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

qu'un seul traitement de la pierre, la taille; opération universellement reconnue comme périlleuse chez l'adulte et des plus hasardeuses chez le vieillard. Vers cette époque, c'est-à-dire en 1822, Civiale, en présence d'une commission de l'Académie de médecine de Paris, débarrassait deux malades de leur pierre, par un procédé de broiement et d'écrasement, au moyen d'instruments conduits dans la vessie à travers l'urèthre. Depuis lors cette méthode, généralement connue sous le nom de *lithotritie*, a subi de nombreuses modifications et des progrès multiples pour devenir l'opération que vous voyez pratiquer actuellement. Durant les vingt premières années de son évolution, elle contribua probablement à augmenter le chiffre de la mortalité parmi les calculeux; résultat inévitable du changement de méthode opératoire. Ce n'était pas en vain, en effet, qu'on pouvait quitter une opération exécutée et tracée par des maîtres pendant plusieurs siècles pour en adopter une autre entièrement différente et à laquelle la main n'était pas faite. Les tentatives n'en continuèrent pas moins : on avait foi en l'avenir de la nouvelle opération. On peut considérer, il est vrai, comme barbares (car il serait barbare aujourd'hui de revenir à ce passé) et les premiers instruments, et les premières manières de s'en servir; mais ils répondirent à cette phase de transition qui devait conduire au progrès. C'est ainsi que peu à peu, par une suite de tatonnements et après de longues années d'expérience, on arrivait à remplacer par un instrument parfait, par le lithotriteur tout à la fois léger et puissant que nous avons aujourd'hui, ces instruments pesants et grossiers d'autrefois, qu'on faisait pénétrer dans la vessie un peu par la douceur, mais surtout par la violence. Parallèlement au perfectionnement des instruments, on voyait s'élever de plus en plus le chiffre du succès.

A cette même époque, ceux que la nouvelle méthode ne satisfaisait pas cherchaient quelque nouveau procédé de taille capable de rivaliser, pour les petites pierres, avec les résultats donnés par la lithotritie entre des mains prudentes. C'est alors que prirent naissance les tailles bilatérale, médiane, et son dérivé la taille prérectale, et enfin d'autres procédés ne différant que peu des méthodes ordinaires. Toutefois, comme les données anatomiques demeurent immuables, on conçoit que nous ayons peu à attendre des progrès de la taille ; le chirurgien n'a que deux voies fatales pour arriver à la vessie avec l'instrument tranchant : le périnée et la région sus-pubienne. Quel est l'opérateur qui n'a médité sur ce grand problème dans le silence des nuits, ou qui ne l'a étudié le jour dans ses dissections sur le cadavre. Quelle serait longue la liste de ces hommes dévoués à notre art, qui ont consacré leur temps et leurs efforts à apporter un perfectionnement, quelque léger qu'il fût, à la taille; celui-ci cherchant la voie la plus courte vers le canal uréthral, celui-là le meilleur moyen d'éviter tel ou tel vaisseau, ce troisième l'incision la plus favorable à la prostate. Quelle est en réalité la valeur de ces diverses modifications comparées à la classique taille latérale? Je ne saurais mieux répondre à cette question qu'en vous priant d'écouter les paroles de mon ami le docteur Cadge, de Norwich, qui, après une soigneuse et complète analyse des résultats de la taille médiane à Norwich, conclut en ces termes :

« Il résulte de mon expérience actuelle qu'elle n'est avantageuse et profitable que pour les malades dont la pierre est de petit volume... S'il en est autrement, elle devient hasardeuse et même dangereuse (1). » Ce jugement est le même que celui que je portais dans mes conférences sur ce sujet; il a pour lui l'assentiment de tout chirurgien qui a étudié la question, et j'ai en vue ici non-seulement les opérateurs anglais, mais aussi des médecins étrangers de valeur avec qui j'ai eu récemment l'avantage de discuter ce point.

