

Cet aide occupera la gauche du malade, il doit fixer solidement le cathéter de la main droite, en même temps que de la main gauche il relève légèrement les bourses; il faut éviter de déplacer en avant et par tiraillement la peau du périnée.

Le cathéter doit être maintenu sur la ligne médiane, sa tige étant perpendiculaire à l'axe du corps. L'aide tient le cathéter immobile, il a soin de déprimer la face inférieure de l'urèthre pour rendre celle-ci plus accessible au doigt de l'opérateur.

Il faut bien surveiller l'aide qui tient le cathéter, car il a souvent de la tendance à diriger la tige presque parallèlement à la paroi abdominale; c'est pour mieux refouler l'urèthre en bas, et il est vrai de dire que l'instrument est ainsi mieux senti au périnée. Si la faute que je signale venait à être commise, il serait à craindre que le bec du cathéter ne sortit de la vessie, ce qui pourrait, par la suite, égarer les instruments qui doivent être conduits sur la rainure du cathéter jusque dans le réservoir de l'urine.

Tout est alors disposé pour exécuter convenablement le premier temps de l'opération. Avant cependant d'y procéder, il faut, pour éviter toute erreur et par convenance pour les assistants, faire constater par l'un d'eux que le cathéter est en contact avec le calcul. Tout récemment encore, j'ai vu un opérateur peu habitué exécuter toutes les manœuvres du premier

temps en prenant pour guide un instrument qui n'était point dans la vessie. On eût évité bien des contre-temps si l'on avait pris la petite précaution que je viens de recommander.

Premier temps de la lithotritie périnéale.

OUVERTURE DE LA VESSIE.

Pour exécuter le premier temps de la lithotritie périnéale, on fait immédiatement en avant de l'anus une incision restreinte, médiane, antéro-postérieure. L'incision a pour but l'ouverture de l'urèthre en arrière du bulbe, et consécutivement l'introduction du dilateur, qui seul doit creuser la voie destinée à réunir la cavité vésicale avec l'extérieur, au travers du col de la vessie demeuré intact.

L'incision a 2 centimètres maximum d'étendue, elle intéresse la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; elle commence à la muqueuse du pourtour de l'anus et se dirige en avant, suivant exactement le raphé périnéal (fig. 6). Il faut avoir un instrument dont la pointe et le tranchant soient irréprochables, car on pratique cette incision sur des téguments qu'il est difficile de bien tendre avec les doigts, d'autant plus qu'il est indispensable de ne pas déplacer la peau dans la crainte de changer les rapports entre les tissus superficiels et les couches profondes du périnée. Ai-je be-

soin de dire, qu'au préalable, la région ano-périnéale a été exactement débarrassée par le rasoir des nombreux poils qu'on y rencontre.

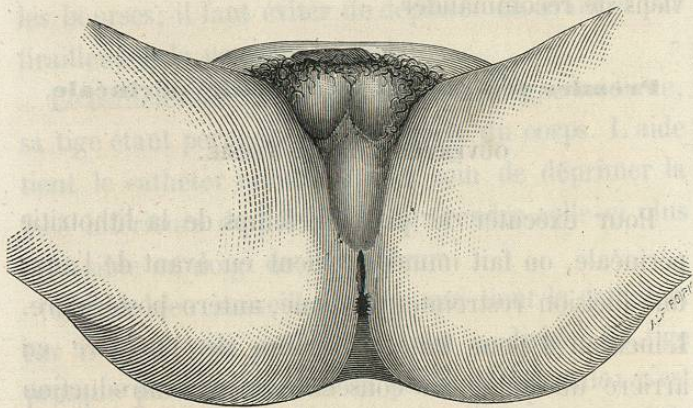


Fig. 6.

La peau étant incisée, il faut ouvrir avec le bistouri l'aponévrose qui ferme en bas le périnée. Cette nouvelle incision étant faite, le chirurgien peut avec le doigt indicateur gauche refouler les tissus, et il arrive facilement à engager le bord droit de la cannelure du cathéter dans l'intervalle qui sépare l'ongle de la pulpe digitale. C'est surtout dans l'angle postérieur de la plaie, c'est-à-dire le plus en arrière possible, au devant du rectum, qu'il faut refouler les tissus du périnée pour aller à la recherche de l'urèthre.

Quelques chirurgiens ont pensé qu'aborder l'urèthre dans le voisinage de l'anus et du rectum, c'était en définitive inciser le canal dans sa portion la moins

facilement accessible. Il y a dans cette manière de voir, je le crois du moins, une erreur qui a sa cause dans une notion anatomique mal interprétée.

