

une sonde cannelée de façon à pouvoir introduire dans la plaie l'extrémité de l'index. Si on voit saillir un peloton graisseux, ou si on peut pénétrer avec le doigt derrière la symphyse sans sentir la moindre résistance, c'est que l'on est dans l'espace pré-péritonéal ; si au contraire le doigt sent une membrane tendue, même très mince, cette dernière doit être fendue avec précaution.

Quand le doigt est parvenu derrière la symphyse, on tourne sa face palmaire du côté de la face postérieure de la paroi abdominale antérieure, et on refoule en haut avec l'ongle le péritoine pariétal, puis on élargit au besoin la plaie de bas en haut avec un bistouri boutonné. En faisant écarter les bords de la plaie avec des crochets on aperçoit nettement la vessie, ainsi que la ligne semi-lunaire qui délimite le péritoine. Si alors on injecte de l'eau tiède dans la vessie, on la voit se gonfler, sa partie inférieure, non recouverte du péritoine, arrive à la surface de la plaie ; on peut alors la saisir avec une pince à crochets qui ne doit plus être bougée. S'il est possible d'introduire un cathéter creusé d'une gouttière à sa concavité, à côté du calcul, on abaisse son pavillon de façon à ce que l'extrémité qui est dans la vessie fasse saillir cette paroi au point quelconque où elle a été mise à nu. Au-dessous de cette saillie, on plante un bistouri pointu jusqu'à ce qu'il arrive dans la gouttière, et, en se tenant sur la ligne médiane, on agrandit l'incision en se dirigeant vers l'orifice vésical. Il ne faut cependant pas trop s'approcher de cet orifice parce qu'une forte hémorrhagie serait à craindre.

Dès que la vessie a été incisée, l'eau injectée s'écoule pendant que l'opérateur agrandit encore son incision ; l'aide doit immédiatement pénétrer dans la vessie avec deux crochets et écarter les bords de cette plaie. Après l'incision, l'opérateur pénètre avec l'index gauche dans la vessie afin d'être bien sûr qu'elle ne lui échappera pas. Ou bien avant d'ouvrir la vessie, on passe au-dessus du point le plus élevé de l'incision que l'on doit faire, un fil au moyen duquel la vessie est fixée¹. Puis la pierre est extraite.

On ne s'imagine pas combien cette opération est simple quand tout est fait méthodiquement, et combien au contraire on voit surgir de difficultés quand on a commis une seule petite faute. Par exemple, si on a le malheur de laisser échapper la vessie après son incision, on la voit se rétracter immédiatement et se cacher au fond de la plaie ; toute l'eau qu'elle contient s'épanche et vient noyer la plaie ; lorsque

(1) Le procédé le plus simple consiste à prendre dans une pince à forceps-sure chacune des lèvres de l'incision, qu'on agrandit ensuite très aisément.

(A. B.)

l'on a épongé, il faut aller à la recherche de l'incision vésicale. C'est alors que commencent les difficultés car, par la contraction de sa tunique musculaire, l'incision vésicale est devenue remarquablement petite et on ne peut que difficilement y pénétrer. On doit chercher à y introduire une sonde cannelée qui ira butter contre le calcul et placer des écarteurs que l'on enfoncera petit à petit. Pendant ce temps il est bon qu'un aide introduise un doigt dans le rectum de façon à soulever la vessie et même parfois à faire apparaître dans la plaie la pierre refoulée en haut.

D'autres fois on n'aura pas incisé assez profondément, ou le bistouri n'aura pas été assez pointu, de sorte que l'on aura divisé la musculaire sans inciser la muqueuse ; et il devient nécessaire d'inciser cette dernière ultérieurement. L'extraction de la pierre est en général très facile quand on introduit dans la vessie un doigt à l'aide duquel on la soulève et on la tend convenablement.

Si la pierre était très grosse, on pourrait débrider transversalement la plaie contre la symphyse et inciser transversalement la vessie.

Trendelenburg fait toujours l'incision transversale, combinée au besoin à la section des attaches du muscle droit. D'ailleurs nous reviendrons plus tard sur les perfectionnements que les différents auteurs modernes ont voulu apporter à la taille hypogastrique.

Dans ces derniers temps, Langenbuch a proposé un procédé de « taille haute sous-pubienne ». On doit, dans ce procédé, se frayer un chemin jusqu'à la vessie entre la symphyse et la racine du pénis. L'incision à la forme d'un λ et commence au milieu de la symphyse. Le ligament suspenseur est coupé, et récliné en bas. Les ligaments arciforme du pubis, et transverse du bassin sont également divisés. Les attaches supéro-antérieures des corps caverneux à ces ligaments sont séparées avec une sonde cannelée ; et les tissus situés en avant de la vessie (y compris le plexus pubien) sont écartés jusqu'à ce que l'on ait mis la vessie à nu. La vessie est remplie, et enfin ouverte au-dessus de l'orifice uréthral. Ce procédé ne sera jamais mis en pratique.

Telles sont aujourd'hui les trois tailles les plus fréquemment mises en usage ; celles que nous allons décrire maintenant n'ont plus qu'un intérêt historique.

Taille bilatérale de Dupuytren. — Pour l'extraction des très grosses pierres, Dupuytren usait de la taille bilatérale. L'incision cutanée entourait en arc de cercle la demi-circonférence antérieure de l'anus, de sorte que les deux extrémités de la plaie se terminaient au milieu d'une ligne allant de l'anus à l'ischion. Sur tous les points, l'incision était parallèle au bord de l'anus. Puis on incisait couche par cou-