

autre par l'interposition du calcul, permet enfin de se rendre un compte exact de sa consistance, et, par conséquent aussi, de sa constitution.

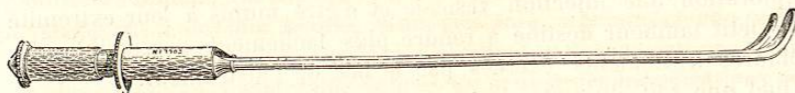


FIG. 150. — Explorateur à deux branches de Collin.

Bien que ces différentes manœuvres aient été exécutées avec la plus grande méthode et la plus sévère précision, il est un certain nombre de circonstances qui peuvent induire en erreur, soit en faisant croire à l'existence de calculs qui n'existent pas, soit en empêchant au contraire de reconnaître la présence d'un calcul.

S'il existe dans la partie profonde de l'urèthre ou dans la prostate des concrétions à fleur de muqueuse, on conçoit que le passage de l'instrument explorateur à leur niveau détermine un frottement analogue à celui que produit le contact d'une pierre vésicale; mais il sera le plus souvent facile, en examinant avec attention la longueur d'instrument introduite au moment où se produit le premier contact, de reconnaître que le frottement commence à être perçu avant que le bec de l'explorateur ait franchi le col vésical.

Une tumeur osseuse du bassin, une déviation de l'utérus, une accumulation de matières fécales dures dans le rectum, l'existence de colonnes charnues très-saillantes et recouvertes d'une muqueuse incrustée de sels calcaires, ont pu en imposer pour une pierre vésicale à des chirurgiens, tels que Dupuytren et Roux. Il est facile de comprendre de quel secours, dans des cas semblables, peut être pour le chirurgien l'emploi comme instrument d'exploration d'un brise-pierre de petit calibre ou de l'explorateur à deux branches de Collin.

C'est généralement lorsque la vessie présente des altérations matérielles et des déformations considérables que les calculs, malgré un examen attentif, peuvent passer inaperçus. Dans les cas où le bas-fond est très-déprimé, si en même temps la prostate est volumineuse, on conçoit combien la recherche du calcul doit être difficile avec le bec court de la sonde de Mercier. C'est pour les faits de cette nature que l'exploration avec une sonde de trousse peut être pratiquée avec profit, de plus, il sera nécessaire, pendant cette exploration, d'élever le bassin du sujet et de l'engager même à se mettre, comme on dit vulgairement, à quatre pattes, dans le but de dégager la pierre. Si ces artifices réussissent généralement dans les cas que nous venons de mentionner, il n'en est pas de même lorsqu'on se trouve en présence de pierres *encha-tonnées* ou *enkystées*, qui ne se révèlent que par un frottement tout à fait obscur, et dont l'existence ne peut généralement qu'être soupçonnée.

PRONOSTIC. — Au point de vue de sa marche, l'affection calculieuse de la vessie présente de grandes variations. Si, dans quelques cas, les

symptômes fonctionnels affectent une bénignité remarquable, en revanche ils subissent le plus souvent des modifications ou plutôt des aggravations qui impriment un cachet spécial à la maladie.

Nous avons mentionné déjà ces faits exceptionnels, dans lesquels les calculs ont été constatés seulement à l'autopsie; mais, dans la majorité des cas, la présence dans la vessie d'un corps étranger, qui augmente progressivement de volume, y entretient un état inflammatoire chronique, susceptible de s'aggraver de temps à autre par suite de l'apparition de poussées aiguës, qui de jour en jour deviennent plus fréquentes. Ce sont ces poussées de cystite qui se révèlent au chirurgien par des crises douloureuses, souvent très-violentes, et par l'excrétion d'urines visqueuses, filantes, d'une fétidité extrême, parfois franchement purulentes.

Ces modifications des urines, qui dénotent une altération de plus en plus avancée de la muqueuse vésicale, ne tardent pas à s'accompagner de symptômes généraux, dont l'apparition indique presque à coup sûr l'extension de l'inflammation aux uretères et aux reins. Les douleurs, d'abord localisées à la vessie, se propagent aux hypochondres et dans les régions lombaires; la fièvre apparaît avec des caractères particuliers d'intermittence et de périodicité, l'appétit se perd, la langue se sèche, l'émaciation fait des progrès rapides, et la mort survient dans l'hecticité après un temps plus ou moins long.

A côté de ces cas ordinaires, où la maladie suit une marche progressivement croissante, il faut signaler ces faits curieux dans lesquels des pierres vésicales ont pu être éliminées par le vagin ou par le rectum, au travers de perforations dues à un sphacèle peu étendu des parois de la vessie. C'est aussi à titre d'exceptions que nous rappellerons certains cas dans lesquels l'élimination a pu se faire en plusieurs fois par les voies naturelles, et qui ont été signalés chez l'homme par Marjolin et Gueniot; chez la femme, où ils se rencontrent plus fréquemment, par Ségalas et Paul Hybord. Ces terminaisons absolument exceptionnelles de l'affection calculieuse ne sont nullement de nature à modifier le pronostic qui, dans tous les cas, est grave, et dont la gravité est toujours en rapport avec le développement plus ou moins avancé des complications rénales.

