

mettre d'achever plus rapidement l'opération, mais cet avantage est amplement racheté par l'inconvénient de ne plus retrouver le vaisseau à la fin de l'opération, soit par son enfoncement dans les anfractuosités de la plaie, soit par la suspension momentanée de l'écoulement sanguin. Dans les deux cas, vous avez à craindre une hémorrhagie secondaire.

La ligature est encore le procédé le plus simple et le plus sûr quand le vaisseau est accessible aux instruments, et quand l'hémorrhagie survient durant les premières heures après les opérations. On dit que l'artère honteuse interne elle-même a pu être ainsi liée par Desault à l'aide d'une aiguille courbe ordinaire, et par Boyer, au moyen de l'aiguille à manche de Deschamps. Quant à nous, nous osons en douter sans nous départir du respect dû à ces deux grands noms.

A une autre époque, quand le mouvement inflammatoire a commencé dans la plaie, la ligature et surtout la torsion deviennent inapplicables, si le siège de l'hémorrhagie se déroble à l'action des pinces ou des aiguilles. Dans ces deux cas, si le point d'où le sang s'échappe est visible, on peut, selon Dupuytren, porter sur lui, directement ou à travers une canule, l'extrémité d'un cautère à roseau, et ce procédé serait manifestement préférable au petit bourdonnet introduit dans un cas semblable par Pouteau jusqu'au fond de la plaie.

Quant à la compression, Pouteau l'exerçait avec le doigt, immédiatement appliqué sur l'orifice du vaisseau ouvert, et laissé en place pendant un quart d'heure environ. Deschamps dit qu'il serait imprudent de se fier aux assertions que Pouteau émet sur la sûreté de ce moyen.

Ordinairement c'est sur tout le canal représenté par la plaie qu'on agit en introduisant d'abord dans la vessie une canule en argent ou en gomme élastique, afin d'assurer l'évacuation de l'urine ou du sang qui pourrait refluer du côté de cet organe. Que cette canule soit surmontée de lames d'agaric ainsi que le conseillait Deschamps, ou que sans elle on glisse usque dans la vessie à la ma-

nière de Boyer ou de Richerand, d'après J.-L. Petit, un bourdonnet lié à sa partie moyenne, puis d'autres bourdonnets jusqu'à ce que les deux bouts du fil, qui partent du premier, puissent être noués sur le dernier et le plus extérieur d'entre eux, ou bien enfin que, selon le procédé de Dupuytren, la canule soit enveloppée d'une chemise dans laquelle la charpie est successivement entassée, toujours cette compression agit comme un tamponnement dont l'efficacité est proportionnée à la pression excentrique qu'il exerce.

Dans l'intention d'éviter cette distension générale de la plaie, et aussi afin d'assurer la sortie de l'urine et du sang, Dupuytren a proposé des pinces dilatatrices dans le genre de nos pincettes de cheminée, et dont les branches garnies en dehors d'un coussinet, introduites rapprochées dans les parties, doivent, en s'écartant, comprimer le point d'où le sang s'échappe.

«Selon M. Bégin, à l'exception de la ligature et de la torsion, qui ne sont que d'un emploi trop rarement possible, aucun des moyens indiqués par les auteurs, ne présente au praticien, contre l'hémorrhagie périnéale, une ressource assurée et dépourvue de graves inconvénients. La cautérisation, à l'aide du fer incandescent, et surtout au moyen des caustiques solides ou liquides, indépendamment de ce que, comme la torsion et la ligature, elle ne peut être appliquée que contre les hémorrhagies dont la source est extérieure et apparente; la cautérisation, devrait échouer souvent, et ajouterait manifestement aux causes d'irritation et de phlogose que renferme déjà la plaie.

» La compression isolée et passagère, exercée avec le doigt, est trop faible, trop incertaine, pour suffire lorsque l'écoulement sanguin est opiniâtre et provient d'une source abondante, la pince dilatriatrice de Dupuytren, trop peu employée pour que l'on puisse apprécier rigoureusement sa valeur, ne serait probablement ni plus sûre, ni plus efficace.

» La compression générale par voie de tamponnement a réussi et mérite peut-être la préférence qu'on lui accorde;

mais aussi combien de fois n'a-t-elle pas dû être abandonnée! Combien de malades, irrités, tourmentés par la distension douloureuse de la plaie, n'ont-ils pas été saisis de spasmes vésicaux, puis entraînés irrésistiblement à des efforts d'expulsion pendant lesquels étaient rejetés avec violence, malgré la solidité de l'appareil, et le tampon et la canule, et des flots de sang et d'urine accumulés dans la vessie!

» Quant à la saignée générale, elle ne peut réussir que dans les cas d'hémorrhagie active chez les sujets vigoureux avec excitation et plénitude du poulx; et alors même, employée seule elle ne présente pas des conditions assurées de succès.

» Les révulsifs n'ont également qu'une action trop faible et trop indirecte pour être appliqués à d'autre titre qu'à celui d'adjuvants.

» Les applications réfrigérantes, hypogastriques et périnéales ont cet inconvénient de ne pouvoir être maintenues à la même température, d'entraîner le refroidissement et l'humidité de tout le corps, enfin de nécessiter des dérangements multipliés et d'occasionner des réactions incessantes. Les injections dans la plaie et dans la vessie n'ont guère été conseillées que pour vider la poche urinaire du sang qui s'y accumule assez souvent derrière la compression ou même sans que celle-ci ait été pratiquée. » (*Annales de la Chirurgie*, tom. vi.)

M. Bégin fait suivre la critique de ces moyens anti-hémorrhagiques, de trois observations, que nous avons rapportées p. 269 et suiv. Dans la troisième observation, on trouvera le procédé d'irrigation, moyen que M. Bégin préfère pour arrêter l'hémorrhagie.

Quoi qu'il en soit, au point de vue de l'accident qui nous occupe, l'hémorrhagie, les tailles périnéales sont inférieures à la taille hypogastrique.

