

subir un quart de rotation, de façon que les anneaux soient placés dans un plan vertical. Ce mouvement de rotation a pour effet d'ap-

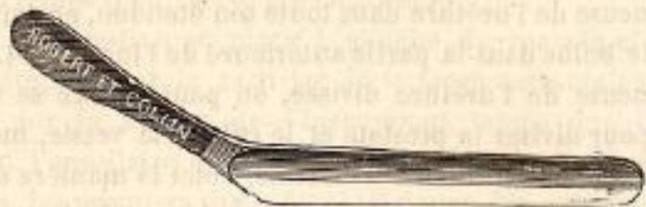


Fig. 398. — Gorgeret.

pliquer la face externe d'un des mors contre le bas-fond de la vessie, où la pierre se trouve en général.

Par cette petite manœuvre la pierre se trouve placée dans la concavité des mors. Si cette manœuvre n'avait pas réussi, on remplacerait les anneaux verticalement et on recommencerait le mouvement. Quand la pierre présente une forme ellipsoïde et qu'elle est volumineuse, il est de règle de la saisir autant que possible suivant son petit axe. Il arrive quelquefois qu'elle est logée dans une dépression du bas fond de la vessie; il faut alors, pour la saisir, employer une tenette courbe.

Bref, la pierre saisie, on imprime aux tenettes un mouvement de rotation pour s'assurer qu'on n'a pas pris avec elle la paroi vésicale, et cette constatation opérée, on extrait la pierre en tirant sur l'extrémité des tenettes avec les doigts de la main droite passés dans les anneaux et en pressant avec la main gauche sur les branches de l'instrument au voisinage des mors, pour éviter qu'ils ne lâchent la pierre. Cette manœuvre d'extraction, pour peu qu'elle soit laborieuse, doit s'accompagner d'inclinaisons de l'instrument faites alternativement à droite et à gauche, en haut et en bas. En outre, en extrayant la pierre, il faut placer les mors de l'instrument, non plus dans le sens antéro-postérieur, mais transversalement afin de mettre le rectum en arrière et le bulbe en avant à l'abri des dilacérations. Cette manœuvre s'applique aux cas où l'on se sert des tenettes droites, qui sont les plus nombreux, mais si l'on a été obligé de recourir aux tenettes courbes, il faut retourner l'instrument de façon que la concavité de la courbure se

trouve du côté du pubis, et élever les anneaux à mesure qu'on attire à soi les tenettes. La pierre extraite, on s'assure en introduisant de nouveau le doigt dans la vessie qu'il n'y reste pas de dé-

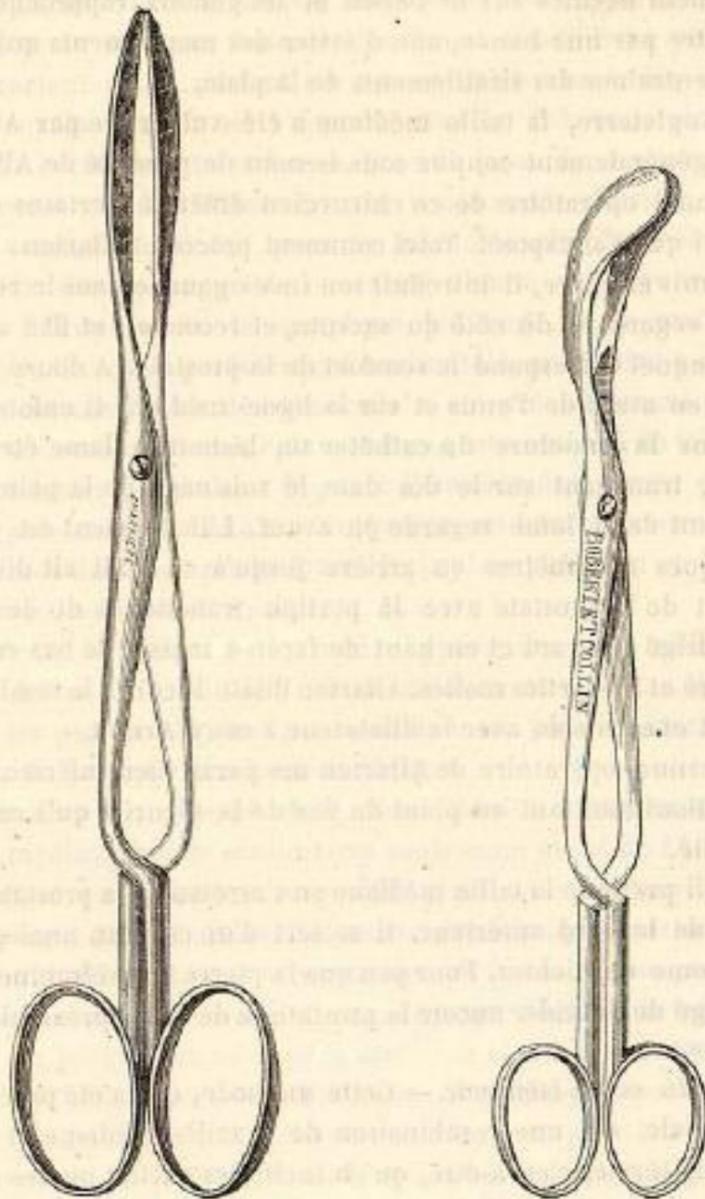


Fig. 399. — Tenettes droites.

