

le bas-fond de la vessie ; on emploie alors les tenettes courbes (fig. 267) ; ou bien parce que la pierre a été saisie par son grand diamètre, ce qui nécessite qu'on la laisse échapper et qu'on la charge autrement ; ou bien encore que le calcul est *trop volumineux* pour passer à travers la boutonnière prostatique ; dans ce cas on a conseillé de débrider le *diamètre oblique inférieur droit* (OE) de la prostate, ou de briser la pierre avec un *lithoclaste*. Des injections d'eau sont ensuite pratiquées dans la vessie par la plaie extérieure ; les fragments de pierre restant dans la vessie peuvent être extraits avec la curette (fig. 269). Le bouton dont ce dernier instrument est pourvu sert aussi à s'assurer s'il reste d'autres calculs dans la vessie.

La pierre n'est pas toujours libre dans la vessie ; elle peut être *enkystée*, *enchatonnée* ou *adhérente*. En cas de pierre enkystée, il faut inciser la muqueuse au niveau du calcul, avec un bistouri boutonné. Si la pierre est enchatonnée ou adhérente, on la fait basculer avec l'extrémité recourbée de la branche femelle du *lithoclaste* (fig. 277, p. 849), portée sur les côtés du corps étranger.

Lorsqu'on a débarrassé la vessie de tout fragment de calcul, on porte le malade dans son lit garni d'un drap plié en plusieurs doubles placé sous le bassin ; la tête et la poitrine légèrement élevées, les cuisses et les jambes à demi fléchies. On place un traversin sous les jarrets, jusqu'à cicatrisation de la plaie périnéale. Les urines passent d'abord en totalité par la plaie périnéale, puis elles reprennent à une époque variable leur cours partiel d'abord, total ensuite par l'urètre.

**PROCÉDÉ DE BOYER.** Il diffère du procédé ordinaire, en ce que, au lieu d'inciser la prostate dans son rayon oblique inférieur gauche, on divise le *rayon transverse* (OG' fig. 268, p. 838). Pour arriver à ce but, il suffit de diriger la bascule du lithotome caché directement en dehors, au lieu de la porter en dehors et un peu en bas.

**Accidents de la taille latéralisée.** Il en est deux qui méritent une mention spéciale : l'*hémorragie* et la *blessure du rectum*.

L'*hémorragie* est externe ou interne, c'est-à-dire qu'elle provient des artères du périnée ou des vaisseaux de la vessie. Si on peut découvrir l'artère blessée, on en pratique la ligature. En cas contraire, il faut d'abord faire des applications de topiques réfrigérants sur les cuisses, l'hypogastre et le périnée. Si ce moyen est insuffisant, on exécute le tamponnement de tout le trajet de la plaie, en introduisant au préalable par cette dernière, jusque dans la vessie, une grosse canule en gomme ou en argent. On a aussi proposé la ligature de l'artère honteuse interne, la cautérisation par le fer rouge. L'hémorragie interne est bien plus grave ; on la combat par les injections d'eau froide dans la vessie, l'application d'une vessie remplie de glace sur l'hypogastre, le périnée, des demi-lavements d'eau froide.

La *blessure du rectum* peut avoir lieu dans les divers temps de l'opération : pendant qu'on incise les parties molles extérieures du périnée ; lorsqu'on divise la prostate. Le meilleur moyen de se mettre à l'abri de cette lésion est de vider l'intestin avant de faire la taille et de ne pas porter

l'incision des parties molles et de l'urètre trop en arrière. Lorsque le rectum est intéressé pendant l'incision des parties molles extérieures, ce qui est annoncé par la sortie de gaz et quelquefois de matières fécales à travers la plaie, on recommande de compléter la division de l'extrémité inférieure de l'intestin. Le rectum est-il lésé pendant la section de la prostate, il s'établit consécutivement une *fistule urinaire stercorale* souvent difficile à guérir.

**Taille prostatique bilatérale.** Elle a été imaginée par Ledran, perfectionnée par Chaussier, Bécлар et surtout Dupuytren. Elle consiste à diviser les *deux* rayons obliques inférieurs de la prostate (OE, OE', fig. 268), au lieu de se borner, comme dans la taille latéralisée, à diviser le rayon oblique inférieur gauche (OE) *seulement*.

