dans une loge vésicale, et ne présentant qu'une petite partie de sa surface accessible au niveau de l'orifice du kyste. J'eus occasion de voir un cas de ce genre à University College Hospital. Le malade, qui resta dans le service de M. Arnott pendant la plus grande partie de l'année 1850, avait été sondé fréquemment; mais une fois seulement, une seule, on avait senti le calcul. A l'autopsie, on constatait la disposition signalée plus haut, et il était de toute évidence que le hasard seul permettait de sentir ce calcul, qui n'aurait pu être extrait par aucune opération (1).

Il n'est pas rare, quand une pierre est ainsi enkystée, de voir des dépôts calcaires venir former des couches successives sur le point découvert. Il se forme ainsi, avec le temps, une masse de plus en plus volumineuse, saillante dans la cavité vésicale, et reliée à la partie cachée par une sorte de collet plus ou moins rétréci. Le calcul, dans son ensemble, rappelle alors la forme d'un sablier.

Un des exemples les plus intéressants de cette disposition est offert par un homme de cinquante et un ans, que le docteur Murray Humphrey, de Cambridge, dut opérer à cinq reprises successives. Une première fois, il extrayait par la taille latérale un volumineux calcul. Vingt-sept mois après, les symptômes ayant reparu, et trois séances de lithotritie ayant échoué, il taillait de nouveau par le même procédé. Deux ans et demi se passent, retour des accidents; troisième taille latérale, toujours avec succès. Dans le courant de l'année suivante, nouvelles souffrances du malade, nouvelle opération pratiquée encore sur l'ancienne cicatrice; mais, cette fois, on découvrait une pierre enkystée que son éloignement de la plaie ne permit pas d'extraire, malgré plusieurs tentatives. Six mois après, le malade s'étant représenté plusieurs fois, M. Humphrey pratiquait l'opération recto-vésicale; il put ainsi atteindre le kyste, ouvrir le sac avec un bistouri herniaire, le dilater avec l'extrémité du doigt, et enfin, non sans difficulté, y engager les tenettes et ramener une pierre de la grosseur d'une noix. Le malade étant mort de péritonite le deuxième jour, on constata, à l'autopsie, que le kyste siégeait juste au-dessus de l'embouchure de l'uretère droit. Sa partie inférieure était ulcérée, et c'est par cette voie que l'urine s'était infiltrée sous le péritoine. — M. Humphrey rencontra un autre calculeux analogue. Cette fois, ce fut à la seconde opération qu'il découvrit une loge située derrière la prostate. L'incision fut prolongée, le collet du sac incisé avec un bistouri boutonné, les matières molles qu'il renfermait enlevées avec la curette. Un jour ou deux après, on retirait avec les tenettes un ou deux fragments. Le malade se rétablit, et n'offrit plus aucun accident morbide (2).

En 1861, je présentais à la *Pathological Society*, au nom de M. Cadge, de Norwich, un fort bel exemple de calcul enkysté, extrait pendant la vie. Il portait, embrassant sa partie rétrécie à la façon d'une collerette, une portion du kyste enlevée avec lui. Le malade avait guéri (1). M. Crichton, dans ses notes manuscrites, indique minutieusement la conduite qu'il suivit dans deux cas semblables qui se présentèrent à lui, l'un en 1842, l'autre en 1844. Dans ces trois faits, la pierre était près du col vésical, et à sa droite dans les deux derniers. M. Crichton signale que, chez l'un et chez l'autre de ses malades, dans les divers cathétérismes qu'il pratiqua (les signes n'étant pas positifs), il trouva toujours la pierre comme fixée sur le côté droit. « La vessie incisée, dit cet auteur, la portion saillante du calcul, saisie avec les tenettes, fut extraite rapidement, car la pierre se rompit au niveau de son col. Une sonde cannelée fut alors introduite dans la vessie et glissée entre la paroi de la poche et la portion enkystée du calcul; avec un peu de patience, on parvenait à soulever et à dégager suffisamment cette pierre pour que les tenettes pussent en saisir une partie, qui se brisa et fut extraite. Cette manœuvre fut répétée plusieurs fois jusqu'à extraction complète. » C'est ainsi que procéda M. Crichton chez ses deux opérés, qui guérirent l'un et l'autre. Tout récemment, M. Lawson présentait à la « Pathological Society » un bel exemple de calcul enkysté qu'il avait pu retirer avec les tenettes aidées de la curette; ce calcul, renfermé tout entier dans une poche, n'offrait aucun prolongement intravésical (2).

