

d'exécuter la pression au moyen d'une vis de rappel, comme dans l'instrument de Franco.

On fera bien dans tous les cas, et telle est ma règle de conduite, d'avoir à sa disposition plusieurs casse-pierres, voir même le percuteur courbe, car la lithoclastie présentera toujours de réelles difficultés, et l'on ne saurait trop multiplier les ressources mécaniques pour assurer le succès tout en parant à l'imprévu.

Les différentes tenettes que je viens de faire connaître sont toutes des perfectionnements de l'instrument fait pour moi par Lüer, elles sont actuellement très-employées. Plusieurs auteurs en ont, à tort, accordé le mérite de l'invention à la maison Charrière; il n'en est rien. Néanmoins, Robert et Collin ont beaucoup fait pour les perfectionnements que je crois avoir apportés à la lithoclastie.

### Troisième temps de la lithotritie périnéale.

#### EXTRACTION.

Nous sommes maintenant en mesure de terminer ce qui a rapport à la description du manuel opératoire. Dans cet exposé, je réunirai le deuxième et le troisième temps de la lithotritie périnéale, c'est-à-dire le morcellement de la pierre et l'extraction successive des divers fragments.

Lorsque le trajet périnéal est bien complètement

constitué, voici comment il faut procéder. Le col est alors dilaté, néanmoins il faut bien se garder de porter le doigt jusque dans la vessie; j'ai dit ailleurs que cette exploration faite sans ménagement suffisait pour déchirer le col. Il faut cependant s'assurer que le trajet est libre; dans ce but, on introduit doucement la petite tenette n° 1, les cuillers regardant l'une à gauche, l'autre à droite. Une fois parvenue dans la vessie, on ouvre largement la tenette et, par un mouvement de rotation, on place l'une des cuillers dans le bas-fond; quelques petits mouvements permettent de saisir la pierre, ou bien on acquiert la certitude que le volume du calcul est considérable et que l'instrument est trop petit pour le fixer.

Si la petite tenette a pu prendre le calcul, c'est que celui-ci est peu volumineux au moins dans l'une de ses dimensions. La résistance qu'on rencontre à la pression renseigne tout de suite sur le degré de résistance de la concrétion; il faut une pierre très-molle pour qu'un instrument aussi faible puisse l'entamer.

Lorsqu'il s'agit par hasard d'une très-petite pierre, ou bien encore de fragments consécutifs à une lithotritie uréthrale qui n'a pu être continuée, cette petite pierre ou ces fragments peuvent être extraits immédiatement. La tenette est si délicate, qu'elle ne peut ramener que des concrétions peu volumineuses. Dans tous les cas, il faut franchir le col avec ménagement,

lentement, pour s'assurer si la pierre peut être extraite sans déchirure du col ou si elle doit être abandonnée momentanément pour être ensuite fragmentée.

Lorsque les divers renseignements que je viens d'énumérer ont été fournis au chirurgien par l'exploration avec la petite tenette, on procède à la fragmentation, on exécute la lithoclastie.

J'ai pour habitude d'employer mon casse-pierre, mais comme je l'ai dit plus haut, j'ai toujours à ma

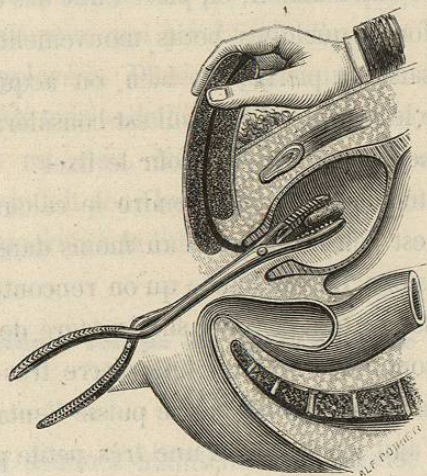


Fig. 23.

disposition des tenettes variées, et même un brise-pierre conformé comme celui de Heurteloup, mais plus court et plus volumineux.

