vous raconter, à cet égard, un examen dont je fus témoin ; voici les paroles mêmes qui furent adressées au patient après le cathétérisme : « Je suis heureux de vous dire que vous n'avez rien de volumineux dans la vessie. Il existe peut-être une petite pierre; c'est très-possible, mais, je vous le répète, ce n'est pas gros : ainsi donc vous n'avez pas à vous tourmenter. » Et le malade s'en alla tout joyeux et tout heureux de n'être pas porteur d'un calcul gros comme un œuf de poule ! Mais peut-être a-t-il le volume d'une fève ? Certes, la découverte d'une telle pierre a plus de valeur pour cet homme que la constatation d'une masse volumineuse. Si la pierre est grosse, en effet, vous n'avez qu'un parti à prendre, et l'issue est douteuse ; si elle est petite, au contraire, vous êtes *assurés* du succès. — C'est en suivant cette voie que je vous indique, et elle seule, que nous arriverons, comme nous le ferons quelque jour, au but que j'ai en vue : — disparition de l'affection calculeuse chez l'adulte.

Cherchons donc les moyens pratiques de reconnaître de bonne heure la pierre et de la découvrir alors qu'elle est petite. Comment faire ?

Un mot d'abord du *cathétérisme*. Il est absolument nécessaire que la sonde exploratrice soit mince et légère, de manière à être manœuvrée facilement dans la vessie et à n'être pas gênée et serrée par l'urèthre.

Bien que tout mouvement, pourvu qu'il soit rapide et léger tout à la fois, permette de produire un choc perceptible à l'oreille ou de sentir un frottement, et cela quand bien même le corps étranger ne serait pas plus gros qu'un petit pois, il vaut mieux cependant se servir d'un explorateur tournant facilement entre le pouce et l'index que de tout autre instrument dont la manœuvre ne pourrait se faire qu'avec le bras ou le poignet. La poignée sera donc cylindrique, mais plus petite que celle que j'avais tout d'abord fait disposer pour le lithotriteur, et qui est aujourd'hui universellement adoptée non-seulement en Angleterre, mais encore à l'étranger. Le bec sera très-court, pour permettre une rotation facile.

Quant à la vessie, elle devra être vide ou à peu près, pour la recherche d'une petite pierre. Je préfère que le malade ait uriné peu de temps avant le cathétérisme, et surtout je ne conseille ni les injections préalables, ni toute autre manœuvre préparatoire, qui ne font que dérouter nos recherches. Que le patient soit dans le décubitus dorsal, le bassin légèrement soulevé; laissez votre cathéter glisser de lui-même à travers le canal uréthral, et il y a cinq chances pour une pour qu'au moment où il franchira le col vésical, il touche et rencontre la pierre, quelque petite qu'elle soit. Le contact est aisément perçu si l'explorateur est tenu légèrement entre le pouce et l'index, tandis qu'il peut échapper si c'est le poignet ou l'avant-bras qui manœuvre l'instrument. Si vous n'avez rien rencontré au moment de l'introduction, imprimez quelques mouvements rapides de demi-rotation, tant à droite qu'à gauche, au bec de votre sonde exploratrice. Si vous ne sentez rien par cette manœuvre, abaissez légèrement la poignée de votre instrument et dirigez son bec directement en bas contre le col vésical, et faites quelques mouvements brusques de rotation. C'est là, si la vessie est presque vide, que vous trouverez le calcul, s'il est unique ; là encore

que vous rencontrerez le dernier fragment à la fin du traitement par lithotritie (1).

