

braneuse, et la tend; quand on appuie sur la branche qui porte le couteau, ce dernier pénètre dans la rainure en coupant ce qui est devant lui jusqu'à la lumière de l'urèthre.

La petite branche de la tige à laquelle le couteau est adapté possède à sa face inférieure une gouttière, qui, lorsque le couteau a pénétré dans la gouttière de la sonde, rétablit la continuité de cette dernière. Dans cette position, les deux gouttières forment un seul sillon dans lequel doit glisser le cystotome. Ce dernier, B, est construit de la façon suivante.

La lame forme avec le manche une courbe légère dont la convexité est du côté du dos du bistouri. Le tranchant est légèrement concave. La lame est plus large en avant qu'en arrière. Le dos de la lame est arrondi et se termine en avant en une petite proéminence pointue.

L'opération est faite de la façon suivante. Après avoir relevé à angle droit la branche qui porte le couteau, on introduit le cathéter et on confie sa poignée à un assistant placé à droite, qui va tendre la portion membraneuse de l'urèthre en faisant saillir la coudure de la sonde. Le scrotum est relevé, la branche abaissée, et fortement pressée de façon à ce que le petit couteau traverse tous les tissus qu'il a devant lui et pénètre dans la gouttière. Le cystotome est introduit dans la gouttière et poussé en avant jusqu'à ce qu'il arrive à son extrémité vésicale; il incise la portion membraneuse et le lobe gauche de la prostate.

Mais ce n'est pas tout. Le petit bouton qui remplit la lumière de la sonde, et qui a été dans le premier temps retiré jusqu'au niveau de l'angle de la sonde, immédiatement au-dessous du point où le couteau pénètre dans la rainure, ce petit bouton est saisi par la pointe du dos du cystotome, et entraîné par celle-ci jusqu'à l'extrémité vésicale de l'instrument. L'instrument tout entier est alors retiré, et le calcul extrait. Je n'ai pas l'expérience de cet instrument, mais il me semble qu'il rend la main du chirurgien presque inutile. Pour moi, je m'en tiens aux vieux principes: jamais un couteau ne sera trop effilé, jamais un instrument ne sera trop simple.

L'hémorrhagie pendant et après la taille est en général insignifiante. L'artère honteuse interne ne peut jamais être blessée, même si le chirurgien le cherchait; l'hémorrhagie ne peut venir que de l'artère hémorrhoidale moyenne ou antérieure ou du plexus prostatique. Il est rare que l'hémorrhagie soit assez forte pour que de l'eau glacée ne l'arrête pas. Dans ce cas on tamponnerait la plaie, et à la rigueur on emploierait le fer rouge. Il peut survenir une hémorrhagie après l'opération; j'en ai observé un cas pour ma part; l'hémorrhagie tenait à un vice de constitution du sang, qui ne formait pas de caillot. A l'autopsie on découvrit une grosse tumeur de la rate.

Podrazky a publié l'observation d'un enfant de 5 ans qui mourut en 3 jours d'une hémorrhagie. Il faut avoir bien soin en tamponnant de ne rien laisser dans la vessie. Une observation de Coulson le prouve. On tamponna un opéré de taille latérale; 18 mois après, récidive; nouvelle opération, et au centre du nouveau calcul se trouvent des fragments d'éponge.

Le traitement post-opératoire est des plus simples. Le malade est placé sur le côté gauche, les cuisses fléchies, afin que l'urine puisse s'écouler librement; la plaie est souvent nettoyée. Dans les cas normaux, la plaie se ferme en moyenne au bout de 14 jours.

Taille médiane. — Elle consiste en une incision médiane de la partie membraneuse suivie de la dilatation de la portion prostatique. Allarton, l'inventeur de ce procédé, opérait de la façon suivante. Un conducteur ayant une rainure dorsale est introduit perpendiculairement à la direction du corps, est relevé contre la symphyse et fixé par un assistant. L'opérateur introduit l'index gauche dans le rectum, cherche l'extrémité inférieure de la prostate et la refoule contre l'instrument. Puis on enfonce un bistouri étroit et pointu, dont le dos est tourné vers le rectum, à un demi-pouce en avant de l'anus et exactement sur le raphé; on l'enfonce jusqu'à ce qu'il rencontre la gouttière du conducteur juste au-devant de la prostate. Dans la gouttière, il est attiré jusqu'auprès du bulbe; il incise donc la portion membraneuse d'arrière en avant. On pénètre alors dans la plaie avec l'index, on passe le long du conducteur dans la portion prostatique, on retire l'instrument, et on entre avec le doigt dans la vessie. Ou bien on se sert de petits dilateurs; Volkman n par exemple en avait un en ivoire qui était exactement construit comme un doigtier de gants de peau.

En ce qui concerne l'incision externe, les chirurgiens allemands ont apporté une importante modification; ils dissèquent les tissus couche par couche, puis mettent le bulbe à nu, isolent l'urèthre et l'incisent d'avant en arrière sur une longueur de 1 cent. 1/2 à sa paroi inférieure. Pour ma part, c'est ainsi que j'ai opéré. Quand la prostate est dilatée, on peut retirer d'énormes pierres et les partisans de cette méthode soutiennent que sous le rapport de la grosseur de la pierre, la taille latérale n'a pas d'avantage sur elle.

Taille hypogastrique. — Le malade est couché sur le dos, le siège un peu élevé. L'opérateur se tenant exactement sur la ligne médiane de la symphyse fait une incision remontant de 5 à 7 centimètres. Après avoir mis la ligne blanche à nu, on incise son extrémité tendineuse qui s'attache à la symphyse, puis on la fend de bas en haut sur