TRAITEMENT. — Le traitement des calculs de la vessie est aujourd'hui à peu près exclusivement chirurgical. Il est pourtant un certain nombre de moyens, employés sous le nom de *lithontriptiques*, que nous devons brièvement mentionner, ne fût-ce qu'en raison de l'importance qui leur a été attribuée à une époque qui n'est pas encore très-éloignée de nous.

On trouve, dans les auteurs les plus anciens, la mention de tentatives faites en vue de dissoudre les pierres dans la cavité vésicale. Pline, Arétée, Paul d'Égine, préconisaient à cet effet les coquilles d'escargots, la chaux vive, le sang de bouc, les plantes desséchées et carbonisées. Ce sont ces substances qui constituaient la partie essentielle du remède secret de Joanna Stephens, que le Parlement anglais, en 1739, acheta

au prix de 125 000 francs. Se basant sur la constitution chimique ordinaire des calculs, les continuateurs de Johanna Stephens cherchèrent à substituer aux coquilles d'escargots et aux plantes calcinées des substances plus pures et d'une nature opposée aux pierres à dissoudre : c'est ainsi qu'ils recommandèrent les sels de soude, de potasse, de lithine, les eaux minérales alcalines, contre les pierres d'acide urique ou d'urate, les injections intra-vésicales de solutions acides contre les calculs phosphatiques. Après de nombreuses expériences, Roberts, de Manchester, le champion le plus convaincu de la méthode lithontriptique, est arrivé à formuler ainsi les indications et les règles de la méthode lithontriptique. Pour lui, les sels de potasse sont de beaucoup préférables aux sels de soude généralement recommandés en France, et l'effet obtenu est d'autant plus considérable que l'écoulement des solutions salines se fait à la surface des calculs d'une manière continue; aussi conseille-t-il de faire prendre aux adultes atteints de pierre vésicale 12 à 16 grammes de citrate de potasse, dans une potion de 120 grammes, par huitièmes toutes les trois heures; pour les enfants une dose de 6 à 12 grammes serait suffisante.

Peut-on, à l'aide de cette médication ou de toute autre analogue, espérer obtenir une guérison complète, une dissolution absolue d'un calcul nettement constaté? Il est aujourd'hui encore permis d'en douter. Si, dans quelques cas, on a pu ainsi procurer une amélioration sensible, une disparition même complète des signes rationnels des calculs, il n'existe pas encore dans la science une seule observation authentique dans laquelle un malade ayant été reconnu, après exploration chirurgicale, porteur d'une pierre et ayant été soumis au traitement par les lithontriptiques, n'en aurait plus présenté de traces à l'autopsie. Les prétendus triomphes de J. Stephens n'étaient que des guérisons apparentes et, chez plusieurs sujets, on trouva à l'autopsie de nombreux et volumineux calculs.

L'électricité, expérimentée par Prevost et Dumas, en 1823, par Bence Jones, en 1852, n'a également donné que des résultats fort incomplets.

Bien qu'elles semblent très multiples au premier abord, en raison de la diversité des procédés, les méthodes opératoires employées contre les calculs vésicaux ne sont en réalité qu'au nombre de deux principales : la *lithotritie* et la *taille*; la *lithotritie périnéale* pouvant être considérée simplement comme une méthode mixte, tenant à la fois des deux précédentes.

**LITHOTRITIE.** — L'opération que l'on désigne généralement sous ce nom et à laquelle quelques auteurs donnent encore celui de *lithotripsie*, de *lithoprinié* ou de *lithocénose*, consiste essentiellement à briser les calculs dans la cavité vésicale et à les réduire ainsi en un nombre plus ou moins considérable de fragments, assez petits pour être extraits ou spontanément éliminés par les voies naturelles.

Quoique cette méthode opératoire n'ait acquis toute son importance

que grâce aux travaux et aux découvertes remarquables des chirurgiens de ce siècle, l'idée n'en existait pas moins dans les écrits des auteurs les plus anciens, et sans remonter jusqu'au neuvième siècle et au panégyrique du moine Théophanès (1), il est incontestable que le moine de Citeaux et le colonel Martin en avaient une conception fort nette, lorsqu'il cherchaient à fragmenter leur pierre à l'aide d'une lime d'acier ou d'un stylet denté qu'ils introduisaient dans leur vessie au travers d'une sonde perforée. Fournier (de Lempdes) et Gruithuisen (de Salzbourg), en 1813, furent les premiers à faire connaître des instruments spéciaux qu'ils avaient fait construire dans le but parfaitement déterminé de perforer les pierres vésicales. La vulgarisation par Amussat du cathétérisme rectiligne, les modifications apportées par Leroy (d'Étiolles) et Civiale à l'appareil instrumental trop élémentaire et trop incertain de Fournier et de Gruithuisen, l'invention surtout de la pince à trois branches dont la paternité fut ardemment disputée, firent sortir la lithotritie de sa période expérimentale et permirent à Civiale, le 13 janvier 1824, de briser pour la première fois la pierre sur le vivant. Bien qu'elle se trouvât ainsi nettement consacrée par une première tentative couronnée de succès, la lithotritie ne commença à se généraliser que plusieurs années plus tard, après les inventions successives de Heurteloup et de Charrière.

