarts de sa main gauche contre le pubis, pendant qu'avec la main droite il saisit la queue de la lame et fend avec son tranchant, de dehors en dedans, tout ce qu'il peut de la ligne blanche; il retire son trois-quarts et prend le bistouri lenticulé, dont il introduit la lentille dans cette fente, sous la ligne blanche, et, tenant la lentille collée sous l'aponévrose, fend, sans scier, le reste de cette ligne jusqu'à l'angle supérieur de la plaie des téguments.

Ces incisions faites, l'opérateur prend de sa main gauche la sonde à dard, qu'il a déjà introduite dans la vessie, et la retire contre son col, pour en porter et élever le bec le long de la face interne de la symphyse du pubis, vers sa paroi su-

périeure, qui le guide sûrement au centre du plancher de la vessie, pour le soulever et faire saillir peu à peu au fond de la plaie, que l'opérateur écarte un peu avec les doigts de sa main droite, pour favoriser l'arrivée de la sonde avec celle de la tunique de la vessie au fond de l'incision. Le bec de la sonde bien dirigé au centre de la plaie des téguments, il l'y tient fixe pendant qu'un aide pousse la flèche afin que le dard perce sa tunique; et fait sortir tout le superflu du stylet jusqu'au-dessus des téguments; alors l'opérateur donne à tenir fixement à son aide les oreilles de la sonde, démonte la pique, pour n'en être pas blessé en saisissant de sa main gauche le bout de la flèche, prend le bistouri courbe de sa main droite, dont il place la pointe dans la cannelure de la flèche, qui le conduit à celle de la sonde, pour le guider à sa faveur dans la vessie, et incise, en le relevant de bas en haut, tout ce qu'il peut de sa paroi, vers son col, observant de coucher son manche vers le pubis. Cette incision favorise ordinairement l'introduction de l'index dans la vessie pour y toucher la pierre; alors on retire la flèche dans le tube de la sonde, qu'on retire à son tour jusqu'au col de la vessie, où on la laisse jusqu'à ce que l'extraction de la pierre soit finie. On tient le doigt introduit dans la vessie, pour en soutenir la paroi et servir de guide au bistouri caché, nommé *gastrique*, pour prolonger encore cette incision vers son col. L'index, toujours dans la vessie, pour en soutenir la paroi et guider les instruments dans sa capacité, sert encore à y conduire l'anneau du suspenseur, qu'on place sous l'angle supérieur de l'incision, et on en donne la plaque à tenir à un aide, qui suspend sans effort la paroi de la vessie sous les téguments, jusqu'à ce que l'opérateur ait bien saisi la pierre avec la tenette ou le forceps sans axe.

La pierre étant saisie, l'aide dégage avec précaution le suspenseur, le retire entièrement de la vessie, et l'opérateur fait l'extraction du calcul aidé par l'aide, qui a ses doigts introduits dans l'anus, si cela est nécessaire, observant en ce moment de faire bien élever les cuisses du malade, afin que les muscles du bas-

ventre soient dans le plus grand relâchement possible pour faciliter le passage de la pierre.

Si la grosseur de la pierre faisait soupçonner que la division faite à la vessie ne fût pas suffisante pour en favoriser la libre issue, l'opérateur la prolongera du côté de son fond antérieur avec le bistouri lenticulé, observant de ne pas scier, mais seulement fendre les parties qui font résistance, et éviter d'intéresser celles qui n'en font pas, tels que le péritoine et les intestins qui fuient devant le tranchant, qui n'est poussé que contre celles qui lui résistent, par ce moyen le péritoine n'est jamais ouvert.

Lorsque le péritoine sera intéressé accidentellement, et que l'*ileum* passe au travers de l'ouverture, l'opérateur doit faire en sorte de le faire rentrer et contenir pendant qu'il charge la pierre, afin qu'il ne soit pas compris dans les serres ni entre les branches de la tenette. Alors il faut tenir le malade bien à plat, et même le bassin un peu plus élevé que les épaules, afin de prévenir qu'il ne vienne s'engager dans l'ouverture pendant la réunion de la plaie, où il pourrait subir un étranglement capable de faire naître des accidents graves. Cheselden cite des exemples où le péritoine a été ouvert par son haut appareil, dont il n'est rien résulté; mais on ne doit rien négliger pour l'éviter.

