

2° On fait passer dans le rétrécissement la sonde cannelée d'après les règles du cathétérisme avec instruments rigides (*cathétérisme à la suite*, de Maisonneuve);

3° On introduit la lame de l'urétrotome dans la rainure de la sonde conductrice et on la pousse jusqu'au rétrécissement. En pressant sur l'extrémité de la lame, celle-ci sectionne le rétrécissement au niveau de la paroi supérieure de l'urètre;

4° On enlève l'instrument et on place une sonde à demeure du calibre 16.

**Taille latérale** (*sectio lateralis*). — Le malade est couché dans la position de la taille, l'opérateur assis devant lui. On introduit une sonde « itinéraire » convexe qu'un assistant élève verticalement en maintenant la rainure tournée à gauche. L'incision part du milieu du raphé périnéal et va jusqu'au milieu d'une ligne reliant l'anus à l'ischion gauche. On va directement dans la profondeur et on s'oriente toujours sur la situation de la rainure de la sonde. Quand on a traversé les fascias superficiel et profond du périnée ainsi que le muscle transverse superficiel, on ouvre l'urètre sur le côté, laissant intact le bulbe. Au fond de la plaie, on voit alors la cannelure de la sonde directrice. Saisissant cette sonde avec la main gauche, l'opérateur introduit un bistouri boutonné dans la plaie, le tranchant tourné en bas, de façon que le dos touche l'« itinéraire ». On abaisse alors la poignée de l'itinéraire vers le malade et l'opérateur fend avec le lithotome (bistouri boutonné) la portion membraneuse de l'urètre, jusqu'à la prostate, en poussant l'instrument dans la direction du canal. Le contenu de la vessie s'écoule alors dans la plaie en passant à côté de la sonde directrice. On élargit la plaie soit avec un instrument, soit avec le doigt, que l'on introduit jusque dans la vessie, et on procède à l'extraction des concrétions avec une pince ou une cuiller à calculs.

Après l'opération, on laisse une sonde à demeure et on tamponne la plaie.

**Taille médiane** (*sectio mediana*). — Le début de

l'opération est le même que dans le cas précédent; la sonde directrice est maintenue fixe sur la ligne médiane, la cannelure dirigée en avant. L'incision part de la racine du scrotum, suit le raphé périnéal sur une longueur de 5 à 6 centimètres; en s'enfonçant dans la profondeur, on évite le bulbe et on cherche à tomber sur la portion membraneuse de l'urètre, que l'on ouvre sur la ligne médiane en allongeant, comme dans le cas précédent, l'incision avec le bistouri boutonné jusqu'à la prostate. Là-dessus, on enlève la pierre comme de coutume.

Les tailles latérale et médiane, jadis méthodes souveraines, n'ont plus aujourd'hui qu'une application extrêmement restreinte. C'est la taille sus-pubienne qui les a remplacées. On avait choisi la taille médiane, la plus récente des deux méthodes, pour éviter la section des canaux éjaculateurs que l'on avait fréquemment observée dans la taille latérale. Ces deux méthodes présentent cet inconvénient qu'il est difficile d'extraire, par l'étroite plaie, des concrétions un peu grandes et qu'à chaque tentative d'extraction et de dilatation on tiraille ou déchire la plaie, rendant par là la guérison beaucoup moins rapide. Assez fréquemment aussi, on observe, à la suite de tailles latérales ou médianes, même lorsque la guérison a eu lieu sans complications, une incontinence vraie, un écoulement permanent d'urine.

**Urétrostomie**. — Dans certains cas de rétrécissements incurables, *Poncet* exclut complètement l'urètre rétréci en pratiquant l'urétrostomie périnéale, c'est-à-dire en abouchant au périnée l'urètre sectionné au-dessus du rétrécissement. Par l'incision habituelle sur le raphé périnéal, il met à nu le rétrécissement, puis il sectionne transversalement l'urètre au-dessus de ce rétrécissement et le suture à l'angle inférieur de la plaie cutanée.

Avant de le suturer à la plaie, *Poncet* fend sur une courte longueur le bout central à sa face inférieure. Il suture aussi le bout périphérique au fond de la plaie, dont il pratique la réunion jusqu'au niveau de l'orifice fistulaire.

**Litholapaxie.** — C'est le broiement endovésical et instrumental des calculs auquel nous rattachons l'extraction immédiate des fragments.

L'instrument pour broyer la pierre est en acier; il a la forme d'un cathéter et consiste en deux branches adaptées l'une à l'autre, dont l'une est dentelée sur sa portion correspondant au bec.

L'instrument saisit la pierre entre les deux branches que l'on peut fixer; à l'aide d'un mécanisme à vis, la pierre est broyée entre ces deux branches.