Jetez les yeux maintenant sur les sondes dont on se servait autrefois pour ces explorations. Elles étaient lourdes, volumineuses, à grande courbure, à long bec, en tout semblables, ou à peu près, au cathéter ordinaire. Sans doute, avec un tel instrument on reconnaîtra une grosse pierre, mais une petite ne saurait être constatée que par un pur effet du hasard. A plusieurs reprises j'ai, tant ici qu'à Paris, démontré l'existence de pierres ou de fragments pas plus gros qu'un pois, par la résonnance parfaitement facile à entendre que donne à leur contact un petit explorateur à poignée cylindrique. Introduisant alors le lithotriteur, je retirais sans le fragmenter le petit corps étranger, confirmant ainsi l'exactitude de ce que j'avais avancé. Si je vous rappelle ces faits, ce n'est pas pour faire ressortir mon habileté opératoire. Non, messieurs, il n'en est rien, car ce serait justement aller contre ce que je veux vous démontrer. Je veux seulement vous montrer ce qui est possible, ce que vous pouvez tout aussi bien que moi, si vous suivez une marche méthodique et si vous explorez avec un instrument convenable. S'il n'en est pas ainsi, si la lithotritie ne permet pas de faire disparaître la pierre tout entière, je m'arrête et renonce à mon opinion en sa faveur ; bien plus, je la déclare une opération sans valeur. Si par lithotritie, en effet, on ne doit entendre que le broiement de la pierre, si ce mot ne comporte pas avec lui l'idée d'une guérison complète, d'une extraction absolue de la pierre ; s'il en est ainsi, dis-je, ne nous adressons plus qu'à la taille, et à elle seule, quel que soit d'ailleurs le procédé employé. Mais en réalité dix-neuf fois sur vingt la lithotritie donne tout ce qu'on peut attendre, tout ce qu'on peut désirer. Est-ce à dire qu'il ne peut et qu'il ne pourra se présenter certains cas où un dernier fragment échappera à nos recherches et continuera à produire certains troubles ? Dans toute opération, vous le savez, quelque parfaite qu'elle soit, il peut toujours se présenter un contretemps. Mais ici, je le maintiens, il est très-rare de laisser échapper un dernier débris. Seulement usez pour sa recherche d'un lithotriteur comme celui-ci (2), et surtout ayez soin que la vessie soit vide. Vous pouvez agir ainsi sans crainte de léser la paroi vésicale. On a coutume de faire l'exploration avec 4 ou 5 onces de liquide dans le réservoir urinaire, ce qui équivaut tout simplement à « rechercher une aiguille dans une botte de foin ». La contraction vésicale, les mouvements des mors, font naître au sein de cette masse liquide une série de courants et de contre-courants, qui sans cesse entraînent et déplacent le petit corps étranger.

Étudions maintenant les *premiers symptômes* et l'évolution de l'affection calculeuse. Cette étude nous conduit tout naturellement à nous poser cette question vraiment intéressante : Comment se fait-il qu'un calcul vésical, dont l'accroissement est toujours lent, dont l'existence se révèle par de

(1) Pour plus de détails, voy. *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, p. 666, chap. X.

(2) Voy. Henry Tompson, *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, chap. IX, p. 654, fig. 206, et chap. XI, p. 676.

nombreux signes, puisse jamais arriver à un certain volume sans avoir été découvert et reconnu? Ce n'est que trop vrai cependant; mais qu'il arrive ainsi ignoré jusqu'à un très-gros calibre, voilà ce que je ne puis comprendre, ce qui me surprend profondément. J'affirme cependant que plus de moitié des calculs que j'ai opérés existaient chez des malades dont on n'avait pas soupçonné la véritable affection jusqu'au jour où le cathétérisme fut fait.

Or, tout en respectant profondément le savoir de mes collègues, j'oserai vous dire, basé sur une conviction profonde tirée de ma pratique, que, selon moi, les premiers symptômes de l'affection calculeuse ne sont pas suffisamment connus et appréciés. Dans le cours de ma carrière, je n'ai pas rencontré plus de deux ou trois cas où le calcul ne se fût pas révélé dès le début par des signes précis. L'évidence de ces signes me semble absolue. Ils peuvent exister plus ou moins, il est vrai, sans qu'il y ait calcul; mais lorsqu'on les rencontre, il ne faut pas hésiter à pratiquer le cathétérisme.

