

et adhèrent très-fortement à la membrane muqueuse, de manière à ne pouvoir en être séparés immédiatement. Dans ce cas, les incrustations calcaires se détachent plus tard et reforment un nouveau calcul, très-facile à extraire avec les instruments de lithotritie. M. Sédillot a rencontré ce genre de complication sur un de ses collègues et amis, qui est resté parfaitement guéri.

Il faut examiner la pierre après en avoir opéré l'extraction. Si elle présente une surface inégale et raboteuse ou des surfaces lisses sans facettes, on peut présumer qu'elle est unique; si elle offre des surfaces régulières et à facettes, il est vraisemblable qu'il existe plusieurs calculs. Le doigt indicateur et le bouton servent à s'en assurer, et l'on doit en débarrasser complètement la vessie. Quelquefois la pierre ou les pierres sont si molles qu'elles se brisent entre les mors des tenettes, et les morceaux en sont difficiles à saisir. Dans ce cas, après avoir extrait les plus gros fragments, on pousse, avec une seringue à gros tube, un fort jet d'eau dans la vessie. Ces injections sont aussi très-utiles pour enlever les caillots de sang. On peut également engager par la plaie une sonde élastique volumineuse, percée de larges ouvertures latérales. Les fragments du calcul sont entraînés sans peine au travers de l'instrument par le courant de l'injection, tandis qu'autrement les bords de la plaie gênent plus ou moins la sortie des fragments, si l'on ne prend pas la précaution de les écarter.

Telles sont les règles générales de l'opération; mais il ne sera peut-être pas sans avantage d'insister sur les points les plus essentiels. Il est de la plus grande importance que le cathéter soit maintenu fixe par l'aide qui en est chargé, pour éviter à l'opérateur le danger de se fourvoyer et de varier la direction de la plaie. Cette recommandation acquiert sa plus haute valeur au moment où le chirurgien a l'ongle dans la cannelure du cathéter. Si le doigt est déplacé par un mouvement inopportun, on ne retrouve plus l'instrument, et il faut pratiquer une nouvelle section de l'urèthre ou s'exposer à faire glisser le lithotome en dehors de ce canal sur les côtés de la prostate et de la vessie, comme on a eu de malheureuses occasions de l'observer. Il est donc indispensable de s'habituer à bien reconnaître le contact des deux instruments, et d'en empêcher tout écartement. Dès que le lithotome est dans la vessie, il faut le dégager du cul-de-sac terminal du cathéter. Cette manœuvre, facile à des mains expérimentées, offre des obstacles quelquefois insurmontables aux personnes moins exercées. La cause en est dans la persistance des rapports de deux instruments pressés par les parties molles l'un contre l'autre. On doit les séparer par un double mouvement de rotation en sens opposé, ou bien en abais-

sant le pavillon de l'un, en même temps qu'on élève le manche de l'autre.

L'extraction des calculs offre aussi de notables difficultés. Nous avons assisté des chirurgiens qui s'épuisaient en efforts infructueux pour charger une pierre olivaire et qui la déclaraient adhérente, tandis qu'on aurait pu fort aisément l'extraire en la saisissant au niveau ou un peu au delà de son plus grand diamètre. Les mors de la pince, n'étant pas introduits assez profondément, glissaient sur la surface lisse et décroissante du calcul et ne parvenaient pas à le fixer.

On peut justement s'effrayer du volume exagéré de la plupart des pinces, tenettes et autres instruments employés pour la cystotomie. M. Sédillot en a fait construire de beaucoup plus légers, et n'a qu'à s'en applaudir.

L'opération terminée, on éponge et l'on essuie le malade; on le débarrasse de ses liens et on le fait placer dans un lit garni d'alèzes, la tête et la poitrine légèrement élevées, les cuisses et les jambes à demi fléchies, soutenues par un traversin placé en travers sous les jarrets, jusqu'à la cicatrisation de la plaie périnéale. Les urines passent ordinairement en totalité par le canal de l'urèthre du vingtième au trentième jour, quelquefois beaucoup plus tôt, et même parfois dès le deuxième ou le troisième jour.

Accidents de la taille latéralisée. Les syncopes, les convulsions, la rétention et l'incontinence d'urine, la paralysie, les lésions et l'inflammation de la vessie, sont des accidents de la taille, dont les moyens de traitement n'offrent rien de spécial à l'opération qui nous occupe; il n'en est pas de même de l'hémorrhagie et de la blessure du rectum.

L'hémorrhagie peut être externe ou interne: dans le premier cas, elle dépend des artères périnéales; dans le second, elle provient des vaisseaux de la vessie.

La ligature de l'artère blessée est le procédé le meilleur, quand il est applicable; malheureusement il n'est pas toujours possible de distinguer le vaisseau par lequel s'échappe le sang, qui coule d'ailleurs souvent en nappe de toutes les parties divisées. On a recours alors aux réfrigérants et aux liquides hémostatiques. Si l'hémorrhagie continue, on pratique le tamponnement. Une sonde de gomme élastique, autour de laquelle de la charpie ou de l'agaric ont été fixés, est engagée dans le trajet de la plaie jusque dans la vessie, et sert à l'écoulement des urines. Dupuytren employait une canule d'argent longue de 0^m,012 à 0^m,015, ouverte à ses deux extrémités, et entourée d'un petit sac de toile qu'il remplissait de charpie, après avoir introduit l'instrument dans la vessie. Le tamponnement irrite toujours les tissus en contact, sans comprimer très-exactement les

surfaces profondes de la plaie. Si l'artère honteuse interne avait été lésée, on chercherait, à l'exemple de Physich, à l'entourer d'une ligature. Ce chirurgien enfonça l'aiguille courbe à manche de J. L. Petit en arrière de l'artère, en fit ressortir l'extrémité un peu en avant, dégaga le fil et l'assujettit par un double nœud. La ligature est alors médiante et comprend les tissus environnant le vaisseau.