Pour obtenir par la litholapaxie de bons résultats, il faut choisir avec soin les cas et connaître à fond le maniement des instruments.

*Manuel opératoire.* — Le malade est couché sur le dos, le bassin élevé. La vessie est remplie d'une faible quantité de solution boriquée stérilisée.

L'opérateur placé à la droite du malade, introduit le lithotriteur d'après les règles du cathétérisme. Avec le bec de l'instrument fermé, il cherche le calcul, qu'il saisira entre les branches après les avoir écartées, puis il fixe ces branches avec le poussoir et enfin broie le calcul par le mécanisme à vis. Là-dessus il saisit les différents fragments du calcul divisé et les broie isolément; en dernier lieu enfin, il s'agit de réduire en poussière ces cailloux.

On retire le lithotriteur, on introduit le cathéter évacuateur, on lave la vessie et on voit s'écouler du sable. La vessie étant modérément remplie, on adapte une pompe au cathéter évacuateur et on l'actionne aussi longtemps qu'il restera des fragments de pierre dans la vessie. Si on sent encore le choc d'un plus gros fragment il faudra le broyer avec le lithotriteur.

Le *cystoscope* permet de voir si l'évacuation des fragments est absolue. Lorsqu'on a bien choisi ses cas, les résultats de la litholapaxie sont remarquables.

#### Opérations sur la vessie.

La vessie, située dans le petit bassin immédiatement derrière sa paroi antérieure, est rattachée à l'arcade pubienne par la

prostata et les ligaments pubo-vésicaux; en outre, elle est maintenue dans sa position par le feuillet viscéral (ou fascia endopelvien) du péritoine et par l'aponévrose ombilico-vésicale. Le péritoine descend de la paroi abdominale antérieure et des parois latérales du bassin sur la vessie, dont il recouvre le sommet, les parois postérieure et latérales.

A l'état de vacuité, la vessie se trouve cachée derrière la symphyse pubienne; quand elle est modérément remplie, sa partie supérieure s'élève au-dessus du détroit supérieur et sa face antérieure, non recouverte de péritoine, arrive au contact immédiat de la paroi abdominale antérieure. On peut donc, à l'état de distension maxima de la vessie, ouvrir ce réservoir au-dessus de la symphyse sans léser le péritoine.

**TAILLE HYPOGASTRIQUE.** — C'est l'ouverture de la vessie au-dessus de la symphyse; l'opération est indiquée dans les cas suivants :

1° *Calculs et corps étrangers* de la vessie; 2° *tumeurs* de la vessie; 3° *tuberculose vésicale*; 4° *hématurie vésicale*; 5° *rupture de la vessie*; 6° *amputation de lobes hypertrophiés de la prostate*; 7° dans le but de créer une *fistule*; 8° *cystites graves*; 9° comme opération préalable pour pratiquer le *cathétérisme postérieur*.

Chaque indication spéciale à la taille sus-pubienne comporte naturellement certaines modifications dans le manuel opératoire. Nous distinguons trois types différents :

1° *Ouverture simple de la vessie* pour enlever des calculs et des corps étrangers;

2° *Ouverture de la vessie* pour pratiquer des interventions *endovésicales* (extirpation de tumeurs, etc.).

3° *Ouverture de la vessie* pour établir une *fistule*.

Dans tous les cas il importe de distendre au maximum la vessie avec une quantité de liquide assez grande pour qu'elle dépasse la symphyse. Quand ce fait est impossible on amène la paroi antérieure de la vessie dans le champ opératoire avec un cathéter cannelé que l'on y aura introduit.

**Taille hypogastrique simple.** — Le malade est couché sur le dos, le bassin soulevé par un coussin. L'opérateur

se place à droite. La paroi abdominale est soigneusement lavée et rasée, puis par une sonde introduite dans la vessie, on lave ce réservoir jusqu'à ce que le liquide sorte clair; puis on y injecte une solution stérilisée jusqu'à ce que la vessie forme une tumeur saillante au-dessus de la symphyse. On retire la sonde et on roule une bande de gaze autour de la verge (1).

On incise la peau sur la ligne blanche immédiatement au-dessus de la symphyse, sur une longueur de 5 à 7 centimètres; on traverse le pannicule adipeux, on ouvre le feuillet antérieur de la gaine du droit ou la ligne blanche fibreuse. On écarte les droits et tombe dans la cavité préperitonéale de Retzius, où l'on sent la vessie comme une masse dure.

Avec deux pinces on enlève la couche celluleuse pré-vésicale et on met à nu la paroi antérieure de celle-ci, facilement reconnaissable à sa couleur différente, ainsi qu'aux tractus musculaires et aux veines de sa surface (fig. 208).