Il est bien vrai que depuis la prostate, où les voies urinaires sont contiguës à l'intestin, il est bien vrai, dis-je, que le rectum se porte en arrière tandis que l'urèthre se porte en avant pour passer sous la symphyse pubienne; mais si l'urèthre et l'intestin interceptent par leur direction un triangle virtuel dont la base regarde le périnée, il est inexact de croire que relativement au périnée, plus on se rapproche de l'anus, plus l'épaisseur des parties molles qui séparent l'opérateur de l'urèthre est considérable; c'est tout le contraire. Si, en effet, l'urèthre se dirige en avant vers le pubis, il se porte en même temps en haut, d'où il résulte que la portion la plus accessible de l'urèthre, toujours au point de vue opératoire, n'est point en avant, mais bien en arrière, au voisinage de l'anus et du rectum.

Comme les anciens le disaient fort bien, c'est la portion la plus basse de l'urèthre qu'il faut intéresser dans le grand appareil; or cette portion la plus basse, c'est-à-dire la plus rapprochée de la peau du périnée, c'est la partie membraneuse du canal, celle qui est plus ou moins contiguë à la face antérieure de l'intestin. La voie prérectale est à la fois la plus sûre et la plus directe pour ouvrir la portion membraneuse de

l'urèthre sans blesser ni le bulbe ni les vaisseaux importants du périnée.

Lorsque, avec son doigt introduit profondément, le chirurgien est arrivé à percevoir la cannelure du cathéter, il fait sur son ongle, comme conducteur, une ponction de l'urèthre qu'on peut estimer à 5 ou 6 millimètres d'étendue.

Cette ponction de l'urèthre une fois faite et sans quitter le cathéter qu'il tient avec son ongle, le chirurgien substitue à la pointe du bistouri l'extrémité du dilateur. Cette petite manœuvre demande un peu de précaution et l'on arrive bientôt par la sensation du contact métallique à constater que les deux instruments sont dans un rapport immédiat.

Le moment n'est cependant pas encore venu d'introduire le dilateur jusque dans la vessie; il faut avant cela transformer la ponction qui a intéressé toute l'épaisseur du périnée depuis la peau jusqu'à l'urèthre, en un canal permettant l'introduction du doigt. La formation de ce canal se fait surtout par refoulement des tissus, mais elle entraîne une légère déchirure de l'urèthre. J'ai du reste démontré ailleurs que cette déchirure se réduisait et cela toujours uniformément de la même manière, à une prolongation de l'incision de l'urèthre depuis le point ponctionné jusqu'au sommet de la prostate exclusivement.

Il résulte de ce qui précède qu'il y a dans l'ouver-

ture de la vessie un premier temps qui consiste à faire la voie, depuis la peau jusqu'à l'urèthre (fig. 7). Pour bien exécuter cette manœuvre, il faut procéder de la manière suivante : Lorsque l'extrémité mousse du

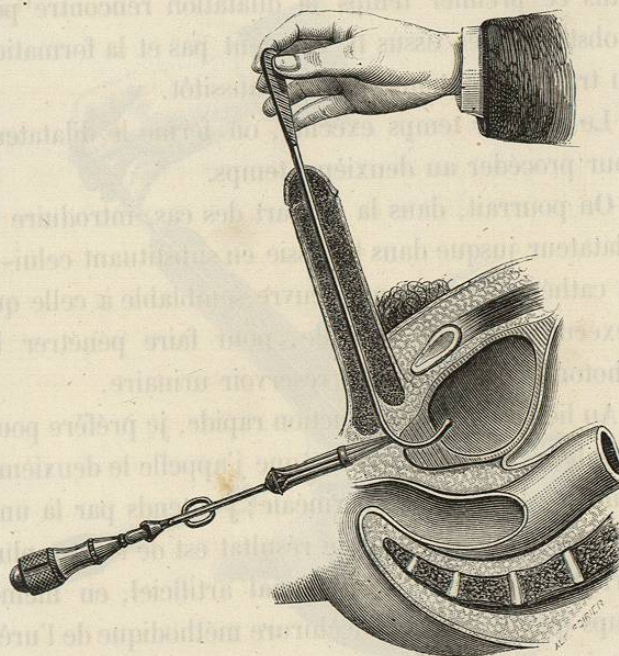


Fig. 7.

dilatateur a été placée dans la rainure du cathéter, on doit maintenir l'instrument fixe et dans une direction perpendiculaire au plan du périnée, puis pour éviter qu'il ne dévie pendant qu'on dilatera le trajet, il faut toujours presser fortement sur le cathéter. Il est indis-

pensable que le cathéter soit fixé exactement; l'instrument sert de point d'appui, et l'aide doit résister constamment à l'effort provenant de la dilatation.