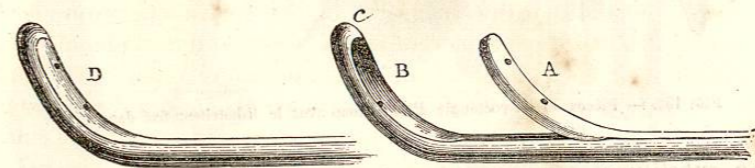


FIG. 151. — Lithotriteur de Heurteloup. A. Branche mâle du lithotriteur ouvert. B. Branche femelle. D. Lithotriteur fermé.

Jusqu'en 1832, les instruments dont on pouvait disposer ne permettaient d'attaquer les calculs que par *perforation*, par *évidement excentrique* ou par *destruction concentrique*. Ce fut à cette époque que, renonçant aux tiges droites considérées comme indispensables par la plupart des chirurgiens, Heurteloup inventa à la fois son lithotriteur et le lit rectangle destiné à le fixer et décrivit un procédé nouveau de lithotritie, la *lithotritie par percussion*. L'instrument dont il se servait (fig. 151) était extrêmement simple et ressemblait beaucoup à un cathéter : il était en acier, composé de deux pièces recourbées à leur extrémité, dont l'une, dite *branche femelle*, était creusée d'une gouttière destinée à recevoir l'autre branche ou *branche mâle*. Dans l'écartement des mors, que des tractions légères exercées sur l'une des branches suffisait

(1) René Briau, *Gaz. hebdomadaire*, 1858, in-8°.

à produire, la pierre s'engageait d'elle-même, et son écrasement était facilement obtenu par le rapprochement brusque des deux parties de l'instrument que produisait une percussion énergique faite à l'aide d'un marteau sur le talon de la branche mâle. C'était pour éviter les contusions de la vessie qui auraient presque fatalement été le résultat d'une semblable manœuvre, que le patient devait être placé sur un lit spécial, muni d'un étau destiné à fixer solidement et à immobiliser le lithotriteur (fig. 152).

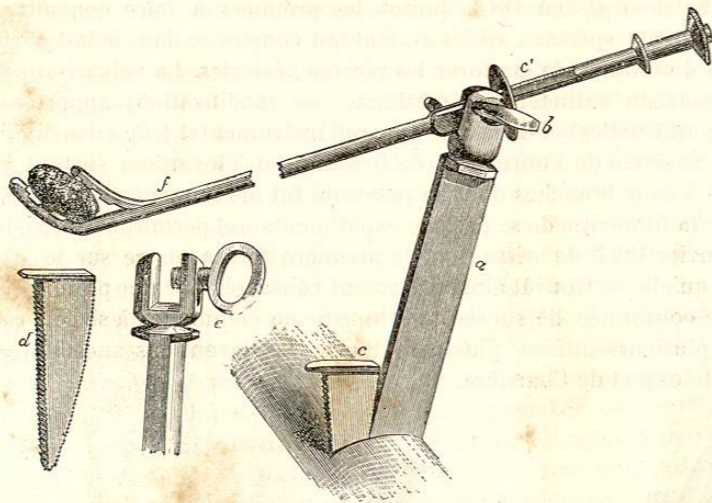


FIG. 152. — Pièces du lit rectangle d'Heurteloup avec le lithotriteur fixé dans l'étau.

En substituant au percuteur primitif, inventé par Heurteloup, les *brise-pierre à pignon et à écrou brisé*. Charrière supprima les dangers de la percussion et rendit par cela même inutile l'emploi de tout instrument fixateur; enfin une dernière amélioration qu'il fit subir à l'appareil instrumental jusque-là employé permit de créer la *lithotritie par compression*, qui doit à ses nombreux avantages d'être aujourd'hui à peu près exclusivement pratiquée.

L'instrument qui est actuellement employé diffère peu au premier abord de celui qu'avait imaginé Heurteloup en 1832. Comme lui, en effet, c'est un instrument courbe, composé de deux branches glissant l'une dans l'autre et formant par leur réunion un cathéter arrondi. Les modifications importantes que l'on doit à Charrière portent principalement sur le talon du lithotriteur.

Dans le brise-pierre à pignon (fig. 153) une crémaillère est creusée sur la face supérieure de la branche mâle et son anneau interrompu au niveau de cette crémaillère est fixé sur l'extrémité de la branche femelle. Une clef à pignon, introduite dans l'anneau, s'engrène avec les

dents de la crémaillère et les mouvements de rotation imprimés à cette clef permettent de rapprocher l'une de l'autre lentement, mais avec une grande force, les extrémités vésicales du brise-pierre.