Le casse-pierre doit être bien graissé et introduit

lentement; la voie est encore peu libre et il faut éviter les fausses routes, les contusions du col. Cette première introduction demande beaucoup de ménagements, elle est aussi délicate dans son exécution qu'elle devient facile pendant le cours de l'opération (fig. 23).

On rencontre ordinairement la pierre tout de suite. Il faut se rappeler que l'instrument ne permettant pas de fixer le calcul à cause de la disproportion qui existe entre ses branches et les dimensions présumées de la pierre, il convient d'attaquer franchement la concrétion avec le bec du casse-pierre afin de la détruire, de la gruger par une action d'autant plus efficace que les tentatives se sont multipliées. C'est une œuvre de patience, il faut y mettre du temps et se bien garder des mouvements brusques.

Lorsque, par une série de pressions, on a acquis la certitude que le calcul a déjà été écorné à plusieurs reprises, ou bien encore que la pierre a été éclatée en totalité, il faut retirer le casse-pierre et introduire de nouveau la petite tenette. Les fragments moyens, les débris de toutes sortes seront successivement extraits; de plus, on s'assurera facilement qu'il reste encore des fragments assez gros pour ne pouvoir pas franchir le col; ces derniers devront nécessiter une nouvelle intervention du casse-pierre.

C'est par une série de fragmentations et d'explora-

tions suivies elle-mêmes d'extractions qu'on arrive à débarrasser définitivement la vessie. Pendant toutes ces manœuvres, il est bon et pour écarter les parois vésicales et pour déplacer les fragments calculeux, il est bon, dis-je, de faire de temps en temps des injections froides dans l'intérieur de la vessie. Ces injections seront faites par le périnée au moyen d'une seringue à anneaux sur laquelle on aura adapté une grosse sonde de gomme, ou bien encore une sonde volumineuse de caoutchouc vulcanisé.

Je dirai en passant et à propos des injections, qu'il faut abandonner cette idée, d'ailleurs très-répondue, que des irrigations peuvent avoir pour résultat d'entraîner les débris calculeux, et par suite, de débarrasser la vessie. Il n'en est rien, l'injection la mieux faite ressort sans entraîner la moindre parcelle de pierre ; il est donc inutile de multiplier des tentatives qui seraient au moins inutiles si en se renouvelant elles ne devenaient dangereuses.

Je le répète, il faut n'employer les injections que comme un moyen de faciliter la manœuvre des instruments ; elles modèrent l'hémorrhagie et rendent certains fragments plus accessibles.

Pour en revenir à la fragmentation de la pierre, je dirai que cette manœuvre s'est beaucoup simplifiée depuis que je me sers du casse-pierre que j'ai définitivement adopté (voy. fig. 21 et 22). Dans l'origine, il

fallait toujours introduire plusieurs fois la tenette pour arriver à la destruction complète de la pierre ; actuellement, le porte-à-faux que j'emploie est si heureusement calculé qu'il suffit de saisir la pierre une ou deux fois pour la démolir en quelque sorte et pour la convertir en un grand nombre de petits fragments.

Dans une observation récente, j'ai saisi une seule fois la pierre et, par la simple pression, j'ai donné naissance à cinquante-trois fragments, tous plus ou moins petits et qui ont pu être extraits successivement jusqu'à libération complète de la vessie.

Il ne faut pas quitter le malade sans s'être bien assuré qu'il ne reste plus rien dans sa vessie ; on doit faire une série d'explorations terminales, multipliées et variées. Il faut, dans ces recherches, avoir recours successivement à la petite tenette droite, à la petite tenette courbe, à la curette, au bouton, en même temps qu'on multiplie les injections intra-vésicales.

Je donne le conseil très-affirmatif de ne jamais terminer l'opération sans avoir au préalable exploré la vessie au moyen d'une sonde métallique à petite courbure introduite par l'urèthre. Le cathétérisme régulier m'a permis, dans plusieurs circonstances, de constater l'existence de petits débris calculeux qui m'avaient échappé, quoique les recherches par le périnée eussent été aussi multipliées que je viens de le recommander.