2<sup>o</sup> *Abcès et infiltrations urineuses.* Après les tailles urétrales, ou celles qui n'attaquent que l'urètre; après les tailles prostatiques, c'est-à-dire celles qui ne dépassent pas les bornes de la prostate, on peut observer des abcès du périnée et même des abcès du bassin; les anciennes

tailles, celles qu'on faisait au grand appareil, les tailles avec déchirures, contusions des parties, étaient dans ce cas; les tailles même par le lithotome de frère Côme, par le gorgeret, peuvent être suivies d'abcès, sans qu'on puisse constater une lésion directe du tissu cellulaire du bassin. Mais il y a loin de leur fréquence et de leur gravité à la fréquence et au danger de ceux qui sont la suite des tailles réellement vésicales, de celles qui attaquent directement le corps de la vessie. Ainsi l'observation et la logique sont unanimes pour considérer les tailles vésicales comme plus grave au point de vue des abcès.

Pour les infiltrations urineuses dans le tissu cellulaire du bassin, la question ne peut même pas être posée; car il est évident que l'urine ne pourra s'épancher dans ce tissu qu'autant qu'elle sera mise en rapport avec lui. Or, il est impossible que ce contact existe sans lésion du réservoir urinaire. On a observé, sans doute, des infiltrations urineuses à la suite des tailles prostatiques et même urétrales; mais elles avaient lieu dans le périnée, et ne parvenaient jamais dans le tissu cellulaire pelvien. Ces infiltrations, que nous appellerons superficielles par rapport aux autres, qui sont réellement profondes, ces infiltrations superficielles sont surtout produites par les opérations de tailles périnéales peu méthodiques, comme celles avec le gorgeret ou avec les instruments qui déchirent plus qu'ils ne coupent.

Dans ces derniers temps, on a dit, mais sans oser l'imprimer, que quelques personnes, par exemple les partisans des débridements multiples de la prostate, s'étaient beaucoup exagéré la fréquence des accidents du côté du tissu cellulaire du bassin, les abcès et surtout les infiltrations urineuses. En même temps que ce reproche d'exagération était fait, mourait, dans la salle d'un chirurgien en renom, un malade taillé par le procédé hypogastrique, qui a présenté à l'autopsie une infiltration urineuse non-seulement de tout le tissu cellulaire intrapelvien, mais de tout le tissu cellulaire extrapelvien.

Il y a une remarque bien simple à

faire, c'est celle-ci : si vous ne craignez pas les accidents dont il est actuellement question quand vous pratiquez, par exemple, la taille hypogastrique, d'où vient que vous ne la pratiquez pas toujours ; car elle est plus simple, moins douloureuse, elle expose bien moins que les autres tailles à l'hémorrhagie, et la péritonite, comme nous le verrons tout à l'heure, n'est pas trop fréquente après les opérations d'après cette méthode ? D'où vient encore que la méthode hypogastrique a été si souvent abandonnée, et cela d'une manière complète ? Car c'est là un trait de son histoire que nous nous réservons de faire ressortir ici. D'où viennent ces efforts inouis après cette opération pour empêcher l'urine d'être en contact avec le tissu cellulaire ? Ainsi, sondes, siphons, boutonniers périnéales, canules dans la plaie, pompes, mèches, etc., et, dans ces derniers temps, qui a inspiré l'établissement de la taille vésicale en plusieurs temps, si ce n'est cet accident formidable, c'est-à-dire l'infiltration urinaire ? D'après les idées généralement admises sur le danger des infiltrations urinaires, nous sommes porté à considérer les tailles vésicales comme les plus dangereuses au point de vue de l'accident dont il est ici question, et nous croyons que dans ces opérations il est nécessaire de tenir compte des précautions indiquées.

D'ailleurs laissons parler M. Velpeau, qu'on n'accusera pas d'être trop prévenu contre la taille hypogastrique, car il la pratique quelquefois,

« Un des accidents le plus à redouter, est la formation d'abcès au pourtour de la vessie. Douglas, Cheselden et presque tous les auteurs qui depuis se sont occupés de la taille hypogastrique, les ont mentionnés. Il en est de deux ordres : les uns qui dépendent de l'infiltration d'une quantité plus ou moins grande d'urine entre la vessie et les tissus environnants ; les autres qui sont le résultat pur et simple de l'inflammation du tissu cellulaire pelvien.

» On comprend que si l'opération a été accompagnée de nombreux déchirements, de décollements étendus, l'urine s'épan-

chera facilement dans le tissu cellulaire au lieu de s'échapper jusqu'à l'extérieur, et chacun sait combien les inflammations causées par l'urine sont dangereuses. Quand il n'y a point eu de décollement, on observe rarement de ces infiltrations. En effet, au bout de quelques heures les lèvres de la plaie ont considérablement perdu de leur porosité, et le fluide les traverse sans retomber dans leurs mailles par l'action de la pesanteur ou de la capillarité, comme on pourrait le craindre. Le passage, l'infiltration de l'urine hors de la plaie, a lieu ou n'a pas lieu, selon qu'en se rétractant la vessie remet ou ne remet pas en contact les lèvres de la division. Cette condition me paraît renfermer tout le secret des dangers et des succès de la taille hypogastrique. A moins que la réaction ne soit très-vive, que les parties ne deviennent fort rouges et qu'il n'y ait une fièvre intense avec un pouls large et fort, les évacuations sanguines, soit par les sangsues, soit par la lancette, sont rarement d'un grand secours en pareil cas. L'urine pénétrant par transsudation dans le tissu lamelleux est un fluide mortifère. Si quelque chose peut en borner les ravages, ce n'est guère que les incisions profondes pratiquées en grand nombre, le plus tôt possible, sur toutes les parties infiltrées, et même dans les environs. Malheureusement, le siège du mal n'est pas toujours à la portée de ce moyen. Toutefois, on le fera pénétrer partout où on le pourra sans trop de danger. Les plaies sont ensuite pansées, du moins jusqu'à ce que l'inflammation éliminatoire soit développée, avec de l'eau-de-vie camphrée, la décoction de kina ou quelque solution chlorurée.

» Les abcès ordinaires, sans infiltration urinaire, sont plus rares et tiennent presque toujours à la manière dont l'opération a été pratiquée. Lorsque la vessie a été ouverte par le dard ou par le bistouri, l'indicateur, porté dans le fond de la plaie, la repousse si facilement en arrière, au lieu d'entrer dans sa cavité, qu'il lui est arrivé souvent de la décoller en entier de derrière les pubis, et de former là une large poche qui devient presque nécessairement l'occasion d'une violente phlegmasie et d'une suppuration

abondante. » (Velpeau, *loc. cit.*, t. IV.)

