

la peau entre les doigts de la main gauche *j, n*, et fait avec la main droite *i*, armée d'un bistouri convexe, une incision au côté gauche du périnée, commençant sur le raphé, à 0<sup>m</sup>,03 environ au-dessus de l'anus, et se terminant à la réunion du tiers externe et des deux tiers internes d'une ligne droite qui s'étendrait de cet orifice au sommet de la tubérosité de l'ischion. L'opérateur divise ensuite

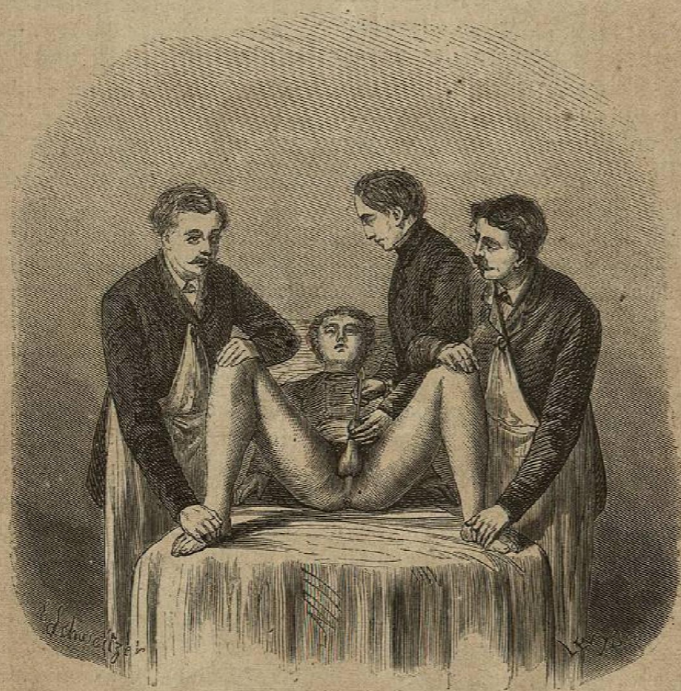


Fig. 683.

tous les tissus jusqu'à l'urèthre, en se guidant sur la cannelure du cathéter, dont la situation est reconnue par le doigt indicateur gauche porté dans la plaie, le bord radial en bas, et par le bord interne de la cannelure placé entre la pulpe digitale et l'ongle. Le chirurgien, armé d'un bistouri droit, tenu comme une plume à écrire, le conduit à plat sur cet ongle, en fait pénétrer la pointe dans la rainure du cathéter, et divise les parois de l'urèthre en arrière ou sur le côté du bulbe, dans une étendue de 0<sup>m</sup>,01 à 0<sup>m</sup>,02, sans cesser de maintenir les deux instruments en contact immédiat.

On remplace alors le bistouri par le lithotome caché, dont la

pointe est conduite sur l'ongle de l'indicateur, maintenu dans la même position. Ce lithotome, ordinairement armé au n° 9 (0<sup>m</sup>,018), est tenu de la main droite, les quatre derniers doigts placés en dessous du manche, le pouce en dessus et le doigt indicateur allongé sur la tige. L'opérateur présente la concavité en haut, et quand il s'est assuré du rapport immédiat des deux instruments, il prend



Fig. 684.

de la main gauche le cathéter, qu'il abaisse et qu'il fait basculer de manière à en porter la concavité contre l'arcade du pubis, pendant que de la main droite il fait glisser sur la cannelure le lithotome jusque dans la vessie. Dès qu'il y est parvenu, il imprime au lithotome un mouvement de rotation pour le séparer du cathéter,



qu'il retire. Arrivé à ce temps de l'opération, le chirurgien presse horizontalement la concavité de la tige du lithotome contre la branche droite du pubis, appuyée sur la bascule pour dégager la lame en même temps qu'il en abaisse un peu le manche, tire à lui l'instrument dans la direction de la plaie extérieure, et laisse rentrer la lame dans la gaine aussitôt que la prostate et les chairs profondes ont été divisées.