Tandis que la sonde est encore dans la vessie, on peut faire une injection et explorer simultanément avec le bouton introduit par la plaie périnéale.

L'opération terminée, l'écoulement du sang qui était peu abondant cesse complètement, et il suffit de nettoyer le malade pour qu'il ne soit, en quelque sorte, plus question de la grave opération qu'il vient de subir.

Ici se présentent plusieurs questions importantes de pratique que l'expérience me permet de résoudre ; les résultats ont été assez constants et assez uniformes pour que je puisse me prononcer affirmativement.

Voici quelles sont ces questions : Faut-il faire un pansement de la plaie ? Faut-il laisser une sonde à demeure soit dans les voies naturelles, soit dans la voie accidentelle créée dans l'épaisseur du périnée ?

Lorsque le malade a été replacé dans son lit, les cuisses rapprochées, les jambes demi-fléchies sur un coussin qui supporte les jarrets, quand toutes ces conditions sont réunies, on peut s'assurer qu'il n'y a plus de plaie apparente ; les deux lèvres de la boutonnière sont en contact, et si n'était le passage de l'urine qui doit accompagner la première miction, on serait presque en droit d'attendre une réunion par première intention. Je dirai plus loin deux mots de cette tentative de réunion immédiate, mais ce que je viens de

relater suffit pour démontrer que la plaie qui résulte de la lithotritie périnéale cessant immédiatement d'être une plaie exposée, toute espèce de pansement n'aurait pas sa raison d'être et serait par cela même irrationnel. L'urine devant nécessairement mouiller les pièces du pansement, il faudrait renouveler celui-ci, ce qui entraînerait beaucoup de fatigue pour l'opéré.

Ma pratique est la suivante : après avoir placé le malade, ainsi que je l'ai dit plus haut, le siège reposant sur une alèze de caoutchouc vulcanisé (chacun sait combien ce tissu est doux et surtout combien il est facile d'en entretenir la propreté), au niveau de la rainure périnéale, là où se trouve la plaie, je place une éponge fine soutenue par une serviette.

Dans ces conditions, rien n'est facile comme d'observer ce qui se passe ; dans cette intention on doit examiner de temps en temps l'éponge et voir si elle est souillée soit par du sang, soit par des urines. Pendant toute la durée de la cure, il suffit de tourner le malade sur le côté pour être en mesure d'examiner la plaie, de laver les téguments voisins ; rien n'est simple comme de tenir la région dans un état complet de propreté et de sécheresse presque absolue.

Le malade peut prendre cette position latérale même pour se reposer, et il n'y a pas lieu de redouter que les mouvements puissent nuire à la cicatrisation de la petite plaie. Il suffit d'aider l'opéré, de le pousser

doucement pour le faire rouler insensiblement d'un côté sur l'autre.

Après chaque miction, et surtout après les garde-robes, il faut laver le siège, puis essuyer et poudrer toute la région.

Je reviens maintenant à la question de la sonde à demeure. Lors de ma première opération, celle dont l'observation se trouve publiée dans mon livre, je crus devoir persister dans une pratique que j'avais adoptée après la taille médiane; cette pratique consistait à fixer une sonde dans la plaie pendant les vingt-quatre premières heures. Après ma première lithotritie périnéale je fixai donc une sonde dans la plaie; mais je fis cette remarque, que le corps étranger provoqua chez mon malade plus de douleur qu'on n'en observe habituellement. L'utilité d'empêcher le passage de l'urine sur une plaie à peine vive ne me paraissant pas absolument démontrée, lors de ma deuxième opération, je laissai couler les urines volontairement.