Tout aussi simple et plus ingénieux encore est le brise-pierre à écrou brisé. La branche mâle est creusée, non d'une crémaillère, mais d'une vis. A la branche femelle est annexé un écrou (fig. 154, *ab*) composé de deux segments de cercles, supporté par un ressort d'acier. Le ressort est-il libre, ses branches s'écartent en raison même de leur élasticité, et l'écrou s'éloigne de la vis de la branche mâle qui peut en toute liberté

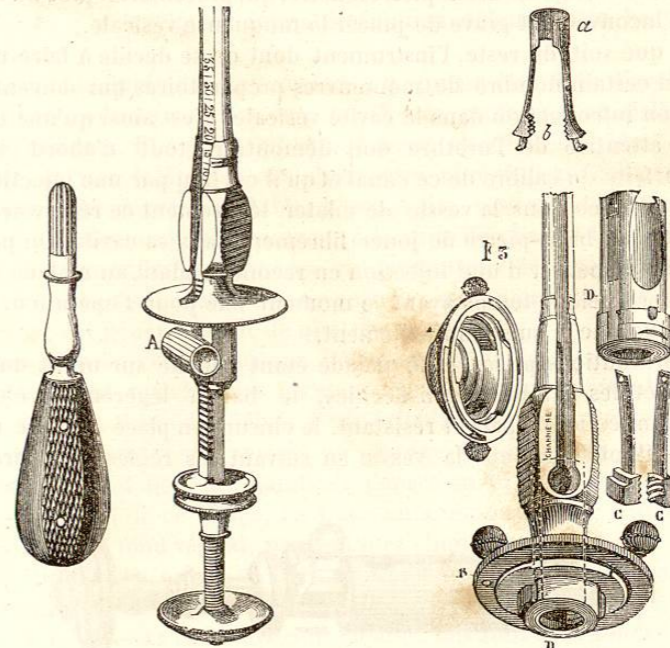


FIG. 153. — Brise-pierre à pignon avec sa clef.

FIG. 154. — Brise-pierre à écrou brisé.  
A. Talon de la tige femelle avec rondelle fixe. C. Rondelle fixe complétant la boîte où se trouve renfermé l'écrou brisé.

glisser sur la branche femelle. Un anneau compresseur rapproche-t-il, au contraire, l'une de l'autre les deux lames d'acier, l'écrou et la vis viennent en contact, le glissement se trouve supprimé et le mouvement de vis se trouve seul possible. Dans l'instrument primitif de Charrière, l'éloignement ou le rapprochement des deux parties de l'écrou s'opéraient en tournant à droite ou à gauche une rondelle mobile qui, adaptée à une autre rondelle fixe de la tige femelle, formait une sorte de boîte.

Robert et Collin ont encore perfectionné le brise-pierre de Charrière en substituant à la rondelle mobile un petit levier, en forme d'anneau, qu'il suffit d'abaisser ou de relever pour réunir ou écarter les pièces de

l'écrou (fig. 155). Cette petite modification rend la manœuvre beaucoup plus facile.

Les mors ou extrémités recourbées du lithotriteur ont également subi certaines modifications importantes. C'est ainsi qu'il existe des brise-pierre à mors plats, concaves, dentés, fenêtrés, toutes différences de formes rendues nécessaires par les différences de constitution, de volume et de consistance des calculs. Dans la majorité des cas, le lithotriteur à écrou brisé et à mors plats est parfaitement suffisant; aussi, certains chirurgiens, et en particulier Thompson, ont-ils à peu près complètement abandonné l'usage du brise-pierre fenêtré, qui présenterait plus qu'aucun autre l'inconvénient grave de pincer la muqueuse vésicale.

Quel que soit, du reste, l'instrument dont on se décide à faire usage, il est un certain nombre de manœuvres préparatoires qui doivent précéder son introduction dans la cavité vésicale. C'est ainsi qu'une exploration attentive de l'urèthre doit démontrer tout d'abord l'intégrité parfaite du calibre de ce canal et qu'il est bon par une injection de liquide poussée dans la vessie de dilater légèrement ce réservoir pour permettre au brise-pierre de jouer librement dans sa cavité. On pourra même se dispenser d'une injection en recommandant au malade de ne pas uriner quelque temps avant le moment fixé pour l'opération. C'est la pratique que je suis habituellement.

Ces précautions prises, et le malade étant couché sur un lit dur, les cuisses et les jambes demi-fléchies, le bassin légèrement élevé à l'aide d'un coussin épais et résistant, le chirurgien placé à droite introduit le lithotriteur dans la vessie en suivant les règles ordinaires du

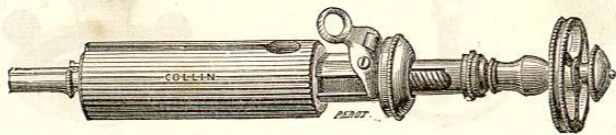


FIG. 155. — Brise-pierre de Collin.

cathétérisme. Cette introduction est généralement des plus faciles, l'instrument tendant par son propre poids à glisser le long des parois du canal et ayant, à vrai dire, plutôt besoin d'être soutenu que conduit. Lorsqu'on est arrivé dans la cavité vésicale, il faut immédiatement procéder à la prise du calcul.

