Depuis longtemps, messieurs, je cherche en vain des éléments de *diagnostic* à l'aide desquels on puisse reconnaître l'existence de la pyélite avec dilatation des organes affectés. Les *urines* en pareil cas ne sont guère modifiées; elles sont d'une densité normale, et leur quantité est suffisante; elles ne sont pas albumineuses, en dehors des cas où il s'y trouve mélangé du pus ou du sang; et ceux-ci, comme vous le savez, existent très-communément dans les urines chez les calculeux dont les reins sont sains : ils proviennent alors de la vessie, sous l'influence de l'irritation développée par la présence du corps étranger. Dans tous les cas où il existe un calcul vésical ayant dépassé un faible volume, vous trouverez dans l'urine du pus et du sang, et il en sera de même, à plus forte raison, s'il existe de la cystite quelque peu prononcée; or, celle-ci ne manque jamais dans les cas de dilatation qui nous occupent. L'*examen microscopique de l'urine* non plus ne fournit de données diagnostiques certaines : l'urine ne contient aucune matière organisée qui puisse se rapporter à la désintégration du parenchyme rénal; les cylindres manquent également. On ne trouve d'anormal que des globules de pus et des globules rouges du sang; en un mot, l'examen des urines ne donne aucun renseignement positif. D'autre part, à aucune période de l'affection on ne constate ni hydropisie ni sécheresse habituelle de la peau, et l'état fébrile continu ou rémittent, qu'on rencontre souvent, peut faire défaut. Il n'y a pas non plus d'amaigrissement; loin de là, certains de ces malades augmentent de poids. Mais, d'autre part, un tel malade, pour peu que les altérations soient quelque peu avancées, offre toujours un état général de débilité; il est faible et se fatigue promptement, — symptômes qui ne peuvent guère servir qu'à prévenir le médecin du peu de résistance physique dont son malade est capable; mais, à part ce renseignement, ces symptômes ne fournissent aucune base certaine de diagnostic.

On a cependant prétendu, non sans une apparence de raison, que, le rein étant considérablement altéré, les urines devaient infailliblement contenir une quantité d'urée au-dessous de la moyenne. Au point de vue pratique, il n'en est point ainsi; malgré l'existence d'une pyélite très-prononcée avec dilatation, l'élimination de l'urée reste *suffisante* : voilà le fait pratique. Ainsi, à supposer chaque rein réduit à la moitié de son volume, ces deux demi-reins pourront très-bien suffire à l'accomplissement de leurs fonctions excrétoires tant que les besoins et l'activité de l'économie se trouvent être à un taux peu élevé; absolument comme on voit deux moitiés de poumons

chronique, avec absence complète de tout symptôme physique ou rationnel..... S'il était possible de reconnaître à temps l'existence de ces complications, on pourrait se demander si en pareil cas il était indiqué d'intervenir au moyen de la lithotritie, ou s'il ne serait pas plus sage de s'abstenir de toute intervention curative; car il n'est pas douteux que l'existence de ces altérations ne soit presque aussi assurée de donner lieu à un résultat fatal après la taille qu'après la lithotritie. Or, dans les douze cas que nous considérons en ce moment, ces altérations existaient à titre de complication chez au moins cinq malades, et s'il avait été possible de les reconnaître, on aurait pu s'abstenir de toute intervention opératoire, ce qui aurait peut-être permis au malade ainsi traité de vivre un peu plus longtemps, en souffrant beaucoup, il est vrai, pendant le peu de jours qui lui seraient restés. » (*Royal Med. and Chirurg. Transactions*, 1870, vol. LIII, p. 136, 137.)

