

que la vessie entoure si intimement la pierre qu'il n'est possible d'injecter aucun liquide ni de passer aucun instrument entre la pierre et la vessie.

2° Dans les calculs qui envoient un prolongement dans l'urèthre.

3° Pour les calculs enclavés dans un diverticule.

4° Quand la pierre est tellement dure qu'elle résiste au lithotriteur.

5° Quand il s'agit de corps étrangers qui ne peuvent être ni extraits ni pulvérisés.

Je ne puis que m'associer de tous points à cette manière de voir, et penser qu'il n'existe que deux manières d'opérer un malade atteint de calcul vésical : par la litholapaxie ou par la taille hypogastrique.

Ultzmann conseille de s'assurer avant chacune de ces opérations de l'état de la vessie, et dans le cas où elle serait en mauvais état, de la soigner avant d'opérer.

**Calculs vésicaux chez la femme.** — Chez la femme, la dilatabilité excessive de l'urèthre, sa faible longueur, la facilité d'arriver à la vessie par le vagin, enfin la grande tolérance de la vessie sont cause qu'il existe d'autres indications que chez l'homme. Les chirurgiens ne sont pas encore absolument d'accord sur tous les détails, mais la plupart des praticiens s'entendent sur les points suivants.

Toutes les pierres dont le diamètre transversal est inférieur à 2 centimètres, doivent être extraites par dilatation artificielle de l'urèthre ; et par dilatation artificielle, on entend celle qui se fait avec un instrument mousse. Il faut rejeter l'incision de l'urèthre et du col vésical, parce qu'elle peut avoir l'incontinence d'urine pour résultat (7 fois sur 17 cas publiés en Angleterre).

Dans les cas où la pierre a de 2 à 3 centimètres, on a recours à la lithotritie et on extrait les plus gros morceaux. Dans certains cas, Nussbaum avant de faire la lithotritie, a fait une incision préalable de l'urèthre qu'il a ensuite suturée ; ce procédé lui a donné de bons résultats ; mais je ne vois pas pourquoi on ferait une incision avant de pratiquer la lithotritie chez la femme, où cette opération est si aisée<sup>(1)</sup>. Si la pierre est trop dure ou si elle dépasse 3 centimètres, on pourra, lorsqu'elle n'est pas par trop grosse, la retirer par la taille vésico-vaginale. On peut aller assez loin dans les indications de cette taille, parce qu'il est facile de broyer de grosses pierres en partant de l'incision vaginale ; toutefois on devra ménager avec le plus grand soin les bords de la

(1) Guyon, dont l'expérience est si grande en la matière, enseigne que la lithotritie chez la femme est loin d'être aussi facile, et il la trouve même plus difficile que chez l'homme car, en raison de l'absence de prostate, il n'y a pas naturellement un bas-fond où tombent les fragments qu'on y va chercher.

plaie. Si une pierre était tellement grosse qu'elle ne pût être broyée par la plaie vésico-vaginale, la manœuvre de l'instrument n'étant pas rendue possible dans une étendue suffisante, il resterait à faire la taille hypogastrique. Walsham, qui s'est beaucoup occupé de cette question, prétend que l'on doit toujours essayer d'extraire la pierre par la taille vésico-vaginale avant de se décider à faire la taille hypogastrique, et ne se résoudre à cette dernière que si, après avoir incisé le septum vésico-vaginal, on trouve le calcul trop gros pour être extrait sans danger.

On peut également employer ces procédés chez les filles âgées de moins de quinze ans. Sur un total de 15 observations, la dilatation progressive de l'urèthre suivie d'extraction de la pierre réussit 14 fois sans le moindre inconvénient. Sur 7 cas où l'on eut recours à la dilatation brusque, il survint 2 fois de l'incontinence. La taille vésico-vaginale réussit complètement 8 fois ; dans 2 cas, il se produisit de l'incontinence, une fois parce que la plaie avait été contuse, une autre fois parce que l'urèthre avait été blessé (Winckel).

Nous voyons ainsi que même chez la femme on abandonne les procédés anciens pour simplifier de plus en plus le manuel opératoire. Autrefois lorsque les tailleurs de pierre tenaient leur art secret, il eût été compréhensible que, pour des raisons de clientèle, quelques chirurgiens se fussent exercés à pratiquer précisément les opérations les plus difficiles afin de lutter contre leurs concurrents. Aujourd'hui encore, il existe des opérateurs qui prennent plaisir à exécuter les opérations qui demandent le plus de précision et d'assurance, pour attirer l'attention et exciter l'admiration de leurs élèves. Mais l'esprit de la chirurgie moderne tend à devenir de plus en plus scientifique ; ces coups de bistouri préparés à l'avance n'ont plus autant d'importance que jadis ; le chloroforme permet d'opérer tranquillement, en même temps que l'étude de l'anatomie permet de voir clair dans le champ opératoire.