

cellulaire lamelleux extrêmement lâche. On peut dès lors, après avoir divisé la peau, le tissu cellulaire grasseux et l'aponévrose du grand oblique unie au feuillet antérieur de l'oblique interne, fendre la ligne blanche entre les muscles pyramidaux, et repousser en arrière le péritoine avec le doigt que l'on porte derrière le pubis et qui est arrêté par la partie supérieure du col vésical et par les ligaments pubio-prostatiques. En refoulant ainsi le péritoine, on dégage la paroi antérieure de la vessie, que l'on peut ouvrir sans blesser la séreuse et sans pénétrer par conséquent dans l'abdomen.

*Procédés opératoires.* Les procédés opératoires peuvent se grouper en deux grandes classes, suivant qu'on arrive dans la vessie

avec un conducteur ou sans l'aide d'un instrument de ce genre. A cette dernière méthode se rattache le procédé de Rousset, plus ou moins modifié par les chirurgiens

qui marchèrent sur ses traces.

*Première méthode. Taille hypogastrique sans instruments conducteurs. Procédé de Rousset.* La vessie étant distendue par une injection d'eau tiède ou par l'accumulation de l'urine, la ligne blanche est incisée avec un bistouri dans l'étendue d'environ trois doigts; on met la vessie à nu et on y plonge près du pubis la pointe du bistouri, en n'y faisant qu'une très-petite ouverture, pour prévenir la trop prompte sortie du liquide qui y est contenu. La plaie est agrandie de bas en haut avec un bistouri mousse. On introduit le doigt dans l'anus pour élever la pierre vers la plaie et la tirer au dehors avec deux doigts de l'autre main, des tenettes ou la curette, suivant les indications.

On peut placer une sonde creuse dans l'urèthre et la vessie, pour l'écoulement de l'urine, du sang et du pus. Le malade reste couché sur le dos, les jambes rapprochées, afin de favoriser la réunion de la plaie.

*Procédé de Douglas.* Douglas se servait du même bistouri pour diviser la ligne blanche et la vessie, dans laquelle il injectait avec ménagement une faible quantité de liquide.

*Procédé de Cheselden.* Cheselden, après avoir incisé avec un bistouri convexe les téguments, coupait la ligne blanche avec un bistouri droit, ouvrait la vessie avec un bistouri courbe, et la divisait de haut en bas dans le sens opposé à celui que préféraient Rousset et Douglas.

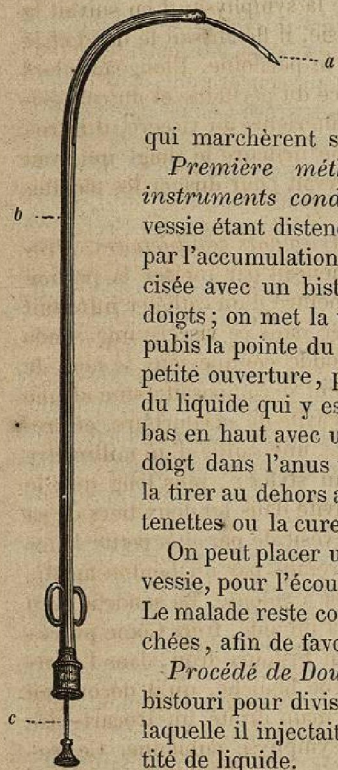


Fig. 688.

*Procédé de Ledran.* Ledran insistait beaucoup sur l'avantage des injections faites avec lenteur pour imiter la nature et ne remplir la vessie que goutte à goutte. Il voulait, pour éviter plus sûrement le péritoine, qu'on fit l'incision vésicale transversalement. Il conseillait encore d'introduire le doigt indicateur gauche dans la vessie pour la retenir vers la plaie extérieure, pendant qu'on agrandissait l'incision vers le col et qu'on faisait l'extraction du calcul.