Permettez-moi encore une digression avant d'aborder le sujet même de notre entretien; mais je ne saurais passer sous silence la relation qui existe entre le nombre des calculeux opérés et celui des décès. Il est encore des auteurs qui, à cet égard, persistent à présenter des statistiques où figurent pêle-mêle et les adultes et les enfants. Or, c'est là, je le déclare, une pratique éminemment trompeuse qui, si elle n'est le fait d'une inattention coupable, ne peut être expliquée que par un des deux mobiles suivants : Ou une ignorance grossière des chances si différentes présentées aux divers âges, ou une intention arrêtée de confondre tous les cas pour n'avoir qu'une très-faible mortalité à signaler au total final. Or, au point de vue de la vérité comme aussi pour éviter toute erreur, il faut distinguer nettement les cas de pierre survenant avant la puberté de ceux qui se montrent plus tard (2). Il est de fait notoire qu'avant la puberté, la taille est une opération relativement sans danger, suivie de mort à peine une fois sur seize. Chez les adultes, il y a toujours péril, et si nous consultons les statistiques des meilleurs lithotomistes (je n'entends parler ici que de ceux faisant toujours la taille et jamais la lithotritie), nous trouvons que de la puberté à 58 ans (3), la proportion de mort est de 1/6e et qu'elle devient de 1/3,5 de 58 à 80 ans (4). Ce qui crée la grande différence entre l'adulte et l'enfant, c'est que chez ce dernier les organes sexuels sont encore rudimentaires et qu'on n'y rencontre pas ces sympathies étroites de tout l'organisme avec le système génito-urinaire, sympathie si puissante au contraire chez l'adulte, où elle se traduit par ces symptômes morbides quelquefois graves que nous désignons sous le nom générique de « fièvre uréthrale », et que nous n'observons jamais, ou seulement à titre exceptionnel, chez la femme et chez l'enfant. Mais c'est assez, pour ne pas dire trop, déjà sur ce point. Rappelons-nous seulement qu'il nous faut laisser de côté toute statistique qui ne divise pas nettement les faits en deux grands groupes naturels.

(1) *Median Lithotomy*, note lue à la réunion annuelle de «British Medical Association». Londres, 1873.

(2) Cheselden insiste sur la nécessité absolue de préciser toujours l'âge du patient. Lui-même en donne l'exemple dans sa statistique de 213 cas, dont 167 avaient moins de vingt ans; 14 opérés seulement avaient plus de cinquante ans, parmi lesquels il y eut 6 morts (Cheselden's *Anatomy*, 5e édit., p. 322-323, 1740). — La pratique si justement célèbre de Martineau, qui n'eut que 2 morts sur 84 taillés, comprenait 34 cas au-dessous de quatorze ans, 5 femmes, et seulement 11 calculeux de plus de soixante ans.

(3) Série de 528 opérations de taille.

(4) Série de 271 opérations. Voy. Henry Thompson, *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, part. III, p. 638.

Ce que je veux aujourd'hui, c'est me borner à l'étude du *calcul chez l'adulte* (aussi bien est-ce là le point le plus vaste et le plus important de notre sujet) et à l'examen de ce que la lithotritie peut nous donner à cet âge, bien qu'elle ne soit pas, disons-le en passant, inapplicable chez l'enfant, si le corps étranger est très-petit. Qu'il soit donc bien entendu, messieurs, que tout ce qui va suivre s'adresse au calculeux adulte, et aussi naturellement aux pierres de moyen volume chez le vieillard.

Je poursuis. Je mets ici sous vos yeux quatre plateaux tirés de ma collection et contenant environ deux cents calculs extraits par lithotritie. L'âge moyen de mes deux cents opérés dépasse 60 ans; je n'en compte que très-peu au-dessous de 40 ans, mais plusieurs entre 60 et 80. Si nous voulons préciser, je vous dirai que ce premier plateau contient 63 pierres petites, ces deux autres 99 calculs de moyen volume et, qu'enfin ce quatrième en renferme 35 dépassant un peu la moyenne; en tout, 197 productions calculeuses. J'aurais pu vous apporter des échantillons en beaucoup plus grande quantité, mais ceux-ci suffisent pour ce que j'ai à vous dire, car ils nous offrent plusieurs exemples des plus remarquables comme des plus intéressants.