Voici enfin l'observation succincte d'un malade que j'opérais en mai 1869 :

Je fus consulté par un monsieur de soixante-quatorze ans, souffrant déjà cruellement depuis plusieurs années. Le cathétérisme me fit constater un volumineux calcul; je proposai la taille. La méthode employée fut le procédé latéral. J'extrayais successivement une large pierre phosphatique et de nombreux fragments. Explorant la vessie, je sentis une petite surface rugueuse comme l'est celle d'un calcul, surface que je parvins finalement à atteindre avec l'extrémité du doigt. Située derrière le col vésical et un peu à droite, cette surface était bordée par un bourrelet de la muqueuse. Parfaitement immobile, elle reposait sur une masse volumineuse appréciable à travers les parois vésicales. L'index droit introduit dans le rectum me fit sentir une tumeur dure, résistante, répondant à celle perçue dans le réservoir urinaire, et se laissant pousser d'un doigt vers l'autre. Cette masse n'était autre évidemment qu'un calcul enkysté du volume d'une noix, et dont une portion seulement était accessible par la vessie. C'est sur cette partie découverte que s'étaient déposées des couches phosphatiques qui, détachées ensuite, avaient donné naissance à des calculs vésicaux libres. Je fis plusieurs essais, mais sans résultat, pour extraire cette pierre enkystée; car elle était trop profondément enchatonnée pour pouvoir être déplacée, à moins de recourir à une violence coupable. Je dus me contenter d'avoir vidé la cavité vésicale.

Le malade alla très-bien pendant quelques semaines. J'exposai sa situation et à lui-même et à ses amis, et me gardai bien de conseiller une nouvelle opération, parfaitement convaincu par ce que j'avais rencontré qu'on ne pouvait faire plus. L'opéré était âgé, épuisé; il s'éteignit au bout d'un mois. A l'autopsie, on trouva la disposition sus-indiquée, et je possède encore aujourd'hui la pièce, montrant le sac

(1) Le musée de Royal College of Surgeons contient de beaux exemples de calculs enchatonnés. Voyez particulièrement les pièces 2019, 2020, 2021 [et dans la vitrine 62 du musée Dupuytren, les pièces n°s 55 et 55 D].

(2) G. M. Humphrey, M. D. F. R. C. S., surgeon to Addenbrooke's Hospital Cambridge, *Report of some cases of Operation*. London, 1856.

(1) *Trans. Path. Soc.*, vol. XII, p. 136. — J'ai présenté moi-même un cas (*post mortem*); voyez vol. XII, p. 138.

(2) *Trans. Path. Soc.*, vol. XIII.

rempli par un calcul d'acide urique du volume prévu. Nul doute; c'est là un des rares exemples qu'il m'a été donné de rencontrer, d'une pierre allant se loger dans un diverticulum, y demeurant, y grossissant par dépôt progressif jusqu'à en remplir complétement la cavité.

La rareté d'une semblable disposition est toutefois démontrée par ce fait que peu d'opérateurs l'ont rencontrée plus d'une à deux fois dans le cours de leur vie. Deschamps et Brodie disent chacun n'en avoir observé qu'un exemple.

F. *Pierre engagée dans l'urèthre.* — Quelquefois le chirurgien se trouve légèrement embarrassé en trouvant le calcul moins profondément situé dans le périnée qu'il ne s'y attendait; en le rencontrant, en un mot, avant d'avoir pénétré dans la vessie. Il est, en effet, des pierres qui peuvent occuper tout à la fois et la vessie et la portion prostatique de l'urèthre. Il n'est pas nécessaire pour cela que le calcul soit unique; deux ou même plus, distincts, il est vrai, mais cependant liés entre eux, peuvent affecter cette position. En pareille occurrence, il faut de toute nécessité extraire ce qui s'offre tout d'abord. Après quoi, il est en général facile de pénétrer dans la vessie et d'achever l'extraction. M. Fergusson a montré un exemple de ce genre à la « Pathological Society ». Les pièces n°s 2026, 2027 et 2039 du « Museum of the Royal College of Surgeons » nous en montrent d'autres.

Lorsqu'un abcès développé au voisinage de la vessie vient à s'y ouvrir, un calcul vésical peut parfois tomber dans sa cavité. La pièce n° 2029 nous offre un exemple remarquable de ce fait exceptionnel.

G. *Calcul embrassé étroitement par la vessie.* — Nombre d'auteurs illustres rangent parmi les difficultés que peut rencontrer l'opérateur la contraction spasmodique de la vessie. Ils la regardent comme devant être distinguée de cet état qui se présente lorsque la vessie vide d'urine vient s'accoler sur la pierre. Gross en parle ; South et Brodie rappellent les cas où ils l'ont rencontrée. Il faut alors, dit-on, apporter grand soin à l'extraction; éviter toute violence dans le maniement des tenettes ou de la curette; souvent attendre un peu. Mais une véritable contraction spasmodique de ce genre est probablement extrêmement rare, et si elle se présentait, il est vraisemblable que le chloroforme en triompherait.

Quand la vessie est devenue extraordinairement petite, que ses parois sont sans cesse étroitement accolées sur une pierre volumineuse, on peut parfois éprouver de grandes difficultés à faire l'extraction. Les tenettes ne suffisent pas ici; on se trouve bien d'y adjoindre l'emploi d'une curette fortement courbée que l'on conduit au-dessus de la pierre en la faisant glisser entre elle et la vessie. C'est un aide matériellement utile pour déloger le calcul.