Je fus témoin oculaire, dit Baseilhac, d'une opération que fit frère Côme à une petite fille de cinq ans au haut appareil, où la cloison du péritoine fut ouverte, soit par le tranchant ou par les efforts et les cris immodérés que faisait cette enfant, que cinq aides, ni les liens ne purent jamais fixer stablement. On eut l'attention de faire rentrer l'*ileum* et de le contenir avec une compresse sous le doigt, et l'opérateur chargea la pierre et la retira à l'ordinaire. La petite fille fut couchée les épaules fort basses, et sa plaie guérit sans accident.

C'est la seule fois que ce fait lui soit arrivé; ce que j'atteste comme ayant été témoin oculaire de toutes ses opérations au haut appareil.

La pierre ou plusieurs étant ôtées, l'opérateur rentre avec l'index dans la ves-

sie, pour y guider les pinces à anneaux, chargées d'une bandelette en double que, étant saisie par le milieu, on introduit dans la vessie, et on étend ses bouts sur les côtés de la plaie extérieure, qu'on y laisse pour y servir de siphon et favoriser l'issue du sang et des urines, qui pourraient s'épancher dans le tissu cellulaire du bassin, mais qu'on ôte entièrement quatre ou cinq jours après l'opération, lorsque la plaie n'est plus ensanglantée.

On place sur-le-champ, avant d'enlever le malade, la canule absorbante, surtout aux hommes, où il ne serait pas facile de retrouver la voie de la boutonnière si on ne laissait la sonde à dard au col de la vessie pendant l'extraction de la pierre pour servir de guide à cette canule; il est prudent aussi de la placer sur-le-champ dans l'urètre des petites filles, et l'y fixer avec de bons fils sur le pli des aines et encore sur le flanc avec des planchettes de linge, tel qu'il a été dit ailleurs, avant de les délier, à cause de leur indocilité, et prendre bien garde qu'elles ne l'arrachent après les avoir mises dans leur lit. On peut différer d'introduire cette canule absorbante aux femmes raisonnables jusqu'à ce qu'elles soient couchées dans leur lit, attendu qu'on a la facilité de les fixer juste.

L'opérateur doit être pourvu de canules flexibles de toutes les longueurs et diamètres, afin de ne point manquer d'avoir celle qu'il convient de placer, et changer lorsqu'il est nécessaire. Celles faites avec la gomme élastique de Cayenne sont préférables à celles de métal, comme je l'ai déjà dit.

Il est nécessaire que les canules absorbantes pour les hommes soient ouvertes d'un trou à leur bout, afin qu'étant forcé de les changer, ce trou soit une ressource pour leur introduction; car il peut arriver, cette première canule étant ôtée, de ne plus rencontrer avec la nouvelle l'ouverture du périnée.

Pour y procéder avec sûreté, on tâche d'introduire le long de la canule placée dans la vessie la sonde droite largement cannelée, pour la tenir en place lorsqu'on ôtera l'ancienne, et glisser à sa faveur la nouvelle canule. Lorsque ce moyen ne pouvait pas réussir pour son introduc-



tion, frère Côme avait un stylet d'argent excédant en longueur celle des deux canules mises bout à bout. Il introduisait le bout de ce long stylet dans la canule qui était gisante dans la vessie, qui passait par le trou de son bout. C'est ce dont le malade avertissait par l'impression que le métal faisait étant en contact avec la vessie. Cela connu, il retirait sa canule en tenant le stylet en place, et enfilait à son extrémité la nouvelle canule, par le trou de son bout, et la glissait sûrement dans la vessie, où étant parvenue, il retirait le stylet, et la nouvelle canule était fixée en place.

