

calcul, parce que la vessie se contracte si fortement qu'on ne peut pas ouvrir l'instrument ; il faut alors attendre qu'il vienne un peu d'urine, et que le spasme disparaisse.

Un accident d'une haute importance consiste dans la torsion d'une des branches en sorte que la branche mâle ne correspond plus à la branche femelle ; il faut alors garder son sang-froid et tenter de retirer l'instrument tordu. Mais si on sent que la résistance est trop grande, il faut faire la taille hypogastrique, faire sortir le bec de l'instrument à travers l'ouverture de la vessie, et scier la branche tordue ; puis on peut retirer l'instrument par l'urèthre.

Après l'opération, des fragments de pierre peuvent rester dans l'urèthre, ce qui est surtout désagréable quand les fragments sont durs et pointus. Ils se piquent dans le col vésical, et sous l'influence de la contraction spasmodique du sphincter, ils s'enfoncent encore davantage ; ou bien ils se fixent en un point quelconque de l'urèthre. Si le fragment est resté dans la portion membraneuse, il suffit souvent de le repousser avec précaution en se servant d'une grosse sonde, pour le refouler dans la vessie. Si le fragment est dans la partie bulbeuse, il a déjà passé l'isthme, et on peut espérer qu'il sera expulsé avec le jet d'urine, ou au moins sera entraîné un peu plus en avant, et assez pour qu'on puisse le saisir avec une curette ou l'extraire avec une pince uréthrale. Ce n'est que dans le cas où le fragment menacerait de perforer l'urèthre et de provoquer une infiltration d'urine que l'on serait autorisé à faire l'uréthrotomie externe pour l'enlever. Mais en général l'énergie de la vessie dans ces conditions est souvent d'une efficacité extraordinaire.

Un frisson survenant immédiatement après l'opération n'est généralement pas d'un pronostic grave. Mais quand il survient plus tard, il est de mauvais augure. Ou bien il est le symptôme d'une cystite intense, ou bien il est le signal de l'urémie ou de la pyohémie ; si le malade a en même temps de l'anurie, l'urémie est confirmée. Quand le malade n'évacue pas d'urine, il faut s'assurer si on se trouve en présence d'anurie ou d'ischurie. Cette dernière s'observe surtout chez les vieillards dont la vessie est affaiblie et que la stagnation de l'urine rend absolument parétique. S'il y a simple ischurie, on vide la vessie par le cathétérisme. Il est à remarquer que l'anurie se produit souvent sans que l'autopsie en indique aucune cause.

Litholapaxie. — Telle était la lithotritie jusqu'à ces dernières années, lorsqu'un chirurgien américain, Bigelow, proposa la litholapaxie, qui ouvrit une ère nouvelle dans le traitement des calculs vésicaux.

On entend par *litholapaxie* un procédé consistant à pulvériser et à évacuer en une seule séance le calcul. Il est clair que, dans certains cas, l'ancien procédé suffisait à pulvériser la pierre en une seule séance, quand la pierre était de grosseur moyenne et que l'opérateur était assez hardi et expérimenté. Ainsi Thompson a souvent fait la lithotritie en une séance et il a commencé à employer l'évacuateur de Clover. Mais Bigelow fut le premier qui établit le principe de cette opération. Ce procédé a attiré l'attention des chirurgiens ; et c'est surtout à Vienne, en Dittel et Ultzmann, qu'il a trouvé des imitateurs⁽¹⁾.

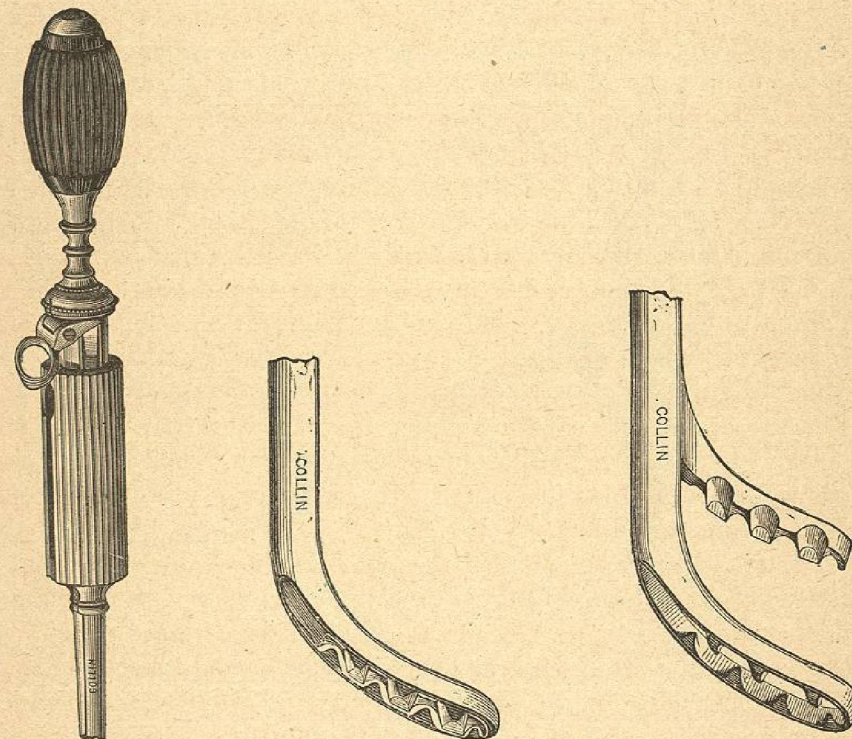


Fig. 225. — Lithotriteur pour litholapaxie.