Dans nombre de cas, il suffit pour saisir la pierre d'écarter, puis de rapprocher l'un de l'autre les deux mors de l'instrument. Quelquefois une recherche plus attentive devient indispensable, mais il est rare, en général, qu'il soit nécessaire de la prolonger bien longtemps. La saisie opérée, on procède à l'écrasement; à cet effet, l'opérateur embrassant, entre le pouce et l'index de la main gauche, la branche femelle du

lithotriteur, ferme l'écrou de la main droite, et fait manœuvrer le pas de vis lentement et avec beaucoup de précautions, afin de ne pas briser ou fausser l'instrument et de ne pas faire éclater la pierre avec trop de force. Une première fragmentation ayant été ainsi obtenue, plusieurs manœuvres semblables permettent de réduire un certain nombre de fragments en morceaux de plus en plus ténus, puis lorsqu'il juge que la séance a été suffisamment prolongée, le chirurgien ouvre l'écrou brisé, fait jouer rapidement plusieurs fois la branche mâle sur la branche femelle, pour dégager les mors, et retire le lithotriteur très-doucement, afin d'éviter les déchirures du canal qui pourraient être produites par quelques débris irréguliers débordant le bec de l'instrument.

Quoique la durée de chaque séance ne puisse être fixée d'avance avec exactitude, elle ne doit pas en général être prolongée au delà de trois à cinq minutes. Elle peut être plus longue chez les individus à vessie dilatée et très-tolérante; elle devra être abrégée, au contraire, chez certains sujets à vessie irritable. L'irritabilité vésicale et l'inflammation qui ne survient que trop souvent, à la suite de chaque tentative opératoire, sont aussi les phénomènes qui permettent de régler l'intervalle à laisser entre deux séances consécutives: cet intervalle, dans les cas heureux, est généralement de quatre à cinq jours.

Lorsqu'après chaque séance l'écrasement de la pierre a été ainsi heureusement opéré, tous les soins de l'opérateur doivent tendre à favoriser l'expulsion des débris. Pour éviter les déchirures et les douleurs qui résulteraient certainement du passage par l'urèthre de fragments très-aigus, il est bon de maintenir l'opéré au lit pendant deux ou trois jours; au bout de ce temps, les fragments, émoussés par leur séjour au niveau du bas-fond vésical, peuvent être éliminés sans danger. Bien que cette élimination puisse se faire spontanément à l'aide des seules contractions vésicales, un certain nombre d'instruments ont été proposés pour la faciliter et la rendre plus rapide; tels sont: les sondes à double courant de Mercier, les instruments évacuateurs de Glover, de Robert et Collin, qui présentent surtout un réel avantage lorsque la vessie a perdu tout ou partie de son pouvoir contractile. On trouvera la description de ces instruments dans les ouvrages spéciaux, auxquels nous renvoyons également le lecteur pour les détails minutieux relatifs à la pratique de la lithotritie.

Le procédé de lithotritie, que nous venons d'esquisser à grands traits, était il y a quelques années à peu près exclusivement employé dans le traitement des calculs vésicaux: c'est encore lui qui est aujourd'hui mis en pratique par un grand nombre de chirurgiens qui préconisent, avec Civiale, la brièveté des séances opératoires et les ménagements extrêmes à apporter dans les manœuvres. Mais il est une autre méthode qui, de date récente, paraît devoir donner des résultats préférables à ceux que l'on a jusqu'ici obtenus et qui, par cela même, mérite d'être signalée;

c'est la méthode qui, en 1875, a été imaginée par Bigelow (1) et que son auteur décrit sous le nom de *litholapaxie* ou *lithotritie rapide avec évacuation*. Pensant que, dans nombre de cas, les accidents inflammatoires qui succédaient au broiement de la pierre, devaient être attribués, non aux manœuvres opératoires, mais à la présence dans la vessie de fragments irréguliers et pointus qui séjournèrent jusqu'à une séance ultérieure, Bigelow s'est efforcé de trouver un procédé qui lui permit de pratiquer le broiement et l'évacuation en une seule séance.

Une première condition indispensable pour arriver à un pareil résultat, c'était tout d'abord de pouvoir pratiquer des séances de broiement aussi prolongées et aussi souvent répétées que le volume de la pierre pouvait