L'instrument doit être développé lentement, quoique dans ce premier temps la dilatation rencontre peu d'obstacles; les tissus ne résistent pas et la formation du trajet est obtenue presque aussitôt.

Le premier temps exécuté, on ferme le dilatateur pour procéder au deuxième temps.

On pourrait, dans la plupart des cas, introduire le dilatateur jusque dans la vessie en substituant celui-ci au cathéter par une manœuvre semblable à celle qui s'exécute pendant la taille, pour faire pénétrer le lithotome jusque dans le réservoir urinaire.

Au lieu de cette introduction rapide, je préfère pour plus de sécurité exécuter ce que j'appelle le deuxième temps de la dilatation périnéale; j'entends par là une seconde manœuvre dont le résultat est de rendre plus parfaite la formation du canal artificiel, en même temps qu'elle assure la déchirure méthodique de l'urètre jusqu'à la pointe de la prostate exclusivement.

Voici en quoi consiste le deuxième temps: Le chirurgien, tout en maintenant de la main droite le dilatateur fixe et bien au contact du cathéter dont il occupe la rainure, le chirurgien, dis-je, prend la plaque du cathéter de la main gauche et abaisse cet instrument de telle façon que la tige, de perpen-

diculaire qu'elle était, par rapport à la paroi abdominale, ne forme plus un angle droit, mais bien un angle plus ouvert, de 130 à 140 degrés environ (fig. 8).

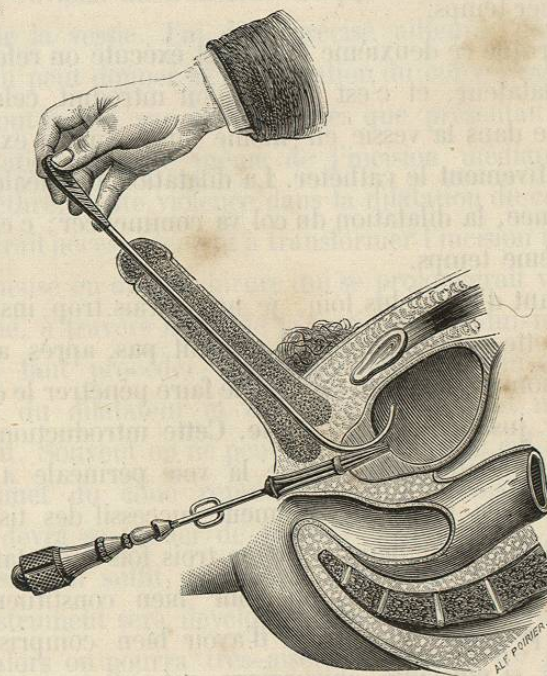


Fig. 8.

Le mouvement d'abaissement du cathéter a pour résultat de porter la pointe du dilatateur plus près du col de la vessie. En effet, le conducteur pénétrant davantage dans le réservoir de l'urine, le dilatateur ne quittant pas la cannelure, la pointe de ce dernier

doit nécessairement se rapprocher de l'orifice vésical.

Dans cette nouvelle situation des instruments on dilate de nouveau le trajet périnéal et l'on parfait, comme je l'ai déjà dit, la dilatation effectuée dans le premier temps.

Lorsque ce deuxième temps est exécuté on referme le dilatateur, et c'est alors qu'on introduit celui-ci jusque dans la vessie en même temps qu'on extrait définitivement le cathéter. La dilatation périnéale est terminée, la dilatation du col va commencer; c'est le troisième temps.

Avant d'aller plus loin, je ne saurais trop insister sur cette circonstance : il ne faut pas, après avoir ponctionné l'urèthre, essayer de faire pénétrer le dilatateur jusque dans la vessie. Cette introduction ne doit être tentée que lorsque la voie périnéale a été bien établie par le refoulement successif des tissus. Il faut faire agir deux et même trois fois le dilatateur en modifiant l'inclinaison pour bien constituer le trajet périnéal. C'est faute d'avoir bien compris les choses, si plusieurs chirurgiens ont pu avec raison déclarer que l'introduction du dilatateur était un temps difficile, sinon impossible de l'opération.