Immédiatement au-dessous du point de réflexion du péritoine, on saisit la paroi vésicale avec un crochet pointu et on la fend avec un bistouri, sur la ligne médiane jusqu'à la symphyse. Avec deux écarteurs en forme de spatule on écarte les bords de la plaie vésicale.

L'opérateur introduit l'index gauche dans la vessie, tâte le calcul ou le corps étranger, et guide la pince à calcul sur la face palmaire de son doigt jusqu'au calcul. Ouvrant alors la pince il le saisit et le retire par la plaie.

On peut pratiquer la réunion première de la plaie vésicale (2).

On a délaissé des méthodes de suture compliquées pour ne plus employer que des sutures au catgut à points isolés traversant toute l'épaisseur de la paroi vésicale à l'exclusion de la muqueuse.

La *cystopexie*, fixation de la vessie suturée à la paroi

(1) [L'école de Necker emploie le ballon de Petersen introduit dans le rectum.]

(2) [Albarran est un des premiers à avoir prôné la suture totale de la vessie.]

abdominale, donne d'assez bons résultats. Lorsqu'on ne fait pas la suture de la vessie, la plaie vésicale reste béante. Par un drain-siphon (1) on provoque l'écoulement permanent de l'urine, laissant la vessie au repos absolu (tube coudé de Dittel).

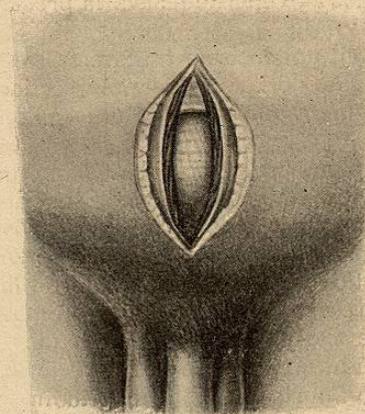


Fig. 208. — Taille supérieure (*taille hypogastrique*). La paroi vésicale antérieure est mise à nu; tout près de son sommet on voit le cul-de-sac du péritoine.

#### Taille hypogastrique pour opération intravésicale (2).

— Lorsque la taille supérieure n'est qu'un acte préparatoire à une intervention intravésicale, il est bon d'élever au maximum le bassin. Les soins préliminaires et l'ouverture de la vessie sont les mêmes que dans le cas précédent. Pour permettre de mieux voir la cavité vésicale on écarte les bords de la plaie avec de larges valves analogues aux écarteurs vaginaux. Dans l'angle supérieur de la plaie on introduit une valve de Simon. En

(1) [On emploie généralement en France le drainage par les tubes-siphon Guyon-Perier.]

(2) [C'est à Guyon que revient le mérite d'avoir préconisé cette voie dans l'ablation des tumeurs vésicales.]

éclairant l'intérieur de la vessie avec une petite lampe électrique on peut y faire les interventions nécessaires (excisions de tumeurs, hémostase, sutures de plaies de la muqueuse, etc.) (Pl. XXI). Quand on a extirpé la tumeur vésicale et pratiqué une hémostase rigoureuse, on peut suturer la vessie. Dans les cas d'extirpation de tumeurs malignes et d'opérations sur la prostate, il est bon de drainer la vessie.

Lorsqu'on fait une incision transversale et une ouverture transversale de la vessie, après section des droits, on a naturellement un plus large accès à l'intérieur de la vessie (1).

Quelques opérateurs ont proposé de mettre à nu une plus large surface de la vessie, en faisant des opérations sur le squelette. C'est dans ce but que *Helferich* résèque une pièce triangulaire de la symphyse ; *Bramann* pratique la résection temporaire partielle de la symphyse et *Niehans* la résection latérale du bassin (2).