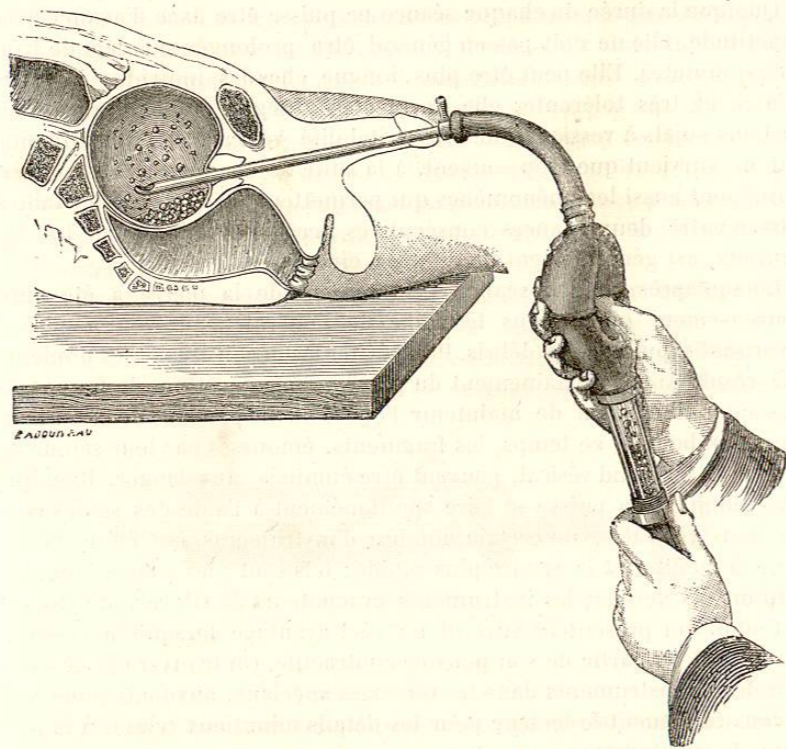


FIG. 153. — Appareil évacuateur de Bigelow.

le rendre nécessaire; c'était encore d'employer des instruments et principalement des tubes évacuateurs d'un calibre suffisant pour permettre l'issue au dehors de fragments d'un certain volume. A la douleur qui aurait été inévitablement le résultat de la prolongation des manœuvres opératoires, Bigelow opposa l'anesthésie chloroformique. Pour faciliter

(1) *Litholapaxy or rapid lithotripsy with evacuation*, Boston et New York, 1878.

le broiement et l'évacuation, il fit construire des instruments spéciaux : 1° brise-pierre d'une force considérable, à mors disposés de manière à rejeter les débris de calcul; 2° appareil évacuateur, composé de tubes évacuateurs droits et courbés que l'on introduit dans la vessie et qui se relie par l'intermédiaire d'un tube en caoutchouc avec une pompe spéciale, formé d'une poire de caoutchouc montée sur un cylindre de verre. La fig. 156 montre l'appareil dans son ensemble.

La manœuvre de ces instruments est relativement facile. Le malade étant endormi, le chirurgien introduit le brise-pierre et fait un certain

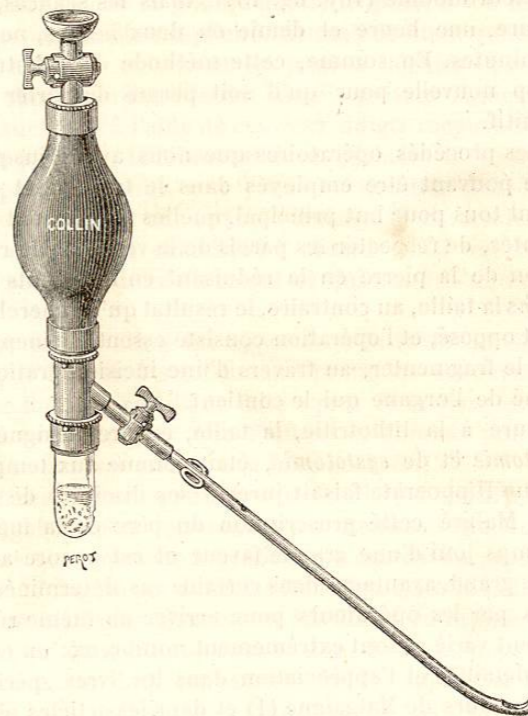


FIG. 157. — Aspirateur de Bigelow modifié.

nombre de prises produisant ainsi une quantité plus ou moins considérable de fragments. Il substitue aussitôt le tube évacuateur au brise-pierre et par des pressions exercées sur la poire en caoutchouc chasse de l'eau dans la cavité de la vessie. L'arrivée du liquide disperse les fragments qui s'engagent dans le cathéter et vont s'accumuler dans le cylindre de verre annexé à la poire évacuatrice.

Lorsqu'une dizaine d'aspirations ont permis d'évacuer tous les fragments susceptibles de passer par le tube, le brise-pierre est de nouveau introduit et de nouveau son action est suivie de celle de l'aspirateur jusqu'à disparition complète du calcul; l'opération pouvant durer ainsi

une heure et demie ou deux heures. Tel est le procédé de Bigelow qui, accepté avec enthousiasme par les chirurgiens anglais et américains, aurait permis d'obtenir, sur 120 cas, 114 succès et seulement 6 morts.

La lithotritie en une seule séance ne paraît pas encore devoir être adoptée en France, mais elle a suggéré à notre collègue F. Guyon l'idée d'une méthode intermédiaire, qu'il nomme *lithotritie rapide en plusieurs séances*, et qui lui a fourni d'excellents résultats. Le malade est chloroformé, le calcul brisé avec un lithotriteur ordinaire, les débris évacués avec des tubes beaucoup moins gros que ceux de Bigelow et avec un aspirateur modifié (voy. fig. 157); mais les séances, au lieu de durer une heure, une heure et demie ou deux heures, ne dépassent guère vingt minutes. En somme, cette méthode de lithotritie rapide est encore trop nouvelle pour qu'il soit permis de porter sur elle un jugement définitif.