Il faut avoir l'attention d'observer fréquemment si l'urine coule librement dans leur tube, afin de les déboucher avec un stylet de boyau ou un petit goupillon de poil de blaireau ou de castor, si quelque glaire ou concrétion en arrête le cours. Leur écoulement continu par la canule favorise promptement la réunion de la plaie; il faut porter le plus grand soin à ce que le cours des urines ne soit jamais interrompu, le succès parfait de la guérison dépend absolument de cette attention, leur regorgement par l'ouverture de la vessie la retarde et cause même des accidents qu'on n'aurait pas éprouvés si les urines avaient coulé librement par la canule.

On fixe les canules dans l'urètre en passant en laes sur le bout de la canule un gros fil de Bretagne sur une coulisse imprimée au milieu d'un petit bloc de cire à cacheter qu'on y aura fondue, ou bien dans les petits anneaux qui sont soudés à l'extrémité des cornes avancées d'une virole d'argent, vissée au gros bout de la canule, et l'on passe l'un des bouts de ce double fil sous les cuisses du malade qu'on fait remonter contre le pli de la fesse, et l'autre sur sa partie antérieure sur laquelle on noue ensemble les deux chefs de ces fils sur les côtés des aines. On fait encore un nœud aux deux fils assemblés à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de celui des aines, afin de les fixer sur les flancs du malade entre des plaquettes de linge d'un pouce de diamètre ou carré, exactement enduites d'un côté avec la colle antimoniale comme je l'ai déjà dit plus haut, pour les fixer à la

peau. On place entre les cuisses, sous l'épau de la canule, une baignoire d'oiseau pour recevoir l'urine qui coule continuellement, et on la vide en temps et lieu pour éviter qu'elle mouille le lit.

On met seulement sur la plaie du taillé un linge simple un peu usé et sur ce linge un grand plumasseau bien fourni de charpie qu'on recouvre d'une compresse flottante. On change cet appareil toutes les fois qu'il se dérange ou qu'il est mouillé. On lotionne les bords de la plaie de temps en temps avec du vin blanc ou avec un peu d'eau-de-vie et d'eau pour éviter qu'ils soient excoriés, et on les défend de l'impression des urines en les graissant légèrement avec la pommade de frère Côme dont nous avons donné la recette.

Lorsque la plaie sera dégorgée et qu'elle commencera de se déterminer vers le sixième jour à suppuration, on ôtera la bandelette-siphon après avoir préparé une bandelette longue de huit pouces sur un de largeur faite d'un linge fort demi-usé, qui sera enduite dans ses bouts d'une couche légère de gomme antimoniale qu'on appliquera d'abord, d'un côté, au haut de la plaie où elle sera tenue fixement assujettie par un aide, tandis qu'on rapproche un peu le côté opposé avant d'appliquer sur la peau l'autre extrémité de la banderole qu'on a soin de tenir également bien assujettie pendant quelques moments, et on répand de la farine sur sa superficie pour absorber l'humidité du vinaigre, afin que la colle s'attache plus promptement; sur la peau on multiplie les banderoles successivement à mesure que la détersion de la plaie se fait et que les chairs paraissent bonnes autant qu'il est nécessaire pour comprendre toute l'étendue de la plaie. On laisse de petits intervalles entre elles et même on les fenètre à leur centre pour favoriser l'issue du pus, et le pomper avec de fausses tentes, sans défaire les bandelettes, qu'on change lorsqu'on le juge nécessaire, ou que l'humidité les fait détacher. On observera, en les ôtant, de les enlever de la circonférence au centre de la plaie et de leur donner de la longueur et de la largeur à raison de la grandeur des plaies.