suffire à l'hématose, dans certaines circonstances favorables au maintien de l'existence sous ces conditions. L'insuffisance de l'élimination de l'urée ne se trahira alors que le jour où le fonctionnement de ces deux moitiés de rein se trouvera être entravé, soit par suite de troubles résultant de l'impression extérieure du froid, soit par suite d'un mouvement inflammatoire propagé aux reins consécutivement à quelque traumatisme opératoire portant sur l'urèthre ou la vessie. Enfin, en considérant toujours le côté pratique de la question, supposons que j'examine les urines d'un malade pour faire le dosage de l'urée, et que je trouve un chiffre notablement au-dessous de la quantité normale, n'est-il pas vrai que le malade en question devra se trouver sous le coup d'un empoisonnement urémique plus ou moins prononcé, et ne devra-t-il pas présenter à bref délai les signes cliniques de cet état morbide? Et l'absence de ces signes n'est-elle pas la preuve que l'urée continue à être éliminée à un degré suffisant? Dès que les principes constituants de l'urine commencent à être retenus dans le sang, à partir de ce moment, les phénomènes d'empoisonnement sont imminents. En pratique, on ne fait pas grand fond des seuls résultats de l'analyse chimique des urines. Quand un malade rend en abondance des urines marquant 1018 à 1025 et ne contenant ni cylindres ni albumine, sauf celle qui accompagne le pus et le sang mêlés à l'urine, rien ne nous autorise à supposer qu'il existe une altération invétérée des reins, à moins que d'autres signes ne viennent témoigner de son existence.

Or, jamais je n'entreprends d'opérer un calculeux sans préalablement recourir à l'examen des urines, et quand je me décide à opérer un malade dont les reins sont manifestement altérés, j'agis en pleine connaissance de cause, et parce qu'il est absolument indispensable de tenter à tout hasard une intervention chirurgicale : j'aurai à revenir tout à l'heure sur ce sujet. Je dirai, en attendant, que personne plus que moi n'est prêt à faire bon accueil à toute nouvelle application de l'analyse chimique des urines pouvant apporter des données diagnostiques; je crains toutefois que, dans l'état actuel de nos connaissances, aucun moyen de ce genre ne puisse éclairer le diagnostic de la « dilatation mécanique » dont nous nous occupons.

On s'est encore demandé s'il ne serait pas possible de reconnaître l'existence de ces altérations à l'aide des données fournies par la palpation ou la percussion. Pour ce qui est de moi, je réponds sans hésitation par la négative. A l'étranger, une voix des plus autorisées s'est déclarée récemment en faveur de la valeur sémiologique réelle de ces signes au point de vue du diagnostic des lésions rénales. Après m'être particulièrement occupé depuis plusieurs années de cette question, je dois exprimer un avis absolument contraire à celui de cet auteur, tout en lui rendant l'hommage qui lui est dû. Depuis longtemps j'ai la conviction que c'est cette lésion des reins plus que toute autre circonstance qui nous empêche de diminuer encore la mortalité des opérations motivées par les calculs vésicaux volumineux. Si, dans un cas donné, je pouvais reconnaître avec certitude qu'un malade portant une pierre volumineuse présente en même temps l'état de dilatation des uretères et des reins, je lui donnerais le conseil de ne se laisser

pratiquer aucune opération, et je me contenterais de faire tout mon possible pour prolonger son existence en palliant dans la mesure du possible ses souffrances. Ce programme peut être réalisé jusqu'à un certain point dans ces conditions ; les résultats en sont souvent meilleurs qu'on ne pourrait l'espérer, comme j'ai pu le voir dans quelques cas remarquables. Mais, d'autre part, ces soins palliatifs restent parfois sans effet, et le malade demande avec persistance qu'on lui supprime à tout prix des souffrances intolérables. Dans ces circonstances, pouvons-nous prendre sur nous de lui refuser le secours chirurgical sans forfaire à l'humanité ?

