

haut en bas ; il peut donc être saisi avec la tenette dans son diamètre transversal. Souvent on voit les anneaux de la tenette, restés hors de la plaie, fortement écartés l'un de l'autre, ce qui implique un égal écartement des mors de la pince ; le chirurgien voit alors qu'il est impossible d'extraire le calcul de cette façon. Cela arrive quand le calcul a été saisi selon son plus grand diamètre ou qu'il est tout près de la base des mors. Il faut alors changer la prise. Dans ces cas, Stromeyer a pu pénétrer dans la vessie avec une pince à polypes, saisir la pierre et la remettre dans la pince à calculs ; ce procédé est assurément plus sûr que de laisser échapper la pierre et la saisir à nouveau.

D'autres fois le col est très élevé, et le calcul est dans le bas-fond de la vessie : la pince passe au-dessus de lui ; il faut alors avoir recours à la *tenette courbe*, en tournant sa concavité vers le bas-fond. Beaucoup plus grave est le cas dans lequel la vessie devient, au moment où elle se vide, le siège d'une contracture spasmodique pendant laquelle elle s'applique sur la pierre de toutes parts, de sorte que l'opérateur ne peut pénétrer avec les mors entre la pierre et la vessie. Les anciens opérateurs prétendaient que quand l'incision était faite promptement, la plus grande partie de l'urine ne s'écoulait que quand le calcul était extrait ; dans ces conditions il est évident que la vessie ne peut pas s'appliquer sur le calcul. Cette heureuse circonstance dépend de la bonne position que l'on donne au malade, de façon que la pierre tombe sur le col vésical. Le malade doit donc être très légèrement assis. S'il se produit un spasme, on introduit la cuiller entre vessie et calcul et on essaye de progresser lentement entre les deux. Mais si le spasme paraît persister, il est préférable de laisser les choses telles quelles, et d'extraire la pierre seulement plus tard. Ce procédé a même été employé méthodiquement par des maîtres lithotomistes après que Franco l'eût pour la première fois essayé et recommandé.

Au lieu de faire l'opération avec un bistouri, certains chirurgiens ont voulu opérer avec de véritables machines à incision. Guérin, Klein, Schmidt ont fait construire des instruments de ce genre, d'ailleurs fort ingénieux. Le meilleur est celui de Schmidt. La description de cet instrument constituant une récapitulation de tous les temps opératoires, nous allons en dire quelques mots, ce qui va nous faire voir encore une fois les difficultés de l'opération.

Il consiste (fig. 222) en deux pièces séparées ; une sonde exploratrice, et un cystotome. La première de ces pièces est recourbée presque à angle droit ; elle possède un manche creusé d'un canal central qui se continue avec la lumière de la sonde.

Un ressort muni à son extrémité inférieure d'un petit bouton remplissant exactement la lumière de la sonde et à son extrémité supé-

rieure d'une poignée, joue de haut en bas et de bas en haut dans le cathéter. A son extrémité inférieure, la sonde est creusée d'une rainure qui commence un peu au-dessus de sa coudure et sur sa face postérieure, puis qui descend en s'inclinant un peu à gauche jusqu'à l'extrémité du cathéter. La gouttière est pénétrante, et s'ouvre dans la

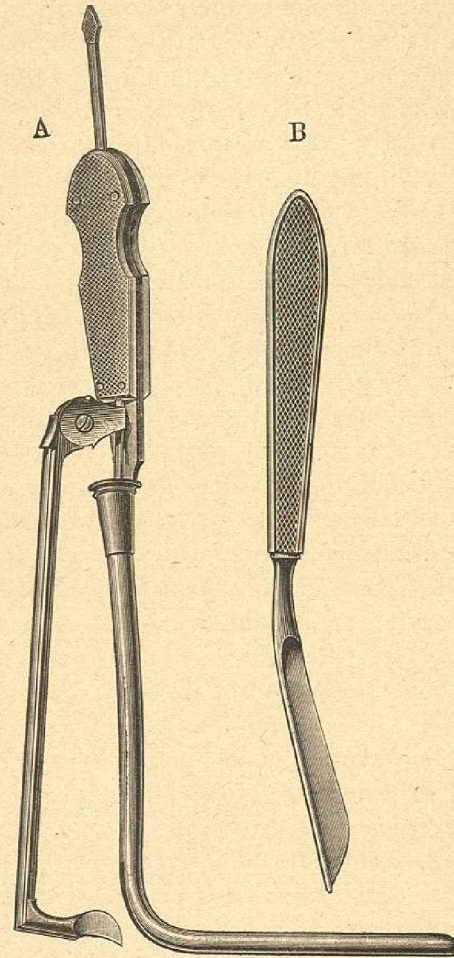


Fig. 222. — Instruments de Schmidt pour la taille latérale.

lumière du cathéter. A l'endroit où la poignée se continue avec la sonde, il existe une charnière latérale, maintenant une longue branche, droite, qui en bas se plie à angle droit et se continue en un petit couteau convexe. Ce petit couteau a pour fonction d'inciser en un seul coup la portion membraneuse sans dissection préalable. La courbure à angle droit de l'instrument fait fortement proéminer la portion mem-