

Donc, sur les 211 calculeux ayant subi soit la taille, soit la lithotritie, il y a eu 17 morts, ce qui nous donne 8 pour 100 de mortalité totale.

L'âge des malades dépassait, en moyenne, 60 ans¹.

Voilà des résultats qui, j'ose le dire, n'ont été atteints jusqu'à présent par aucun autre mode de traitement : cette comparaison sera d'ailleurs développée plus au long tout à l'heure.

Il faut ajouter que mes quinze opérations de taille ont été pratiquées presque toutes dans la première moitié de cette période s'étendant de la fin de l'année 1878 jusqu'à l'heure actuelle. Plusieurs de ces tailles auraient pu être remplacées par la lithotritie, si j'avais eu à les exécuter à une date ultérieure ; et sans doute la mortalité eût été moindre. Car si nous envisageons seulement la seconde moitié, c'est-à-dire les 125 derniers cas, comprenant 4 tailles et 121 lithotrities, nous n'avons que 6 décès, en d'autres termes une mortalité de 5 pour 100 à peine.

J'ai eu à traiter plusieurs pierres d'acide urique et une d'oxalate de chaux, dont le poids était notablement supérieur à 1 once (30 grammes). Le plus volumineux calcul urique que j'aie broyé et évacué en une seule séance pesait 2 onces $\frac{3}{4}$ (85 grammes environ) ; la séance dura une heure et dix minutes. L'opéré, qui avait 70 ans, guérit complètement : il m'avait été envoyé par le Dr Travers, de Kensington. Celui-ci assistait à l'opération et soigna son malade avec le plus grand zèle.

On ne saurait proclamer trop haut l'excellence de sem-

dont le Dr Desnos rapporte les observations dans sa thèse (page 232), est exactement la même que celle indiquée par sir Henry Thompson pour ses opérés. Sur 226 cas, M. Guyon a obtenu 214 guérisons et n'a eu que 12 morts (R. J.)

1. L'âge moyen des 226 lithotritiés de M. Guyon était de 62 ans 3 mois (Thèse de Desnos, page 201). (R. J.)

blables résultats : et, en vérité, il n'y a rien à ajouter aux chiffres que je viens de vous signaler. Le succès dépasse tout ce qu'on oserait espérer en opérant des hommes ayant plus de 60 ans et pour des calculs de toutes les dimensions.

Comme conclusion à tirer de ces faits, nous pourrions dès maintenant admettre, je crois, que la lithotritie en une séance tend à prendre définitivement la place de la taille chez les adultes atteints de calcul, excepté chez ceux dont la pierre est extraordinairement volumineuse. Mais une analyse sinon comparative, du moins parallèle, de la pratique des deux méthodes par les chirurgiens anglais pendant le siècle actuel vous sera exposée dans la prochaine leçon et vous fournira des données suffisamment précises pour que vous puissiez vous former à cet égard une opinion qui ne laissera plus, je pense, subsister aucun doute dans votre esprit.

Vous vous souvenez que, dans la leçon précédente, nous avons étudié le développement graduel de la lithotritie et ses fluctuations diverses par rapport à l'ancienne opération pratiquée avec le bistouri. Nous avons vu que les partisans de la taille, après avoir essayé d'y introduire quelques modifications nouvelles, avaient à peu près abandonné le terrain, et que ce terrain avait été gagné par la lithotritie, à mesure que s'augmentaient ses garanties de succès. Enfin une expérience, pouvant être regardée comme complète maintenant, a permis aux chirurgiens de conclure que le broiement et l'évacuation d'une pierre vésicale constituent le mode de traitement des calculeux le meilleur et le plus capable d'éviter les accidents dans l'immense majorité des cas.

Aujourd'hui on est arrivé, pour ainsi dire, à ne plus avoir besoin de comparer l'une à l'autre les deux opéra-

tions qui ont cessé d'être sur le pied d'égalité et, par conséquent, rivales. C'est seulement quand l'une est reconnue impossible qu'on a recours à l'autre. Aussi, la lithotritie est-elle devenue la règle, et la taille la très rare exception ; si cette dernière est encore parfois pratiquée, c'est dans les cas où la première ne peut, pour certaines raisons, être exécutée. Le temps est proche, si même il n'est pas venu, où l'on tracera avec précision les limites exactes et les indications relatives des deux procédés. L'opinion est déjà faite à cet égard, et, en raison de l'assentiment presque unanime, elle possède un caractère d'autorité beaucoup plus durable et plus décisif que tout ce qui a pu être dit ou écrit sur le sujet depuis l'invention de la méthode de broiement.