**PROCÉDÉ DE DUPUYTREN.** Le patient est placé comme nous l'avons indiqué page 840. Le cathéter introduit dans la vessie est maintenu sur la *ligne médiane* du périnée. Le chirurgien pratique sur la peau du périnée, préalablement tendue, une incision semi-lunaire (LBT, fig. 273), à convexité tournée en avant, commençant au milieu de l'espace compris entre l'ischion et l'anus, du côté droit du périnée, venant passer à 2 centimètres au-devant de l'anus, et se terminant au côté gauche du périnée au milieu de l'espace qui s'étend de l'anus à l'ischion. On divise couche par couche les tissus subjacents, en dirigeant le bistouri obliquement vers la symphyse, pour éviter la lésion du rectum. Lorsque le doigt indicateur porté au fond de la plaie sent le cathéter, on incise l'urètre avec un bistouri à double tranchant, en prenant encore garde d'intéresser le rectum. On engage ensuite dans la cannelure du cathéter le lithotome caché *double* (fig. 274), la concavité de la tige de l'instrument tournée en haut. Dès que le lithotome est arrivé dans la vessie, on lui fait exécuter un demi-mouvement de rotation sur l'axe, de façon à porter la concavité de la tige en bas. En pressant sur la bascule, les deux lames du lithotome, dont on a préalablement arrêté le degré de saillie possible en dehors, s'écartent ; on tire l'instrument à soi, en inclinant le manche un peu en bas, et on divise ainsi les *deux* rayons obliques inférieurs de la prostate.

**PROCÉDÉ DE SENN.** Il consiste à inciser la prostate suivant le *rayon oblique inférieur droit* OE et le *rayon transversal gauche* OG'.

**Taille prérectale.** Pour éviter la lésion du bulbe de l'urètre, Nélaton a proposé une modification au procédé de Dupuytren : elle consiste à faire l'incision des parties molles du périnée de telle façon que la partie moyenne corresponde à 15 millimètres au-devant du bord antérieur de l'anus et les extrémités à 2 centimètres des parties latérales de cet orifice. Cette incision doit avoir 3 centimètres d'étendue. On divise successivement la peau, le sphincter anal ; on abaisse la paroi antérieure du rectum,

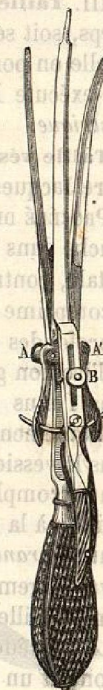


Fig. 274.



et l'on arrive sur le sommet de la prostate et l'urètre. On ponctionne ce dernier avec un bistouri à lame longue et étroite, dans le point où il traverse la glande; après quoi, on introduit le lithotome caché double (fig. 274), pour agir comme dans le procédé de Dupuytren.

**Taille quadrilatérale. Procédé de Vidal.** Dans le but d'obtenir un passage plus large pour des calculs à travers la portion prostatique de l'urètre, Vidal a proposé d'inciser les quatre rayons obliques de la prostate; les deux rayons obliques inférieurs (OE, OE') avec le lithotome caché double, chacun des rayons obliques supérieurs (OA, OA') avec un bistouri boutonné. Ce procédé a été appliqué avec succès sur le vivant par Rolland (de Toulouse) et J. Roux (de Toulon). Le premier a extrait ainsi un calcul présentant une grande circonférence de près de 14 centimètres.

**III. Tailles vésicales.** Dans ces tailles, la vessie est ouverte dans son corps, soit seule, soit avec l'urètre et la prostate. D'après la région sur laquelle on porte les instruments pour arriver dans le corps de la vessie, on exécute la taille vésicale par la méthode *périnéale*, *rectale* ou *hypogastrique*.

**Taille vésicale périnéale.** Nous y rattachons les procédés de Celse, de frère Jacques et de Foubert.

**PROCÉDÉ DE CELSE. PETIT APPAREIL.** On introduit deux doigts de la main gauche dans l'anus afin de repousser la pierre, à travers la cloison vésico-rectale, contre la paroi antérieure de la vessie; un aide soulève les bourses et comprime l'hypogastre. On divise alors toutes les couches superficielles et profondes du périnée par une incision parallèle à la branche ascendante de l'ischion gauche. Quelquefois le calcul refoulé par les doigts introduits dans l'anus et par la pression exercée au-dessus du pubis s'échappait spontanément par cette ouverture. En cas contraire, on allait le chercher dans la vessie avec une curette. Le petit nombre d'instruments nécessaires pour accomplir l'opération a fait appeler ce procédé *petit appareil*, par opposition à la multiplicité des instruments qu'employait Jean des Romains pour le *grand appareil* (p. 836). En tous cas, par le procédé de Celse on ouvre largement le bas-fond et la face latérale gauche de la vessie, d'où le nom de taille *latérale* qui lui a été donné.