Aussi loin que nous étendons nos recherches sur l'histoire de la pierre, nous trouvons toujours dans les livres classiques qu'elle est une affection surtout de l'enfance. Il n'en est rien. Elle est rare, au contraire, chez l'enfant, comparativement à sa fréquence chez l'adulte avancé en âge. Je sais très-bien que, dans le plus grand nombre des statistiques hospitalières, plus de moitié des calculeux n'ont pas encore atteint la puberté; c'est même là ce qui permet d'arriver à ces résultats surprenants de la taille latérale, comme j'ai déjà eu occasion de le signaler. Cela ne nous dit qu'une chose, c'est que chez les pauvres la pierre est relativement fréquente dans l'enfance. Dans la classe aisée, au contraire, il est bien rare de rencontrer un jeune sujet calculeux, et c'est elle cependant qui donnera le plus grand nombre de calculeux à l'autre extrême de la vie, et c'est à cette époque que nous trouvons le plus grand nombre de calculs.

Quelle est l'*évolution ordinaire* et pour ainsi dire type de l'affection calculeuse? — J'entends parler ici, comme bien vous le pensez, des concrétions d'acide urique et d'oxalate de chaux. Les dépôts phosphatiques sont le plus souvent une production toute locale, née dans une vessie paresseuse et incapable de se vider complétement; aussi constituent-ils une classe différente de celle que j'examine ici. — Un homme robuste, bien portant compte dans sa famille de nombreux cas de longévité, mais aussi un ou deux goutteux, voire même un ancêtre graveleux ou calculeux. Vers le milieu de sa vie, ce malade voit ses urines se charger d'acide urique, comme on peut le reconnaître à un dépôt rouge-brique plus ou moins persistant. Peu après, il rend avec ou sans douleur rénale une petit gravier. Il peut à ce moment être considérablement soulagé par un traitement médical; mais souvent ce moment critique passe sans qu'on institue ni régime ni traitement pour arrêter la diathèse nettement développée maintenant. Aussi, quelque temps après, rend-il de nouveau un gravier, puis d'autres. Un jour arrive où il reste plusieurs mois sans en voir passer aucun. Il y a bien quelques petits symptômes suspects, mais on n'y attache pas d'importance, surtout si depuis dix ou douze mois déjà le malade n'a plus

rendu de graviers. Notre malade se réjouit, on le félicite. Bien à tort, hélas! Quant aux symptômes vagues dont nous parlions tout à l'heure, on les rattache « à cette atonie vésicale, propre, dit-on, à tous les gens d'un certain âge ». Axiome des plus trompeurs!

Mais quels sont donc ces signes fonctionnels vagues et suspects? Ils sont peu marqués, mais bien suffisants pour permettre à un observateur exercé de reconnaître que, s'il ne sort plus de graviers, c'est simplement parce qu'il y a eu aggravation de la maladie, parce que le dépôt calcaire est trop gros pour traverser l'urèthre, et qu'il demeure maintenant dans la vessie, employant l'excès d'acide urique à augmenter peu à peu. Interrogez ce malade, et il vous apprendra qu'il a des besoins d'uriner plus fréquents le jour, pendant la marche, que la nuit, pendant le repos, — fait entièrement différent de ce que nous observons dans « l'atonie sénile » (hypertrophie prostatique), où la miction est au contraire plus rapprochée durant la nuit que dans le jour. Il y a légère douleur, ou, pour mieux dire, une démangeaison passagère se montrant à la fin de la miction à l'extrémité de la verge, tandis que s'il s'agit de « l'atonie », c'est avant la miction que le malade souffre par la distension vésicale, et, dès qu'il a uriné, il se trouve soulagé. On apprendra probablement que dernièrement, à la suite d'une marche inaccoutumée ou de quelques heures de cheval, il y a eu un peu de sang dans les urines; cette hématurie légère a été d'ailleurs bien vite oubliée du malade, ou, s'il y a attaché quelque importance, s'il a consulté, on s'est contenté de lui recommander de ne plus recommencer à se fatiguer, et cela sans qu'on ait songé à sa cause véritable. Le malade se conforme à ce conseil; l'accident ne se reproduit pas, et tout le monde se tient pour rassuré.

