

la sensibilité est plus grande, bon nombre d'opérateurs injectent dans la vessie de l'eau tiède additionnée de laudanum ou de bromure de potassium, ou bien ordonnent des lavements et des suppositoires narcotiques. Si l'orifice urétral est trop étroit, on peut l'agrandir au moyen d'une incision faite en bas avec un bistouri boutonné, et y introduire un gros explorateur.

Pour l'opération, le malade sera tenu dans la position horizontale, le siège élevé sur un coussin. Quelques chirurgiens négligent cette précaution, sauf dans les cas où il y aurait une hypertrophie de la prostate, cas dans lequel il faut que le bassin soit situé bien plus haut que les épaules. Les avis sont partagés au sujet de la narcose. Les uns rejettent le chloroforme, pour que les malades puissent accuser par une exacerbation de leurs douleurs si la vessie est prise dans l'instrument. D'autres ne craignent pas cet accident, et donnent du chloroforme, parce que ce dernier permet de faire durer la séance plus longtemps et qu'il rend la vessie immobile. Avant de procéder au broiement, on introduit dans la vessie 120-150 grammes d'eau à 35°, 37°, et on injecte de l'huile dans l'urèthre. H. Thompson et Coulson rejettent l'injection préalable, parce qu'elle irrite la vessie; ils ordonnent au malade de garder son urine pendant quelques heures, et introduisent le lithotriteur d'emblée; d'autres opérateurs expérimentés estiment que l'injection n'irrite pas la vessie. On n'a besoin que d'un aide, destiné à fixer l'instrument pendant que l'on cogne avec le marteau. L'opérateur se place à droite du malade, et introduit de ce côté l'instrument préalablement échauffé; son propre poids l'entraîne dans la vessie. On va à la recherche de la pierre avec l'instrument fermé; la main gauche tient l'instrument immédiatement en arrière de son système de fermeture, et de telle façon que le pouce corresponde à sa face inférieure et que les 4 autres doigts soient à côté les uns des autres sur la face supérieure; la main droite tient la branche mâle de façon à ce que le disque rond terminal soit dans le creux de la main pendant que le pouce et l'index saisissent l'anneau, ce qui permet d'ouvrir ou de fermer l'instrument à volonté. Lorsqu'on est arrivé sur le calcul, on ouvre l'anneau, et on attire la branche mâle en saisissant avec les derniers doigts libres de la main droite la rondelle terminale. Quand on a saisi la pierre, l'anneau est fermé, ce qui ferme l'instrument, et après s'être assuré en faisant tourner l'instrument qu'on n'a saisi que la pierre, on pousse légèrement l'instrument en arrière de façon à ce que la pierre soit à peu près au centre de la vessie, puis on fait agir lentement la vis. Si on se sert du marteau, il est clair qu'il ne faut pas fermer l'anneau, et qu'un aide doit fixer l'in-

strument pour que les chocs produits par le marteau n'aillent pas jusqu'à la paroi postérieure de la vessie.

Les manœuvres que nous venons d'indiquer sont celles qui sont usitées en France. La manœuvre anglaise est la suivante: on s'avance avec l'instrument fermé vers le bas-fond de la vessie, la convexité étant naturellement dirigée en bas; on appuie alors cette convexité sur le fond de la vessie, et on retire la branche mâle; par son propre poids, le calcul tombe entre les mors de la pince.

Dès que la pierre a cédé au premier tour de vis ou au premier coup de marteau, on cherche à saisir ses fragments; tout fragment, grand ou petit, saisi dans le mors de la pince est immédiatement écrasé. Toute l'opération ne doit pas durer plus de 3 minutes; chez les personnes très tolérantes, et surtout chez les malades que l'on a endormis, on peut la prolonger jusqu'à 5 minutes. Avant de retirer l'instrument, il faut bien s'assurer qu'il est complètement fermé; s'il était resté un fragment entre les mors de la pince, cette dernière ne pourrait pas franchir l'urèthre, et les angles du fragment risqueraient de blesser la muqueuse; si par conséquent il était resté quelques débris entre les mors, il faudrait serrer la vis de façon à les réduire en poudre. Puis on introduit un gros cathéter à évacuation, ouvert en avant; on lave bien la vessie avec de l'eau chaude; dans ce temps opératoire, il s'échappe en général un grand nombre de fragments de pierre et de sable.

Après l'opération le malade garde le lit, et ne doit évacuer son urine qu'étant couché afin que les plus gros fragments ne viennent pas s'enclaver dans le col vésical. Il ne faut pas donner au malade un urinal pour qu'il urine souvent; il faut au contraire qu'il évite d'irriter le col de la vessie par le passage des fragments de pierre. Si aucun accident ne s'est produit et si l'urine a cessé d'être colorée en rouge, le malade peut se lever au bout de 24 heures et se promener dans sa chambre; la séance suivante peut être faite 4 ou 5 jours après. Bien des spécialistes ne lavent pas la vessie après l'opération, mais lui laissent le soin d'expulser par ses propres forces les graviers qui restent.

Pendant l'opération, bien des incidents peuvent se produire. Des patients sont pris de frisson: on retire alors immédiatement l'instrument, et on en reste là pour cette fois. D'autres fois, la vessie est prise de spasme et se vide; cela peut arriver même pendant la narcose. Dans ces conditions, le mieux serait également d'interrompre la séance.

L'évacuation subite de la vessie peut être fort désagréable quand elle se produit au moment où l'on a saisi la pierre dans son plus grand diamètre; on hésite à écraser de peur que l'instrument ne se casse ou ne se courbe, et souvent on ne peut pas non plus laisser échapper le