Fig. 400. — Tenettes courbes.

bris de pierre. S'il en restait on les extrairait soit avec les tenettes, soit avec le doigt, et au besoin avec la curette. On termine l'opé-

ration en introduisant par la plaie une sonde dans la vessie et en y injectant de l'eau tiède.

Le malade remis dans son lit est couché sur le dos, les cuisses légèrement fléchies sur le bassin et les genoux rapprochés l'un de l'autre par une bande, afin d'éviter des mouvements qui pourraient entraîner des tiraillements de la plaie.

En Angleterre, la taille médiane a été vulgarisée par Allarton et est généralement connue sous le nom de procédé de Allarton. Le manuel opératoire de ce chirurgien diffère à certains égards de celui que j'ai exposé. Voici comment procède Allarton. Le cathéter mis en place, il introduit son index gauche dans le rectum, l'ongle regardant du côté du sacrum, et reconnaît et fixe ainsi le point auquel correspond le sommet de la prostate. A douze millimètres en avant de l'anus et sur la ligne médiane il enfonce jusque dans la cannelure du cathéter un bistouri à lame étroite et longue, tranchant sur le dos dans le voisinage de la pointe. Le tranchant de la lame regarde en avant. L'instrument est poussé à quelques millimètres en arrière jusqu'à ce qu'il ait divisé le sommet de la prostate avec la portion tranchante du dos; puis il est dirigé en avant et en haut de façon à inciser de bas en haut l'urèthre et les parties molles. Allarton dilate le col de la vessie avec le doigt et au besoin avec le dilatateur à eau d'Arnolt.

Le manuel opératoire de Allarton me paraît bien inférieur à celui de Bouisson, tant au point de vue de la sécurité qu'à celui de la facilité.

Rizzoli pratique la taille médiane en s'arrêtant à la prostate dont il débride le bord antérieur. Il se sert d'un couteau analogue au kératectome de Richter. Pour peu que la pierre soit volumineuse, il est obligé de débrider encore la prostate ou de briser préalablement la pierre.

B. Taille médio-bilatérale. — Cette méthode, qui a été préconisée par Civiale, est une combinaison de la taille médiane et de la taille bilatérale, c'est-à-dire, qu'on incise les parties molles sur la ligne médiane jusqu'à la prostate exclusivement, tandis qu'on divise cette dernière de chaque côté suivant son rayon oblique en bas et en dehors, son plus grand rayon. La première partie de l'opération est donc pratiquée comme je viens de l'indiquer, mais

pour inciser la prostate et le col on se sert du lithotome double fabriqué pour la taille bilatérale de Dupuytren et modifié plus tard par Charrière (fig. 403). Ce lithotome est pourvu de deux lames placées sur la concavité de la gaine; au moyen de la pression exercée sur une bascule, ces lames deviennent saillantes et s'écartent en se portant en dehors et en avant. Un curseur placé sur la bascule sert, comme pour le lithotome simple, à graduer l'écartement des lames. Voici la façon de se servir de cet instrument : on l'introduit dans la vessie sur le cathéter, absolument comme on le fait pour le lithotome simple. Puis on le retourne de façon que sa convexité vienne s'appliquer sur la partie inférieure de la symphyse pubienne, et le maintenant dans une direction parfaitement horizontale, on l'attire à soi. L'écartement maximum des branches a été préalablement réglé à l'aide du curseur. Du reste, l'instrument est construit de telle sorte que les lames ne peuvent dépasser l'étendue des rayons obliques de la prostate chez l'adulte. On protège, au besoin, contre l'action des lames du lithotome les lèvres de la plaie périnéale en les écartant avec des crochets mousses.

C. Taille latéralisée. — Le manuel opératoire de la taille latéralisée diffère de celui de la taille médiane en ce qu'au lieu d'inciser les parties sur la ligne médiane ou parallèlement à cette ligne, on pratique une incision oblique.

L'incision du périnée doit, chez l'adulte, commencer sur la ligne médiane à trois centimètres environ en avant de l'anus, pour se diriger en arrière et à gauche et se terminer sur le milieu d'une ligne tirée de l'anus à la tubérosité sciatique gauche.

