

est surtout important de ne pas lever ce manche, car dans ce cas la pointe du bistouri serait dirigée vers le rectum. La lame du couteau est tenue dans la direction de l'incision externe.

Tout en poussant le bistouri, on attire un peu vers soi le conducteur, mais le couteau doit toujours être maintenu dans une direction parallèle à celle qu'il occupait à son point de départ; son manche devrait même plutôt être un peu abaissé.

On pénètre immédiatement dans la vessie avec l'index; on élargit l'incision autant que cela est nécessaire, en introduisant le bistouri boutonné sur la pulpe de l'index jusqu'à ce que l'extrémité boutonnée ait dépassé le col de la vessie; puis le tranchant est dirigé dans la direction de l'incision cutanée, en bas et à gauche; la section est faite de façon que le tranchant n'agisse que par la pression qu'exerce l'index gauche sur le dos du bistouri. On introduit immédiatement le gorgere en appliquant sa concavité sur le doigt qui est dans la vessie, et, quand son extrémité touche le calcul, on retire le doigt. Le gorgere

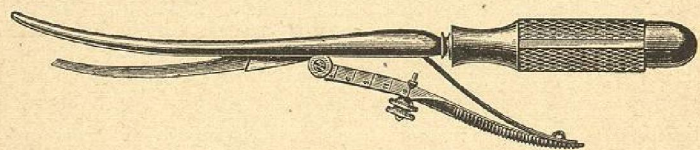


Fig. 221. — Lithotome caché.

ne sert que de sonde cannelée pour guider la tenette; on introduit cette dernière fermée, et quand on peut la mouvoir librement dans la vessie, on retire le gorgere.

Pour prendre la pierre, on tient la tenette fermée avec les deux mains, c'est-à-dire que l'on prend chacun de ses anneaux entre le pouce et l'index. Les mors de la pince sont appliqués l'un sur l'autre, l'un en haut, l'autre en bas. Dès que l'on arrive sur la pierre, on ouvre la tenette, on saisit la pierre, et on retourne la tenette, une branche à gauche, l'autre à droite, et on extrait la pierre pendant que de la main gauche on soutient le périnée. Avec la cuiller on retire les parcelles de la pierre ou les caillots.

Il est nécessaire d'insister encore sur quelques points. Pitha a très justement nommé la taille latérale, *lithotomie uréthro-prostatique*; car les portions membraneuses et prostatique de l'urètre sont incisées ainsi que le lobe gauche de la prostate; il en est naturellement de même de la demi-circonférence postérieure du col vésical, puisqu'il est entouré par la prostate.

Si, en enfonçant le bistouri dans la profondeur, le dos restant bien en contact avec la rainure, la pointe perdait ce contact juste en avant

du col de la vessie, il pourrait arriver que cette pointe sortit de l'urètre et pénétrât dans la prostate; l'opérateur attendant toujours le jet d'urine, il continuerait à s'enfoncer dans la prostate. On voit donc qu'il est de la plus haute importance que la pointe du bistouri n'abandonne *jamais* la rainure.

On peut éviter cette difficulté en n'incisant que la portion membraneuse avec le bistouri pointu, et en ne traversant la prostate qu'avec le cystotome boutonné ou le lithotome caché. Ce dernier (fig. 221) est introduit fermé, de façon à ce que sa concavité réponde à celle de la sonde conductrice. Lorsqu'il a pénétré dans la vessie, on le tourne de façon à ce que son tranchant réponde bien à la direction de l'incision externe; on appuie sur un ressort, la lame est projetée hors de l'instrument, et on retire immédiatement ce dernier. Le désavantage de ce procédé consiste en ce qu'on peut faire une incision trop grande ou trop petite; dans le premier cas, il peut se produire des blessures graves (même de l'uretère, du péritoine); dans le second cas, il faudrait avoir recours au bistouri boutonné afin de débrider de nouveau, car le lithotome caché qui ne peut être conduit sur le doigt n'arriverait même pas au niveau même de la première incision. Le bistouri vésical boutonné est donc en tous cas préférable, parce qu'il est toujours sous la conduite du doigt.

COMPLICATIONS. — La blessure du rectum est malheureusement loin d'être rare. De tout temps on l'a redoutée, et on a cherché à l'éviter. Tout d'abord, il est essentiel de bien préciser à quel moment cet accident peut se produire. Ainsi que Linhart a pu s'en assurer après ses recherches sur le cadavre et sur le vivant, c'est au moment où on ouvre la portion membraneuse que l'accident se produit, c'est-à-dire au moment où on pique le bistouri dans la rainure du conducteur; cet accident arrive quand on a négligé de relever le conducteur sur la symphyse ou que l'incision a été faite trop perpendiculairement. Cela s'explique par les rapports de la portion membraneuse avec le rectum. Tandis qu'à l'état normal, une couche de tissu cellulaire sépare le rectum de l'urètre, lorsque le conducteur refoule celui-ci en bas et à gauche, il vient s'accoler à la face antérieure du rectum, de sorte qu'il est très facile d'inciser la partie de la paroi rectale qui contourne l'urètre à gauche. Chez les sujets âgés et maigres, la blessure du rectum est presque inévitable. Les chirurgiens anglais ne paraissent pas redouter la blessure du rectum autant que les chirurgiens allemands; il est cependant indéniable qu'il en résulte parfois des fistules incurables.

La prise et l'extraction du calcul offrent parfois des difficultés. En général, le calcul est ovoïde, et a son plus grand diamètre dirigé de