

n'était la taille de Celse, ainsi qu'on l'a bien des fois amèrement reproché au célèbre chirurgien. Sans doute, les deux premières ont beaucoup de points communs, en particulier l'incision du col vésical avec le lithotome double de Charrière suivant les diamètres obliques inférieurs de la prostate, mais elles diffèrent absolument quant au chemin suivi pour arriver sur le cathéter et quant au point où l'on pratique la ponction de l'urètre.

Dupuytren pratiquait au périnée une incision transversale et pénétrait directement jusqu'au cathéter cannelé, sans se préoccuper des couches qu'il traversait. Il arrivait par le chemin le plus court sur la portion membraneuse, c'est-à-dire sur le bord antérieur du triangle recto-urétral. Cette incision facilitait, sans doute, ce temps de l'opération, puisque, sur certains sujets, on sent nettement à ce niveau la cannelure du cathéter à travers les téguments et qu'on y pourrait pénétrer d'un seul coup, mais le bulbe de l'urètre était fatalement intéressé, pour peu que le malade eût un certain âge. Or, la section du bulbe constituait un accident sérieux; indépendamment de l'hémorragie abondante qui en résultait, c'était la porte ouverte à la phlébite et à l'infection purulente, si fréquentes à cette époque. Cette préoccupation n'était pas venue à la pensée de Dupuytren, puisqu'on chercherait vainement dans son mémoire le nom du bulbe de l'urètre.

Nélaton, au contraire, se préoccupa surtout d'éviter cet accident, et, pour cela, il conçut l'idée d'arriver à l'urètre en suivant la paroi antérieure du rectum, en la prenant pour guide, sans s'en écarter un seul instant. L'incision étant pratiquée au-devant de l'anus, il détache à petits coups de bistouri la paroi rectale, comme s'il s'agissait de l'enlever. L'indicateur gauche introduit dans le rectum et le pouce dans la plaie renseignent constamment l'opérateur sur l'épaisseur de la paroi; ils l'avertissent s'il se rapproche trop de la cavité ou s'il s'en éloigne plus qu'il ne faut; pendant ce temps, un aide attire en haut la lèvre antérieure de la plaie et le bulbe avec elle. On continue la dissection jusqu'à ce que l'on sente le sommet de la prostate, point où l'on ponctionne l'urètre.

Dans la taille prérectale, on suit donc le rebord postérieur du triangle recto-urétral, c'est-à-dire le chemin le plus long; de plus, il faut arriver jusqu'au sommet du triangle: aussi, je trouve, pour mon compte, ce temps de l'opération beaucoup plus difficile et plus long dans la taille prérectale que dans la taille bilatérale, surtout sur certains vieillards dont le périnée est d'une grande profondeur, et c'est le seul reproche, si c'en est un, que j'aie à adresser au procédé. On aurait pu craindre *a priori* que la paroi antérieure du rectum isolée ne fût frappée de gangrène, mais il n'en est rien.

En résumé, je considère la taille prérectale de Nélaton comme bien supérieure à toutes les tailles périnéales exécutées jusqu'ici. J'ajoute que la voie tracée par Nélaton pour pénétrer dans la vessie est exactement celle qu'il convient de suivre pour pratiquer la prostatectomie.

Je parlerai plus loin, en étudiant le triangle ischio-bulbaire, des avantages et des inconvénients de la taille latéralisée.

*Rapports de la face postérieure.* — La face postérieure du rectum est en rapport avec la courbure sacrée qu'elle suit dans toute sa longueur. La résection du sacrum fournit donc un large accès sur le rectum, ainsi que cela a lieu dans l'opération dite *de Kraske*, et la figure 273 a pour but principal d'en donner la démonstration. Cette face repose sur les muscles pyramidaux, les ischio-