Le cathéter est tenu obliquement de façon que sa plaque soit inclinée vers l'aine droite et son extrémité vésicale dirigée à gauche. Le périnée incisé dans la direction et suivant les limites que j'ai indiquées, en respectant le bulbe, le chirurgien sent la portion membraneuse de l'urèthre dont il sectionne la paroi inférieure sur le cathéter, en guidant le bistouri avec l'ongle de son indicateur gauche.

Quand l'urèthre a été divisé, le chirurgien redresse le cathéter, c'est-à-dire le ramène sur la ligne médiane, et il introduit le lithotome dans la vessie, en procédant comme je l'ai indiqué pour

la taille médiane. Le lithotome est le même que pour cette dernière taille, à une seule lame, et le curseur doit être placé de façon que l'ouverture maximum de la lame soit un peu inférieure au rayon oblique de la prostate. Pour sectionner cette glande, le chirurgien applique la concavité du lithotome contre la symphyse pubienne et l'attire à lui, en tournant la lame de façon qu'elle ait la même direction que la plaie du périnée.

La prostate se trouve ainsi divisée suivant son rayon oblique.

L'introduction des tenettes et l'extraction de la pierre ne diffèrent pas de la même manœuvre pour la taille médiane.

Les chirurgiens français continuent encore aujourd'hui à se servir du lithotome caché, tandis qu'en Angleterre et en Allemagne toutes les incisions se font généralement avec un bistouri. La pratique de nos compatriotes est de beaucoup la plus prudente.

D. *Taille bilatérale.* — Ce procédé de taille a été introduit dans la pratique par Dupuytren. L'appareil instrumental est l'appareil ordinaire des tailles périnéales, avec un lithotome double. Dupuytren

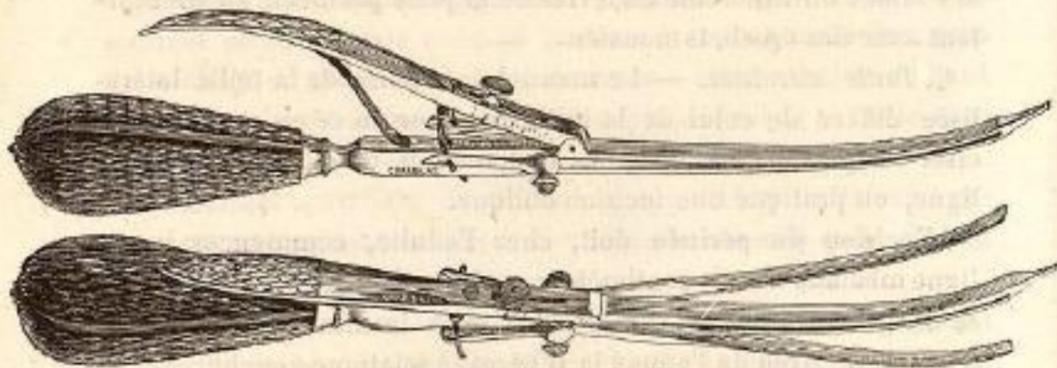


Fig. 401. — Lithotome double.

se servait pour inciser le périnée et la portion membraneuse de l'urèthre d'un bistouri droit tranchant sur le dos dans le voisinage de la pointe, mais un bistouri droit ordinaire peut parfaitement suffire.

Le cathéter cannelé étant tenu dans une direction verticale, le chirurgien tend avec la main gauche les téguments, et il pratique une incision courbe circonscrivant la partie antérieure de l'anus. Cette incision commence à droite sur le milieu d'une ligne allant de l'anus à la tubérosité sciatique, passe à un centimètre environ

en avant de l'anus, et vient se terminer du côté droit sur un point symétrique à celui où elle a commencé. La peau, sa doublure cellulo-adipeuse, l'aponévrose périnéale superficielle et les fibres antérieures du sphincter externe de l'anus divisées par l'incision courbe que l'on reprend au besoin, on arrive sur la portion membraneuse de l'urèthre distendue par le cathéter. Le chirurgien pratique sur cette portion du canal une incision d'un centimètre à peu près; puis il introduit le lithotome dans la vessie, le retourne, appuie sa convexité sur la symphyse pubienne, ouvre les lames et le retire, non pas en le tenant dans une position horizontale, mais en abaissant le manche de l'instrument.

E. *Taille prérectale* (Nélaton). — Le chirurgien introduit l'index dans le rectum pour constater le point précis auquel correspond le sommet de la prostate au niveau duquel on cesse de sentir le cathéter.