M. Velpeau répète ici la remarque que M. Vidal a eu occasion de faire le premier. Selon ce chirurgien, c'est cette poche qui a fait croire à des vessies doubles, se trouvant divisée en deux cavités, l'une antérieure où l'on ne trouvait rien, l'autre postérieure qui renfermait le calcul (*voy. la brochure de M. Vidal Sur les vices de conformation de l'urètre*).

Chez l'enfant où le tissu cellulaire est dense, serré, peu infiltrable, où les urines ont moins d'acreté, les dangers des tailles vésicales sont moindres ; heureusement, car, chez eux, la prostate n'étant pas développée, les incisions du col de la vessie parvenant bientôt au tissu cellulaire ambiant, les infiltrations seraient toujours à craindre sans cette bonne disposition du tissu cellulaire. Ce sont ces considérations et la facilité qu'on a, à cet âge, de blesser les canaux éjaculateurs qui nous feraient pencher ici pour la taille hypogastrique.

5<sup>e</sup> Blessure du péritoine ; péritonite. La première de ces lésions, la blessure du péritoine, est un accident qui ne peut appartenir qu'aux tailles vésicales. Expliquons-nous : on peut très-bien ouvrir le péritoine quand on pratique ce qu'on appelle plus particulièrement la taille par le périnée. Mais alors l'incision profonde pénètre jusqu'à la vessie et, comme nous l'avons déjà dit, d'urétrale, de prostatique, la taille devient vésicale. Or, soit qu'on attaque le bas-fond de cet organe ou son sommet, on peut très-bien atteindre la séreuse qui le recouvre en grande partie. D'ailleurs, par le périnée, on peut pratiquer les tailles primitivement vésicales ; ainsi, les tailles de Foubert et de Thomas étaient des tailles vésicales, et celle que nous avons décrite en dernier lieu, la taille par le rectum, qui attaque le bas-fond de la vessie, doit nécessairement être comprise dans cette catégorie.

Quant à la péritonite, elle peut être la suite d'une taille même peu profonde du périnée ; ce qui est alors extrêmement rare. En effet, le péritoine peut s'enflammer de deux manières ; ou bien consécutivement à l'inflammation du tissu cellulaire du périnée et du bassin, et

alors toutes les tailles peuvent, à la rigueur, causer ces deux inflammations ; ou bien par lésion directe de cette séreuse, et alors il n'y a que les tailles vésicales qui peuvent donner lieu à cette inflammation qui est ici directe. On comprend que, dans le premier cas, la péritonite n'a pas la même importance : car le malade qui a des abcès du bassin, à la suite de la taille, périt également, que ces abcès soient seuls ou compliqués de péritonite ; de sorte, qu'en bien réfléchissant, la péritonite est encore un accident qui se rapporte aux tailles vésicales et non aux autres. Cependant il ne faudrait pas croire que la blessure du péritoine donnât toujours lieu à une péritonite mortelle. A priori, on aurait pu l'établir ; mais l'expérience est venue démentir ici les prévisions de la théorie. Voici un passage de M. Velpeau qui vient à l'appui de ce que nous avançons.

« La blessure dont on a le plus parlé dans la taille hypogastrique est, sans contredit, celle du péritoine. Presque tous les auteurs l'ont regardée comme étant des plus redoutables, quelques-uns même comme devant être constamment mortelle. Sans vouloir en nier la gravité, je crois cependant qu'on en a singulièrement exagéré les dangers. Ce n'est certainement pas par elle-même qu'elle peut être beaucoup à craindre ; c'est bien plutôt en permettant à l'urine de tomber dans le ventre. Or l'opération n'est pas plutôt terminée, que la vessie s'abaisse, se rétracte, s'agglomère derrière la symphyse. La plaie de ses parois cesse, dès lors, de se trouver en rapport avec celle de l'enveloppe séreuse. En conséquence, l'urine ne peut réellement pas s'échapper par là, et arriver dans la cavité abdominale. Ce qui le prouve mieux que des raisons, au surplus, c'est que le péritoine a été souvent blessé sans qu'il en soit résulté le moindre accident grave, et que chez les sujets qui ont succombé avec cette blessure, on a trouvé des causes de mort qui en étaient tout à fait indépendantes. Un des malades opérés par Douglas eut le péritoine ouvert, et ne s'en rétablit pas moins bien. Un de ceux de Thornill fut aussi heureux. On dit même que chez un autre, qui guérit encore, les

intestins s'étaient échappés par la plaie, et qu'il fallut en effectuer la réduction.

» Cet accident est arrivé à frère Côme, à M. Souberbielle, sans que les chirurgiens semblent beaucoup le redouter. Une femme, opérée à Tours en 1858 par M. Crozat, eut également le péritoine ouvert assez largement, elle s'est néanmoins parfaitement rétablie. M. Léonardon en a communiqué depuis un autre exemple des plus remarquable. On a dit que Dupuytren n'avait pas eu le même bonheur; mais si le rapport qu'on a fait de l'opération est fidèle, une mèche aurait été introduite jusqu'à l'intérieur de la cavité séreuse, au lieu d'être portée dans la vessie elle-même: d'où il suit que ce fait ne démontre pas réellement les dangers de la blessure du péritoine. Quand elle a lieu, ce serait en augmenter la gravité, je crois, que d'en recoudre les bords comme le conseille Macgill, ou bien de procéder à la suture de toute la solution de continuité, au moins dans sa moitié supérieure, comme le veut Douglas. Une mèche de charpie ou de linge, placée tout à fait en bas de la division, et pénétrant jusqu'à l'intérieur de la poche urinaire, est tout ce qui convient réellement en pareil cas. On pourrait y ajouter une bandelette de diachylum supérieure; et le conseil de ne permettre aucun mouvement capable de pousser les viscères du côté de l'ouverture péritonéale.

» Ainsi, conclusion générale, sur trois accidents graves, l'hémorragie, les abcès, l'infiltration du tissu cellulaire du bassin, la lésion du péritoine: la taille vésicale en réclame plus particulièrement. Elle est donc plus grave. Le parallèle sera bien plus en faveur des tailles prostatiques, si on ajoute que l'hémorragie peut être traitée avantageusement. » (Velpeau, *Médec. opér.*, t. iv.)

Après avoir basé le parallèle des deux principales méthodes de taille sur les grands accidents, ceux qui tuent le plus fréquemment, et qui s'y rapportent plus directement, les tailles doivent être considérées sous d'autres points de vue, par exemple la douleur, la cystite, la néphrite, la phlébite, la lésion du rectum, la lésion des canaux éjaculateurs,

l'incontinence, la rétention d'urine, etc.