Le procédé de frère Jacques ne diffère que peu du précédent. Foubert enfonçait un trocart dans la vessie par l'espace triangulaire formé par les muscles ischio-caverneux, bulbo-caverneux et transverse. Le long de la gouttière de la canule, il introduisait un long bistouri avec lequel il faisait aux parties molles et à la vessie une incision oblique de bas en haut et de dehors en dedans.

Tous ces procédés sont abandonnés aujourd'hui, parce qu'ils exposent l'opéré à une large infiltration d'urine dans le tissu cellulaire du bassin.

**Taille vésicale rectale.** Le procédé suivant a été imaginé par L.-J. Sanson: on introduit dans la vessie un cathéter cannelé qu'on maintient sur la ligne médiane, et le doigt indicateur gauche dans l'anus. Sur la pulpe de ce doigt est conduit à plat un bistouri pointu, à la profondeur de 2 centi-

mètres et demi dans le rectum. On tourne le tranchant de l'instrument du côté de la symphyse et on divise le triangle recto-urétral, sans léser le canal de l'urètre. Avec l'indicateur gauche porté dans l'angle supérieur de la plaie, on reconnaît la cannelure du cathéter, et avec le bistouri on divise le bas-fond de la vessie et la partie inférieure de la prostate. Ce procédé expose à la lésion du péritoine, des vésicules séminales, à des infiltrations d'urine dans le tissu cellulaire du bassin.

**Taille vésicale hypogastrique.** On l'appelle aussi *haut appareil*. Cette

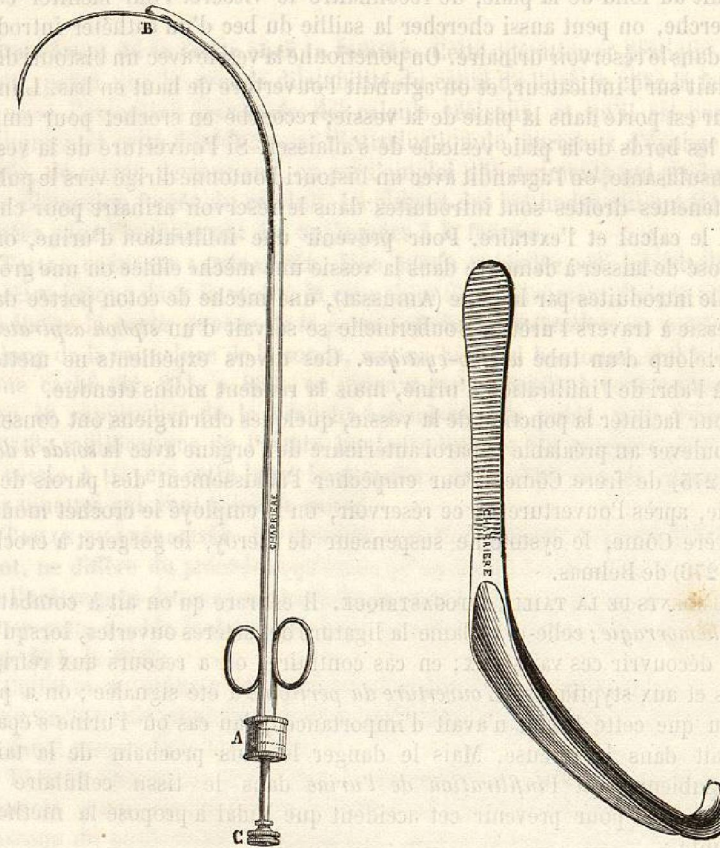


Fig. 275.

Fig. 276.

méthode est due à Franco, qui l'a instituée pour des calculs trop volumineux pour être retirés par le périnée. Franco introduisait un doigt dans le rectum pour repousser le calcul vers l'hypogastre et se guidait sur la saillie du corps étranger pour inciser la vessie. Rousset, en 1580, perfectionna la méthode, en conseillant de distendre au préalable la vessie par une injection d'eau. Plus tard, la taille hypogastrique fut exécutée par Douglas (1719), Cheselden, Morand, frère Côme (1758); puis, de notre époque,