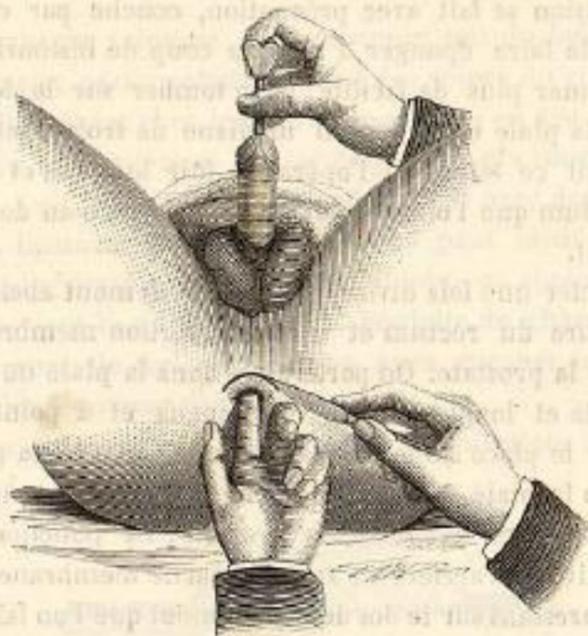


Fig. 402. — Taille prérectale.

Cette recherche faite, il procède à l'incision de la peau, incision qui doit circoncrire la partie antérieure de l'orifice anal à une certaine distance en avant duquel elle va se trouver.

Pour cela, on peut faire d'un seul trait une incision courbe à

concavité postérieure dont la portion moyenne se trouve à un centimètre et demi en avant de l'anus, et dont les extrémités s'arrêtent à deux centimètres en dehors des côtés de cet orifice, ou bien, pour couper d'une façon plus précise, on peut commencer par pratiquer à un centimètre et demi en avant de l'anus une incision transversale de trois centimètres, et de chaque extrémité de cette incision transversale faire partir une incision oblique en bas et en dehors, qui s'arrête à deux centimètres de la partie latérale de l'anus. Il est bon, quelle que soit la façon dont on s'y prenne pour pratiquer l'incision, de tendre la peau du périnée avec l'index gauche introduit dans le rectum.

Lorsque la peau est sectionnée, on pince la lèvre postérieure de la plaie entre l'index introduit dans le rectum et le pouce de la même main. On tend ainsi le sphincter et on le divise plus facilement.

Cette division se fait avec précaution, couche par couche, en ayant soin de faire éponger à chaque coup de bistouri. On peut, pour se donner plus de facilité, faire tomber sur la lèvre antérieure de la plaie une incision médiane de trois centimètres. Il faut pendant ce temps de l'opération fuir le bulbe et se rapprocher du rectum que l'on sent parfaitement, grâce au doigt qui y a été introduit.

Le sphincter une fois divisé, on peut facilement abaisser la paroi antérieure du rectum et sentir la portion membraneuse de l'urèthre et la prostate. On porte alors dans la plaie un bistouri à lame étroite et longue, à dos volumineux et à pointe un peu mousse. On le place de façon que le dos réponde à la partie postérieure de la plaie, et on ponctionne l'urèthre sur le cathéter, immédiatement en avant de la prostate. La ponction faite, on achève de diviser d'arrière en avant la partie membraneuse de l'urèthre, en pressant sur le dos de l'instrument que l'on fait basculer.

Pour le reste de l'opération, on procède absolument comme dans la taille bilatérale.

Vidal (de Cassis) a proposé la taille quadrilatérale dans laquelle, pour les calculs volumineux, on diviserait la prostate, non-seulement suivant les deux rayons obliques postérieurs, mais encore suivant les deux rayons obliques antérieurs. C'est

en quelque sorte un débridement multiple de la prostate.

Quels sont les accidents qui peuvent plus spécialement venir compliquer les tailles périnéales? Ces complications sont, les unes primitives, les autres consécutives. Parmi les premières je signalerai d'abord l'hémorrhagie, qui peut, il est vrai, survenir consécutivement, mais qui, en général, se manifeste pendant l'acte opératoire.

Cette hémorrhagie peut provenir de deux sources différentes, c'est-à-dire être artérielle ou veineuse.

J'ai déjà indiqué quelles sont les artères qui peuvent être intéressées dans la taille. Ce sont l'artère périnéale superficielle, l'artère transverse du périnée, une artère hémorrhoidale, une artère vésico-prostatique anormalement développée et située, et enfin beaucoup plus rarement l'artère honteuse interne, si tant est qu'on puisse l'atteindre quand elle est dans sa position normale.

L'hémorrhagie veineuse peut provenir, soit du bulbe, soit des plexus veineux péri-prostatiques, soit des veines du col de la vessie très-développées chez les individus avancés en âge.

Quand on aura intéressé une artère, on la liera immédiatement, si faire se peut, soit avec un tenaculum, soit avec des pinces destinées aux ligatures profondes; si on ne peut saisir l'artère, on terminera l'opération et, la pierre enlevée, on appliquera sur le point d'où vient le sang une petite boulette de charpie imbibée de perchlorure de fer, ou bien on aura recours au tamponnement pratiqué comme nous allons le voir.