*Douleur.* Elle a quelquefois occasionné la mort. Dans des circonstances très-rare, on a vu des malades succomber pendant ou peu de temps après l'opération. Cette issue funeste peut tenir en partie à l'affaiblissement nerveux qu'apportent dans l'esprit du patient la crainte et la terreur. Les deux méthodes peuvent produire un tel état; mais la douleur qui tue par son excès doit exister plutôt dans la taille *prostatique* que dans les tailles vésicales; elle n'est pas occasionnée par l'incision des parties, mais surtout par l'extraction du calcul toujours plus laborieuse dans la première quand les incisions ne sont pas suffisamment multipliées, et, selon M. Vidal, quand on est obligé de se livrer à des efforts d'extraction qui obligent le calcul à multiplier lui-même les solutions de continuité, ce qu'aurait dû faire l'opérateur. C'est même un accident de ce genre qui a donné à ce chirurgien la première idée de la taille quadrilatérale; le malade avait un calcul volumineux dont l'extraction fut très-pénible, il y eut des déchirures à la prostate et une prostration subite de laquelle le malade ne put sortir.

*Inflammation viscérale, phlébite.* L'inflammation purulente des reins, les affections des autres viscères, du cerveau, des intestins, des organes parenchymateux, des plèvres qui font périr les calculeux, s'observent également dans toutes les méthodes comme nous l'avons déjà dit. Alors, quelle que soit la méthode employée, les dangers sont grands, car l'organisme est mal disposé, il n'attend pour développer ces accidents que les manœuvres de la taille. Cependant on doit regarder la *phlébite* comme la cause la plus fréquente des abcès qui se développent dans le foie et les poumons après la taille. Cette phlegmasie redoutable est surtout produite par les tailles à incisions profondes. C'est une raison de plus qui milite en faveur du précepte important de ne jamais dépasser les limites de la prostate.

*Lésion du rectum.* Il est un accident qui appartient exclusivement à la taille prostatique, je veux parler de la *lésion du rectum*. Quand l'intestin est ouvert près de l'incision extérieure, l'inconvénient

est moindre; il suffit alors de compléter la division de son extrémité inférieure pour en obtenir la cicatrisation; mais quand le rectum est lésé plus haut près de la base de la prostate, les choses ne se passent pas ainsi, et souvent on voit persister une fistule. Cet accident n'est pas également à craindre dans tous les procédés de taille prostatique, il est d'autant plus imminent qu'on incise davantage vers la ligne médiane les parties molles et la prostate. Il peut arriver dans trois circonstances: 1<sup>o</sup> au moment de l'incision extérieure des parties, 2<sup>o</sup> lorsque l'on divise la prostate, 3<sup>o</sup> quand on retire le calcul. Il est de rigueur de vider le rectum par un lavement, et de s'assurer de ses dimensions avant de commencer la taille.

*Blessure des canaux éjaculateurs, impuissance.* Ces accidents sont liés spécialement aux tailles prostatiques. Mais le procédé de M. Reynaud de Toulon et ceux qui divisent la prostate dans ses rayons obliques ou transverses n'exposent jamais à cet inconvénient.

*Incontinence, rétention d'urine, fistule urinaire, ecchymose du périnée.* Ces accidents ne se rencontrent que dans les tailles urétrales et prostatiques, ainsi que l'infiltration de l'urine dans le scrotum, laquelle dépend d'une incision mal faite au périnée. Ces infiltrations superficielles n'ont pas une extrême gravité. Un avantage bien grand que possède la taille prostatique et qui n'appartient qu'à elle seule, ce sont les scarifications qu'elle fait au col vésical et à la prostate, ce qui est un des moyens de guérir les affections dont ces organes sont atteints, le plus ordinairement, par suite du long séjour des calculs dans la poche urinaire.

Nous terminerons le parallèle par ce résumé de M. Vidal.

En résumé ce parallèle nous prouve: 1<sup>o</sup> que les accidents les plus graves, ceux qui occasionnent le plus souvent la mort, l'inflammation phlegmoneuse et gangréneuse du tissu cellulaire du bassin, la péritonite, sont plus fréquents dans la taille vésicale; 2<sup>o</sup> que les tailles prostatiques exposeraient à l'hémorragie et à

la phlébite si elles n'étaient pas faites d'après mes principes; 3<sup>o</sup> que la taille urétrale est exempte de ces dangers, d'où il résulte que dans les cas de petit calcul, c'est elle qui méritera la préférence; la taille prostatique viendra ensuite, et enfin la taille vésicale, mais modifiée comme je l'entends (la faire en plusieurs temps).

» Il est des praticiens, partisans des tailles prostatiques, qui croient que pour les calculs très-volumineux on doit attaquer le corps de la vessie, faire une taille vésicale. C'est alors la méthode vésico-hypogastrique qui sera mise en usage; car la méthode vésico-périnéale est trop défectueuse pour qu'on la mette jamais en pratique, et la vésico-rectale n'a qu'une circonstance qui justifie son emploi, c'est lorsque le calcul fait saillie dans le rectum, et qu'il a commencé à ulcérer les parties qui le séparent de cet intestin. Quand on aura de puissants motifs pour mettre en pratique la taille vésico-hypogastrique, il faudra la faire en deux temps comme je l'ai indiqué. Alors on pourra avoir les avantages des tailles vésicales sans leurs inconvénients. On fera donc deux opérations légères au lieu d'une seule mais grave opération.

» C'est la taille prostatique qui satisfait le mieux à la généralité des exigences qui peuvent se présenter. Mais, au milieu de la multiplicité des procédés qui appartiennent à cette grande méthode, quel est celui qu'il faut choisir? J'ai déjà répondu à cette question. Le choix sera subordonné au volume présumé du calcul: s'il est volumineux, les débridements multiples doivent être préférés; si même on veut suffisamment les multiplier, on peut le plus souvent se dispenser de recourir à la méthode vésico-hypogastrique, s'il n'y a aucun vice de conformation du côté du périnée. Quand le calcul a de moyennes proportions deux débridements suffiront, un seul est suffisant pour un plus petit volume du corps étranger. Si je n'avais qu'un débridement à faire je serais tenté d'imiter M. Reynaud, chirurgien en chef de la marine à Toulon. » (*Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. v, p. 321.)