**TAILLE.** — Les procédés opératoires que nous avons jusqu'à présent décrits comme pouvant être employés dans le traitement des calculs vésicaux avaient tous pour but principal, quelles que fussent leurs différences apparentes, de respecter les parois de la vessie et de rendre possible l'expulsion de la pierre en la réduisant en fragments de plus en plus ténus. Dans la taille, au contraire, le résultat qu'on cherche à obtenir est absolument opposé, et l'opération consiste essentiellement à extraire le calcul, sans le fragmenter, au travers d'une incision pratiquée en un point déterminé de l'organe qui le contient.

Bien antérieure à la lithotritie, la taille, encore désignée sous les noms de *lithotomie* et de *cystotomie*, était connue aux temps les plus anciens, puisque Hippocrate faisait jurer à ses disciples de ne la pratiquer jamais. Malgré cette proscription du père de la médecine, la taille a longtemps joui d'une grande faveur et est encore aujourd'hui pratiquée avec grand avantage, dans certains cas déterminés. Les procédés employés par les opérateurs pour arriver au même résultat ont considérablement varié et sont extrêmement nombreux: on en trouvera la description détaillée et l'appréciation dans les livres spéciaux, dans une thèse de concours de Malgaigne (1) et dans les articles plus récents des nouveaux Dictionnaires (2). Nous nous bornerons à en donner ici, comme nous l'avons fait pour la lithotritie, une idée générale.

On peut distinguer, d'après le siège variable de l'incision des parties molles, trois méthodes principales de taille: la *taille périnéale*, la *taille recto-vésicale* et la *taille hypogastrique*.

1° **TAILLE PÉRINÉALE.** — Des trois méthodes que nous venons de mentionner, la taille périnéale, bien que la plus ancienne, est celle qui, aujourd'hui encore, est la plus communément pratiquée. Essentiellement caractérisée par ce fait que les manœuvres opératoires qu'elle nécessite

(1) *Parallèle des diverses espèces de taille*, thèse de concours. Paris, 1850.

(2) *Dict. encyclopédique des sciences médicales*, art. CYSTOTOMIE.

se passent toutes au niveau du plancher pelvien, et que l'incision de la vessie se pratique au voisinage du col, intéressant plus ou moins la prostate, la taille périnéale a donné naissance à un grand nombre de procédés dont les uns, appartenant à l'histoire et ne peuvent être ici que brièvement signalés (taille de Celse, taille latérale), dont les autres, au contraire, méritent une étude un peu plus détaillée (tailles médiane, latéralisée, bilatérale, prérectale).

*Taille de Celse, taille latérale.* — La taille de Celse, également désignée sous le nom de *taille par le petit appareil*, en raison du peu d'instruments nécessaires pour la pratiquer, était, quant à son manuel opératoire, d'une remarquable simplicité. Le malade étant solidement maintenu par un aide, les cuisses et les jambes fléchies et écartées le plus possible, le chirurgien introduisait dans le rectum l'index et le médius de la main gauche, et à l'aide de ces deux doigts recourbés en crochets, il saisissait la pierre et la faisait saillir au périnée; il faisait ensuite aux téguments, près de l'anus, une première incision semi-lunaire allant jusqu'à la vessie, et par une seconde incision transversalement dirigée, il ouvrait le col vésical, cherchant à obtenir ainsi une ouverture qui dépassât un peu le volume du calcul et qui pût lui donner facilement issue.

Une légère modification fut apportée à la taille de Celse par Paul d'Égine qui, à l'incision semi-lunaire pratiquée au-devant de l'anus, substitua une incision rectiligne faite « *près de la fesse et de biais*. » Il créa ainsi la *taille latérale*, que Foubert et Thomas pratiquèrent plusieurs fois sans pouvoir arriver à la faire accepter,

*Taille médiane. Grand appareil.* — Préconisée d'abord par Maréchal et Vacca-Berlinghieri, plus récemment par Bouisson (de Montpellier), la taille médiane se rapproche à beaucoup d'égards du procédé qui, vers 1520, avait été imaginé par Jean des Romains. Dans la taille de Jean des Romains, que Marianus Sanctus et les Collot contribuèrent surtout à vulgariser, et qui était connue sous le nom de *grand appareil*, l'incision uréthrale faite sur un cathéter cannelé devait s'approcher de l'anus sans toucher le rectum et n'intéresser que la partie basse du canal. Elle servait à introduire dans la vessie un instrument spécial ou *dilatatoire*, destiné à dilater le col et à frayer ainsi une voie jusqu'au calcul; c'était, en somme, une opération de boutonnière périnéale, suivie de dilatation de la prostate et du col.

A la dilatation, qui ne pouvait donner qu'une voie trop étroite, Maréchal et Vacca substituèrent l'incision postérieure et imaginèrent ainsi la *taille médiane*. Pour la pratiquer, le chirurgien, par une incision étendue depuis la naissance du scrotum jusqu'à l'anus, divise successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose superficielle du périnée, les fibres antérieures du sphincter, et enfin l'urèthre dont la recherche lui est facilitée par la présence du cathéter. Par l'ouverture faite à l'urèthre, un instrument tranchant est alors introduit

jusque dans la vessie, et l'opérateur le retire en relevant son manche de façon à entamer plus ou moins profondément la prostate et le col vésical.