Pour les hémorrhagies veineuses, si les injections d'eau froide

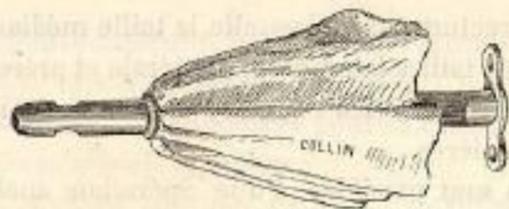


Fig. 463. — Canulé à tamponnement.

ne suffisent pas à les arrêter, on emploiera le tamponnement de la plaie, à l'aide de la canule de Dupuytren.

Cette canule en métal est terminée d'un côté par une extrémité arrondie au-dessous de laquelle se trouvent deux yeux placés latéralement et plus bas une rainure circulaire destinée à fixer la chemise. A l'extrémité opposée, la canule est munie de deux anneaux qui servent à l'attacher. On engage la canule à travers une compresse percée à son centre, et on attache avec un fil les bords du trou de la compresse sur la rainure de la canule.

Cette dernière ainsi disposée est portée dans la plaie, et on l'enfonce de façon que la partie située au-dessus de la rainure se trouve dans la vessie. On introduit alors des tampons de charpie entre la canule et la chemise, et on a soin de les enfoncer très-avant pour les cas où l'hémorrhagie vient de la partie profonde de la plaie. A l'aide de liens passés dans les anneaux on fixe la canule sur un bandage de corps. On comprend que les urines peuvent ainsi, malgré le tamponnement, s'écouler par la canule.

Je ne considère pas comme un accident le fait de dépasser dans l'incision du col de la vessie les limites de la prostate. La lésion du bas-fond de la vessie n'engendre pas des dangers spéciaux, et quant aux plexus veineux, on ne les intéresse pas beaucoup plus en dépassant les limites de la glande.

En outre, il faut être bien persuadé que lors même que le lithotome n'a pas dépassé la prostate, pour peu que le calcul soit volumineux, l'extraction produira des déchirures qui ne resteront pas dans les limites de la glande.

On a reproché à la taille médiane d'intéresser les conduits éjaculateurs, mais on évite cette lésion en faisant la taille pararaphéale. La taille latéralisée, les tailles bilatérale et prérectale échappent à cet inconvénient.

La lésion du rectum contre laquelle la taille médiane met moins en garde que les tailles latéralisée, bilatérale et prérectale, expose aux fistules uréthro ou vésico-rectales ; nous avons déjà vu comment on traite les premières.

Les dernières sont passibles d'une opération analogue à celle de la méthode américaine pour les fistules vésico-vaginales chez la femme. On aviverait obliquement la muqueuse rectale, et on réunirait à l'aide de fils métalliques ne pénétrant pas dans la vessie.

Si l'on tombait sur une pierre enchâtonnée, on chercherait à la dégager par des tractions et, au besoin, par de petites incisions superficielles pratiquées sur le pourtour de l'orifice qui fait communiquer la cavité de la vessie et celle de la loge qui contient le calcul.

Il arrive quelquefois que le calcul se brise au moment de l'extraction ; on doit alors en extraire successivement les débris.

L'extraction du calcul peut présenter certaines difficultés tenant, soit à la façon dont la pierre a été saisie, soit à son volume.

Lorsque la pierre a été prise par son plus grand diamètre, on doit la lâcher et, à l'aide du doigt, chercher à changer sa position de façon qu'on puisse la saisir d'une manière plus favorable. On pourra encore tâcher d'arriver au même résultat à l'aide de mouvements imprimés au calcul par la tenette, et enfin se servir du bouton conduit avec la main droite pour faire basculer le calcul saisi lâchement avec les tenettes maintenues par la main gauche.

Si le volume du calcul s'oppose à son extraction, on choisira entre deux méthodes, ou élargir l'ouverture vésico-prostatique par le débridement, ou morceler le calcul dans la vessie à l'aide de tenettes à écrasement.

Pour débrider la prostate, on se sert d'un bistouri boutonné conduit sur l'index de la main gauche, et on pratique une ou plusieurs petites incisions sur une des lèvres ou sur les deux lèvres de la plaie prostatique. Il est, en somme, préférable de morceler le calcul dans la vessie.

Si pendant les manœuvres d'extraction on s'aperçoit que la vessie a de la tendance à se renverser sur elle-même et à sortir par la plaie, il faut lâcher la pierre, la reprendre et au besoin la morceler.

Comme accidents consécutifs je signalerai l'incontinence d'urine, la paralysie de la vessie, les fistules urinaires. L'hémorrhagie peut aussi être consécutive ; on emploiera pour la combattre les mêmes moyens que lorsqu'elle est primitive.

Quant aux infections putride, urineuse, purulente, je ne fais que les signaler ; il n'entre pas dans mon sujet de m'en occuper.

