

à leur extrémité un bord tranchant (celui de HAWKINS entre autres, permettant d'agrandir en même temps l'incision (gorgéret cystotome). — Pour l'ex-

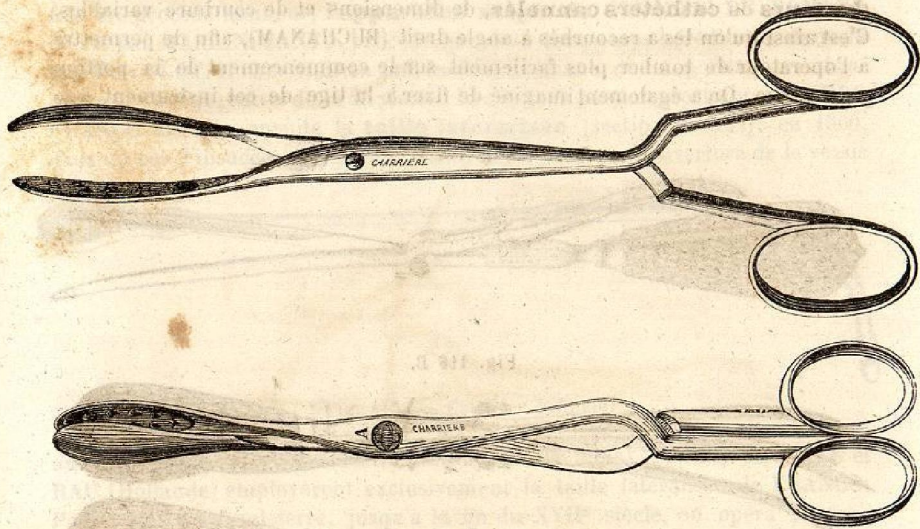


Fig. 147. — Tenettes droites.

traction du calcul on se sert, outre les pinces ordinaires, d'instruments construits spécialement dans ce but; ce sont les **tenettes** (fig. 147 et 148) dont les unes

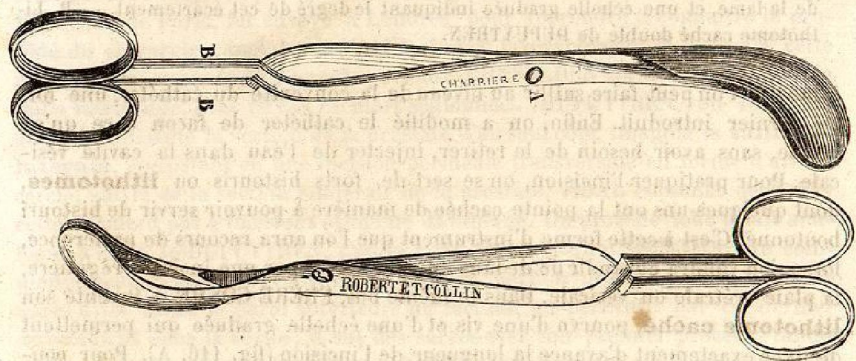
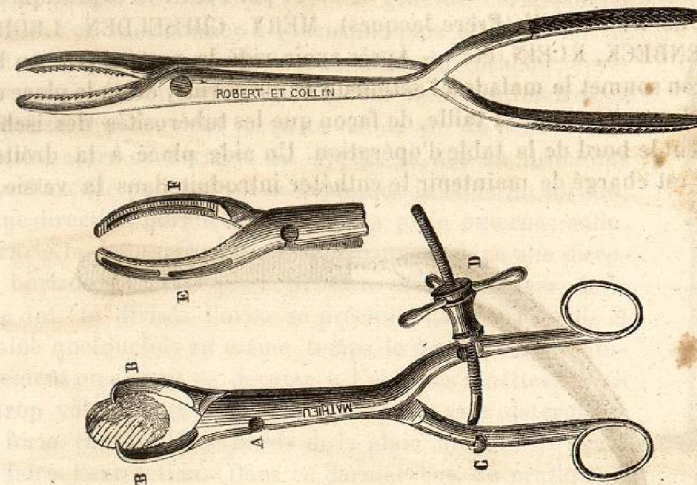


Fig. 148. Tenettes courbes.