Ainsi réglée quant à son manuel opératoire, la taille médiane, qui a joui pendant longtemps d'une grande vogue, est encore en honneur auprès d'un certain nombre de chirurgiens. S'accompagnant rarement d'hémorragies, elle constituerait un excellent procédé si elle n'exposait souvent à blesser le bulbe et le rectum, et si elle n'intéressait pas la prostate dans le sens de son plus court rayon, ne permettant ainsi de livrer passage qu'à des calculs peu volumineux. C'est pour remédier à ce dernier inconvénient que Civiale a substitué à l'incision prostatique postérieure une double incision transversale (taille médio-bilatérale), et que Reliquet a proposé d'associer à l'incision médiane superficielle les débridements multiples de la prostate.

*Taille latéralisée.* — Pratiquée inconsciemment dès 1695 par Jacques de Beaulieu, dit frère Jacques, modifiée et améliorée par les travaux et les découvertes successives de Raw, de Garengoet et Perchet, de Cheselden, de Lecat, de frère Côme, la taille latéralisée doit à son manuel opératoire admirablement réglé d'être aujourd'hui encore une des méthodes de lithotomie les plus appréciées et les plus généralement mises en œuvre. Bien que de nombreuses modifications dans l'exécution de cette taille aient été proposées, et cela principalement par les chirurgiens étrangers, le procédé généralement usité en France n'est autre que celui que frère Côme employait en 1748.

Le patient étant dans la position ordinaire, les cuisses et les jambes fléchies et solidement maintenues par deux aides placés de chaque côté, le rectum ayant été préalablement vidé à l'aide d'un lavement, un gros cathéter cannelé (fig. 158) est introduit dans l'urèthre, la plaque de l'in-

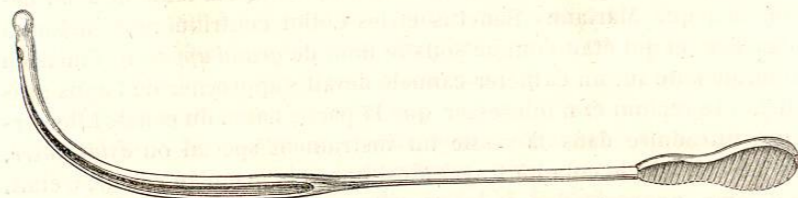


Fig. 158. — Cathéter cannelé.

strument dirigée vers l'aîne droite. Ce cathéter est confié à un aide qui, de sa main droite, le maintient absolument fixe dans la position que lui a donnée le chirurgien, tandis que de sa main gauche il relève les bourses, découvrant ainsi la région périnéale. Sur la moitié gauche de cette région, une incision oblique est alors pratiquée, commençant au niveau du raphé, à 3 centimètres de l'anus, et se terminant sur le milieu d'une ligne qui de l'anus irait aboutir à la tubérosité de l'ischion; cette inci-

sion doit être poursuivie dans la profondeur jusqu'à ce que l'index gauche introduit dans la plaie perçoive nettement, à travers la paroi de l'urèthre, la cannelure du cathéter. Tournant aussitôt le doigt, de manière que son bord radial soit en bas et sa face palmaire à droite, et engageant la cannelure du cathéter entre la pulpe et l'ongle, le chirurgien, de la pointe du bistouri, ponctionne la paroi uréthrale, fait à ce canal une ouverture de 8 à 10 millimètres, et par cette incision fait pénétrer dans la vessie l'instrument destiné à sectionner le col et la prostate.

Un certain nombre d'opérateurs se servent, surtout en Angleterre, pour pratiquer cette section profonde, d'un bistouri droit ou de l'instrument connu sous le nom de *gorgeret de Hawkins* (fig. 159); en France, on

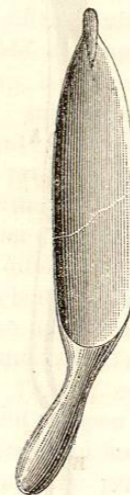


Fig. 159. — Gorgeret de Hawkins.

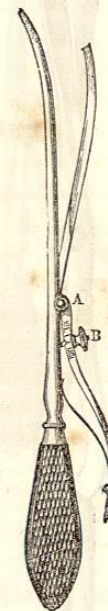


Fig. 160. — Lithotome de frère Côme.

emploie généralement à cet effet le *lithotome de frère Côme* (fig. 160), composé d'une lame coupante, cachée dans une gaine fenêtrée et pouvant, par une simple pression exercée sur une plaque métallique disposée le long du manche de l'instrument, en être écartée dans une étendue facile à préciser d'avance. Le lithotome, introduit dans la vessie à l'aide d'une manœuvre spéciale et en se guidant sur la cannelure du cathéter, est aussitôt placé dans une situation telle que son bord concave soit appliqué contre l'arcade pubienne du côté droit, et que sa lame tranchante soit dirigée dans le sens de l'incision des parties molles. Les choses étant en cet état, le chirurgien, saisissant à pleine main le manche de l'instrument, en fait saillir la lame, dont il a au préalable vérifié le degré