*Taille chez la femme.* Quoique la plupart des considérations déjà présentées se rapportent à la taille sur les deux sexes, cependant la vessie et l'urètre, chez la femme, ont des rapports et une forme qui nous obligent à un article à part. Il y a d'ailleurs ici absence d'un organe qui a joué un grand rôle dans tout ce qui vient d'être dit sur la taille : c'est la prostate. De plus, il y a la présence du vagin, de la matrice; la brièveté et la dilatabilité de l'urètre; la forme de la vessie, qui a son grand diamètre transversal; il est évident que toutes ces circonstances imposent des modifications que nous résumerons dans les trois méthodes que nous allons décrire.

#### A. Dilatation.

L'urètre de la femme étant beaucoup plus court, plus large, et pouvant se dilater à des degrés assez considérables, on a dû songer à employer la dilatation pour aller saisir et extraire les calculs de la vessie. Les données de l'anatomie et de la physiologie de ce canal ont dû être fortifiées par celles des faits cliniques qui prouvent que des corps étrangers, d'un volume extraordinaire, ont pu être introduits dans la vessie et extraits de ce réservoir sans division aucune, par la seule dilatation du canal. Les faits qui prouvent que, par dépravation, des femmes ont introduit des étuis dans leur vessie, ces faits ne sont pas extrêmement rares. A l'article CORPS ÉTRANGERS de la livraison précédente on a lu l'histoire de cette Provençale, qui, dans la fureur de la masturbation, finit par faire passer dans sa vessie et par l'urètre un sifflet d'enfant.

Dans le même article et la même livraison, p. 128, on trouvera les faits de la jeune fille qui se délivra d'une pierre de 100 grammes, de celle qui se débarrassa encore d'une pierre de 5 pouces de long sur 2 de large et 8 de tour! Tous ces faits viennent à l'appui de la dilatation comme méthode d'extraction des calculs vésicaux.

Voici comment on doit y procéder, d'après Sabatier :

»Si on emploie la dilatation, le chirurgien, après avoir fait écarter les grandes

et petites lèvres du *pudendum*, introduit, le long de l'urètre, jusque dans la vessie, une sonde mousse à son extrémité. Lorsque cet instrument y est parvenu, il prend de la main gauche et fait glisser sur sa cannelure le bec d'un gorgéret, qui, devenu plus large du côté du manche qui le termine, opère une partie de la dilatation qu'il a intention de se procurer. Il ôte la sonde, devenue inutile, et, saisissant également le manche du gorgéret avec la main gauche, il porte le doigt indicateur de la main droite dans sa gouttière, en tournant la paume de la main en haut, et en faisant avancer ce doigt avec beaucoup de lenteur. Lorsqu'enfin il est parvenu assez avant pour avoir suffisamment élargi l'urètre et le col de la vessie, il substitue au doigt de petites tenettes qu'il porte au dedans de ce viscère, comme il est d'usage dans toutes les manières de tailler. Le gorgéret retiré, il va à la recherche de la pierre qu'il saisit, et dont il fait l'extraction.

»La dilatation ne peut avoir lieu que lorsqu'il s'agit d'extraire des pierres dont le volume est peu considérable; si elles étaient grosses, cette manière d'opérer pourrait attirer des accidents graves, eu égard à l'irritation et aux extensions forcées qui en sont la suite, et à la perte du ressort de la vessie, qu'elle occasionnerait. Aussi le plus grand nombre des praticiens lui préfèrent-ils la méthode de l'incision.» (*Médec. opérat.*, t. IV.)

#### B. Tailles urétrales.

L'élimination naturelle des calculs par l'urètre, chez la femme, a dû donner l'idée de la dilatation, comme nous venons de le dire. Mais ce n'est pas encore là une taille; car il n'y a pas d'incision faite. On a dû en venir à l'incision, à l'urérotomie quand la dilatation a été insuffisante et quand on a craint de la porter trop loin et de donner lieu à des déchirures suivies d'inflammations graves. On a dû songer alors à l'urérotomie, au débridement de l'urètre. On a dû le faire d'abord (c'est réellement le procédé le plus ancien) avec une sonde cannelée introduite dans l'urètre, qui a conduit un bistouri qui servait au débridement, comme on s'en sert pour

débrider un anneau aponévrotique qui étrangle un intestin. Mais bientôt sont arrivés les lithotomes. C'est même pour la taille de la femme qu'on a imaginé d'abord les lithotomes doubles. Ainsi il est évident que Fleurant et Louis ont créé les modèles sur lesquels le lithotome double de Dupuytren a été fabriqué. La vue seule de l'instrument de Fleurant, prouve qu'on a songé de bonne heure à la taille bilatérale chez la femme, qui a fini par être importée chez l'homme (comme nous l'avons déjà prouvé par Ledran). L'urètre d'ailleurs peut être divisé sur les deux tiers supérieurs de sa circonférence. Nous allons décrire, d'après MM. Bégin et Sanson, le procédé urétral de Dubois, avec les modifications de Dupuytren.

»*Procédé Dubois.* La malade étant située et maintenue, comme il a été précédemment indiqué, une sonde cannelée est introduite dans l'urètre, et sa cannelure est dirigée en avant vers la symphyse pubienne. Un bistouri droit, conduit avec la main droite sur la sonde, que la main gauche retient immobile, divise la paroi antérieure du conduit excréteur de l'urine et le col de la vessie, dans une étendue proportionnée au volume présumé du calcul. Les instruments étant retirés, le doigt est introduit dans l'organe, afin de s'assurer de l'étendue de la plaie et de servir de guide aux tenettes.

»M. Dupuytren préfère, à la sonde cannelée et au bistouri, le lithotome caché du frère Côme, qui est plus facile à manier et rend l'exécution de l'opération plus simple et plus sûre.

