

s'est assuré que les deux instruments sont en contact, on pousse le gorgeret jusque dans la vessie, en ayant soin de ne pas abandonner la rainure du cathéter, et l'on incise de dehors en dedans le côté gauche de la prostate et le col de la vessie. On voit, *a, b, c, d, e*, plusieurs modifications que Desault, Dorsey, Scarpa et Abernethy ont fait subir au gorgeret de Hawkins. Nous avons représenté, *f*, un gorgeret dilatateur à double branche (*fig. 670*).

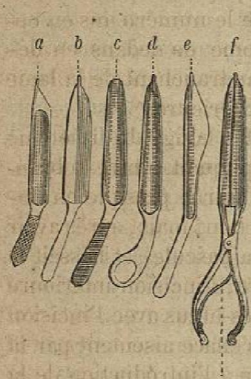


Fig. 670.

*Procédé de frère Côme.* Le procédé de frère Côme consiste à introduire dans la vessie, par la plaie faite au périnée, un instrument dont la lame, *b*, est renfermée dans une tige *c* (*fig. 672*), d'où le nom de *lithotome caché* qui lui a été donné. La lame de cet instrument s'écarte par la pression qu'on exerce sur une bascule *l, m* (*fig. 672, 673*), située à l'autre extrémité. Le manche *j, k*, taillé à six pans inégaux, s'articule avec la tige de réception en *h, i*, de manière à pouvoir tourner sur son axe, et il est fixé par un ressort, *f, g*. Sur les pans sont gravés les chiffres : 5, 7, 9, 11, 13, 15 (*fig. 673, 674*), qui correspondent à des degrés variables d'écartement de la lame, depuis 0<sup>m</sup>,01 jusqu'à 0<sup>m</sup>,03, de manière à ce qu'on puisse proportionner l'étendue de l'incision au développement du sujet et au volume de la pierre. M. Charrière a modifié le lithotome caché en faisant dépendre le degré d'écartement de la lame d'un bouton curseur *n, o* (*fig. 671, 672*), dont le talon appuie sur la tige. Il a également terminé en pointe mousse l'extrémité de la lame, afin d'empêcher la lésion du bas-fond de la vessie, accident arrivé à un savant chirurgien. Le lithotome avait été introduit trop profondément dans la vessie, et avait été ouvert alors que le manche en était trop élevé. La lame, poussée dans une

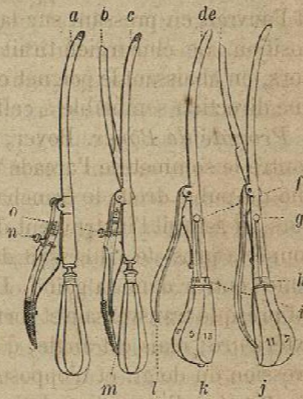


Fig. 671. 672. 673. 674.

fausse direction, avait été portée beaucoup trop bas. Frère Côme, après avoir fait l'incision extérieure comme dans les procédés précédents et avoir ouvert la portion membraneuse de l'urèthre, y introduisait son lithotome caché, qu'il dirigeait jusque dans la vessie à l'aide de la rainure du cathéter saisi de la main gauche et abaissé de manière à embrasser la concavité du pubis. Quand le lithotome était parvenu dans la poche urinaire, il retirait le cathéter, plaçait son instrument le dos appuyé contre la symphyse du pubis droit, et l'ouvrait en pressant sur la bascule contre le numéro mis en opposition. Le chirurgien tirait à lui le lithotome de dedans en dehors, en abaissant le poignet et en donnant au tranchant de la lame une direction semblable à celle de la plaie extérieure.

*Procédé de Boyer.* Boyer, au lieu de porter la tige du lithotome contre le sommet de l'arcade pubienne, l'appliquait contre la branche du pubis droit, le tranchant de la lame tourné presque en dehors, et retirait l'instrument dans cette direction; mais, après avoir coupé la prostate, il cessait de presser sur la bascule, et laissait la lame rentrer dans sa gaine. De cette manière, l'incision intérieure est presque transversale et forme un angle très-obtus avec l'incision extérieure; mais cet angle, d'après Boyer, s'efface aisément par la pression du doigt, et n'oppose aucun obstacle à l'introduction de la tenette et à l'extraction de la pierre. Cette modification avait pour but d'éviter plus sûrement le rectum, sans exposer, disait-il, à la blessure de l'artère honteuse.

*Procédé de Thompson et de Dupuytren.* Thompson et Dupuytren ont proposé, dans le même but, d'inciser la prostate directement en haut vers le pubis avec le lithotome caché; cette modification, ne divisant la prostate que dans son plus petit rayon, et ne permettant par conséquent que l'extraction de très-petits calculs, était irrationnelle et n'a pas été acceptée.

*Appréciation.* Le petit et le grand appareil, la taille latérale, les procédés de frère Jacques, Raw, Cheselden, Garengéot, Pouteau, Guérin et Ledran, soit aujourd'hui abandonnés. Le procédé de Hawkins, presque généralement adopté en Angleterre et en Allemagne, offre pour avantage d'éviter le rectum, l'artère honteuse et la transverse du périnée. En France, on lui reproche d'exposer, par la force qu'il exige pour vaincre la résistance des parties, à la perforation de la paroi postérieure de la vessie, dont le col peut être aussi séparé du pubis. Les incisions faites par le gorgeret sont en outre très-variables, selon le degré de constriction des tissus. Le procédé de frère Côme est d'une exécution plus facile et plus sûre. Mais si l'on veut éviter la blessure du rectum, celle de l'artère honteuse interne et du bas-fond de la vessie, la division trop large

du col vésical et l'incontinence d'urine qui en est la suite, il faut s'exercer au maniement du lithotome caché, savoir anatomiquement les périls dont on est entouré, et la manière de s'en préserver par une direction rationnelle de l'instrument. Il faut enfin apprécier avec exactitude le degré de constriction des parties, afin de donner à l'écartement de la lame une étendue relative. L'incision terminée, on introduit dans la plaie un gorgeret mousse, comme nous allons l'exposer en décrivant avec tous les détails nécessaires le procédé en usage aujourd'hui. Le professeur Roux avait adopté le procédé de Hawkins, et s'en louait. La modification de Boyer a donné à ce chirurgien d'incontestables et brillants succès; mais quoi qu'il en ait dit, elle expose à la lésion de la honteuse interne.