Travers conseille de porter la ligature sur l'artère entre les ligaments sciatiques; M. Caignon a proposé de passer le lien par le trou obturateur pour embrasser la branche ischio-pubienne en même temps que l'artère. Ces procédés n'ont pas été adoptés. La cautérisation par le fer rouge a été tentée. Nous avons déjà dit combien ce moyen est dangereux et infidèle. De simples boulettes de charpie trempées dans de l'eau de Pagliari ou dans une solution de perchloreure de fer, ou des injections faites avec ces liquides, sont bien préférables.

L'hémorrhagie interne se manifeste par la pâleur, les sueurs froides, la faiblesse du pouls, la saillie à l'épigastre de la vessie distendue par le sang, et elle a presque toujours été mortelle. Les meilleurs moyens à y opposer sont le froid et surtout les injections hémostatiques à grand courant.

Les blessures du rectum se reconnaissent à la sortie des gaz et des matières fécales par la plaie; elles sont plus ou moins graves, selon qu'elles sont situées près de l'anus ou au-dessus de cette ouverture. Dans le premier cas, si la lésion du rectum est peu étendue, la guérison en est ordinairement spontanée; cependant, pour éviter une fistule stercorale, on pourrait inciser la portion de l'intestin comprise entre la plaie et l'anus, comme dans l'opération d'une fistule anale ordinaire. Dans le second cas, il s'établit une fistule stercorale et urinaire, souvent réfractaire aux ressources de l'art, mais à laquelle s'appliqueraient aujourd'hui les procédés de traitement des fistules vésico-vaginales. On devrait commencer par mettre une sonde à demeure dans la vessie, seul moyen capable, d'après Boyer, de produire de bons résultats. Ce chirurgien blâmait la section complémentaire de l'intestin.

Taille bilatéralisée. La taille bilatérale, ou mieux bilatéralisée, indiquée dans ce passage de Celse: « *Quum jam eo venit, incidit super vesicæ cervicem, juxta anum, cutis plaga lunata, usque ad cervicem vesicæ debet, cornibus ad coxas spectantibus paululum;...* » Diverses interprétations de cette description un peu concise de l'écrivain romain ont été émises par Normand (de Dole), Portal, Deschamps et Bromfield. Chaussier et Ribes, après plusieurs expériences sur le cadavre, conclurent que Celse indi-

quait de faire au périnée une incision en demi-lune, dont la concavité regarde le rectum et les extrémités les tubérosités ischiatiques. Cette taille avait été décrite par Riolan chez l'homme et par Louis chez la femme; cependant Dupuytren parvint à la faire passer comme nouvelle lorsqu'il la pratiqua, en 1824, à l'Hôtel-Dieu, et enhardi par le succès qu'il obtint, il l'érigea en méthode et en préconisa l'importance.

Procédé de Ribes, de Chaussier et de Béclard. Chaussier et Ribes, après avoir pratiqué une incision en demi-lune au périnée et fendu la partie membraneuse de l'urèthre, introduisaient dans la vessie, par cette ouverture, une sonde cannelée, et s'en servaient comme conducteur pour diviser de chaque côté la prostate et les tissus environnants. Béclard employait, pour faire cette dernière incision, un gorgeret tranchant sur les deux côtés.

Procédé de Dupuytren. Dupuytren, après avoir placé le malade comme dans les tailles périnéales, introduisait dans la vessie un cathéter renflé dans une longueur de 0^m,05 à l'endroit de la plus grande courbure, et terminé par un bouton olivaire, et il le confiait à un aide qui devait le tenir dans une direction verticale, la tige faisant avec l'axe du corps un angle droit, et la courbure plutôt élevée sous la concavité de la symphyse qu'appuyée en bas et en arrière du côté du rectum, le scrotum relevé et la peau tendue avec la main gauche. Le chirurgien, armé d'un couteau à double tranchant depuis la pointe jusqu'à quelques millimètres au delà, faisait au périnée une incision demi-circulaire, embrassant l'anus dans sa concavité, et coupait le raphé à 0^m,012 environ de cette ouverture. Toutes les couches situées entre la peau et l'urèthre étaient divisées ensuite dans la même direction, et ce dernier ouvert longitudinalement dans l'étendue de 0^m,011 à 0^m,014 dans sa portion membraneuse. Le doigt indicateur gauche devait être alors introduit dans la plaie. L'ongle, porté dans la cannelure du cathéter, servait de guide à un lithotome double construit sur le modèle de celui de frère Côme, et porté dans la vessie, la convexité tournée en arrière vers le rectum. Nous avons représenté cet instrument fermé (fig. 686) et ouvert (fig. 687). Il est composé d'une bascule *j*, qui fait écarter les deux lames *d*, *f*, quand on presse sur elle; deux curseurs *g*, *h*, fixés sur la bascule, limitent, comme dans le lithotome simple, le degré d'écartement

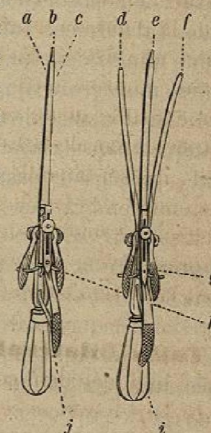


Fig. 686. Fig. 687.