H. *Pierres adhérentes.* — Quelquefois le calcul est logé à la partie supérieure de la vessie, derrière la symphyse pubienne. Cette position est peut-être due, dans quelques cas, à cet état de spasme dont nous venons de parler; mais le plus souvent, selon moi, elle doit être attribuée à un véritable changement de forme du viscère par le fait de l'épaississement hyper-

trophique de ses parois. La pierre se tient-elle continuellement en un même point, un bourrelet se forme autour d'elle, en partie par le mécanisme signalé plus haut, en partie par infiltration plastique des parois qui perdent ainsi leurs propriétés de contraction et de dilatation (1). En pareil cas, qu'un assistant déprime fortement l'épigastre, et le calcul se laissera facilement déloger par l'opérateur.

Il n'est pas rare d'entendre dire, à propos de tailles, que la pierre était adhérente à la vessie. Or, il est indiscutable qu'on ne saurait admettre ce fait en se fondant uniquement sur les sensations de l'opérateur pendant l'extraction, puisque, comme nous l'avons vu, des conditions multiples, en rendant cette manœuvre difficile, peuvent donner l'idée d'une connexion intime entre la paroi vésicale et le corps étranger. Il est vrai qu'on a pu constater sur le cadavre des sortes de tractus charnus unissant la pierre à la vessie, mais ce sont là de véritables phénomènes pathologiques excessivement rares. Nous en rapportons ici en note quelques exemples dignes de foi, dont deux ont été examinés par nous-même (2).

La membrane muqueuse de la vessie a été trouvée, dans des cas rares à la vérité, revêtue d'une couche calcaire adhérente ; c'est une des formes de *calcul adhérent* démontrée par les recherches anatomiques. Au « Museum of the Royal College of Surgeons » est une vessie (pièce n° 2024) dont la face interne montre non-seulement un grand nombre de petits calculs plongés dans des kystes en miniature, mais encore dans leur intervalle toute la muqueuse revêtue de dépôts calcaires. Une telle disposition sera une véritable source d'embarras pour l'opérateur (3). M. Wormald, à « Saint Bartholomew's Hospital » (4), rencontra le cas suivant : Un jeune garçon de dix-neuf ans, offrant tous les symptômes de la pierre, avait été reçu. A l'exploration, le bec de la sonde fit sentir de tous côtés des incrustations calcaires. On ne jugea pas l'état du malade comme favorable à l'opération ; il succomba peu de semaines après. A l'autopsie, on trouva toute la face

(1) On peut voir au « Museum of the Royal College of Surgeons », des exemples remarquables de cette position particulière de la pierre. La pièce n° 2016, par exemple, montre une vessie divisée en deux parties, l'une supérieure, l'autre inférieure, par un resserrement médian ; la loge supérieure renferme un calcul qu'il eût été probablement impossible d'extraire par une méthode périnéale.

(2) Une pièce trouvée à l'amphithéâtre de « Middlesex Hospital », chez un homme de soixante ans. On rencontra dans la vessie trois calculs, dont deux adhérents. Des fibres du tissu sous-muqueux étaient englobées dans la masse calcaire. La dissection a été faite avec soin par M. Nunn. (Voy. *Transactions of the Pathological Society*, vol. VI, p. 250.)

Un calcul plus petit, semblablement adhérent, fut trouvé à ce même hôpital par le docteur Vander Byl, à l'autopsie d'une femme de cinquante ans. (*Transactions of the Pathological Society*, vol. IX, p. 296.)

Pendant une taille, M. M. Henry rencontra une pierre volumineuse adhérente au sommet de la vessie. Le calcul, soigneusement examiné, présentait, unie intimement à l'une de ses extrémités, une couche membraneuse de nouvelle formation. (*Ibid.*, p. 342.)

[Voyez au Musée Dupuytren une pièce déposée par M. Leroy (d'Etiolles), vitrine 62, n° 34.]

(3) La vessie inscrite sous le n° 2025 présente la même altération, quoique moins marquée. — La pièce n° 2023 montre avec quelques petits calculs enkystés un lobe prostatique moyen hypertrophié et recouvert de dépôts calcaires.

(4) Observation publiée dans *Medical Times and Gazette*, 19 novembre 1859

interne de la vessie tapissée uniformément de dépôts calcaires qu'on pouvait détacher par couches. Les reins étaient le siége de noyaux tuberculeux.

ACCIDENTS DIVERS. — Il est certaines circonstances fortuites pouvant survenir dans la taille, qui, n'exposant pas les jours de l'opéré, ne sauraient être rangées dans la première partie de ce chapitre : *Difficultés et dangers de la lithotomie*. Mais l'effroi de l'opérateur, la tristesse profonde et l'état misérable où elles plongent les malheureux opérés qui en sont la victime, doivent nous y faire arrêter un instant. Nous allons les passer en revue sous le nom d'*accidents primitifs* et d'*accidents consécutifs*.