Mais arrêtons-nous tout d'abord à cette simple question : — *Quel est le but que nous nous proposons d'atteindre par la lithotritie?* Ma réponse sera brève : réduire la pierre en débris assez fins pour qu'ils puissent traverser facilement le canal uréthral, et cela en ayant recours au moins de manœuvres instrumentales possible.

Nous devons nous appliquer à ce que le maniement de notre instrument ne lèse ni l'urèthre, qu'il faut traverser, ni la vessie, ce viscère irritable, où se tient la production nouvelle. Nous devons veiller aussi à ce qu'à l'irritation mécanique vienne s'adjoindre aussi peu que possible celle produite par le contact des fragments créés. En réalité, en effet, les dangers de la lithotritie reconnaissent pour point de départ les lésions d'organes délicats, que ce soit par le fait des instruments employés, que ce soit par l'action des fragments anguleux et pointus produits par le broiement. Quand nous disposerons d'un appareil instrumental incapable de nuire et quand nous aurons appris à faire des débris incapables de léser les tissus, ce jour-là nous aurons atteint la perfection dans l'art de la lithotritie. Guidé par ce principe, je me suis toujours efforcé d'opérer avec l'instrument le plus simple possible, de faire peu de manœuvres, ce qui m'a conduit à rejeter toute injection préliminaire, toute injection évacuatrice, à moins de conditions spéciales.

Jusqu'à quel point avons-nous résolu le problème en question? Complétement, puis-je répondre, pour les calculs d'un certain volume. Oui, en présence d'une pierre, soit d'acide urique, soit de phosphates, soit d'oxalate de chaux, quand elle n'est pas plus grosse qu'une noix ordinaire, on peut arriver à un résultat parfait. J'appelle à ce propos votre attention sur ce plateau chargé de 63 calculs provenant, permettez-moi de vous le rappeler, de malades dont l'âge moyen dépassait soixante ans. Je n'eus pas un seul décès parmi ces cas, dont la pierre ne dépassait pas le volume que je viens

de vous indiquer. J'affirme n'avoir perdu aucun lithotritié dont la production calculeuse était dans ces dimensions. Vous n'avez donc, si vous avez soin d'opérer avec douceur, que le succès à espérer en face de tels calculs, dont le broiement ne vous demandera qu'une ou deux séances, trois au plus.

Ainsi donc ici le problème est résolu et d'une façon triomphante. Mais il en est autrement quand la pierre est supérieure à une noix, lorsqu'il faut non plus deux séances, mais cinq, pour obtenir sa disparition ; à plus forte raison, le danger va-t-il augmenter quand il faudra revenir au broiement à huit et dix reprises successives.

Dans ces deux autres plateaux sont environ 100 pierres de moyenne grosseur. Ici encore, en face d'un calcul dont le volume rappelle celui d'une amande enveloppée de sa coque, le résultat obtenu est excellent et bien supérieur à celui donné par la taille, mais toutefois le succès n'est plus aussi certain, aussi constant que dans notre première série. Nous avons quelques cas de mort à enregistrer, environ un sur douze ou treize opérés.