»Il est à remarquer que toutes les fois que, dans l'opération de la taille chez la femme, on attaque l'urètre, le calcul ne saurait sortir par le point de l'ouverture du petit bassin auquel ce canal correspond. Le rapprochement des branches des pubis dans cet endroit oblige le chirurgien à abaisser les tenettes chargées du calcul et à les porter en arrière, en effaçant la cavité du vagin, de manière à les placer dans la partie la plus large du détroit périnéal. La laxité des parties génitales de la femme rend ce déplacement

assez facile. Lorsque l'urètre et le col de la vessie sont incisés obliquement, en arrière et en dehors, ou transversalement, les tenettes et le calcul, passant entre les lèvres de la plaie, peuvent les déchirer, et, arrivant sur le vagin, peuvent déterminer des lésions graves à ce conduit. L'incision étant dirigée en avant, au contraire, les tenettes appuient sur une partie saine du col de la vessie, et l'urètre, en se déployant au-dessous d'elles, protège le vagin et les parties voisines. En avant, d'ailleurs, il n'existe pas de vaisseaux considérables; tandis qu'en dehors et en arrière, on rencontre les artères superficielles et transverses du périnée qui peuvent fournir une quantité considérable de sang. Parmi les procédés qui se rattachent à l'incision de l'urètre, celui de M. Dubois, modifié par M. Dupuytren, doit donc être préféré à tous les autres, et le succès en a fréquemment couronné l'emploi.» (*Méd. op.*, Sabatier, tom. 4, p. 567.)

Nous avons déjà dit que l'urètre pouvait être divisé sur une sonde cannelée; il peut l'être sur tous les points. Ce qui est certain, c'est que là l'incision double latérale est très-ancienne. On a dit que l'incision de l'urètre un peu prolongée expose à la lésion des artères du périnée et à celle du vagin, ce qui n'est nullement grave. En incisant dans le même sens des deux côtés, on opérerait la taille bilatérale. Un de nous a vu faire cette double incision par L.-J. Sanson; cet habile chirurgien voulait, par cette voie, introduire facilement un doigt dans la vessie pour ramener au dehors, par le vagin, le bas-fond de la vessie, qui était perforé, afin de faire là une suture destinée à guérir une fistule vésico-vaginale. La facilité de cette opération, le peu de sang qui s'écoula, la promptitude de la cicatrisation de cette double plaie doivent faire considérer la taille bilatérale, chez la femme, comme la plus méthodique. Fleurant a proposé d'inciser l'urètre des deux côtés, dans son diamètre transversal, au moyen d'un instrument qui, introduit fermé, divisait les parties quand il était retiré ouvert. M. Amussat a proposé le même instrument dont j'ai parlé quand il a été question de la taille bilatérale chez l'homme.

Encore ici le bistouri boutonné et un cathéter suffisent; celui-ci pourrait être remplacé par une forte sonde cannelée.

Nous n'oserions dire en toute conscience si la taille, attribuée à Antoine Dubois et revendiquée en faveur de Collet, a été réellement employée pour l'extraction d'un calcul un peu volumineux. Si on veut apprécier cette taille, on n'a qu'à mesurer le peu de distance qui existe entre le méat urinaire et le ligament sous-pubien contre lequel l'urètre est appuyé. Cette taille, qu'on pourrait appeler verticale, ne vaut pas mieux que la taille prostatique chez l'homme, dans laquelle on incise sur le rayon supérieur de la glande prostate.

Les organes de la femme se trouvent très-favorables aux incisions multiples. On devra d'abord inciser obliquement en bas et en dehors, pour faire suivre, autant que possible, au tranchant la direction des branches du pubis; si ces deux incisions sont insuffisantes, on dirigera le bistouri en haut et en dehors.

#### C. Tailles vésicales.

Nous n'avons pas à répéter ici ce que nous avons dit sur la taille hypogastrique en parlant de la taille chez l'homme. Il est évident que, quant aux autres tailles vésicales, c'est la taille par le vagin qui est préférable. Aussi serons-nous bref sur les procédés vestibulaires; nous ne décrirons même que celui de M. Lisfranc et d'après M. Malgaigne.

*Procédé vestibulaire* (Lisfranc). La femme placée comme pour la taille périnéale chez l'homme, deux aides écartent les grandes et les petites lèvres; le chirurgien porte dans la vessie un cathéter ordinaire, dont il dirige ensuite la convexité en haut. La plaque en est confiée à un aide qui, pressant légèrement de haut en bas sur elle, déprime l'urètre et le vagin. Le chirurgien explore avec le doigt la disposition des branches du pubis, tend les tissus de la main gauche, et marque, avec l'index et le médus, les points où l'incision devra commencer et finir; puis, avec un bistouri droit, tenu comme une plume à écrire, il pratique

une incision semi-lunaire, à convexité supérieure, qui, commençant au niveau de la face latérale droite du méat urinaire, longe les branches et la symphise des pubis dont elle est distante de 2 millimètres, et vient se rendre au côté diamétralement opposé. Il faut que le manche du bistouri soit moins élevé que la pointe. On coupe ensuite couche par couche les tissus résistants indiqués plus haut: on écarte le tissu cellulaire avec le doigt indicateur, qui sert lui-même de guide à l'instrument; et enfin, arrivé sur la vessie, ou bien on y plonge le bistouri et on la divise transversalement, ou bien, introduisant le pouce gauche dans le vagin et l'indicateur dans la plaie, on exerce, sur les tissus qu'ils embrassent, une traction suffisante pour tendre la vessie et la ramener un peu en avant; et l'incision devient plus sûre et plus facile; ou enfin on divise l'organe sur la convexité du cathéter: aussitôt une ouverture faite, on y plonge le doigt, et il est extrêmement aisé de l'agrandir. On peut, d'ailleurs, inciser la vessie transversalement ou longitudinalement; M. Lisfranc préfère l'incision transversale. (*Manuel de médecine opératoire*, dernière édition.)

*Taille vésico-vaginale*. L'histoire des corps étrangers de la vessie et leur élimination par le bas-fond de cet organe chez la femme, les solutions de continuité de cette partie de la vessie, ces faits pathologiques devaient conduire à la méthode dont il va être question.

Ainsi, F. de Hilden observa un cas où la cloison vésico-vaginale avait été en partie perforée par la pierre. Il compléta l'opération commencée par la nature, et imita plutôt l'organisme que Rousset, quoiqu'ici nous ne voulions en rien diminuer le mérite de Rousset, qui le premier a fait sortir par le vagin onze pierres. C'est encore dans un cas pathologique de la paroi vésico-vaginale que Ruisch retira quarante-deux calculs. La femme avait un renversement du vagin. Tolet se comporta de même dans une circonstance analogue.

En 1740, Gooch mit à profit une perforatio produite par une inflammation ul-

cérative portant sur la paroi vésico-vaginale. Il agrandit l'ouverture spontanée pour extraire un calcul du poids de trois ou quatre onces.