Eh bien, rien qu'à l'audition d'un pareil récit, je suis à peu près assuré de l'existence d'une ou deux petites pierres; tout de suite je pratique le cathétérisme, et presque toujours il fait constater un ou plusieurs calculs. Il n'y a pas lieu de s'inquiéter; le malade peut au contraire se réjouir tout à son aise, car avoir une petite pierre, c'est être assuré de la guérison. Je vous l'ai déjà dit en effet, c'est chez des sujets robustes et bien portants que se montre l'affection calculeuse. Je n'ai aucune hésitation alors à vous dire que c'est de cinquante-cinq à soixante-cinq ans que se montre de préférence l'affection calculeuse, au moins dans ce pays.

Je n'ignore pas que quelques personnes, tremblant d'avoir la pierre, supporteront toute espèce de douleur avant d'avouer leurs souffrances à un médecin. Ce fait a sa cause dans l'effroi général inspiré par l'opération telle qu'elle était pratiquée autrefois: on est encore sous l'impression de la taille; mais les progrès de la lithotritie et son application toute spéciale aux petites pierres feront justice peu à peu de cette erreur. Reconnaître les pierres alors qu'elles sont peu volumineuses est aussi une exception à la règle ordinaire ancienne.

Je dois maintenant aborder un sujet délicat, et il ne faut rien moins que le sentiment absolu du devoir pour m'y déterminer. Je puis blesser pro-

fondément quelques-uns de mes auditeurs. S'il en est ainsi, je les prie d'avance d'agréer mes regrets bien sincères. Mais quiconque a une profonde conviction et porte dans ses œuvres une bonne foi à toute épreuve, sait très-bien que se rendre agréable et plaire à autrui n'est pas le seul but de cette vie. — L'importance même de diagnostiquer les premiers symptômes de l'affection calculeuse m'oblige à dire hautement que *nul ne peut soigner convenablement les affections urinaires qui ne se sert du cathéter et de la sonde*. Je sais que, parmi nous, l'habitude et l'usage veulent que nos confrères « les médecins » n'agissent pas de la sorte. Je ne dis pas qu'ils ne le fassent pas. Je ne parle du maniement de ces instruments qu'au point de vue diagnostique et nullement opératoire. Souvent le diagnostic précis d'une maladie urinaire dépend de l'emploi de l'un de ces deux instruments et ne peut être fait sans son aide. Dans tous les cas, savoir s'en servir (c'est-à-dire les manœuvrer avec douceur et facilité) quand il est nécessaire, est vraiment essentiel pour qui veut arriver à une connaissance sérieuse de ces affections; tout aussi essentielles sont les notions chimiques et microscopiques de l'urine, tant normale que pathologique, notions sans lesquelles, je pense, nul ne saurait aujourd'hui se considérer comme habile en l'art chirurgical. On m'objectera, il est vrai, que le médecin, quand il soupçonne l'existence d'une pierre vésicale, peut toujours adresser son malade à un chirurgien pour être sondé. Je l'accorde ; heureux s'il l'envoie assez tôt. Mais pourquoi cette division de l'examen ? Le médecin n'emploie-t-il pas le stéthoscope, invention mécanique qui prolonge l'oreille comme la sonde prolonge le doigt? Qui voudrait de nos jours diagnostiquer une affection de poitrine sans le secours de cet instrument ? Pourquoi le médecin n'enverrait-il pas aussi son malade à un chirurgien pour être soumis à l'examen stéthoscopique, puisqu'il s'agit de manier un instrument, et n'attend-il pas sa consultation pour agir ? Pourquoi le médecin qui examine avec soin les symptômes objectifs des affections urinaires, qui les explore par la vue, le palper, la percussion, craint-il de joindre à cet examen le fait capital : l'exploration interne ? Que penseront de nous et de notre intelligence nos descendants, quand ils apprendront qu'en plein XIXe siècle il fallait deux docteurs pour porter un diagnostic sur les voies urinaires : l'un chargé des signes extérieurs et des symptômes fonctionnels, l'autre de l'examen profond, vésical ! Naturellement je n'ai pas besoin de vous dire que peu m'importe dans quelle branche de notre science, médecine ou chirurgie, l'usage veut qu'on fasse rentrer ces faits. Mais, au point de vue de l'avenir, au point de vue du progrès à accomplir, je désire vivement qu'ils soient du domaine d'un seul, de celui qui saura et qui pourra faire l'examen complet et entier. S'il n'en est ainsi, il arrivera, comme je ne l'ai que trop souvent constaté, que la pierre ne sera pas découverte alors qu'elle est encore petite ; et c'est le cas de dire, pour me servir d'un proverbe vulgaire : « Entre deux selles, on tombe à terre. »

