

par Scarpa, Dupuytren, Souberbielle, Amussat, Baudens, Belmas.

PROCÉDÉ ORDINAIRE. Le patient est couché sur le dos, le bassin un peu élevé. Le chirurgien, placé à gauche de l'opéré, pratique à la région hypogastrique une incision, longue de 8 centimètres, sur la ligne médiane, dirigée du pubis vers l'ombilic. On divise successivement la peau, le fascia celluloso-graisseux sous-cutané, la bandelette aponévrotique correspondant à la ligne blanche. La vessie ayant été au préalable distendue par l'injection d'une petite quantité d'eau, il devient facile, avec l'indicateur gauche introduit au fond de la plaie, de reconnaître le viscère. Pour faciliter cette recherche, on peut aussi chercher la saillie du bec d'un cathéter introduit dans le réservoir urinaire. On ponctionne la vessie avec un bistouri droit conduit sur l'indicateur, et on agrandit l'ouverture de haut en bas. L'indicateur est porté dans la plaie de la vessie, recourbé en crochet pour empêcher les bords de la plaie vésicale de s'affaisser. Si l'ouverture de la vessie est insuffisante, on l'agrandit avec un bistouri boutonné dirigé vers le pubis. Des tenettes droites sont introduites dans le réservoir urinaire pour chercher le calcul et l'extraire. Pour prévenir une infiltration d'urine, on a proposé de laisser à demeure dans la vessie une mèche effilée ou une grosse canule introduites par la plaie (Amussat), une mèche de coton portée dans la vessie à travers l'urètre. Souberbielle se servait d'un *siphon aspirateur*, Heurteloup d'un tube *uréthro-cystique*. Ces divers expédients ne mettent pas à l'abri de l'infiltration d'urine, mais la rendent moins étendue.

Pour faciliter la ponction de la vessie, quelques chirurgiens ont conseillé de soulever au préalable la paroi antérieure de l'organe avec la *sonde à dard* (fig. 275) de frère Côme. Pour empêcher l'affaissement des parois de la vessie, après l'ouverture de ce réservoir, on a employé le crochet mousse de frère Côme, le cystotome suspenseur de Leroy, le gorgéret à crochet (fig. 276) de Belmas.

ACCIDENTS DE LA TAILLE HYPOGASTRIQUE. Il est rare qu'on ait à combattre une *hémorragie*; celle-ci réclame la ligature des artères ouvertes, lorsqu'on peut découvrir ces vaisseaux; en cas contraire, on a recours aux réfrigérants et aux styptiques. L'*ouverture du péritoine* a été signalée; on a prétendu que cette lésion n'avait d'importance qu'au cas où l'urine s'épancherait dans la séreuse. Mais le danger le plus prochain de la taille sus-pubienne est l'*infiltration de l'urine* dans le tissu cellulaire du bassin; c'est pour prévenir cet accident que Vidal a proposé la méthode suivante :

Taille sus-pubienne en plusieurs temps. Une injection d'eau en quantité médiocre est faite dans la vessie. On pratique l'incision au-dessus du pubis, comme nous l'avons indiqué pour le procédé ordinaire, en divisant successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les aponévroses; jusqu'à ce qu'on soit arrivé dans l'espace triangulaire formé en bas par la vessie, en avant par la paroi abdominale antérieure, en arrière par le péritoine. Dès qu'on sent la saillie de la vessie et la fluctuation du liquide que l'organe renferme, on arrête la dissection des parties. On remplit exactement la plaie d'une tente de charpie qu'on renouvelle tous les jours, pour

empêcher les lèvres de la plaie de se recoller. Si, au bout de six à huit jours, la suppuration est de bonne nature, si la rougeur et le gonflement des parties environnantes est médiocre, on ouvre la vessie avec un bistouri à lame droite. L'ouverture est agrandie en dirigeant le tranchant de l'instrument vers le pubis. On pratique ensuite l'extraction des calculs d'après les règles ordinaires. Si la pierre est trop volumineuse, on la brise après quelques jours, pour enlever les débris immédiatement après cette *lithotritie hypogastrique*. Le pansement consécutif est simple, la nature procédant à la cicatrisation des tissus.