*Procédé de Baudens.* Ce chirurgien ne faisait pas d'injection, divisait la paroi abdominale un peu en dehors de la ligne blanche, entre elle et le bord interne du muscle droit. Après avoir porté l'ongle de l'indicateur gauche derrière la symphyse, il en suivait la paroi, et, arrivé près du col de la vessie, il fléchissait le doigt et le relevait vers l'ombilic, pour soulever le péritoine. Plongeant alors obliquement en bas, et à égale distance du péritoine et du col vésical, la pointe du bistouri sur la face antérieure du viscère, il introduisait à l'instant même dans la poche urinaire le doigt qui avait servi à écarter le péritoine, et s'en servait pour diriger les tenettes et saisir la pierre.

*Deuxième méthode. Emploi d'instruments conducteurs. Procédé de F. Côme.* Frère Côme commençait par inciser la portion membraneuse de l'urèthre sur la cannelure d'un cathéter introduit dans la vessie; faisait ensuite pénétrer dans ce viscère une sonde cannelée, sur laquelle il glissait une sonde connue sous le nom de sonde à flèche ou à dard. Cet instrument se composait d'une algalie ordinaire *b*, cannelée sur toute la concavité de sa courbure, et présentant, de chaque côté de la cannelure, une saillie d'un millimètre de hauteur. Cette sonde renfermait un stylet *c*, plus long qu'elle d'environ 0<sup>m</sup>,06, cannelé sur sa concavité dans les deux tiers de sa longueur, et terminé à son extrémité vésicale par une petite lance ou dard *a* (fig. 688), et à l'autre extrémité par un bouton aplati, servant à pousser le dard ou à le retirer à volonté. La sonde à dard étant arrivée dans la vessie et confiée à un aide, frère Côme procédait à l'incision de l'hypogastre avec un bistouri droit, dans l'étendue de 0<sup>m</sup>,09 environ, jusqu'à la ligne blanche, qu'il découvrait sans l'ouvrir. Il plongeait alors de la main droite un trocart-bistouri le long de la face interne de la symphyse pubienne. Ce trocart (fig. 689) était composé de deux instruments distincts, mais réunis. Le trocart, considéré séparément, ne différait du trocart ordinaire qu'en ce que sa tige était fendue dans toute sa longueur pour loger une lame tranchante *c*. Celle-ci, articulée par une de ses extrémités à la tige du trocart, se terminait par un manche *b*, de 0<sup>m</sup>,015 de longueur, formant avec elle un angle obtus. Après



avoir fait pénétrer la pointe *d*, par ponction, frère Côme en serrait solidement la tige *e* contre le pubis, et de l'autre main il tirait à lui le manche *b*, du côté de l'ombilic, dégageait la lame *c*, et divisait la ligne blanche. Il terminait l'incision à l'aide du bistouri bouton-

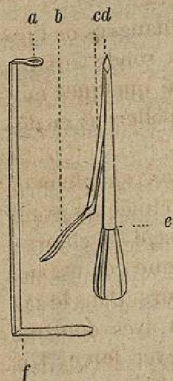


Fig. 689.

onné. Le doigt indicateur gauche, porté au fond de la plaie, relevait le péritoine et servait à diriger le bec de la sonde à dard, tenu de la main droite, le long de la face interne du pubis. L'extrémité de la sonde soulevait la vessie et en faisait saillir la face antérieure à l'ouverture de la plaie. La pression du bouton *c* (fig. 688) poussait le dard contre la paroi vésicale, qui était traversée dans l'intervalle de deux doigts de l'opérateur. Celui-ci, engageant un bistouri courbe dans la cannelure du dard, agrandissait de haut en bas la plaie vésicale, dans laquelle il introduisait l'indicateur gauche pour la tirer légèrement en haut et maintenir la vessie béante; de la main droite il retirait la sonde à dard, et si l'ouverture de la vessie n'était pas assez ample, il l'agrandissait avec un bistouri caché, le tranchant tourné du côté du pubis. Il remplaçait alors le doigt indicateur gauche par un crochet suspenseur

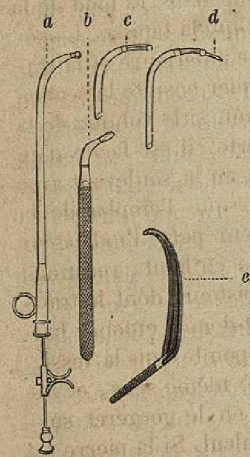


Fig. 690.