Un mot maintenant sur la valeur des différents procédés de taille que je viens de passer en revue.

La taille médiane, plus que la taille latéralisée, expose à la lésion du rectum, mais mieux que cette dernière elle met à l'abri des hémorrhagies produites par la lésion des artères du périnée. Quant au fait que la taille latéralisée correspond à un rayon prostatique plus étendu que celui que l'on attaque dans la taille médiane, je ne crois pas qu'il faille s'en préoccuper outre mesure, car, je l'ai déjà dit, la règle qui consiste à ne pas dépasser les limites de la prostate me paraît plutôt théorique que pratique, surtout chez les enfants.

La taille médiane exposerait à la lésion des conduits éjaculateurs, mais faite à une petite distance du raphé, elle n'encourt plus ce reproche.

A la taille médio-bilatérale on peut objecter avec juste raison qu'elle crée une plaie profonde qui n'est plus en rapport de forme et de direction avec la plaie du périnée, et partant qu'elle prédispose aux infiltrations urineuses.

La taille bilatérale, qui donne une large ouverture, peut exposer à la lésion du rectum. La taille prérectale évite d'une façon certaine le bulbe, les artères du périnée et le rectum. Elle a, il est vrai, l'inconvénient d'isoler la partie antérieure de cet intestin dans une certaine étendue, mais il n'en résulte pas de suites fâcheuses.

En somme, pour les calculs de petite dimension je préfère la taille médiane para-raphéale, et pour les calculs plus volumineux la taille prérectale. Pour les enfants chez qui les petites dimensions de la prostate ne permettent pas de pratiquer cette dernière, on la remplacera par la taille bilatérale.

La taille quadrilatérale ne pourrait être employée que comme pis-aller, lorsqu'au moment d'extraire la pierre, on éprouve de grandes difficultés, et encore, dans ces cas-là, mieux vaudrait avoir recours au morcellement du calcul avec des tenettes.

Taille recto-vésicale. — Sanson avait imaginé deux procédés de taille recto-vésicale.

Dans ces deux procédés, un cathéter cannelé étant préalablement placé dans la vessie, on commençait par diviser d'arrière en avant, avec un bistouri introduit dans le rectum, le sphincter externe de l'anus et la partie inférieure du rectum; mais cela fait, dans l'un des procédés on divisait sur la rainure du cathéter la par-

tie postérieure de la prostate et le bas-fond de la vessie, tandis que dans l'autre on incisait l'urètre au niveau de la portion membraneuse, le col de la vessie et la prostate; dans ce dernier procédé l'incision rectale commençait un peu plus bas que dans le précédent. Les incisions étaient toutes sur la ligne médiane, et dans la seconde opération on risquait fort d'intéresser un des conduits éjaculateurs.

La taille recto-vésicale, qui permet l'extraction de calculs volumineux et n'expose guère à l'hémorrhagie, a l'inconvénient majeur de prédisposer aux infiltrations urineuses et aux fistules urinaires rectales. Aussi n'a-t-elle jamais eu, au moins en France, que peu de partisans. Maisonneuve a cependant tenté de la remettre en honneur, en la modifiant. Avec un bistouri introduit dans le rectum il incisait la partie inférieure de cet intestin et la portion membraneuse de l'urètre, sans intéresser le sphincter externe de l'anus. Puis il portait dans le rectum un lithotome double avec lequel il divisait la prostate.

Ce procédé n'en laisse pas moins substituer les inconvénients principaux reprochés à ceux de Sanson.

Plus récemment, Théodore Schœffer a proposé deux procédés de taille rectale. L'un est une taille recto-vésicale, l'autre une taille recto-uréthro-prostatique. Voici la première: on commence par dilater le rectum et la vessie. La dilatation du rectum s'obtient avec un spéculum analogue à celui de Sims, et de plus avec des crochets en fil métallique on écarte les parois rectales. On dilate la vessie en y injectant de l'air ou de l'acide carbonique. Avec des pinces à disséquer portées au-dessus de la base de la prostate, on saisit la muqueuse rectale à laquelle on fait un pli transversal que l'on incise perpendiculairement à sa direction. Puis on attire à travers la plaie et on incise longitudinalement l'aponévrose prostatopéritonéale, sans intéresser ni les canaux déférents, ni les vésicules séminales; enfin on incise longitudinalement le bas-fond de la vessie avec des ciseaux dont la pointe est introduite dans la cannelure du cathéter, et en prenant garde de blesser le péritoine. La pierre extraite, on rapproche les parties incisées par quelques points de suture pratiqués à l'aide de fils de soie et d'aiguilles spéciales. Ces aiguilles portent auprès de la pointe, sur la conca-

vité, une encoche destinée à accrocher et à maintenir une anse de fil. Elles sont maniées à l'aide de pincés à ligature modifiées.