**Manuel opératoire de la taille latéralisée.** Après avoir exposé les diverses méthodes et les principaux procédés de la taille périnéale, nous croyons utile de revenir sur quelques dispositions pratiques particulièrement relatives, il est vrai, à la taille latéralisée, mais également applicables aux autres tailles.

Avant l'opération, il faut s'occuper de la préparation du malade, évacuer le rectum par des lavements pris la veille et le jour même, et faire raser le périnée.

**Saison.** Les anciens lithotomistes choisissaient le printemps pour leurs opérations, et ils attendaient que les malades souffrissent plus ou moins vivement de la présence de leur calcul. Autrement ils remettaient la taille à un temps plus éloigné, disant que la pierre n'est pas *mûre*. Nous croyons cette conduite très-rationnelle et très-habile, et on en trouvera les raisons à notre chapitre des amputations immédiates retardées (t. I, p. 339).

L'appareil instrumental se compose : 1° de bandes de laine ou de toile pour attacher le malade; 2° de cathéters, dont on choisit les plus volumineux, proportionnés à l'âge et aux dimensions des organes; 3° de sondes d'argent et de gomme élastique; 4° de bistouris droits, convexes et boutonnés; 5° du lithotome de frère Côme ou de celui de Dupuytren, suivant l'espèce de taille qu'on veut pratiquer; 6° d'un gorgeret mousse et de l'instrument appelé *curette* ou *bouton*; nous employons en outre une lige d'acier,

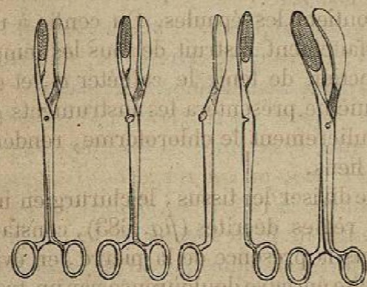


Fig. 675. Fig. 676. Fig. 677. Fig. 678.

dont l'extrémité, de 0<sup>m</sup>,01 environ de longueur, est recourbée un peu au delà de l'angle droit, pour servir à ébranler et à détacher les calculs adhérents; 7° des tenettes, espèces de pinces destinées à extraire le calcul: droites (fig. 675, 676, 679), et courbes (fig. 678, 680, 681, 682); les deux branches en sont maintenues par un clou vissé (fig. 679, 680), ou elles s'articulent à la manière des forceps (fig. 681, 679, 680); 8° on prépare aussi un ou plusieurs brise-pierre; 9° un litholabe, un percuteur d'Heurteloup; 10° une seringue à injection, garnie d'un tube long

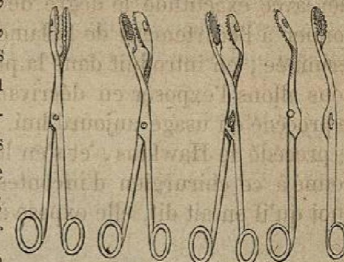


Fig. 679. Fig. 680. Fig. 681. Fig. 682.

de 0<sup>m</sup>,2 et terminé par une olive percée en arrosoir; 11° de la charpie, des compresses et un bandage en T double; 12° une canule à chemise pour arrêter les hémorrhagies.

**Position du malade et des aides.** Placé sur le dos, la tête et les épaules un peu relevées, le périnée faisant saillie au delà du bord du lit, le malade est contenu au moyen des bandes de laine ou de toile; on plie les lacs en deux, et l'on fait dans le milieu de chacun un nœud coulant avec lequel on étroit les poignets. Les cuisses et les jambes sont fléchies sur le bassin, et les quatre derniers doigts de la main appliqués sous la plante des pieds, le pouce au-dessous de la malléole externe; on exécute avec le lacs une série de huit de chiffre, qu'on termine par un nœud à rosette placé sur le dos du pied *f* (fig. 684). Le malade lié, on charge deux aides de maintenir les cuisses et les jambes en appliquant une main *m*, *e*, sur le cou-de-pied, et l'autre, *o*, *d*, sur la partie interne du genou; un troisième aide *c* soutient les épaules. On confie à un quatrième, qui devra être parfaitement instruit de tous les temps de l'opération, l'importante fonction de tenir le cathéter *a*, et de relever les bourses *b*; un cinquième présentera les instruments *g*, *h*. Les anesthésiques, et particulièrement le chloroforme, rendent aujourd'hui inutile l'usage des liens.

**Manuel opératoire.** Avant de diviser les tissus, le chirurgien introduit le cathéter suivant les règles décrites (fig. 683), constate et fait constater par les assistants la présence de la pierre, en évitant toutefois de faire répéter cette épreuve douloureuse par un trop grand nombre de personnes. On incline la plaque du cathéter vers l'aine droite du malade, et on le confie à l'aide qui doit le maintenir fixé dans cette position *a*; après ces préparations, l'opérateur, placé entre les jambes du malade, le genou droit *k* en terre, tend