En suivant leur ordre d'apparition, nous trouvons :

1. *La blessure du rectum.* — Cet accident peut arriver si l'incision est faite trop bas ou juste au-dessus de l'anus, particulièrement si le bistouri a été conduit tout près du raphé, dont il devrait rester distant, au contraire, dans ce cas, de 9 à 13 millimètres. Autrement, si l'on a soin d'incliner convenablement l'instrument tranchant et d'assurer la position des parties avec la main gauche, l'intestin ne saurait être blessé, à moins qu'il ne présente une dilatation anormale, comme il arrive chez quelques sujets, ou qu'il ne soit distendu par des matières fécales, si l'on n'a pas pris le soin de le vider préalablement à l'opération par un purgatif ou un lavement. Cet accident peut survenir pendant la première ou la deuxième incision, ou encore tandis qu'on retire le bistouri, si à ce moment on élargit la voie déjà faite. Quoi qu'il en soit, si la plaie intestinale est petite, elle ne mérite pas qu'on s'y arrête. Si elle est étendue, nombre d'auteurs s'accordent à conseiller de la débrider largement en incisant l'anus et le sphincter. Mais c'est là une pratique dont rien ne prouve la nécessité. Mieux vaudrait, selon toute apparence, laisser les choses telles quelles pour le moment, et attendre, pour inciser le sphincter, que la non-cicatrisation intestinale rende cette manœuvre nécessaire. On possède, en effet, des exemples de guérison complète par cette simple expectation (1). Le pis serait en général de voir persister une petite fistule uréthro-rectale qui peut être très-réduite ou même guérie complétement par l'emploi du galvano-cautère. Si l'on a recours à ce moyen, on aura soin d'avoir vidé la vessie et introduit dans le rectum un spéculum vaginal à bec de canard.

2. *Ablation d'une portion de prostate.* — Il arrive souvent chez les sujets âgés que, soit par déchirure, soit autrement, un petit fragment de prostate est enlevé. Deux conditions différentes peuvent d'ailleurs amener ce résultat. Tantôt, mais c'est le cas le plus rare, le bistouri a sectionné ou mis à découvert une de ces petites tumeurs rondes qu'on rencontre si souvent, à partir d'un certain âge, plongées au sein de l'organe, tumeur qui dès lors

(1) M. South dit n'avoir vu que deux cas où l'intestin fut blessé, et que dans l'un et l'autre la guérison se fit sans le secours d'aucune incision accessoire. (*Chelius' Surgery*, vol. II, p. 606. Londres. 1847.) — Sam. Cooper écrit : « Je vis trois ou quatre de ces cas, mais il n'en résulta jamais aucun incident. » (*Surg. Diction.*, 7e édit., p. 935.) — M. Key ne fut témoin qu'une fois de cet accident; il n'eut aucune suite fâcheuse. Le docteur Gross se prononce nettement contre toute intervention. (*Urinary Organs*. Philadelphia, 1855, 2e édit., p. 590.)

peut facilement s'énucléer spontanément. Tantôt il existe près du col vésical une saillie prostatique, pédiculée ou non, saillie qui peut être prise par les tenettes en même temps que la pierre et arrachée pendant son extraction. J'ai vu survenir trois fois cet accident; il m'est arrivé deux fois à moi-même, et toujours sans aucun danger pour la vie (1). Le docteur Keith m'informe qu'il a observé huit à dix fois le même fait, toujours avec la même impunité. Mêmes remarques pratiques de la part de M. Key (2) et de Civiale (3), qui dit avoir souvent enlevé de ces productions. Quelquefois cependant la plaie se cicatrise alors moins vite et la convalescence est ainsi retardée. On a dit, il est vrai, que le malade urinait mieux ensuite, mais est-ce le fait seul de l'extraction de la pierre ou de l'ablation de la barrière prostatique? C'est ce qu'il est impossible de décider. Quoi qu'il en soit, il faut éviter autant que possible l'extraction de ces productions anormales. Pour cela, avec le doigt introduit dans la vessie pour explorer sa cavité, conduire les tenettes, diriger la prise de la pierre, le chirurgien devra, si l'opéré est âgé, rechercher s'il existe de ces saillies prostatiques, et dans ce cas les protéger contre tout pincement et toute déchirure. Si, comme il arrive parfois, on veut se débarrasser de ces tumeurs lorsqu'elles existent, le mieux sera de les exciser avec des ciseaux à pointe mousse, plutôt que de les déchirer ou même de les sectionner au bistouri.

3. *Un calcul ou un fragment est resté dans la vessie.* — On s'aperçoit parfois quelques jours après l'opération que l'extraction n'a pas été complète, qu'il reste dans la vessie, soit un ou même deux calculs, soit des fragments. C'est là un accident sérieux qui ne doit se montrer que très-rarement, mais qui peut cependant, par suite d'un concours spécial de circonstances, arriver aux chirurgiens même les plus exercés. La conduite à tenir dépend en grande partie de l'état du malade. S'il ne s'agit que de petits fragments, ils s'échappent souvent d'eux-mêmes par la plaie. Si la guérison est en bonne voie, si le malade offre des conditions favorables, le premier soin à prendre est de chercher à s'assurer du volume exact du calcul ou du fragment demeuré dans la vessie; ce que l'on peut faire avec un lithotriteur, ou « sonde à mesure », conduit par l'urèthre. Deux conditions différentes se présentent alors : ou le corps étranger est petit, et l'on procède séance tenante à son broiement par la lithotritie; ou il a un volume assez gros, voire même considérable. Le plus sage sera sans doute alors de ramener le malade sur la table d'opération, de dilater la plaie, et de procéder à l'extraction avec les tenettes. — Mais si le malade n'est pas dans un état satisfaisant, le mieux est de s'abstenir de toute manœuvre pour le moment, à moins cependant que tous les accidents actuels ne puissent si bien être rapportés à la présence même du corps étranger, que son extrac-

(1) J'ai présenté à la « Pathological Society of London », au nom de mon ami M. Cadge (de Norwich), trois tumeurs de ce genre provenant d'un malade porteur de deux grosses pierres qui guérit parfaitement. (*Pathological Transactions*, vol. XIII, p. 155.)