Quant au procédé recto-uréthro-prostatique que Schœffer désigne sous le nom de taille recto-prostatique latérale et qu'il emploie chez les jeunes sujets, chez lesquels le procédé ci-dessus exposerait à intéresser le péritoine, on le pratique de la façon suivante : le rectum et la vessie préalablement dilatés, on introduit un cathéter dans la vessie. Avec le doigt porté dans le rectum, on sent le cathéter, la prostate, et à un demi-centimètre au-dessous du bec de cette glande on fait avec une pince un pli comprenant les couches muqueuse et musculaire du rectum, pli que l'on incise transversalement. Aux deux extrémités de la plaie rectale ainsi produite on ajoute une incision oblique de façon à circonscrire un lambeau convexe en bas. En disséquant et relevant ce lambeau, on arrive sur la portion membraneuse de l'urèthre, et on la divise ainsi que la prostate. La pierre extraite, on termine par une suture appliquée sur la prostate et sur le lambeau.

Quoi qu'en dise l'auteur du procédé, la suture ne me paraît pas une innovation heureuse, et je la crois de nature à favoriser l'infiltration urinaire.

Pour en finir avec la taille recto-vésicale, je dois signaler la taille par l'écrasement linéaire de Chassaignac, que cet auteur désigne sous le nom de taille médiane, mais qui est, en somme, une taille recto-vésicale. Un gros cathéter cannelé étant introduit dans la vessie, l'opérateur explore les parties avec l'indicateur gauche introduit dans le rectum, et sur ce doigt il conduit un trocart dont il enfonce la pointe dans la cannelure du cathéter, en perforant la paroi antérieure du rectum et la prostate en avant de son bord postérieur. Le trocart chemine d'arrière en avant dans la cannelure du cathéter, et on en fait ressortir la pointe par le périnée, au niveau de la portion membraneuse de l'urèthre, sans intéresser le bulbe. La canule du trocart sert à passer une chaîne d'écraseur, laquelle montée sur un écraseur divise les tissus qu'elle embrasse, c'est-à-dire la partie inférieure de la paroi antérieure du rectum, la partie antérieure de la prostate, la portion membraneuse de l'urèthre et le triangle recto-urétral.

Ce procédé, qui met à l'abri des hémorrhagies, expose singulière-

ment aux fistules urinaires et n'a pas passé dans la pratique.

Taille hypogastrique.—Je n'ai pas à insister ici sur les rapports de la partie antérieure de la vessie que j'ai déjà indiqués; je rappellerai seulement que la vessie, lorsqu'elle est pleine, se met en rapport direct par sa partie antérieure avec la face postérieure de la paroi abdominale antérieure, qu'à mesure que le réservoir urinaire se distend, son sommet s'écarte de la paroi abdominale, et qu'entre ce sommet et la paroi le péritoine vient former un repli.

Deux méthodes sont en présence pour la taille hypogastrique : l'une dans laquelle on se sert d'instruments conducteurs, l'autre où l'on n'en emploie pas.

Voyons d'abord la taille hypogastrique avec conducteur. Le conducteur est une sonde à dard cannelé inventée par Frère Côme. Cet opérateur introduisait sa sonde à travers une boutonnière pratiquée au périnée, au niveau de la portion membraneuse de l'urèthre.

Belmas a ajouté à la sonde à dard de frère Côme une verge d'acier cannelée terminée par un bouton qui peut soulever la paroi vésicale et sur la cannelure de laquelle glisse la tige à dard. Aujourd'hui, lorsqu'on veut se servir d'un conducteur, on emploie la sonde de Belmas, si la pierre le permet; mais on supprime la boutonnière périnéale et on introduit cet instrument par l'urèthre. Il est bon de distendre la vessie par une injection d'eau tiède. Le chirurgien pratique sur la ligne médiane une incision commençant au niveau du bord supérieur du pubis et se dirigeant vers l'ombilic, incision qui doit avoir de deux à trois centimètres; cette incision divise la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. On arrive alors sur la ligne blanche, et sur cette ligne on fait une incision ayant la même étendue que celle des téguments. On peut parfaitement diviser la ligne blanche avec un bistouri ordinaire, et on ne se sert plus aujourd'hui du trocart bistouri de frère Côme, ni de l'aponévrotome de Belmas. Avec l'index gauche introduit au fond de la plaie, on soulève et on repousse le péritoine; on fait saillir la sonde contre la paroi antérieure de la vessie, au-dessus du pubis, et on pousse le dard qui vient traverser cette paroi. Sur la cannelure du dard on fait glisser un bistouri avec lequel on incise la paroi vésicale de haut en bas. Puis on fait rentrer le dard, on retire la sonde et on introduit dans la

vessie l'index gauche ou le gorgeret suspenseur de Belmas pour soulever l'angle supérieur de la plaie vésicale. Avec les tenettes on va à la recherche de la pierre.