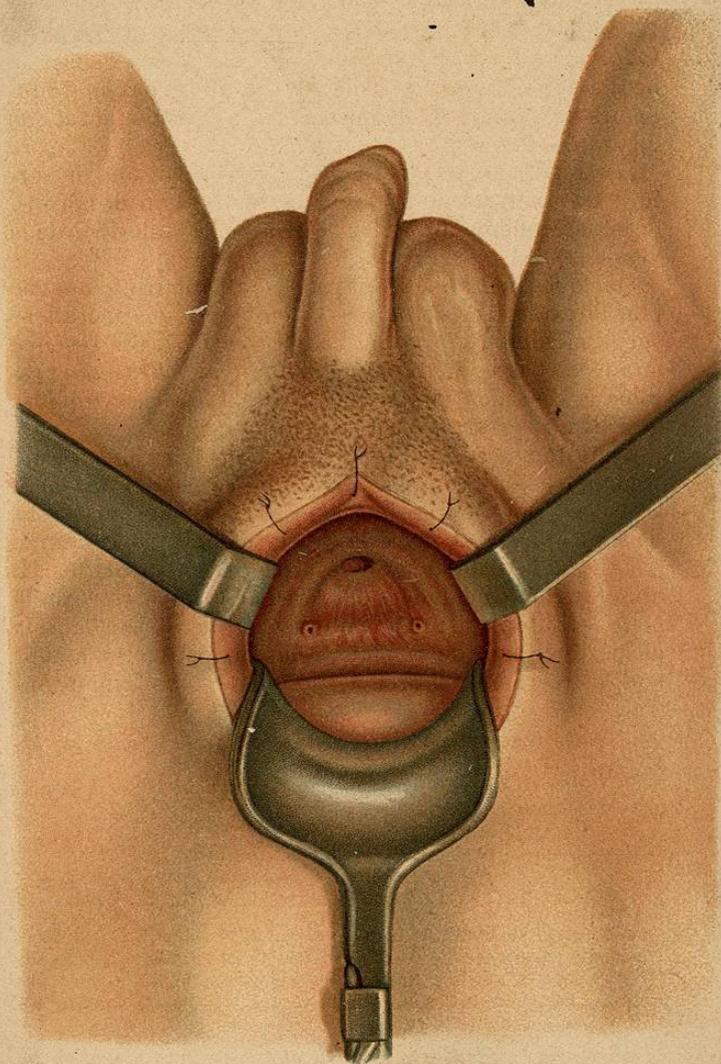
**Cystostomie sus-pubienne.** — Pour faire une cystostomie, c'est-à-dire créer une fistule vésicale, Poncet fait à la peau une courte incision longitudinale au-dessus de la symphyse et ouvre la vessie comme de coutume. Il suture à la peau la paroi vésicale par quelques fils. Il réunit les lèvres cutanées dans la partie supérieure de la plaie, et suture la muqueuse vésicale à la peau dans la partie inférieure de la plaie. Mais on peut aussi établir une fistule sans suturer la muqueuse, en employant

(1) [Taille transversale de Trendelenburg, perfectionnée par Albarran.]

(2) [Tuffier et Albarran ont pratiqué la symphyséotomie à la manière des accoucheurs.]

PLANCHE XXI. — Taille supérieure, le bassin surélevé.

On a écarté les bords de la plaie et rendu visible l'intérieur de la vessie. La paroi vésicale a été provisoirement suturée à la peau. — On aperçoit l'orifice urétral, le trigone et l'embouchure des urètres. La paroi du sommet de la vessie se présente sous forme d'un pli au-dessus de la valve.



un simple drain-siphon qu'ultérieurement on remplace par une sonde molle laissée à demeure dans la vessie.

OPÉRATIONS SUR LA PROSTATE, LES VÉSICULES SÉMINALES  
ET LES CANAUX DÉFÉRENTS

La **Prostatotomie**, ouverture de la prostate par le périnée, est indiquée dans les cas d'abcès et de foyers tuberculeux de la prostate. On met à nu, au niveau du périnée, la racine de la verge et le muscle transverse superficiel du périnée, et l'on sectionne transversalement les fibres qui unissent le sphincter anal au muscle bulbo-caverneux ; on peut alors décoller la prostate de la paroi antérieure du rectum, que l'on érigne vers le sacrum. On tombe ainsi sur la face postérieure légèrement bombée de la prostate, située entre le ligament triangulaire de l'urètre et le rectum (fig. 210).

Contre la base de la prostate se trouvent les vésicules séminales ; continuant à détacher le rectum de la vessie, on met à nu le bas-fond de celle-ci et l'on voit dans la plaie les vésicules séminales et les canaux déférents.

Le *manuel opératoire* pour prostatotomie dans le cas d'abcès de la prostate est le suivant :

Le malade est couché dans la position de la taille ; on introduit dans l'urètre une sonde anglaise d'assez fort calibre. L'opérateur, assis devant le malade, tient le bistouri de la main droite, tout en introduisant l'index gauche dans le rectum pour éviter de blesser sa paroi antérieure (fig. 209). On fait une incision prérectale en arc de cercle dont la corde mesure 4 à 5 centimètres, sectionnant la peau, le tissu cellulo-graisseux sous-cutané et le septum périnéal ; puis, en disséquant à la sonde cannelée, on s'avance entre le rectum et l'urètre vers la prostate. Quand on voit apparaître dans la plaie l'extrémité inférieure de la glande ou une partie de sa face postérieure, on enfonce dans la partie fluctuante une sonde cannelée ou une pince à branches fermées, et le pus s'écoule dans la plaie. On agrandit l'ouverture de l'abcès, dont on tamponne la cavité. Si la cavité de