*a f* (fig. 689), dont il confiait l'extrémité annulaire à un aide, et chargeait et retirait la pierre avec les tenettes. Une canule droite, placée dans la plaie du périnée, assurait l'écoulement des urines, et une bandelette de linge de 0<sup>m</sup>,2 de longueur était mise dans la plaie hypogastrique.

*Procédé de Belmas.* Belmas se servait, pour agrandir l'incision de la ligne blanche, d'un instrument, *b* (fig. 690) pareil au bistouri herniaire de Cooper, et offrant seulement une partie tranchante dans le point qu'on appuie contre la ligne blanche. La courbure de sa sonde à dard est assez forte, mais peu prolongée, *a*. A l'intérieur se trouve une verge d'acier cannelée, surmontée à l'une de ses extrémités par un bouton olivaire, qu'on peut faire saillir en avant de la sonde pour soulever la vessie à la hauteur convenable *c*. Une seconde tige d'argent, cannelée dans une certaine étendue, est appliquée sur la rainure de la première, et représente la tige à dard

de frère Côme. Renfermée dans l'intérieur de la sonde quand l'instrument est fermé, cette seconde tige peut en sortir, *d*, pour faciliter la section de la vessie. Belmas avait enfin remplacé le crochet de frère Côme par un instrument semblable à un petit gorgeret mousse, dont l'extrémité était recourbée en forme de crochet *e*.

Scarpa, Home, Souberbielle ont fait ressortir les dangers de l'incision périnéale. Amussat a contesté l'utilité de la sonde à dard. Plusieurs autres chirurgiens ont également conseillé quelques modifications plus ou moins importantes, que nous rappellerons en décrivant le procédé que nous avons adopté.

*Procédé ordinaire.* Le malade doit être couché horizontalement sur une table, le bassin élevé, la tête légèrement inclinée en avant et les cuisses un peu fléchies. Si l'on n'a pas fait usage du chloroforme, on injecte autant d'eau tiède dans la vessie que cet organe peut en supporter sans qu'on détermine de vives douleurs. Dans le cas où l'anesthésie a été produite, on pratique l'injection avec douceur et on la suspend dès que le liquide est repoussé avec force. Un aide comprime l'extrémité de la verge, pour prévenir la sortie du liquide. Le chirurgien introduit alors la sonde à dard de Belmas, quand la pierre n'y fait pas obstacle. Placé à droite du malade, il incise les téguments jusqu'à la ligne blanche, en commençant au niveau du pubis et en remontant vers l'ombilic dans une étendue de 0<sup>m</sup>,12 à 0<sup>m</sup>,15. La ligne blanche, reconnue dans le fond de la plaie, est divisée, ainsi que le feuillet fibreux qui la tapisse. L'opérateur fait saillir sur la sonde la paroi vésicale antérieure et la traverse d'après les règles indiquées, pour pratiquer ensuite la section de la vessie de haut en bas, puis de bas en haut, si le volume de la pierre l'exige. Dès que la vessie a été ouverte, il est facile d'en prolonger assez loin l'incision vers l'ombilic, en la soulevant avec le doigt recourbé en forme de crochet. Lorsque l'emploi de la sonde à dard n'a pas été possible, l'opérateur porte l'indicateur gauche dans la plaie, la face palmaire tournée en haut; reconnaît la vessie, et conduit sur l'ongle du doigt un bistouri dont le tranchant suit et regarde la symphyse pubienne, et dont il enfonce hardiment d'avant en arrière et de haut en bas la pointe dans la vessie. On agrandit rapidement cette ponction dans le même sens, et introduisant dans la poche urinaire l'indicateur ou le gorgeret suspenseur de Belmas, on opère l'extraction du calcul. Si la pierre est volumineuse, on la soulève par le rectum ou le vagin, et dans le cas où l'embonpoint est très-grand et où le doigt ne peut pénétrer dans la vessie, on conduit les tenettes sur le gorgeret.

*Opération en deux temps de Vidal (de Cassis).* La crainte de voir les urines s'infiltrer dans le tissu cellulaire pelvien a exercé