Mais, pour en finir avec ce point, quelle est la valeur réelle des signes obtenus par la palpation et la percussion ? Tout d'abord nous avons constaté d'une manière incontestable que la sensibilité à la pression de la région rénale peut parfaitement faire défaut, à moins qu'il n'existe une suppuration aiguë, une néphrite aiguë ou un calcul rénal. Vous avez souvent pu voir avec quel soin j'interroge la sensibilité des régions rénales chez nos malades, et vous savez combien cette exploration est facile avec des sujets maigres ; et, d'autre part, vous savez combien elle offre de difficultés lorsqu'il s'agit d'un malade très-gras. Or, il ne faudrait pas vous figurer que la maigreur soit la règle chez les malades dont il est question ; au contraire, je vous garantis que vous aurez plus souvent affaire à des malades d'un certain embonpoint. Ces malades ont généralement été dans l'inaction depuis un ou deux ans, sans prendre d'exercice musculaire, de sorte que le tissu adipeux a pu s'accumuler, et dans cet état de choses la palpation ne peut plus guère vous apprendre grand'chose relativement à l'état des uretères. Il y a plus : quand même il s'agirait d'un sujet maigre, offrant les conditions les plus favorables à ce genre d'exploration, les lésions dont nous nous occupons ne sont pas de nature à se révéler à l'observateur par des signes physiques. Supposons que l'uretère ait atteint les dimensions de l'aorte ou qu'il les ait même dépassées : aurons-nous alors affaire à un tube distendu par des gaz et reconnaissable par la sonorité à la percussion ? ou bien y aura-t-il distension par un liquide, avec production de matité sur le parcours de l'organe ? Évidemment non ; l'uretère, en pareil cas, est à l'état de tube affaissé, à parois minces et souples, quoique donnant passage, il est vrai, à du liquide ; mais il vous sera tout aussi difficile de le distinguer par la percussion des organes voisins et de délimiter son contour, qu'il le serait de reconnaître par le même procédé d'exploration le plexus lombaire. Cela est également vrai pour le rein lui-même. Vous pouvez certainement, sans un degré d'habileté extraordinaire, déterminer les dimensions d'un rein augmenté de volume ; mais il est impossible, par les procédés d'exploration physique, de reconnaître et de démontrer l'existence d'une dilatation du bassinet ou d'une atrophie du parenchyme rénal. Sans doute vous pourrez avoir des présomptions, sans doute vous pourrez parfois deviner avec sagacité ; mais lorsqu'il s'agit d'un diagnostic dont dépend la vie ou la mort du malade, on ne doit pas se contenter de présomptions, quelque sagaces qu'elles soient. Il y a donc là un champ de recherches qui invite à de nouvelles investigations. Car, je vous l'affirme avec certitude,

nous ne possédons pas encore aujourd'hui les moyens de diagnostiquer d'une manière quelque peu certaine la pyélite accompagnée de distension mécanique.

II. Je dois maintenant considérer la question du *pronostic* des altérations rénales dans les cas où il existe un calcul de la vessie, que l'on se propose de traiter par une intervention opératoire. Tout d'abord je vous dirai que lorsque le calcul est de faible volume, — gros comme une petite noix, — la lithotritie *bien faite* offre peu de dangers, quel que soit l'état des reins. Mais malheureusement la pierre a souvent acquis un volume considérable, et le malade est dans une situation précaire, quoi qu'on fasse ; nous devons alors nous demander quel est le traitement qui va lui donner le plus de chances d'amélioration, sinon de guérison.

J'ai opéré au moins trois calculeux qui étaient affectés de maladie de Bright invétérée et manifeste, et chez lesquels les souffrances avaient atteint un degré d'intensité tel que l'opération était ardemment sollicitée. De ces calculs, phosphatiques tous les trois, deux étaient volumineux, le troisième ayant des dimensions moyennes. (Pour moi, un calcul de *volume moyen* est un calcul qui offre environ 2 1/2 centimètres comme moyenne des principaux diamètres.)

De ces trois malades, le premier était un client du docteur Sharpe, de Norwood ; je le soignai en 1865. J'ai réussi, au moyen des précautions les plus minutieuses, à complétement débarrasser la vessie en huit séances, ce qui fut cause d'un très-grand soulagement pour le malade. Les urines, quoique assez transparentes, étaient peu denses et albumineuses. Le malade put atteindre le terme de son existence — il vécut encore de neuf à dix mois, je crois — dans des conditions de bien-être relativement très-bonnes. Le deuxième cas s'est présenté à moi, ici, à l'hôpital, en 1870. J'eus soin de procéder avec infiniment de circonspection, les séances, au nombre de cinq, ayant duré six semaines, à cause des frissons intenses, avec état fébrile prolongé, qui en furent plusieurs fois le résultat. Le malade sortit de l'hôpital merveilleusement amélioré et débarrassé de tous les symptômes dépendants de la pierre vésicale. Je le revis trois mois après sa sortie, et l'amélioration se maintenait parfaitement. Depuis lors je n'ai plus eu de ses nouvelles.

Enfin, le dernier de ces trois cas se présenta vers la même époque, également à l'hôpital. L'affection rénale était ici plus avancée qu'elle ne l'était dans le cas précédent. Ce ne fut qu'après bien des sollicitations de sa part que je consentis à lui pratiquer la lithotritie. Je ne pus résister à ses supplications de faire mon possible pour atténuer ses souffrances ; il savait aussi bien que moi qu'une mort inévitable ne pouvait longtemps se faire attendre. En tenant compte de sa pâleur, de son état de débilitation, de l'accélération constante du pouls, il ne pouvait être question un seul instant de lui pratiquer la taille. J'attendis trois semaines avant de porter la main sur lui, dans l'espoir que son état pourrait s'amender un peu par un traitement préparatoire. Cinq séances de lithotritie suffirent à l'enlèvement de la presque

totalité du calcul ; mais la cinquième fut suivie de frissons intenses avec vomissements, et le malade succomba en peu de jours.