J'ai connaissance d'une opération dans laquelle le chirurgien incisa l'urèthre au moyen de l'instrument de Frère Côme, et cela pour faciliter l'introduction de mon dilatateur qu'il n'avait pu faire pénétrer dans la vessie.

Dans ce cas, c'était la dilatation du col succédant à la taille médiane membraneuse avec le lithotome, c'est-à-dire quelque chose de tout différent de l'opération que je recommande.

Je reviens au troisième temps, à la dilatation du col de la vessie. J'ai déjà précisé ailleurs l'étendue qu'on peut donner à la dilatation du col vésical, j'ai surtout insisté sur les difficultés que présentait cette dilatation à cause même de l'incision médiane de l'urèthre. Toute violence dans la dilatation du col exposerait nécessairement à transformer l'incision membraneuse en une déchirure qui se prolongerait vers la vessie, à travers le col de la vessie déchiré lui-même.

Il faut procéder très-lentement, et à l'introduction du dilatateur et à l'ouverture de cet instrument. Souvent on ne peut engager dans le col que le sommet du cône représenté par mon instrument, on devra se garder de pousser brusquement. Pour réussir, il suffit de dilater lentement, puis lorsque l'instrument sera développé à moitié on le refermera et alors on pourra très-aisément l'introduire jusque dans la vessie. On reprend ensuite et très-lentement la dilatation du col, en ayant soin de s'arrêter chaque fois qu'on éprouve une trop grande résistance; puis, lorsque le développement de l'instrument est complet, on extrait lentement le dilatateur dont les six branches sont demeurées écartées (fig. 9).

Je viens de dire qu'il fallait dilater très-lentement, j'aurais dû dire qu'on doit procéder suivant la résistance qu'on éprouve. Chez certains opérés, la dilatation se fait sans résistance notable, et la manœuvre s'exécute vite; chez d'autres, l'instrument est très-serré, et c'est avec les plus grands ménagements qu'on doit en écarter les branches.

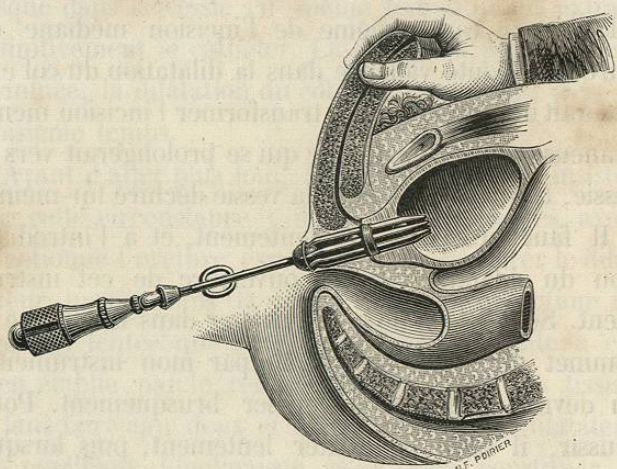


Fig. 9.

Pendant toute cette manœuvre le dilatateur touche fréquemment la pierre; cette sensation est du reste bonne à rechercher, elle confirme le chirurgien dans la régularité de ses manœuvres; il est important de savoir qu'une fausse route n'a pas conduit le dilatateur dans la profondeur du bassin, comme cela est

arrivé pour le lithotome dans certaines opérations malheureuses de taille périnéale.

Lorsque la dilatation du col de la vessie est terminée, avant de procéder au broiement du calcul, j'ai l'habitude d'introduire la petite tenette droite jusque dans le réservoir urinaire. Avec cet instrument peu volumineux on s'assure que la voie est libre; on peut saisir les calculs de grosseur moyenne, on peut même se renseigner sur la dureté de la pierre. Dans certains cas, j'ai pu saisir la pierre et l'extraire sans fragmentation (voy. obs. V et XVIII). Ce qui prouve en passant que je supprime la lithoclastie pour les pierres de 1 à 2 centimètres de diamètre. Dans d'autres cas, j'ai pu morceler des pierres assez volumineuses, composées de phosphates terreux très-friables (voy. obs. II, III et IV).

Le plus souvent, avec les petites tenettes on constate que la pierre est grosse, on ne peut la saisir; on s'assure qu'elle est très-dure, impossible d'écorner le calcul avec ces faibles pinces. Il faut, dans ces cas qui sont les plus nombreux, procéder à la lithoclastie.

Deuxième temps de la lithotritie périnéale.

LITHOCLASTIE.

L'opération que je préconise a pour base essentielle et principale la proposition suivante: le grand danger dans les opérations de taille périnéale, c'est l'extrac-