(2) Key, *Remarks on the lateral Operation of Lithotomy* (*Guy's Hospital Reports*, 1837, p. 23).

(3) Civiale, *La lithotritie et la taille*. Paris, 1870, p. 455.

tion, bien loin d'augmenter le danger, soit au contraire une condition favorable à la guérison.

4. *Incrustations de la plaie.* — Des incrustations calcaires (toujours alors phosphatiques) peuvent se déposer sur les lèvres de la plaie après l'opération, et devenir parfois une véritable complication (1). C'est en général du septième au quatorzième jour, quelquefois plus tard, qu'elles se montrent. Quand elles sont légères, il suffit, pour les faire disparaître, de quelques bains de siége, ou de quelques lotions soit tièdes, soit acidulées. Une ou deux fois j'ai trouvé un dépôt si épais, si étendu, que j'ai dû recourir aux tenettes pour l'enlever. Chez un malade en particulier, ces incrustations tapissaient toute la plaie depuis la peau jusqu'à la vessie, et avaient même donné naissance à un véritable calcul qui se détachait de l'orifice profond et faisait saillie dans la cavité vésicale. Je le broyais à la fin de la quatrième semaine. La plaie mit, il est vrai, plusieurs mois à se fermer, mais elle l'est aujourd'hui, et le malade jouit d'une parfaite santé.

5. *Hémorrhagie secondaire.* — L'hémorrhagie survenant pendant l'opération ou aussitôt après peut entraîner parfois un notable danger; et à ce titre nous en avons parlé (page 582) à propos de la taille latérale. Mais elle peut parfois se montrer du septième au dixième jour après l'opération, quelquefois même le quinzième. Cette hémorrhagie secondaire est un accident absolument impossible à prévoir. Je l'ai observée quatre fois dans ma pratique, dont deux fois suivie de mort, et ceci chez des sujets qui, sans cet accident, avaient tout lieu de guérir. Je rapporte l'un de ces cas à la fin de cet ouvrage (taille médio-bilatérale, obs. 8). Quant à l'autre, ce fut un monsieur de cinquante-cinq ans qui en fut, brusquement et sans aucun prodrome, la victime au douzième jour.

Le traitement dépendra de la nature et de la durée de l'écoulement sanguin. Si la ligature est possible, il faut y recourir, car nul moyen n'est plus sûr, plus certain; mais il ne faut guère compter sur cette possibilité, car à cette époque la plaie a déjà eu en général le temps de se rétrécir. On introduira le doigt pour voir si l'on peut avec l'extrémité faire une compression susceptible d'arrêter l'hémorrhagie; s'il en était ainsi, on porterait sur le point en question, à l'aide soit d'une sonde, soit d'un stylet, un tampon de charpie imbibée de perchlorure de fer. On s'est trouvé bien parfois du cautère actuel. M. South rapporte plusieurs cas où il fut nécessaire, pour sauver les jours du malade, de recourir pendant plusieurs jours à la compression digitale de l'artère honteuse.

6. *Persistance d'une fistule urinaire.* — Parfois la plaie de la taille tarde à se fermer, et il reste une fistule étendue de la peau à la portion prostatique de l'urèthre. Cette terminaison défavorable, sans être commune, n'est cependant pas très-rare. Il est peu d'opérateurs qui ne comptent quelques cas de ce genre dans leur pratique. Ces fistules dépendent quelquefois d'un dépôt phosphatique à la surface de la plaie, point sur lequel nous nous sommes expliqué précédemment. Ces concrétions peuvent persister à l'orifice supérieur ou profond du trajet; en d'autres termes, il peut se former un calcul qui, s'il n'est extrait, entretiendra nécessairement la fistule. Si l'on a acquis par un examen attentif la certitude qu'il n'existe pas de corps étranger de ce genre, on touchera légèrement toute l'étendue du canal fistuleux soit avec un fil métallique rougi, soit avec le galvano-cautère, soit enfin avec du nitrate d'argent porté dans la cannelure d'un stylet. Après quoi le malade, qui aura appris préalablement à se sonder sans difficulté, ne devra pendant trois ou quatre semaines uriner qu'au moyen d'une sonde introduite au moment où le besoin se fait sentir; tout passage de l'urine par le conduit anormal se trouve ainsi empêché. Cette pratique suivie avec persévérance amène à guérison un bon nombre des cas, pour ne pas dire presque tous, pourvu, bien entendu, que le malade puisse introduire facilement la sonde. On a conseillé aussi de laisser une sonde à demeure pendant plusieurs jours en vue de faire écouler constamment l'urine par cette voie. Ce mode de traitement n'est pas heureux. L'urine s'insinue le long de la sonde et gagne ainsi la fistule, où elle s'engage; en même temps l'urèthre s'enflamme, sa muqueuse sécrète du muco-pus; toutes conditions défavorables à la cicatrisation désirée. Pour ces motifs et aussi parce que j'ai été à même de voir souvent ces résultats dans le traitement des fistules urèthrales, je préfère de beaucoup le cathétérisme fait par le malade lui-même à chaque besoin ressenti. Avouons enfin qu'il est des cas au-dessus des ressources de l'art, rebelles à tout traitement; ce caractère de ténacité tient sans doute, dans la majorité des cas, à quelque altération de la glande prostate.