La taille aurait-elle été applicable dans n'importe lequel des trois cas que je viens de vous rapporter ? Je n'hésite pas à affirmer qu'on ne pouvait, avec la moindre chance de succès, faire subir une opération par l'instrument tranchant à des malades aussi profondément débilités. La lithotritie seulement pouvait offrir quelques chances de guérison, et grâce à elle j'ai pu épargner à deux de ces malades les tortures de l'affection calculeuse et ajourner la terminaison fatale qui était imminente.

Mais, me direz-vous, il s'agissait dans ces cas de la « maladie de Bright » confirmée, et vous me demanderez à bon droit si les mêmes règles de conduite doivent être appliquées dans un cas de calcul accompagné de pyélite avec dilatation mécanique, à supposer que l'existence de cette complication fût reconnue à l'avance. A cela je ne peux faire qu'une réponse : tous les malades de ce genre que j'ai vus et chez lesquels l'autopsie a démontré l'existence des altérations rénales en question, tous ces malades, dis-je, présentaient un défaut manifeste de résistance vitale ; — tous offraient un état général de débilitation qui m'aurait fait reculer jusqu'à la dernière extrémité avant de me résoudre à porter sur eux l'instrument tranchant. Et, tout en convenant que je m'abstiendrais volontiers de la lithotritie comme de la taille, ainsi que je vous l'ai déjà dit, dans les cas où il serait permis de reconnaître l'existence de l'altération invétérée du rein, cependant je crois que chez quelques-uns de ces malades, j'ai réussi à appliquer avantageusement la lithotritie. Il en a été ainsi pour trois cas compliqués de rétrécissement uréthral étroit et invétéré, et accompagnés, j'en suis convaincu, d'un état de dilatation mécanique considérable des voies urinaires postérieures au rétrécissement ; dans ces cas, j'ai dû maintenir à l'urèthre un calibre suffisant à l'aide de sondes à demeure. Mais ces malades étaient dans un état général tellement misérable, que pour rien au monde je n'aurais consenti à les tailler, et je crois que tout praticien aurait partagé mes scrupules.

Mais à ces allégations vous pourrez me répondre à bon droit : Que faites-vous de cette proposition formulée autrefois par certains chirurgiens des plus autorisés, qui ont dit que, dans les cas où il existe une *affection rénale*, il est préférable de recourir à une opération qui supprime le calcul d'*un seul coup*, plutôt que de vouloir atteindre ce résultat à l'aide d'une méthode telle que le broiement, qui nécessite l'introduction répétée du brise-pierre, et qui expose le malade à l'irritation prolongée qu'occasionne la présence des fragments calculeux ? Il y a *aujourd'hui* à répondre à cette objection, que la proposition qui vient d'être énoncée, et qui était vraie incontestablement il y a trente ans, ne l'est plus, maintenant que la valeur relative des méthodes opératoires, taille et lithotritie, a été si profondément modifiée. L'opération de la taille avait déjà acquis le degré de perfection qu'elle présente aujourd'hui avant que la lithotritie fût seulement inventée, et elle donnait déjà des résultats aussi beaux que ceux qu'on en a retirés depuis. Mais, par contre, le perfectionnement de la méthode nouvelle, la lithotritie,