Opération de la taille chez la femme. Cette opération se pratique rarement, parce que la grande dilatabilité du canal de l'urètre chez la femme favorise l'expulsion spontanée des calculs vésicaux, et qu'il est possible d'augmenter cette dilatation par l'introduction de morceaux d'éponge préparée, de racine de gentiane, ou par l'emploi d'instruments qui produisent une distension forcée du conduit. La plupart des méthodes qui ont été imaginées pour l'homme ont été appliquées à la femme.

Taille urétrale latéralisée. Une sonde cannelée est introduite par l'urètre jusque dans la vessie, la cannelure de l'instrument dirigée en bas. On incise la *partie gauche de la paroi inférieure de l'urètre*, en conduisant le long de la cannelure de la sonde, soit un bistouri boutonné, soit le lithotome caché (fig. 271, p. 839), en prenant garde, pendant cette section, de trop se rapprocher de la branche ascendante du pubis, pour éviter les grosses ramifications de l'artère honteuse interne. Un gorgéret porté dans la vessie à travers cette large boutonnière de l'urètre sert de conducteur aux tenettes qui vont saisir le calcul.

Taille bilatéralisée. Ce procédé, que l'on rapporte à Louis et à Fleurant, ne diffère du précédent qu'en ce qu'on incise les deux parois latérales de l'urètre près de leur jonction avec la paroi inférieure du canal. Pour exécuter cette double incision, on peut se servir du lithotome caché double (fig. 274, p. 843).

Collot et A. Dubois ont proposé d'inciser l'urètre directement en haut avec un bistouri porté le long de la cannelure d'une sonde introduite dans le canal jusque dans la vessie.

Tailles vésicales. Il y a trois sous-méthodes, selon que l'on pénètre dans la vessie par l'hypogastre (taille sus-pubienne), immédiatement au-dessous du pubis (taille vestibulaire), ou par le vagin (taille vésico-vaginale). La taille hypogastrique chez la femme est conforme aux données exposées à la page 846.

Taille vestibulaire. Imaginée par Celse, elle a été remise en honneur par Lisfranc. On pratique une incision semi-lunaire, à convexité supérieure, depuis la face latérale droite du méat urinaire jusqu'au côté diamétralement opposé, en s'éloignant de 2 millimètres des branches descendantes du pubis. On divise, couche par couche, la muqueuse, le tissu cellulaire et les ligaments de la vessie. Lorsqu'on est arrivé sur la face antérieure de cet organe, on le ponctionne et on agrandit l'ouverture transversalement.

L'introduction préalable d'un cathéter dans la vessie facilite l'ouverture de ce viscère, parce qu'on se guide sur la saillie de la convexité de l'instrument.

TAILLE VÉSICO-VAGINALE. Inventée par Rousset, elle a été exécutée avec succès par Clémot (de Rochefort), Flaubert, Rigal. On introduit dans la vessie un cathéter dont la plaque est relevée vers le pubis, de façon à ce que la partie recourbée de l'instrument déprime le bas-fond de la vessie. On introduit jusqu'au fond du vagin un gorgeret, dont la gouttière regarde en haut; un aide en abaisse le manche, de façon que l'extrémité intravaginale de ce gorgeret s'appuie contre le cathéter. L'opérateur porte un bistouri, tenu de la main droite, comme une plume à écrire, dans l'intérieur du vagin, à une profondeur de 3 centimètres, en relève la pointe qu'il fait pénétrer dans la cannelure du cathéter sur laquelle il incise d'arrière en avant tous les tissus placés au-devant du point où le cathéter et le gorgeret sont contigus. L'incision doit avoir de 23 à 27 millimètres d'étendue et ne pas dépasser le lieu de réunion du col avec le corps de la vessie. On porte à travers l'incision de la cloison vésico-vaginale un doigt sur lequel on fait glisser les tenettes pour saisir le calcul.

Plusieurs chirurgiens, Paget (de Leicester), Fergusson, Lane, Vallet (d'Orléans) ont fait la suture de la plaie immédiatement après l'extraction du calcul.

Taille chez les enfants. Les procédés de taille médiane, latéralisée et bilatérale, sont les mêmes que chez l'adulte; il faut seulement employer des instruments moins volumineux et donner aux lames du lithotome caché un degré d'écartement en rapport avec les dimensions des organes génito-urinaires. D'après Giraldès, la taille latéralisée agrandit la portion prostatique de l'urètre autant que la taille bilatérale.