*Extraction du calcul.* L'incision qui doit donner passage au calcul étant terminée, on porte le doigt indicateur gauche dans la vessie pour s'assurer du volume, du nombre, de la position, du degré de fixité ou de mobilité des calculs, et pour guider le gor-

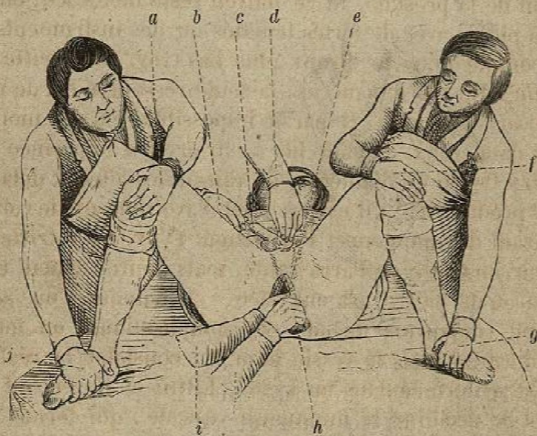


Fig. 685.

geret. Ce dernier appuyé fortement vers l'anus sert à conduire les tenettes dans la vessie; on aura soin de les introduire de champ et leurs surfaces lisses en rapport avec les bords de l'incision. Les tenettes étant parvenues dans la poche urinaire, on retire le gorgere; on dirige ensuite l'une des branches de la tenette en haut et l'autre en bas, vers le bas-fond de la vessie, siège ordinaire du calcul. On saisit chaque branche avec une main, on les écarte avec lenteur, et l'on cherche à faire glisser une des cuillers au-dessous du corps étranger. Quand on a trouvé et chargé la pierre, si le degré d'écartement de la tenette est médiocre, on procède immédiatement à son extraction. On peut tenir l'instrument comme des ciseaux; mais si l'on éprouve quelque résistance, on place le pouce et l'annulaire de la main droite *h* dans les anneaux; la main gauche *i* (fig. 685) saisit les branches près de la plaie, les quatre doigts dessous et le pouce dessus, et on leur imprime de légers

mouvements d'élévation et d'abaissement pour en dégager les mors, que l'on appuie toujours en arrière vers l'anus, sens où l'ouverture du petit bassin est la plus large, et où la plaie se laisse distendre le plus facilement. L'extraction de la pierre offre souvent de très-grandes difficultés: si le calcul est profondément engagé dans le bas-fond de la vessie, il faut avoir recours aux tenettes courbes; d'autres fois on l'a saisi par son plus grand diamètre, et il convient de le laisser échapper pour le charger plus favorablement, ou en changer la position avec l'extrémité du bouton. Il peut arriver encore que les obstacles tiennent au volume du calcul; dans ce cas on pratique avec le bistouri boutonné une seconde incision sur le côté droit de la prostate. Si ce moyen reste inefficace, on tâche de briser la pierre avec de fortes tenettes ou des instruments lithotritteurs, comme nous le dirons plus bas (voy. *Lithotritie uréthro-périnéale*). En cas d'insuccès, la seule ressource est de recourir à la taille sus-pubienne. Il paraît impossible, ou du moins extrêmement dangereux, de chercher à extraire par le périnée un calcul de 0<sup>m</sup>,05 à 0<sup>m</sup>,06 de diamètre, en raison des affreux délabrements que l'on produirait, et il est essentiel d'avoir mesuré le volume de la pierre avant de commencer l'opération. (Voy. *Lithotritie*).

Une circonstance embarrassante, mais heureusement très-rare, est celle où la pierre est enkystée, enchatonnée ou adhérente. Quand on soupçonne une de ces complications, on introduit le doigt indicateur dans la vessie pour en constater la réalité. Si la pierre est renfermée dans un kyste, Littré et Boyer ont conseillé d'user et de déchirer la muqueuse vésicale, qui forme le kyste, avec les mors des tenettes. Il serait moins dangereux d'inciser cette membrane avec un bistouri boutonné. Si le calcul est simplement enchatonné et adhérent, on cherche à l'ébranler et à l'amener au dehors avec une tige d'acier recourbée. Lapeyronie vit périr un de ses malades d'hémorrhagie pendant de semblables tentatives; ce serait le cas de débrider l'ouverture d'enveloppe avec un bistouri boutonné ordinaire, droit ou courbe, ou les bistouris de Pott et de A. Cooper. Pour rendre cette opération plus facile, Desault avait proposé un instrument spécial qu'il appelait *coupe-bride*, et qui a été abandonné.

La branche femelle du percuteur d'Heurteloup nous paraît appelée à rendre de très-bons services dans de pareilles circonstances. Comme elle est coudée à angle presque droit et assez mince, on la fait glisser sur un des côtés du calcul, que l'on fait ensuite basculer avec beaucoup de force et de facilité.

Les calculs composés de phosphate ammoniaco-magnésien ont souvent peu de consistance, se développent dans une vessie malade