7. *Impuissance.* — A la suite de la taille latérale on observe, quoique très-rarement, l'impuissance sexuelle. On a cherché à l'expliquer par la section du conduit éjaculateur du côté de l'incision. Mais cette hypothèse me semble inadmissible par les raisons suivantes : 1° Le bistouri ne saurait diviser le conduit éjaculateur du côté où l'on pratique l'incision, puisqu'on a soin, précisément pour éviter sa blessure, de diriger le tranchant verticalement en bas; bien plus, la lame fût-elle tournée plus obliquement que nous ne l'avons signalé plus haut, elle ne saurait encore l'atteindre. — 2° Un des canaux fût-il coupé, il en reste toujours un intact, car il est difficile de concevoir la possibilité pour un opérateur de les blesser tous deux. Or il serait superflu de démontrer que si un des canaux éjaculateurs est indemne, l'impuissance sexuelle qui suit la taille ne saurait être imputée au couteau. — La véritable cause de cette suite, heureusement fort rare, de la taille, doit bien plutôt être cherchée dans quelque altération morbide simultanée des deux canaux séminifères, altération apparaissant après la lithotomie comme après toute autre lésion. Ne voyons-nous pas en effet, à la suite d'une prostatite terminée par abcès chronique prostatique (c'est avec intention que je ne dis pas périprostatique; confusion souvent faite), alors que la glande est détruite en grande partie ou même en totalité, ne voyons-nous pas, disons-nous, une matière plastique remplir et oblitérer ces canaux et la perte des fonctions génitales en être la conséquence. Les vésicules séminales peuvent, elles aussi, être altérées, atrophiées, suppurées. J'ai vu

(1) On peut en voir un bel exemple au musée pathologique de l'hôpital Necker, pièce LXIV.

des tubercules, soit de la prostate, soit des vésicules, amener les mêmes conséquences. Quand donc la perte des facultés viriles succède à la taille latérale, je ne puis y voir le fait d'un traumatisme direct produit par le couteau; mais je suis disposé à l'attribuer, soit à la suppuration, suite de tractions violentes, soit à l'inflammation tant des conduits que des vésicules séminales, parties qui cessent dès lors de remplir leur rôle de canal et de pouvoir être traversées par le liquide spermatique. Le fait est extrêmement difficile à démontrer; c'est en apportant patience et persévérance dans les recherches anatomiques qu'on pourra découvrir et déterminer avec certitude la lésion capable d'abolir les fonctions viriles.

8. *Incontinence d'urine.* — Elle apparaît, comme suite de la taille, plutôt chez les sujets qui n'ont pas encore atteint l'âge de puberté que chez l'adulte. A part ces cas rares où un calcul énorme a nécessité des lésions étendues du col vésical, on ne peut expliquer d'une façon suffisante ce fait morbide, malgré les nombreuses hypothèses émises tour à tour. Son traitement est sensiblement le même que pour tous les autres cas d'incontinence, aussi ne croyons-nous pas devoir passer en revue toute la série des moyens aussi nombreux que variés que l'on a mis en usage; nous nous contenterons de rapporter le fait suivant, qui mérite attention. Cette incommodité se montra plusieurs mois durant chez un malade à qui j'avais fait avec plein succès la taille latérale en 1869, pour un volumineux calcul. Mon opéré était d'ailleurs en parfaite santé. Sans espérer grand succès de mon entreprise, je cautérisais le col vésical dans l'été de 1870. Depuis ce temps toute incontinence a disparu et la réussite a été aussi parfaite qu'inattendue.

9. *Impossibilité de découvrir une pierre après incision faite.* — Il nous reste à signaler un accident des plus malheureux, comme aussi d'ailleurs des plus rares : on a pratiqué la taille, on ne peut découvrir aucun calcul.

Des causes multiples peuvent conduire à ce résultat.

A. — La pierre est *si petite*, que le premier flot d'urine qui s'échappe l'entraîne facilement, et c'est en vain alors, on le comprend, qu'on la cherchera dans la cavité vésicale. J'ai vu une taille pratiquée pour une concrétion ayant en tout le volume d'un pepin de pomme, et où le fait que nous venons de signaler se produisit pour le plus grand embarras de l'opérateur. Il est arrivé assez souvent qu'après avoir vainement exploré longtemps le réservoir urinaire, on finissait par découvrir un très-petit calcul tombé, soit à terre, soit dans le bassin destiné à recueillir le sang et l'urine, ou englobé dans un caillot, ou même accroché à quelque partie du vêtement du chirurgien. Un tel fait ne devrait pas se produire, par cela seul que la taille ne devrait jamais être pratiquée pour de si petites pierres. Nous verrons, au *choix du traitement* (chap. XIV), qu'il faut toujours s'assurer du volume exact du calcul pour guider dans la conduite à suivre, dans l'opération à faire.