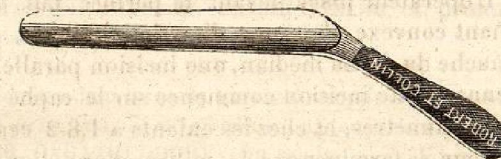
sont droites et les autres recourbées. Afin d'éviter toute contusion des bords de la plaie lors de l'ouverture de l'instrument, on s'est servi de tenettes à double croisement des branches (LEWKOWICZ). On en a construit de très grosses et d'une très grande force, destinées à broyer les calculs volumineux; d'autres sont pourvues d'un perforateur (BENEDIKT). — Pour l'extraction du calcul, on

se sert également de **cuirettes** de dimensions et de courbure variables. Lorsque la pierre est trop volumineuse pour pouvoir être retirée entière par la plaie,



\* Fig. 119. — Tenettes à broyer.

on la brise à l'aide d'un **lithotriteur** ou d'instruments construits spécialement dans ce but, les **lithofracteurs** ou **lithoclastes** (fig. 119), auxquels ne peu-



\* Fig. 120. — Gorgéret à bords mousses.

vent résister les calculs d'oxalates les plus durs. — Les grandes seringues employées autrefois pour le lavage de la vessie après l'opération, ont été remplacées par un irrigateur ou un entonnoir de HEGAR. Le meilleur procédé de nettoyage de la vessie consiste à injecter une solution phéniquée de 1 à 2 0/0, à l'aide d'une sonde introduite dans l'urètre, et à faire ressortir le liquide par la plaie.

§ 238. — Il existe un grand nombre de **procédés de lithotomie chez l'homme**; nous ne pouvons les décrire tous et nous nous contenterons d'insister plus particulièrement sur deux d'entre eux, à savoir la **taille latéralisée**, qui a été employée de préférence jusque dans ces derniers temps, surtout parce qu'elle permet de passer facilement à la taille bilatérale, et la **taille médiane** (MARIANI, ALLARTON) que nous considérons comme la plus recommandable. — Outre ces procédés, nous

décrivons encore brièvement la **taille hypogastrique** (épieystotomie) qui consiste à pénétrer dans la vessie au-dessus de la symphyse.

1. **Taille latéralisée.** Elle a été inventée par FRANCO et pratiquée par JACQUES BEAULIEU (Frère Jacques), MÉRY, CHESELDEN, LEDRAN, LANGENBECK, KLEIN, etc. — Après avoir vidé le rectum par un lavement, on soumet le malade à l'action du chloroforme, et on le place dans la position usitée pour la taille, de façon que les tubérosités des ischions dépassent le bord de la table d'opération. Un aide placé à la droite de l'opéré est chargé de maintenir le cathéter introduit dans la vessie, de

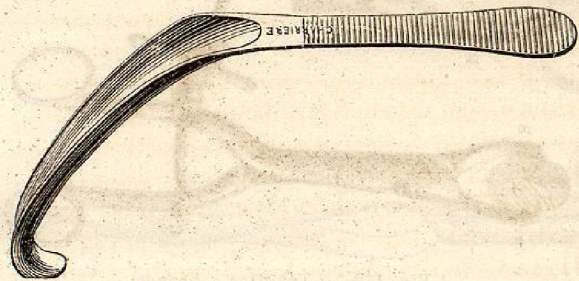


Fig. 121. — Gorgeret à crochet de BELMAS.