Je crois vous avoir démontré que pour un petit calcul le succès de la lithotritie est « chose sûre », et aussi vous avoir prouvé, sinon absolument, du moins en grande partie, que l'on peut toujours découvrir une pierre

alors qu'elle n'est encore que peu volumineuse. Si vous acceptez ces faits et ces données, vous êtes fatalement conduits à reconnaître que désormais c'est de la lithotritie que seront relevables les cas de calculs chez l'adulte.

Il est tout aussi impossible de nier l'influence de connaissances plus précises en hygiène et en thérapeutique. Le temps ne me permet pas d'aborder ce sujet, mais je puis vous dire qu'il n'est moyen plus puissant qu'un régime sobre pour lutter contre les premières tendances aux productions d'acide urique. A cette époque, on peut, je pense, grâce à un traitement approprié, faire beaucoup plus qu'on n'a fait jusqu'à ce jour pour prévenir le dépôt calculeux.

Tel est donc l'avenir que j'ose espérer avec confiance pour cette terrible maladie qui a si cruellement éprouvé l'humanité, et qui a, plus peut-être que pas une, exercé l'habileté et la sagacité de toute une série de chirurgiens depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours. Ce n'est là qu'une question de temps et de perfectionnement, et nous aurons eu une vie utile, si nous pouvons en quelque chose hâter l'arrivée de cet avenir dont je parle. Pour moi, je ne vois pour personne un but plus louable et plus noble à poursuivre.

LEÇON XIII

PÉRIODE INITIALE ET TRAITEMENT PRÉVENTIF DES AFFECTIONS CALCULEUSES

Origine locale et constitutionnelle des calculs. — Calculs d'acide urique. — Hérédité. — Symptômes. — Urines sédimenteuses. — Persistance de ce symptôme. — Graviers. — Rapports avec la goutte. — *Prophylaxie*. — Usage des alcalins. — Eau de Vichy. — Carbonate de soude. — Diurétiques. — Action du foie sur la production des calculs. — Mercuriaux. — Eaux minérales naturelles. — Salines. — Eau de Püllna, de Friedrichshall, de Marienbad, de Carlsbad, de Franzensbad. — Eaux minérales alcalines. — Vichy. — Vals. — Sel de Carlsbad. — Sel de Glauber. — Influence du régime. — Alcooliques. — Sucre. — Matières grasses. — Régime végétal. — Exercice.

MESSIEURS.

Nous avons récemment étudié et discuté à fond les différentes méthodes opératoires dont l'art dispose pour l'extraction des calculs. Vous avez eu fréquemment l'occasion de me les voir appliquer, car durant le cours de ces dernières semaines, onze cas se sont présentés dans nos salles, qui nous ont permis d'enregistrer onze succès.

Ce résultat, quelque satisfaisant qu'il soit, laisse encore tout entière, à mon avis, une grave et importante question ; question qui se présente naturellement à l'esprit de tout homme qui pense, et ne le cède en intérêt à aucune de celles que nous avons examinées jusqu'ici. Je m'explique :

N'y a-t-il pas, dans le cours de l'affection calculeuse, une période anté-