B. — Une opération peut demeurer infructueuse parce que la pierre, *logée dans un kyste* de la vessie, ne peut être déplacée. Ceci est très-rare, car pour que la sonde ait permis de reconnaître la pierre, il faut que celle-ci, bien

qu'enkystée plus ou moins, fasse un relief suffisant dans la cavité vésicale; on pourra alors finir par la saisir en recourant aux diverses manœuvres que nous avons signalées dans ce même chapitre (page 624), à propos des calculs enkystés.

C. — Plus rarement encore il s'agit d'une *sorte de vessie double;* c'est-à-dire qu'une vessie à cellules présente un diverticulum considérable, communiquant librement par un large orifice avec la cavité vésicale proprement dite.

[La vitrine n° 61 du musée Dupuytren présente deux pièces remarquables de cette disposition : l'une (n° 50) donnée par M. le professeur Cruveilhier, l'autre (n° 50 A) venant de M. Vulpian. — Sous le n° 53 de la vitrine 62, est un type de vessie à cellules multiples déposé par M. Barth.]

Cette disposition est tout à fait exceptionnelle, c'est en général un collet étroit qu'on rencontre. Quoi qu'il en soit, un calcul peut exister dans ces conditions. Il se tient en général dans la vessie proprement dite, où la sonde a permis de le sentir, mais il peut par moments fuir dans la cellule (1), où il n'est plus possible de l'atteindre. Ici, comme dans le cas précédent, si au moment d'opérer on ne peut le sentir distinctement, il ne faut entreprendre aucune incision.

D. — Disons enfin qu'on peut tailler et ne pas trouver de pierre parce qu'il y a eu *erreur de diagnostic.* Le chirurgien peut avoir à plusieurs reprises sondé son malade, avoir cru trouver et faire trouver à d'autres les signes d'un calcul, quoique cependant il n'y ait jamais eu de pierre. C'est ainsi qu'on a pu être induit en erreur par une tumeur pédiculée, revêtue probablement d'incrustations calcaires. Il y a quelques années, une taille fut faite dans ces conditions; la pièce est actuellement déposée au musée de « Saint Thomas's Hospital » (2).

Il est arrivé encore qu'une vessie hypertrophiée à fibres musculaires épaisses et résistantes a induit le chirurgien en erreur pendant le cathétérisme et lui a fait croire à l'existence d'une pierre. Une telle disposition ne saurait cependant donner ce son clair, résonnant, fourni par le calcul.

Les parois osseuses du bassin pourraient, si l'on en croit quelques auteurs, donner semblable illusion; mais ici encore, comme dans le cas précédent, ni l'impression tactile, ni le son perçu, n'ont cette netteté, cet éclat comme métallique qu'on obtient dans le cas de calcul. Quoi qu'il en soit, on n'en a pas moins vu des chirurgiens habiles trompés par l'une ou l'autre des conditions que nous venons de signaler (3). Mais peu ont le courage et la bonne foi de publier leurs méprises et d'instruire ainsi leurs confrères. Récemment

(1) Il est peut-être bon de préciser ici la différence que je fais entre les termes *kyste* et *cellule*. Par *kyste* j'entends une cavité creusée dans l'épaisseur même de la paroi vésicale, contenant et embrassant étroitement la pierre, qui y est sans cesse logée. Par *cellule* je désigne ces larges poches constituées par la dilatation d'une ou de plusieurs des couches vésicales, poches existant indépendamment de tout calcul, mais pouvant parfois en renfermer.

(2) *Chelius' Surgery*, translated by South, vol. II, p. 551.

(3) Cheselden, Roux, Dupuytren et Cross ont opéré sans trouver ensuite de calcul à extraire.

M. Paget, de Leicester, faisait une noble exception à cette remarque générale en fournissant les détails d'un malade qu'il avait taillé sans trouver de pierre. Il s'agissait d'un enfant chez qui le cathétérisme, répété à plusieurs reprises, avait fourni chaque fois un bruit, perçu même par les assistants, mais non absolument satisfaisant toutefois. Cependant, comme les symptômes fonctionnels étaient excessivement graves, M. Paget, dans la pensée qu'il pouvait s'agir d'une pierre en partie enkystée, se décida à une opération qui pouvait soulager le malade. Après la mort, qui survint au troisième jour, on ne trouva dans la vessie aucune trace de calcul, il y avait seulement une dilatation excessive des uretères. Le cathétérisme pratiqué donna les mêmes sensations que sur le vivant, et l'on découvrit que le choc perçu était produit par le bec du cathéter venant heurter contre le détroit supérieur du bassin, détroit très-mince et très-saillant chez ce sujet (1). Cet exemple vient en quelque façon à l'appui de l'opinion de M. Gutteridge, de Birmingham, qui avait quelque temps auparavant publié, avec une candeur presque admirable : « avoir opéré trois fois après sensation tactile de calcul aussi nette et aussi précise que possible », sans cependant qu'il y eût le moindre corps étranger. Les opérés se rétablirent. Des recherches ultérieures et des expériences sur le cadavre conduisirent M. Gutteridge à admettre que l'erreur était venue du choc de la sonde contre quelque point « de la charpente osseuse du bassin ». Il précisa même le point en question : c'est, selon cet auteur, l'épine sciatique, partie qui n'est jamais touchée dans un cathétérisme ordinaire, mais qu'on atteint, lorsque, ne sentant pas tout d'abord un calcul soupçonné, on prolonge l'exploration en même temps qu'on l'étend dans tous les sens. La sonde ou le cathéter, dit-il, conduit jusqu'à l'échancrure sciatique, droite ou gauche, peu importe, et maintenu appuyé en ce point, donnera une sensation analogue à celle qui est perçue au contact d'un volumineux calcul (2).

