

§ 2. — *Manuel opératoire des diverses tailles.*

Taille latérale. — Le malade a pris un lavement pour débarrasser son rectum ; il est profondément endormi, et placé dans la position de la taille, c'est-à-dire qu'il est couché sur le dos de façon que son coccyx déborde le bord de la table. Les cuisses sont fortement fléchies et dans l'abduction ; les genoux sont également dans la flexion forcée,

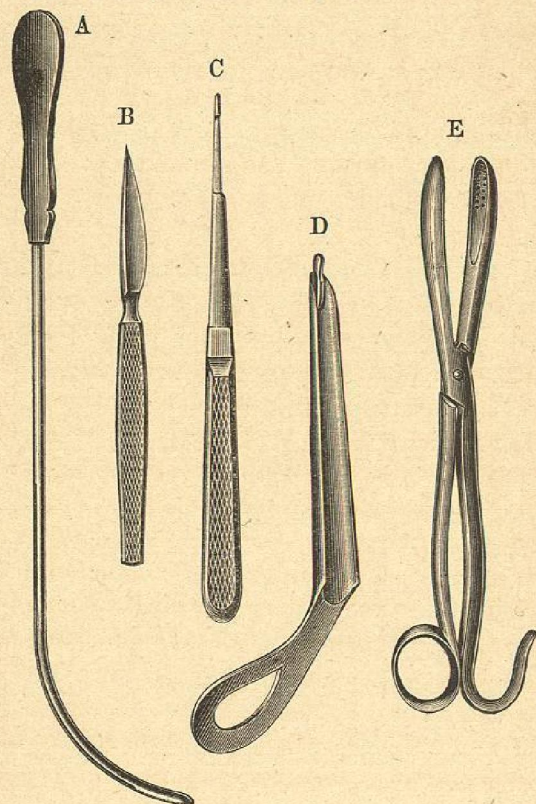


Fig. 220. — Instruments pour la taille latérale.

et de chaque côté un aide maintient les extrémités dans cette position. L'aide principal est à la droite du malade. Le chirurgien est assis au devant du malade, ou s'agenouille sur le genou droit. L'aide qui passe les instruments peut aussi servir le cas échéant à maintenir le rectum, si celui-ci venait à se prolaber.

Les instruments dont on se sert aujourd'hui se composent d'un conducteur, creusé en gouttière à sa convexité A, et qui doit être aussi gros que l'urètre du malade pourra le supporter, puis d'un couteau

très étroit, à tranchant très convexe, mais dont le dos est absolument droit, B ; d'un bistouri rectiligne boutonné, ne coupant que par son extrémité antérieure, C (cystotome de Dumreicher) ; d'un gorgeret D, d'une pince à calculs E, et d'une cuiller à calculs.

Comme il n'y a pas à redouter d'hémorrhagie qui ne puisse être arrêtée avec le doigt ou par un jet d'eau froide, tout instrument à ligature est inutile.

L'opérateur saisit le conducteur, il l'introduit par le procédé du *tour de matre*, et s'assure encore une fois de l'existence d'un calcul. Lorsque l'on a bien senti ce dernier, on confie le pavillon de l'instrument à l'aide principal. Celui-ci tient l'instrument de la main droite, perpendiculairement à l'axe du corps, la poignée légèrement inclinée vers le côté droit du malade et légèrement tournée autour de son axe de façon à ce que la rainure de l'instrument regarde un peu à gauche. De la main droite, cet aide soulève le scrotum.

L'opérateur place l'extrémité de l'index gauche au-dessus du milieu du raphé, et le pouce transversalement au-dessus de l'anus de façon à ce que l'extrémité du pouce repose sur l'extrémité inférieure de l'ischion. Entre les doigts ainsi placés, la peau du périnée se trouve tendue. L'incision cutanée commence à gauche, près de la partie moyenne du raphé, et s'étend jusqu'au milieu de la ligne qui unit le bord gauche de l'anus à l'ischion. Puis on divise les éléments du périnée couche par couche et en allant plus vite dans la partie supérieure de l'incision qu'en bas ; l'opérateur se dirige vers l'urètre. Après avoir incisé quelques couches, il introduit son doigt dans la plaie pour s'assurer s'il ne sent pas la rainure du conducteur ; dans cette manœuvre, la pulpe de l'index doit regarder le côté droit du malade. Quand il a senti l'instrument, l'opérateur doit porter l'index à droite de façon que son ongle porte sur le bord gauche de la gouttière ; la rainure se trouve donc à gauche de la face dorsale des doigts explorateurs. On fait alors soulever l'instrument jusqu'à ce que sa concavité vienne heurter contre la symphyse ; on introduit la pointe du bistouri sur l'ongle de l'index dans la gouttière, et on l'y laisse.

A partir de ce moment, la pointe du bistouri ne doit plus quitter la rainure du bistouri, elle ne fait plus qu'un avec elle. L'opérateur et son aide principal devront tous deux sentir nettement que la paroi de l'urètre a été divisée et que la pointe du bistouri est bien dans le conducteur. Puis l'opérateur saisit la poignée de cet instrument avec la main gauche et glisse le bistouri droit devant lui jusqu'à ce qu'il pénètre dans la vessie, ce qui est annoncé par la sortie de l'urine.

Il est bon, lorsque l'on s'approche de la vessie, de ne pas tenir le couteau tout à fait horizontal, mais d'abaisser un peu le manche ; il