Dans ce dernier plateau, enfin, vous voyez de grosses pierres. Ici la mortalité est plus considérable, elle atteint peut-être le chiffre de un sur huit ou dix cas. Pour quelques-uns de ces calculs, la taille eût peut-être valu mieux. Mais nul n'est infaillible et l'on peut pardonner des jugements erronés. Celui-là est le plus sage qui se trompe le moins, et qui, lorsqu'il commet une faute, cherche à en profiter pour sa conduite ultérieure. D'ailleurs il est toujours beaucoup plus facile de juger après coup de ce qu'il eût convenu de faire. Il existe donc fatalement un certain nombre de cas où le *choix de l'opération* n'est dicté et inspiré que par des circonstances des plus légères. Il y a là un terrain neutre, si vous voulez me passer cette expression, où se rencontrent les deux opérations. Nul ne peut alors, quelle que soit son expérience, tracer une ligne de démarcation précise, et dire : « Ici il convient de recourir à la lithotritie ; là il faut pratiquer la taille. » Ce terrain neutre est beaucoup plus vaste que je ne le voudrais, et ils sont trop nombreux les malades chez qui il est impossible de prévoir ce qui réussira le mieux du couteau ou du brise-pierre. Soit, par exemple, une de ces pierres dont le volume autorise le broiement, tout en étant cependant sur la limite extrême, tantôt le patient supportera sans trop de gêne les six ou sept séances nécessaires; tantôt, au contraire, son état plus ou moins débile, plus ou moins irritable, sera incapable de résister à ces manœuvres répétées. Pour moi, je le déclare, je ne connais aucun fait de ce genre. Je dis seulement que cela peut être. Car, après tout, le robuste et vigoureux montagnard qui n'a jamais été malade un seul jour, qui n'a jamais souffert jusqu'au moment où il a été atteint de la pierre, résiste souvent moins bien que tout autre patient aux influences d'une poussée irritative. Toute prévision à cet égard est souvent fort difficile, d'autant plus que nous voyons fréquemment, par contre, un malade pusillanime, tremblant pour les suites de l'opération, se rétablir et résister mieux que tout autre, et nous étonner par sa tendance vers la guérison. Vous le voyez donc, il

n'est qu'un seul élément certain de succès, il n'est qu'un cas où l'on soit assuré de la réussite, c'est lorsqu'on s'attaque à une pierre de petite dimension. De ce fait même, que j'espère avoir mis hors de doute pour vous, découle cette conséquence fatale :

Valeur capitale du diagnostic de la pierre au double point de vue de son existence et de son volume.

Je n'hésite pas à affirmer qu'il y a autant de mérite à découvrir une pierre petite encore, et à préciser ses dimensions, qu'à conduire plus tard convenablement l'opération. Je puis même aller plus loin, car je pense que vous reconnaîtrez avec moi que le diagnostic est le fait capital. Je puis donc me hasarder à dire qu'au double point de vue de l'intérêt des patients en général et de l'avenir de la lithotritie, j'aimerais mieux, si les deux qualités ne pouvaient se rencontrer ensemble, voir d'habiles praticiens rompus au diagnostic que d'adroits opérateurs. Tout progrès, en effet, dépend, comme nous le verrons, d'un diagnostic fait de bonne heure, car tant que la pierre est petite, il n'est chirurgien vraiment digne de ce nom et familiarisé avec la manœuvre des instruments, qui ne soit assuré d'opérer son broiement avec facilité et sans danger.

C'est en vue de la lithotritie que le diagnostic a pris de l'importance. Lorsqu'il n'existait qu'un seul mode de traitement de la pierre, quand on n'avait d'autre ressource que de traverser le périnée avec l'instrument tranchant, et cela quel que fût le volume de la pierre, qu'elle n'eût que quelques millimètres ou plusieurs centimètres de diamètre, il était fort inutile de préciser ses dimensions, il suffisait de constater son existence. Qu'importait alors que le calcul fût mûral (d'acide urique) ou phosphatique, car le lithotomiste n'avait pas à compter avec sa fragilité plus ou moins grande.

Or ce diagnostic, sur lequel j'insiste avec soin, n'offre en réalité aucune difficulté sérieuse. Rien n'est plus simple même, comme j'aurai à vous le montrer, pourvu qu'on suive la voie convenable, qu'on procède avec méthode. Accordez-moi ce point, et étant déjà acquis que la lithotritie est pour les petites pierres une opération sans pareille, nous arrivons à cette proposition des plus logiques :

Dans l'avenir, l'opération de la taille ne sera plus pratiquée pour les calculs de volume modéré.