manière que la cannelure de l'instrument se trouve située sur la ligne de l'incision périnéale; en même temps de la main gauche il maintient le scrotum relevé. L'opérateur placé devant le périnée fait avec un fort bistouri à tranchant convexe, dans une direction oblique, et de préférence du côté gauche du raphé médian, une incision parallèle à la branche ischio-pubienne. Cette incision commence sur le raphé même, chez l'adulte à 2,7-3,3 centimètres, et chez les enfants à 1,8-2 centimètres en avant de l'anus, pour se terminer sur le milieu d'une ligne menée de l'anus à la tubérosité de l'ischion. On divise les tissus couche par couche; dans la profondeur on raccourcit un peu les incisions vers la partie inférieure de la plaie, et l'on continue ainsi jusqu'à ce qu'on sente à travers la portion membraneuse de l'urètre la cannelure du cathéter. On place alors l'ongle de l'index gauche, comme guide, en arrière du bulbe, sur cette cannelure dans laquelle on fait entrer la pointe du bistouri; puis on imprime à ce dernier un mouvement de va-et-vient de quelques lignes d'étendue, afin de s'assurer qu'il n'existe plus de parties molles entre la pointe de l'instrument et le cathéter. L'opérateur saisit alors lui-même le cathéter de la main gauche, et sans changer sa direction, le soulève légèrement de façon que sa concavité vienne s'appuyer contre la symphyse et que l'urètre s'éloigne davantage du rectum; il pousse alors le bistouri, la lame dirigée en arrière jusqu'au cul-de-sac qui termine la cannelure du conducteur, de façon à diviser aussi la prostate obliquement. Le col de la vessie lui-même se trouve quelquefois compris dans

l'incision. Pour ce temps de l'opération, on se sert aussi d'un bistouri boutonné ou du lithotome caché. Si l'on a recours à ce dernier, on place la vis au niveau du chiffre de l'échelle graduée correspondant à la largeur que l'on veut donner à l'incision; puis on introduit le lithotome fermé le long de la cannelure du cathéter, après avoir ouvert l'urètre sur une longueur de 2 centimètres, et l'on pousse l'instrument jusqu'au cul-de-sac du conducteur. On retire alors ce dernier, on appuie le dos du lithotome contre l'arcade pubienne et de façon que la lame, en sortant, ait une direction parallèle à celle de la plaie externe; enfin, on écarte la lame et l'on retire l'instrument dans une direction horizontale. Dès que la prostate et le sphincter de la vessie ont été divisés, l'urine se précipite hors de la plaie et entraîne quelquefois en même temps le calcul. Mais habituellement on extrait ce dernier à l'aide des tenettes, et s'il est trop volumineux pour pouvoir sortir sans déterminer une forte contusion des bords de la plaie, on le broie avant d'en faire l'extraction. Dans ce dernier cas, on pratiquera



avec le plus grand soin des lavages de la vessie, et l'on explorera plusieurs fois cette cavité, afin de s'assurer qu'il n'est pas resté des fragments de calcul. Des contractions spasmodiques de la vessie autour du calcul, l'état d'enkystement de ce dernier, le fait de l'avoir saisi dans son plus grand diamètre, sont autant de circonstances qui rendent souvent difficile et prolongent plus ou moins ce temps de l'opération.

On a décrit des cas dans lesquels le calcul remplissait la vessie d'une façon si complète, que l'on ne pouvait y introduire ni tenettes, ni lithotriteur (KERN, HINTERBERGER, CARATHÉODORY). On rendait alors l'incision bilatérale; un gorgeret était placé dans le rectum, afin de protéger la paroi postérieure de ce dernier, puis par la plaie de la prostate, on introduisait un bistouri jusque dans le col de la vessie, on plongeait sa pointe d'avant en arrière contre le gorgeret, et l'on divisait les tissus compris entre le col de la vessie et l'orifice anal. On pouvait alors facilement extraire le calcul.

Dans la taille latéralisée, l'hémorragie qui est parfois assez considérable, est due à la lésion de l'artère périnéale superficielle, de l'hémorroïdale inférieure et de l'artère transverse du périnée. Mais, en général, l'écoulement sanguin s'arrête spontanément ou à la suite de l'irrigation de la plaie avec de l'eau froide. En procédant comme nous l'avons dit, c'est-à-dire en divisant les tissus couche par couche, on parvient à lier facilement les vaisseaux qui donnent beaucoup de sang. Lorsque l'hémorragie ne s'arrête pas par l'application de la glace et que l'on ne réussit pas à lier les vaisseaux, on introduit dans la plaie, jusque dans la vessie, une grosse canule d'argent ou de gutta-percha, entourée d'une