En présence de faits semblables et d'expériences aussi positives, il y a quelque hardiesse de ma part à persister dans mon sentiment qu'il est possible de distinguer le choc clair d'une pierre du son obscur perçu dans les conditions signalées plus haut. Jamais sur le cadavre, dans les recherches que je fis à cet égard, je n'ai pu trouver, dans le contact de l'enceinte osseuse du bassin ou dans sa percussion, quelque chose qui pût ressembler aux sensations données par une variété quelconque de calcul vésical. La question est du plus haut intérêt et mérite d'être examinée de nouveau. Nul doute en effet que ce ne soit là la source d'un certain nombre de tailles pratiquées pour des pierres imaginaires. Mais je crois que cette erreur, moins fréquente aujourd'hui que par le passé, sera encore plus rare dans l'avenir, grâce à l'étude plus attentive du diagnostic et aux moyens d'investigation plus parfaits, et j'incline fort à penser qu'avec nos connaissances et nos instruments actuels elle est à tout jamais impossible.

(1) *British Med. Journal*, 14 décembre 1861.
(2) Un mémoire sur ce sujet par M. Gutteridge, septembre 1860.

CHAPITRE VII

RÉSULTATS DE LA TAILLE

Recherches personnelles de l'auteur comprenant 1827 cas. — Leur analyse complète. — Résultats véritables de la taille latérale avant l'emploi généralisé de la lithotritie. — Ses résultats seront maintenant complétement différents. — Ils varieront selon les cas choisis pour l'une et l'autre opération. — Résultats des autres procédés de taille.

Rechercher les résultats de la taille sera dans l'avenir chose toute différente de ce qu'elle a été dans le passé, et conduira à d'autres conclusions que celles obtenues jusqu'à ce jour. L'appréciation exacte de ce que peut donner la lithotomie est beaucoup moins facile et beaucoup moins simple aujourd'hui qu'autrefois. Au temps où l'opération latérale était le seul mode de traitement applicable à tous les calculeux, on pouvait établir une statistique parfaite en tenant compte du nombre des cas, de l'âge des sujets, du résultat final, soit mort, soit guérison.

Il y a quelques années, j'entrepris des recherches aussi laborieuses qu'étendues, relatives à cette opération en Angleterre; et ce n'est pas une petite satisfaction pour moi que d'avoir vu ce travail se faire comme on ne le verra peut-être jamais. La lithotritie a donné trop de succès pour qu'on revienne à envisager (comme par le passé) la taille latérale comme la seule et invariable opération applicable aux calculeux. Avant que la lithotritie se fût vulgarisée dans la Grande-Bretagne, j'ai pu observer la valeur de la méthode de Cheselden dans ces districts où elle était encore la pratique invariable. Mes investigations plus rigoureuses, je crois pouvoir le dire, qu'il n'y en eut jamais, me permirent de réunir près de 2000 cas parfaitement authentiques de cette opération. Je n'y fis pas rentrer un certain nombre de faits, soit parce qu'ils n'étaient pas accompagnés de tous les détails que je regarde comme nécessaires, soit parce qu'ils se présentaient dans des circonstances faites pour permettre le doute.

Je demandai un relevé complet de tous les calculeux opérés dans l'hôpital d'un district, où la méthode latérale était seule employée, relevé embrassant un grand nombre d'années, et portant pour chaque sujet une note explicative avec l'âge et le résultat final. La crainte inspirée par des détails imparfaits me fit rejeter des centaines de faits, puisque ceux-là seuls qui sont indiscutables peuvent être utiles. Dans certains relevés, il était facile de voir que tel chirurgien avait réservé ses cas les plus heureux pour la lithotritie, tel autre pour l'opération médiane; je devais nécessairement les laisser de côté, ce qui explique que je n'aie pu tirer parti de la statistique de M. Teale, malgré la valeur bien connue de ce praticien. D'autres fois, et c'est encore le fait de ce chirurgien, il s'agissait d'opérateurs célèbres qui devaient à leur réputation même de voir leurs statistiques surchargées de cas défavorables venus à eux de toutes parts. C'est à ce titre que je n'ai emprunté aucun fait aux notes manuscrites de M. Crichton, car elles présentent une proportion tout à fait anormale de sujets âgés. Le sacrifice le