C'est là un fait des plus importants, et qui n'a pas, je pense, attiré suffisamment, jusqu'à ce jour, l'attention des chirurgiens. Nous voici, en effet, amenés à reconnaître que toutes les tentatives faites pendant ces cinquante dernières années, que tous les essais qui peuvent être tentés encore dans le but de perfectionner la taille dans les cas de petits calculs, deviennent chose inutile et surannée. Non, ce n'est pas au couteau que nous devons nous adresser en pareille occurrence. Je n'en veux d'autre preuve que les 63 calculs réunis dans ce plateau. Tous mes opérés étaient déjà avancés, et cependant je n'y compte aucun décès. Or, je le déclare, il n'est procédé de taille qui ait donné ou qui donnera jamais pareil résultat.

Peut-être existe-t-il quelques cas particuliers où la lithotritie ne peut être

appliquée à un petit calcul. Un rétrécissement de l'urèthre ne peut-il pas, par exemple, s'opposer au passage du lithotriteur? Ces suppositions sont permises, mais je dois avouer n'avoir pas encore rencontré de ces faits dans ma pratique. Je dirai même plus : dans ces dernières années, j'ai, malgré l'existence d'un rétrécissement uréthral, lithotritié plusieurs petites concrétions. Rien n'est plus facile que de dilater momentanément un canal; il suffit, pour cela, de mettre à demeure, pendant plusieurs jours, une bougie de gomme. Telle est, du moins, ma pratique à « University College Hospital », pratique qui m'a toujours donné les meilleurs résultats. Je fixe tout d'abord une très-petite bougie, puis quand, au bout de quelques jours, je suis arrivé à passer le n° 9 [n° 17 de la filière française], le malade étant chloroformisé, je retire la bougie, puis je procède au broiement de la pierre et à l'extraction des fragments, en faisant deux ou trois introductions successives d'un lithotriteur de petit calibre. Je replace alors la bougie. Trois jours en moyenne après cette première tentative, nouvelle séance, et ainsi de suite, jusqu'à guérison complète. En agissant de la sorte, on n'éprouve aucune difficulté à triompher du rétrécissement, quelle que soit sa résistance, et à débarrasser la vessie d'une petite pierre. Ces cas sont heureusement rares, d'ailleurs; mais, lorsqu'ils se rencontrent, la lithotritie pratiquée comme je viens de vous l'indiquer, est préférable à la taille, pourvu, je tiens à vous le répéter, que le corps étranger ne soit pas volumineux.

Eh bien, si une fois il est acquis et indubitable que la lithotritie nous assure du succès toutes les fois que le calcul n'a que des dimensions modérées, il ne nous reste plus, pour arriver à la solution parfaite du grand problème que nous étudions, que deux desiderata, et deux seulement :

1° *Quelle sera la meilleure opération à appliquer à une grosse pierre?*

2° *Quelle est la meilleure méthode diagnostique pour découvrir de petites pierres au sein de la cavité vésicale?*

De ces deux questions, la première ne m'arrêtera pas longtemps; la discuter serait sortir des limites de cette conférence. J'admettrai donc à priori que, dans le plus grand nombre des cas, la taille latérale est probablement la meilleure. Aussi bien le sujet n'est-il pas nouveau, et n'a-t-il pas besoin que j'y insiste encore ici (1).

Quant à la seconde question, elle est neuve, je le déclare. Cette proposition peut paraître étrange; mais, je le répète, elle n'a pas, pratiquement parlant, fixé l'attention autant que le comporte son importance considérable. Il n'est pas rare, comme j'ai pu souvent le constater, de rencontrer des malades porteurs de petites pierres jusqu'alors méconnues. Ce n'est pas un blâme que je veux adresser à mes confrères; loin de moi cette pensée. D'une part, en effet, on n'a jamais envisagé ou décrit suffisamment, ni les premiers symptômes de l'affection calculeuse, ni les signes propres aux petits calculs vésicaux. D'autre part, l'importance remarquable de ce *diagnostic du début* ne date que du jour où la valeur et les succès de la lithotritie, à cette époque initiale, furent reconnus et démontrés. Laissez-moi

(1) Voyez chapitre VII, *De la taille*, p. 635.