Cependant ce principe avait déjà été émis auparavant. Le roy insista le premier sur ce que la lithotritie avait pour principal désavantage de laisser des fragments dans la vessie, et il proposa différents moyens pour remédier à cet inconvénient. Zarda construisit un appareil dans lequel l'idée d'une évacuation est déjà contenue. Les appareils de

(1) La méthode de Bigelow a été publiée en 1878 et en France Guyon l'a mise immédiatement à l'étude, pour ne pas tarder à l'adopter complètement, avec quelques modifications de détail. (A. B.)

Crampton et de Conradi étaient plus perfectionnés. Velpeau vanta également la lithotritie en un temps, mais son adversaire Civiale l'emporta. Ce fut Heurteloup qui, dans un volumineux mémoire publié en 1857, déclara aussi explicitement que possible que la lithotritie n'aurait atteint son véritable but que lorsque la pierre aurait été pulvérisée et évacuée et le malade guéri en une seule séance. Ainsi la litholapaxie n'avait pas seulement été conçue de différents côtés, mais on avait même déjà proposé différents procédés pour l'exécuter. Bigelow eût le bonheur de reprendre cette idée à une époque où les interventions énergiques étaient en vogue, et où les innovations trouvaient de l'appui¹.

Si l'on veut que l'écrasement en une séance soit fait facilement, il

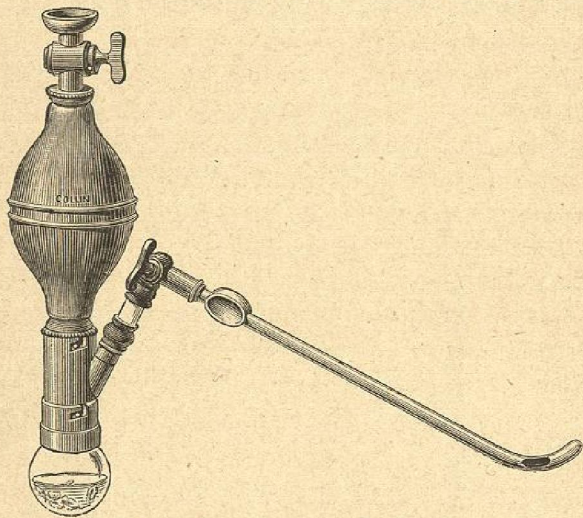


Fig. 226. — Aspirateur de Guyon.

faut prendre un instrument capable de produire dans le plus court espace de temps que possible des fragments nombreux et fins.

Le percuteur ordinaire produit d'abord de gros fragments, dès que ces derniers ont été réduits à leur tour, on arrive rapidement à des fragments trop petits pour qu'on puisse employer le percuteur ; il faut alors avoir recours à un plus petit percuteur ou à un ramasseur ; mais ce dernier se remplit bientôt de sable de sorte qu'il doit être retiré. Les meilleurs instruments pour la litholapaxie sont donc ceux qui tiennent le milieu entre le percuteur et le ramasseur, par exemple le

(1) Pour pratiquer la litholapaxie, dont la séance peut durer fort longtemps, il faut endormir le malade ce qui est, en principe, bien préférable à l'anesthésie par la cocaïne.

(A. B.)

brise-pierre à fenêtres multiples de Robert et Collin (fig. 225), ou l'instrument de Reliquet dont la branche femelle est une cuiller un peu profonde munie d'une encoche dans laquelle vient s'ajuster l'extrémité en zigzag de la branche mâle. Bigelow lui-même apporta des perfectionnements continuels à son instrumentation.

Pour évacuer les fragments, on se sert d'un cathéter évacuateur, cathéter aussi gros que possible muni d'une fenêtre aussi large que possible ; de plus, on emploie un aspirateur, qui, adapté sur le cathéter, vide la vessie par aspiration. Des évacuateurs de ce genre ont été construits par Clover, Bigelow, Ultzmann ; ils reposent sur le principe de l'aspiration.

Pendant que le corps de pompe, rempli d'eau, est alternativement comprimé et relâché, la vessie s'évacue ; l'eau circule dans l'espace formé par la vessie, la lumière du cathéter et l'intérieur de l'aspirateur tout entier ; les fragments ne peuvent pas retourner en arrière et s'amassent dans le réceptacle.

« Le repos si le malade a fait un voyage quelconque : combattre tout symptôme inquiétant et passager ; lavages antiseptiques et ordinaires de la vessie si on le juge nécessaire », tels sont les seuls préparatifs que Bigelow exige de ses malades. A la rigueur, le méat est débridé avant l'opération ; Ultzmann le fait au thermocautère pour qu'il n'y ait pas de sang, ce qui salit les mains de l'opérateur.

Après l'opération, Bigelow donne des opiacés et applique des compresses chaudes. La vessie est laissée et maintenue vide autant que possible.

§ 4. — Choix du procédé.

Maintenant que nous connaissons les différents traitements employés contre les calculs vésicaux, il y a lieu de nous demander quelles sont leurs indications. Si nous n'avons en vue que les malades du sexe masculin, la question se pose toujours entre la taille et le broiement. Ce dernier n'est possible que dans certains cas ; la taille au contraire peut toujours être faite.

Indications de la lithotritie. — Pour que la lithotritie soit possible, il faut d'abord que le calcul soit parfaitement libre dans la vessie ; qu'il ne dépasse pas un certain volume, pour qu'il puisse être facilement saisi par l'instrument ; sa consistance ne doit pas être telle que l'on ait à redouter de fausser l'instrument ; la vessie doit avoir une certaine capacité (150 grammes), et l'urèthre ne doit pas être rétréci.