Voici des faits plus récents d'extraction de calculs par cette voie:

M. Faure fit parvenir, en 1810, à la Faculté de Paris un morceau de bois qu'il avait retiré, par l'incision du vagin, de la vessie d'une jeune fille. M. Clémot pratiqua pour la première fois, en 1814, chez une personne âgée de vingt et un ans, la taille vaginale, et la renouvela bientôt après chez une autre malade. Un peu plus tard M. Flaubert mit en usage le même procédé pour extraire une épingle et une aiguille qui étaient devenues le noyau d'un calcul chez une enfant de onze ans. En 1816 il en opéra une quatrième, âgée de vingt et un ans, et fit l'extraction d'un calcul gros comme une forte noix. M. Philippe, de Reims, a extrait par là, chez une femme enceinte, un calcul de neuf onces, qu'il m'a envoyé. Il est resté une fistule. Une grosse pierre, ayant un morceau de bois, long de trois pouces trois lignes, pour noyau, a été extraite de la même façon par M. Castara (1) de la vessie d'une fille âgée de quarante-cinq ans, qui est guérie. Celle que M. Macario (2) a opérée, et qui avait un calcul développé sur une aiguille dans l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, est également guérie. M. Rigal (3) opéra aussi par le vagin, en 1814, une femme âgée de quarante ans, et dont le calcul pesait deux onces et demie. Déjà le même praticien avait pratiqué cette opération plusieurs années auparavant, chez une femme âgée de trente-huit ans, qui portait, depuis huit ans, un calcul considérable. Un nouvel exemple en a été publié par M. Lavielle (4), et M. Rigal fils en a fait connaître un autre. En sorte que maintenant la science possède environ vingt-cinq exemples de tailles vésico-vésicales. (Velpéau, *Méd. opérat.*, t. 4.)

La plupart des chirurgiens ayant d'abord pratiqué cette opération pour compléter une élimination d'un corps étran-

(1) Communiqué par l'auteur, 26 nov. 1838.

(2) Bulletin de Ferrussac, t. II, p. 262.

(3) Journ. univ. des sc. méd., sept. 1819.

(4) Bulletin de Ferrussac, t. VIII, p. 72.

ger plus ou moins engagé dans l'ouverture spontanée de la vessie, ils ont pu ajouter une grande importance au dernier temps de l'opération.

F. de Hilden veut qu'une curette de petit calibre soit portée dans la vessie par l'urètre, qu'elle embrasse le calcul par sa concavité, le déprime en le ramenant près du col vésical. Alors le chirurgien incise sur la saillie qui a lieu dans le vagin, et en fait l'extraction du calcul par ce canal. Méry propose de remplacer la cuvette de Fabrice par le cathéter ordinaire, de manière à diviser la cloison vésico-vaginale sur la cannelure de cet instrument. Ce moyen fut généralement adopté, et on rejeta le procédé de Fabrice. C'est même le procédé qui sert de base à ceux que suivent les chirurgiens modernes. Les uns ajoutent un gorgéret pour déprimer la paroi postérieure du vagin par son extrémité extérieure, pendant que l'autre arc-boute contre le cathéter au devant du col utérin. Il en est qui, comme M. Flaubert, se bornent à porter le bistouri à plat sur l'indicateur droit; ils tournent ensuite le tranchant en haut, et incisent la cloison d'avant en arrière ou d'arrière en avant, jusqu'à une plus ou moins grande distance du méat urinaire.

Voici d'ailleurs, d'après M. Velpéau, comment la taille vésico-vaginale doit être exécutée.

« En plaçant la femme comme pour la taille ordinaire, il est possible, sans aucun doute, d'atteindre le but. Cependant si elle était sur le ventre, les cuisses et les jambes fléchies, il serait plus facile de pratiquer les incisions convenables. Les instruments se bornent à un cathéter, un gorgéret de Marchetti, un bistouri droit et des tenettes. Le cathéter est d'abord placé, la plaque relevée du côté des pubis, afin de déprimer le bas-fond de la vessie sur la ligne médiane. Un aide est chargé de le maintenir dans cette position. Le gorgéret, porté jusqu'au fond du vagin, est donné à un second aide, qui en abaisse le manche, en ayant soin qu'il serve de point d'appui au cathéter par son autre extrémité, que sa gouttière regarde en haut et en avant, si la femme est placée sur le dos; en bas et en arrière

re, au contraire, si elle est sur le ventre. Le chirurgien écarte les grandes lèvres avec le pouce et les premiers doigts de la main gauche, saisit le bistouri comme une plume, en porte la pointe derrière l'urètre, c'est-à-dire à un pouce au moins de profondeur dans le vagin, l'enfonce dans la cannelure du cathéter, puis le fait glisser sur cet instrument, dans l'étendue de huit à dix lignes au plus, s'il est nécessaire, et termine en l'abaissant un peu pour le faire tomber dans la gouttière du gorgeret. On pourrait également le tenir en seconde position, c'est-à-dire le manche dans le creux de la main et le tranchant tourné vers la vessie, de manière à en porter la pointe aussi profondément qu'on le désire, à diviser la cloison d'arrière en avant, toujours sur la cannelure du cathéter.

« Ces deux méthodes diffèrent si peu quant au résultat définitif, et même à la facilité des manœuvres, qu'il faut s'en remettre au goût de l'opérateur pour la préférence qu'elles peuvent mériter l'une sur l'autre. Nul doute encore que le chirurgien puisse tenir lui-même le cathéter de la main gauche pendant qu'il incise de la main droite, comme l'a fait M. Flaubert; ou bien, comme le recommande M. Clémot, s'emparer, au contraire, du gorgeret, afin de n'être pas gêné par l'aide lors de la division de la cloison. On pourrait aussi, à la rigueur, se dispenser du gorgeret, en imitant la conduite du chirurgien de Rouen, porter le bistouri voilé par la face palmaire de l'indicateur dans l'intérieur du vagin, afin de pratiquer l'ouverture de la vessie sans avoir besoin d'autre aide que de ceux qui doivent contenir la malade; mais on ne peut nier que, libre de ses deux mains, l'opérateur soit plus à l'aise pour pratiquer l'incision principale, et que le gorgeret n'ait l'avantage de tendre, de découvrir les parties qui doivent être divisées; seulement il serait bon que cet instrument eût un manche coudé à angle, et que sa gouttière se terminât en cul-de-sac.