s'est fait progressivement dans le cours des dernières cinquante années et jusqu'à ce jour. L'application de cette méthode donne aujourd'hui des résultats meilleurs que ceux d'il y a vingt, ou même dix ans, et c'est pour cela que la proposition ayant trait aux complications rénales, qui était parfaitement fondée alors, perd tous les jours de plus en plus sa raison d'être. *Je suis même d'opinion que la règle inverse doit être adoptée pour les cas où le calcul est facile à broyer.* Pour étayer cette assertion, j'ai fait paraître devant vous six témoins irrécusables, — j'en aurais facilement produit un plus grand nombre, — six malades calculeux qu'il eût été impossible de traiter par la taille : conduire ces malheureux individus, pâles et affaiblis, à l'amphithéâtre pour leur faire subir la taille, c'eût été les mener à l'abattoir, purement et simplement. De ces six patients, cinq ont pu être sauvés. Je crois donc que lorsqu'il s'agit d'un calcul même assez volumineux, pourvu qu'il soit de consistance friable, — et notez que, dans ces cas, le calcul est généralement phosphatique, et par conséquent friable, — et lorsqu'il existe une altération invétérée des reins, avec débilitation générale, je crois, dis-je, que s'il y a une opération qui puisse offrir quelque chance de succès, c'est la lithotritie ; et je pense que, dans un tel cas, la taille expose à une mort certaine. Le choix reste donc fixé entre la lithotritie et un traitement palliatif ; si, d'autre part, le calcul n'est pas de nature à être facilement broyé, il faut choisir entre la taille et le traitement palliatif, et peut-être ce dernier doit-il être préféré.

Mais il est impossible de perdre de vue un élément important de cette discussion, et il y aurait affectation de ma part à vouloir le passer sous silence. Quand je pèse devant vous la valeur de la lithotritie, il va sans dire que je n'entends parler que de la lithotritie soigneusement pratiquée par une main habile et expérimentée. En dehors de ces conditions, mieux vaut assurément la taille. Notez qu'il n'est pas possible de comparer entre elles les deux méthodes rivales, comme nous pourrions comparer entre elles certaines autres opérations, — deux procédés d'amputation de jambes par exemple. Et il ne faut pas se dissimuler ce fait, à savoir, que deux chirurgiens expérimentés peuvent retirer de la taille des résultats sensiblement les mêmes à la longue, tandis que la lithotritie pourra, entre leurs mains respectives, donner des résultats absolument dissemblables, et constituer en réalité des méthodes opératoires qui n'ont de commun que le nom. C'est ainsi qu'un jeune chirurgien qui commence sa carrière pourra très-bien pratiquer admirablement une taille latéralisée des plus réussies, tandis qu'il lui faudra une expérience consommée pour arriver à bien faire la lithotritie. Il est donc impossible de comparer entre elles les deux méthodes, ou de déterminer leur valeur respective, sans tenir compte de cet élément de la question.

A vous qui êtes ici en qualité d'élèves, je vous conseille d'opter plutôt pour la taille que pour la lithotritie dans les cas douteux ou difficiles qui pourront se présenter dans votre clientèle, alors que vous en serez à vos débuts ; et cela dans tous les cas, sauf ceux où le calcul sera de très-faible volume, jusqu'à ce que vous ayez acquis une certaine habileté dans le ma-

niement du brise-pierre. Ne vous hasardez pas à entreprendre la lithotritie pour les calculs un peu gros, avant d'avoir pu acquérir un certain degré d'expérience en broyant de petites pierres.

Messieurs, de quelque côté que nous envisagions ces questions si importantes, il s'en dégage toujours une considération capitale, un enseignement du premier ordre, que voici : *Efforcez-vous de reconnaître de bonne heure la présence des calculs vésicaux*. Quand la pierre n'est pas reconnue avant d'avoir acquis un volume considérable, c'est qu'il y a eu *faute commise*. Quand le calcul est petit, il peut être broyé en une ou deux séances au plus, et presque sans danger. L'indication de la taille est alors supprimée, et l'état des reins ne saurait guère causer d'inquiétude. Jamais encore je n'ai perdu de malade dont le calcul ait pu être reconnu et broyé alors que ses dimensions étaient encore faibles, et je compte ne jamais en perdre dans ces conditions.

LEÇON XII

DE L'AVENIR DE LA CHIRURGIE APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DES CALCULS VÉSICAUX (1)

La médecine ne doit pas seulement guérir, mais surtout prévoir. — La taille ne peut progresser, et telle qu'elle est, elle est dangereuse. — Distinction nécessaire entre l'enfance et l'âge adulte. — Du pronostic de la lithotritie selon le volume de la pierre. — Du choix entre la taille et la lithotritie dans les cas difficiles. — Nécessité d'un diagnostic fait de bonne heure. — Sonde à employer, manœuvres à faire. — Interrogatoire du malade et signes fonctionnels. — Quiconque s'occupe des voies urinaires doit savoir pratiquer le cathétérisme explorateur. — Valeur de l'hygiène pour prévenir les productions calculeuses. — Conclusions.