J'ajouterai qu'après la taille les urines coulent involontairement, tandis qu'après la lithotritie périnéale les urines sont gardées et ne sortent que par intervalles. La sonde n'ayant pas l'avantage de guider d'une façon incessante l'écoulement de l'urine, elle pourrait avoir pour inconvénient d'irriter la plaie et de provoquer du ténésme vésical.

Chez mon deuxième opéré, les choses se passèrent

aussi simplement que la première fois, et le jour même de l'opération une partie des urines put sortir par les voies naturelles. Depuis cette époque, je n'ai plus laissé de sonde à demeure et, dans tous les cas, j'ai pu constater que la miction se faisait facilement, partie par la plaie, partie par le canal naturel.

D'après ce qui précède, je donne le conseil de laisser les malades sans pansement et sans sonde à demeure dans le trajet périnéal. Reste à décider la question de la sonde fixée dans les voies naturelles.

J'ai quelques raisons de supposer que si une sonde de gomme pouvait séjourner plusieurs jours dans l'urèthre sans déterminer aucun inconvénient, on éviterait l'issue de l'urine par le périnée et que l'on obtiendrait probablement une guérison plus rapide. Je n'ai point essayé, je ne puis donc juger que théoriquement. En suivant la pratique dont je viens de parler, je craindrais que l'urine ne s'écoulât involontairement de la vessie par la plaie, à la faveur de la sonde qui tiendrait béant le col de l'organe. J'ai surtout peur, en laissant une sonde, de voir celle-ci s'oblitérer, et rien ne serait fâcheux comme les efforts de miction que cet incident pourrait entraîner.

Sur deux de mes opérés (voy. obs. 19 et 20) dont la vessie inerte exigeait depuis plusieurs années l'usage absolu du cathétérisme évacuatif, j'ai fait des remarques qui m'ont paru intéressantes et qui seraient de

nature, si les observations se multipliaient, à modifier un peu ma pratique à la suite des opérations de lithotritie périnéale.

Les deux opérés auxquels je viens de faire allusion ont, dans les heures qui suivirent l'extraction de la pierre, partagé le sort commun à tous mes malades; ils ont gardé leurs urines, et après un temps variable, le besoin d'expulsion s'est fait sentir. L'un d'eux, homme énergique, a passé lui-même sa sonde et, comme d'habitude, il a vidé sa vessie; l'autre a été sondé par l'interne qui le surveillait. Chez ces deux malades, le cathétérisme a été répété tout le temps de la cure, l'urine n'a jamais traversé le trajet périnéal; aussi la cicatrisation a-t-elle été très-rapide. Chez l'un, la plaie était fermée extérieurement dès le lendemain de l'opération, et elle ne s'est pas ouverte depuis. Chez l'autre, la cicatrisation cutanée a demandé quatre ou cinq jours.

On a pu constater, chez ces deux opérés, que la cicatrisation du trajet se faisait régulièrement, seulement la petite suppuration qu'elle entraîne sortait par l'urèthre au moment du sondage.

J'ai l'espoir que la guérison sera très-favorisée toutes les fois qu'après l'opération on pourra, sans inconvénient, pratiquer régulièrement le cathétérisme et empêcher ainsi le passage de l'urine par la plaie.

Cette direction particulière de la cure suppose bien

des conditions qui, malheureusement, ne se rencontreront pas souvent réunies. Un canal libre, peu sensible, peu contractile, un malade auquel le passage de la sonde ne donne pas la fièvre, enfin une main étrangère ou celle du malade assez habituée pour faire passer l'instrument sans se fourvoyer dans la plaie, telles sont les conditions qui, je le répète, sont difficiles à réunir; mais toutes les fois que cela sera possible, il faut saisir l'indication comme un moyen de simplifier et d'abrégé les suites opératoires.

En résumé, la pratique générale que je recommande consiste à abandonner la cure aux seuls efforts de la nature; il faut surveiller le malade, comme après toutes les opérations chirurgicales, saisir et remplir les indications qui pourraient se présenter; c'est surtout dans les soins de propreté excessive que réside la sauvegarde de l'opéré.