Lorsqu'on opère sans conducteur, on distend généralement la vessie par une injection d'eau tiède. On incise les téguments sur la ligne médiane comme dans le procédé précité; Baudens, qui plaçait toutes les incisions de la taille hypogastrique un peu à côté de la ligne blanche, incisait largement la peau par en bas, afin d'éviter la formation d'un cul-de-sac. On divise ensuite la ligne blanche, on écarte les muscles droits avec l'index gauche qui sert à refouler le péritoine de bas en haut, et avec un bistouri droit on ouvre la vessie de bas en haut.

La taille hypogastrique permet l'extraction des calculs les plus volumineux; elle ne lèse ni un seul vaisseau important, ni le col de la vessie, ni les conduits éjaculateurs, mais en revanche elle expose à la péritonite et aux infiltrations d'urine. Elle est fort peu employée, sauf pour les calculs très-volumineux.

Sans entrer dans la discussion des indications respectives de la taille et de la lithotritie, je rappellerai que la lithotritie devra être employée toutes les fois qu'un état pathologique trop avancé des reins ou de la vessie, un trop grand volume ou une dureté trop grande du calcul ne s'y opposeront pas. Dans le cas contraire, on recourra à la taille.

LITHOTRITIE PÉRINÉALE (fig. 404, 405). — Bien que la lithotritie périnéale ait été pratiquée deux fois avec succès par Bouisson chez des malades atteints de fistules urinaires, et que ce chirurgien ait proposé d'ériger en méthode la lithotritie pratiquée par une boutonnière faite au périnée chez les calculeux atteints de rétrécissement de l'urèthre, bien que l'on ait déjà mis en usage, comme je l'ai dit plus haut, le morcellement de la pierre dans la taille médiane, c'est à Dolbeau que revient le mérite d'avoir institué la lithotritie périnéale faite à travers une incision de l'urèthre, sans sectionner le col de la vessie que ce chirurgien dilate de façon qu'il puisse laisser passer les instruments destinés à briser le calcul et les fragments de ce dernier. Voici le manuel de cette opération : le malade étant placé dans la position indiquée pour la taille périnéale, on introduit dans la vessie un cathéter à grande courbure et à large can-

nelure que l'on confie à un aide chargé de le maintenir sur la ligne médiane et perpendiculairement à l'axe du corps.

Le chirurgien fait immédiatement en avant de l'anus, sur le raphé du périnée, une incision qui ne doit pas dépasser deux centimètres. Il divise les tissus couche par couche et arrive sur la paroi inférieure de la partie membraneuse de l'urèthre qu'il incise dans l'étendue d'un demi-centimètre environ. Sur la cannelure du cathéter le chirurgien fait alors glisser le dilateur. Ce dilateur est formé par six branches métalliques convexes en dehors, se réu-

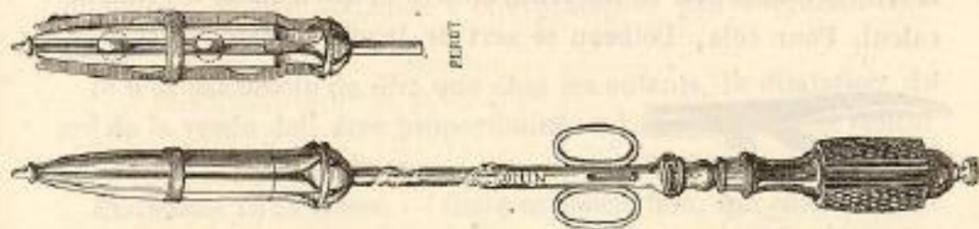


Fig. 404. — Dilateur de Dolbeau.

nissant de manière à former, lorsque l'instrument est fermé, un cône à leur extrémité libre, qui est surmontée d'un petit bouton conducteur. Elles sont supportées par une tige creuse, dans laquelle se meut une autre tige supportant deux boules, lesquelles ont pour effet d'écarter ces branches, quand on imprime des mouvements de rotation au manche de l'instrument en immobilisant la tige creuse à l'aide des anneaux dont elle est pourvue.

Les six lames métalliques s'écartent parallèlement. Il y a deux modèles de dilateurs, l'un qui a douze millimètres de diamètre au niveau de sa partie renflée, et peut aller à vingt millimètres, lorsque les branches sont écartées, le second qui a des dimensions deux fois plus grandes que le précédent et peut acquérir par la dilatation quarante millimètres de diamètre. L'urèthre ouvert, on introduit l'extrémité du dilateur dans la cannelure du cathéter. Le cathéter maintenu dans sa position primitive, on fixe le dilateur perpendiculairement au plan du périnée, et en imprimant lentement un mouvement de rotation au manche, on dilate la plaie; on referme le dilateur. Le chirurgien, continuant à le tenir de la main droite, prend avec la gauche la plaque du