8 novembre 1873.

MESSIEURS,

Le titre même de cette leçon vous porte peut-être, messieurs, à la considérer comme devant être plutôt théorique que pratique. Repoussez cette pensée, car je désire au contraire être essentiellement pratique, et vous le reconnaîtrez, j'espère, par les considérations que je vous présenterai. Aborder une question chirurgicale par son avenir est, il est vrai, chose inaccoutumée. Généralement, vous le savez, on expose tout d'abord l'historique de la question. Remontant jusqu'à Galien et Hippocrate, qu'on ne manque pas de citer, on promène le lecteur à travers l'expérience des siècles en lui parlant tour à tour de la pratique des Arabes, de l'expérience d'Ambroise Paré, de Richard Wiseman, etc., pour terminer enfin par les faits actuels. Quel-

(1) Cette leçon ne figure pas dans la dernière édition anglaise des « *Clinical Lectures* ». Prononcée en novembre 1873 devant la « Midland Medical Society » par Sir Henry Thompson, elle a paru dans *the Lancet* et a été traduite par M. Victor Campenon.

que instructive, quelque intéressante que soit cette manière de faire, ce n'est pas elle que je me propose de mettre en pratique aujourd'hui. Non, messieurs, ce n'est pas le passé, mais l'avenir que je veux envisager, je le déclare nettement. Si j'agis ainsi, c'est que dans mon sentiment nous sommes arrivés à un moment du traitement chirurgical de la pierre qui nous autorise à tourner nos regards vers cet avenir. Prévoir et prédire (mot un peu trop ambitieux cependant) devient toujours possible dans une certaine mesure, lorsque l'on connaît à fond tout ce qui touche de près ou de loin au sujet en question. Or, il n'est certes aucune opération, aucun traitement chirurgical à qui puisse mieux s'appliquer cet axiome que le sujet même de cette conférence.

Je pose donc hardiment comme prémisses que l'affection calculeuse vésicale peut, comme d'autres maladies, être guérie par le chirurgien. Oui, cette dangereuse maladie, qui pendant deux mille ans a mis à l'épreuve l'habileté des opérateurs, qui a inspiré tant d'œuvres instructives, qui, redoutée au delà de tout fléau par l'humanité, a été de tout temps la source d'indicibles souffrances ; cette maladie, dis-je, est aujourd'hui parfaitement guérissable, tout aussi bien que toute autre affection pénible ou dangereuse.

Le véritable triomphe de la médecine a été dans tous les temps non-seulement de guérir, mais surtout de s'opposer à l'apparition des maladies et d'en amener ainsi la disparition progressive. Je puis citer comme fléaux des plus graves telles affections qui, grâce aux efforts d'une médecine intelligente, ont cessé de se montrer à notre époque. La peste n'est plus en Europe, à fort peu d'exceptions près, que du domaine de l'histoire, et cela depuis longues années déjà. Nous pouvons en dire autant de la petite vérole, qui n'est de nos jours qu'un véritable «anachronisme». Car si elle se montre encore, c'est parce qu'il existe des sots et des ignorants. J'irai plus loin même, n'hésitant pas à proclamer que fièvre typhoïde, que fièvres éruptives, tendent à disparaître, grâce aux progrès de l'intelligence humaine. Vous m'accorderez bien aussi, j'en suis sûr, que nous pouvons intervenir dans la marche du choléra. Nulle objection que je sache ne peut être élevée contre ces propositions. Toutes ces conquêtes glorieuses appartiennent à la «médecine», pour me servir du mot consacré ; mais je me hâte de protester contre cette division entre les deux grandes branches de l'art de guérir. Jamais, comme j'aurai l'occasion de vous le montrer incidemment, on ne peut les séparer complétement. Quant à la « chirurgie » proprement dite, si elle peut guérir et soulager, elle n'a pas fait disparaître de maladies. C'est en sa faveur cependant que j'élève la voix aujourd'hui, pour réclamer comme de son fait, et de lui seul, l'accomplissement de cet avenir que je me hasarde à exposer devant vous.

Toutefois, avant de porter nos regards en avant, jetons un coup d'œil sur ce qui se passe de nos jours ; esquissons rapidement quelle est dans ce siècle la pratique chirurgicale relative à la pierre.

Je vous rappellerai tout d'abord qu'il y a cinquante ans on ne connaissait