On fixe avec cette colle des pièces de linge au loin des plaies, tel que je l'ai déjà dit, qui font des points d'appui très-solides pour y établir des fils forts qu'on noue ensemble comme des corsets lorsqu'il s'agit d'unir et tenir rapprochés des parties divisées quoiqu'elles soient d'une grande étendue et profondeur. Deux petites bandelettes enduites de cette colle et appliquées sur les côtés des corps caverneux, au bout desquelles on aura fixé deux bons fils après que la colle a happé la peau du prépuce, servent mieux que tous les bandages possibles à retenir fixement la sonde dans l'urètre. On fixe ensemble à la faveur de cette colle les tours de bande et leur chef, on n'a pas besoin de fils ni d'épingles pour les assujettir les uns aux autres. On change les canules lorsqu'elles sont gâtées ou incrustées de glaires.

Le cours constant des urines par la canule fixée dans l'urètre est le meilleur moyen de conduire la plaie à sa guérison. Le pansement à sec déjà indiqué est presque toujours suffisant. On rapprochera insensiblement les bords de la plaie pour en favoriser la réunion. Lorsqu'on voit que la suppuration et les chairs sont de bonne nature, on applique une deuxième banderole, et on relève l'ancienne pour l'appliquer plus exactement et contenir les bords de toute la plaie l'un contre l'autre afin qu'ils se collent ensemble. On réprime par les intervalles des banderoles unissant les chairs baveuses lorsqu'il en survient soit avec l'alun calciné, la pierre infernale, ou tous les moyens ordinaires.

On connaît que la plaie de la vessie est entièrement cicatrisée quand celle de l'hypogastre ne rend plus d'humidité séreuse, qu'elle se dessèche et se consolide. Il est nécessaire de laisser la canule absorbante quatre ou cinq jours après que la plaie paraît entièrement fermée. La canule étant ôtée, la plaie du périnée guérit promptement sans aucun pansement quoiqu'elle y ait fait un long séjour; une compresse trempée dans du vin tiède appliquée dessus suffit pour la consolider entièrement.

*Critique de la canule.*

Placée dans la plaie du périnée, la

canule ne répondit point aux espérances de frère Côme, et de ceux qui ont adopté sa manière d'agir. Tantôt cet instrument devenait insupportable aux malades, soit par l'irritation qu'il amenait dans le trajet de la plaie, soit par celle de la vessie, qui tendait à s'appuyer sur son bec; tantôt il s'incrétait avec une telle rapidité, qu'on cherchait en vain à le déboucher, et, forcé alors de le retirer, on n'y parvenait qu'en causant de vives douleurs aux malades; tantôt enfin, chassé par les contractions de la vessie, il était impossible de le fixer dans une position convenable.

L'inutilité et même les dangers de la sonde introduite par la boutonnière firent prendre le parti de diriger le cours des urines, après la taille suspubienne, par une sonde longeant tout l'urètre. Cette idée, d'ailleurs, n'est pas nouvelle, déjà Rousset l'avait émise; J. L. Petit comptait beaucoup sur sa sonde en S; Ledran proposait une sonde de plomb, dont le bec recourbé plongeait dans le bas-fond de la vessie; Douglas prévoyait les immenses avantages de la sonde flexible; Solingen voulait se servir d'une sonde en cuir; Rameau avait si bien senti l'utilité de la sonde, pourvu qu'elle fût flexible, qu'il en imagina une formée par un fil d'argent tourné en spirale et recouvert d'un uretère. D'ailleurs frère Côme, lui-même, avait déjà pensé à ce moyen; dans deux cas il lui réussit, mais dans d'autres, ou il ne put obtenir l'écoulement complet des urines par la sonde, ou il vit les accidents les plus graves résulter de son séjour dans le canal. Frère Côme attribua même à la sonde un abcès considérable, développé au périnée, et qui causa la mort de son septième opéré. Ces faits malheureux le conduisirent aux réflexions les plus sérieuses; il voyait avec peine que le bec de l'algale ordinaire dépassait la plaie de la vessie, et, ne servant plus au passage de l'urine, devenait un obstacle à la réunion des parties. Il chercha, dès lors, à éviter cet inconvénient, en se servant d'une sonde légèrement courbée par le bout, à peu près comme celle des femmes, et à l'extrémité par où les urines coulent au dehors, pour favoriser leur chute.

Cependant l'incision préalable au péri-