» L'incision commencée à quelques lignes en arrière du méat urinaire, de manière à comprendre une plus ou moins grande étendue de la paroi inférieure de

l'urètre, comme dans le procédé suivi par M. Flaubert, aurait l'inconvénient d'abord de ne favoriser en rien la sortie du calcul, ensuite de rendre la cicatrisation de la plaie plus longue et plus difficile. Il est donc mieux d'imiter MM. Clémot, Rigal, etc., de ne la commencer qu'à la pointe du trigone vésical, si l'on incise d'avant en arrière, ou de l'y terminer, dans le cas où on aimerait mieux inciser de derrière en devant. Le vagin ayant une longueur de trois à quatre pouces, il reste encore, en se comportant ainsi, une étendue de plus d'un pouce qu'on peut inciser sans danger. Du reste, comme les tissus jouissent d'une assez grande extensibilité, il est inutile de donner à l'ouverture plus de dimension que ne semble en exiger le volume présumé du calcul. M. Faure, l'oculiste (*Obs. sur l'iris*, p. 60, 1820), qui donne le conseil de traverser très-obliquement la cloison vésico-vaginale d'avant en arrière, dit avoir guéri ainsi, sans fistule, une jeune fille en 1808. » (*Velpeau, Méd. opératoire*, t. 4, p. 602 et suiv.)

#### PARALLÈLE ENTRE LA TAILLE ET LA LITHOTRITIE.

Quand on veut établir un parallèle entre deux méthodes de traitement, on doit non-seulement tenir compte des résultats qu'elles ont donnés, de ceux qu'elles donnent actuellement, mais encore de ceux qu'elles peuvent faire espérer. Quelques mots d'explication pourront probablement éclaircir notre pensée. Choisissons comme exemple le sujet qui nous occupe: nous dirons qu'ayant à comparer la taille et la lithotritie il nous faut tenir compte non-seulement de leurs résultats passés ou actuels, mais encore des espérances qu'elles peuvent donner, espérances basées sur les perfectionnements plus ou moins importants dont chacune d'elles est susceptible.

Si dans notre parallèle entre la taille et la lithotritie nous prenions cette dernière telle qu'elle était à son début, notre opinion serait bientôt fixée; car ce serait une opération inférieure à la taille. Mais la taille elle-même qu'était-elle dans le principe? qu'était-elle jusqu'à frère Côme, Cheselden, Morand, Ledran, Lecat?

Voyez l'histoire que nous en avons faite.

Nous nous garderons bien, dans l'exposé comparatif qui va suivre, de discuter la valeur de tous les procédés opératoires qu'a pu enfanter l'imagination des hommes qui se sont occupés de l'une ou de l'autre méthode; ce serait compliquer, embrouiller une question qui, avant tout, devait être clairement exposée.

Un mot d'abord sur les modes principaux suivants lesquels se pratiquent la taille et la lithotritie:

La taille compte deux méthodes principales: elle est prostatique ou vésicale, selon les désignations que nous avons adoptées. Ces méthodes principales ont été discutées et comparées entre elles.

La lithotritie se pratiquait, ainsi qu'il en a été fait mention dans son historique, à l'aide d'instruments droits. Depuis on les a modifiés d'une manière avantageuse, en leur substituant des instruments courbes. Avec les premiers, on se proposait de perforer, d'user, de limer les calculs; avec les seconds, il fut permis de les écraser par pression ou par percussion, ce qui était bien plus avantageux et donnait aux instruments courbes une supériorité incontestable sur les instruments droits. On peut voir à l'article *Lithotritie* la description de ces instruments, celle de la manœuvre opératoire et le jugement porté sur la valeur de chacun d'eux.

Nous avons maintenant hâte d'arriver à la mise en parallèle de la taille et de la lithotritie.

A ce sujet la question suivante ne peut plus être posée: laquelle des deux méthodes doit être préférée à l'autre? mais bien celle-ci: quels sont les cas qui exigent l'emploi de l'une et ceux dans lesquels l'emploi de l'autre convient mieux? Ce que nous dirons là-dessus se trouve subordonné à l'état actuel des choses, nous n'avons point la prétention d'anticiper sur l'avenir, et nous prenons nos réserves relativement aux perfectionnements ultérieurs apportés à l'une ou l'autre méthode et qui pourraient modifier notre manière de voir.

Examinons d'abord le cas le plus simple: un calculeux se présente, son cal-

cul est petit, la vessie n'est point irritable, la santé générale est bonne; c'est un adulte fort, bien constitué, on n'a pas employé préliminairement, on a employé, suivant l'opinion du médecin ou la volonté du malade, mais inutilement, les agents lithontriptiques; que faut-il faire? Les opinions sont unanimes sur ce point, et l'Académie de médecine s'est prononcée dans ce sens, il faut tenter l'opération de la lithotritie; si le calcul résiste à l'écrasement par pression, il faut avoir recours à la percussion, mais avec ménagement; s'il résiste encore, alors il faut renoncer à la lithotritie et recourir à l'opération de la taille, après avoir laissé reposer le malade pendant quelque temps pour le remettre des fatigues que lui ont fait éprouver les tentatives exercées sur lui. Si l'analyse de l'urine pouvait éclairer d'avance le chirurgien sur la dureté d'un calcul, il ne s'exposerait point à des essais infructueux, qui du reste sont dans le cas présent d'une extrême rareté; mais jusqu'ici la chimie n'a pu fournir sous ce rapport que des données incertaines. Ainsi de ce qu'un malade est atteint d'un calcul urique, ce n'est pas une raison pour que ses urines charrient constamment de l'acide urique, de même quand la pierre est d'oxalate de chaux, ce n'est pas une raison pour que l'urine donne par l'analyse de l'oxalate de chaux, etc.; et puis alors même que cela serait, les calculs, identiques par la composition chimique, n'offrent pas toujours la même consistance. Le meilleur moyen d'éclairer le diagnostic, c'est l'application du brise-pierre. Dès les premiers temps de la lithotritie, un malade, traité par M. Civiale avec la pince à trois branches munie du perforateur, fut guéri au bout de trois séances dans l'espace d'un mois; les deux dernières séances furent employées à briser entre les mors de la pince les fragments du calcul (1).

M. Thierry (2), parle d'un de ses parents qui vint à Paris en 1840, présentant tous les symptômes rationnels de la pierre

(1) Voy. Thierry, *Th. de concours*, Paris, 1847, p. 77.

(2) Voy. id.