3° LITHOTRITIE.

La réduction des calculs en fragments très-petits ou en poudre impalpable, par des instruments spéciaux introduits dans la vessie s'accomplit au moyen de diverses manœuvres. Sous ce rapport, il existe trois grandes méthodes: dans la première, on soumet le calcul à des perforations successives ou à un évidement du centre à la circonférence, après quoi on l'écrase ou on le fait éclater en petits fragments. Dans la seconde, on use la pierre de la circonférence au centre; celle-ci est généralement abandonnée aujourd'hui. Dans la troisième, qui est le plus communément employée, on broie le calcul par la pression seule ou combinée avec la percussion.

Si l'opération de la lithotritie a été mentionnée par les Arabes et les arabistes, s'il existe des faits de broiement lent des calculs vésicaux rapportés au moins de Cîteaux et au colonel Martin, il faut reconnaître que cette méthode n'a occupé les chirurgiens qu'à partir de 1813, époque où Gruithuisen imagina les premiers instruments. Toutefois ce n'est qu'en 1824 que l'opération a pris place dans l'art, grâce aux appareils inventés

par Leroy d'Étiolles et Civiale. On admet que ce dernier a fait la première tentative sur l'homme vivant. Depuis cette époque, la lithotritie a fait de nombreux progrès, par les travaux d'Amussat, Jacobson, Heurteloup, Guillon, Rigal, Segalas, Mercier, Charrière, etc.

Manuel opératoire. L'instrument principal est le brise-pierre ou lithoclaste. Il en existe un grand nombre de variétés. Le plus communément employé est le brise-pierre à écrou brisé (fig. 277): il est formé d'une branche dite femelle (BF, fig. 278) dans laquelle glisse sans frottement une branche dite mâle (BM, fig. 278). Chaque branche se compose d'une portion droite d'environ 30 centimètres de long, et d'une portion recourbée qu'on appelle le bec

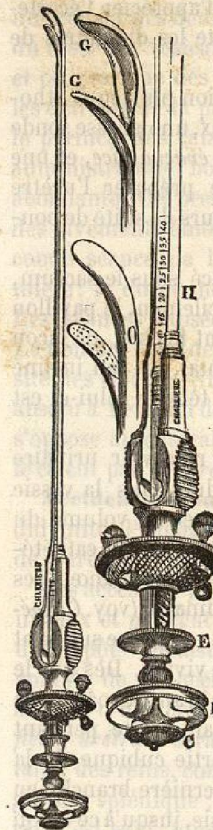


Fig. 277.

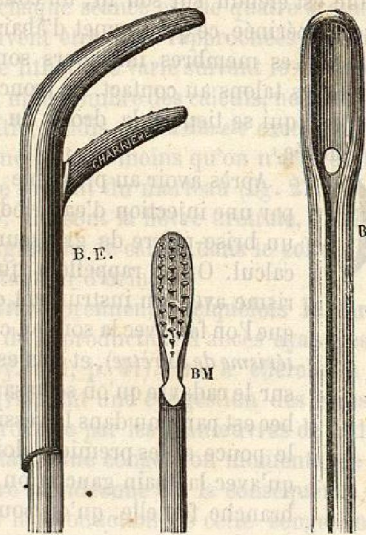


Fig. 278.

(BE, fig. 278); ces deux portions se rencontrent ensemble sous une courbure brusque. L'extrémité de la branche femelle (BF) est aplatie, mais à bords relevés, de façon que lorsque la branche mâle est poussée au contact de la branche femelle, le bec forme un seul tout parfaitement uni, et qu'il reste cependant un espace d'un millimètre dans l'intervalle qui sépare le contour de la branche mâle du rebord de la branche femelle. Les faces correspondantes de la branche mâle et femelle n'ont pas la même conformation: du côté de la branche femelle (BF), on voit une surface lisse, pourvue au niveau de son talon d'une petite fenêtre ovulaire destinée à laisser échapper les débris de calcul. Du côté de la branche mâle (BM) se voient de petites saillies destinées à mieux saisir la pierre. Une saillie en forme de coin se trouve au niveau du talon vis-à-vis de la fenêtre dont la branche femelle est pourvue. Le bec du