Avant d'entrer dans les détails de cette intéressante discussion, que nous aborderons bientôt, deux questions préliminaires doivent tout d'abord être étudiées. Elles méritent, comme je vous le ferai comprendre, une assez sérieuse considération, qui peut-être, à première vue, ne semblerait pas aussi nécessaire et aussi importante qu'elle l'est en réalité.

La première question est la suivante : « Que doit-on entendre désormais par l'expression : *Pierre dans la vessie* ? » La nécessité de préciser et, si possible, d'expliquer la signification de ce terme, s'impose évidemment.

La seconde concerne la gravité de la lithotritie moderne. Avant ces dernières années, l'opération en une séance aurait été et était même considérée comme extrêmement dangereuse ou à peu près ; mais maintenant constitue-t-elle un simple épisode dans l'histoire d'un calcul ? peut-on la répéter sans crainte plusieurs fois en cas de récurrence du calcul ? et ne revêt-elle jamais les proportions formidables qu'on lui attribuait jadis ?

L'importance de ces deux questions vous paraîtra certainement évidente dans quelques instants.

Nous allons d'abord essayer d'arriver à une définition exacte de ce mot « pierre dans la vessie » : que devra-t-on comprendre à l'avenir par cette expression ?

Quand, pour le traitement des calculs, on n'avait à sa disposition que la taille, à une époque antérieure à la découverte de l'anesthésie, les proportions effrayantes de l'opération empêchaient presque constamment le chirurgien de la proposer et le malade de l'accepter tout d'abord ; alors les symptômes de plus en plus douloureux se prolongeaient et, pendant ce temps, la pierre ne diminuait pas. D'ailleurs, les chirurgiens du XVIII^e siècle s'imaginaient généralement qu'il n'était pas toujours bon d'attaquer un calcul, dès qu'on avait découvert sa présence ; s'il était petit, il fallait mieux attendre qu'il fût « mûr » (pour employer une expression alors en vogue), ou, en d'autres termes, qu'il eût un peu augmenté de volume avant qu'on l'opérât. En outre, il était tout à fait rare d'opérer le même individu deux fois. Quand un malade avait passé par toutes les épreuves d'une première taille et qu'il avait la mauvaise fortune de fabriquer un second calcul, il éprouvait une répugnance bien naturelle à subir une nouvelle opération, que tout chirurgien prudent hésitait du reste à lui conseiller. Aussi, bien qu'à cette époque, comme maintenant, une deuxième intervention fût parfois nécessaire, on s'y résignait rarement. On cite l'histoire de deux ou trois calculeux qui ont été assez heureux pour survivre à une troisième taille ; mais ce sont là des faits plus qu'exceptionnels¹.

1. Parmi les 704 cas rapportés par Crosse et qui ont été observés à « Norwich Hospital » jusqu'à 1830, douze calculeux seulement avaient

En conséquence, un grand nombre de malades mouraient de leurs calculs, soulagés temporairement, il est vrai, par les moyens médicaux, et sans avoir subi aucune opération. Je suis absolument certain de rester dans les limites de la vérité en soutenant qu'au siècle dernier, parmi les calculeux adultes, à peine un sur cinquante a été opéré ; et, je ne crois même pas que cette proportion soit aussi élevée. Bien qu'elle existât réellement, la pierre souvent n'était pas soupçonnée et encore moins recherchée, et ses symptômes étaient attribués en général à la « *strangurie* », vieux mot qui autrefois servait à englober sous une même dénomination plusieurs affections urinaires, qu'on n'avait pas encore su distinguer les unes des autres. Si l'on pratiquait une exploration vésicale dans le but de découvrir un calcul, la plupart du temps celle-ci restait négative : les instruments, en effet, étaient très défectueux, et, en outre, on n'avait pas l'habitude de leur maniement et surtout des sensations de contact qu'ils permettent de percevoir. Un très petit nombre d'habitants des provinces, en Angleterre, pouvaient ou voulaient se soumettre à l'opération ; l'insuffisance des moyens de transport, à cette époque, rendait une journée de voyage bien dure et bien fatigante, presque impossible même, pour un malade qui souffre. Aussi les lithotomistes qui allaient de ville en ville rendaient-ils d'énormes services et étaient-ils attendus avec impatience dans certains pays. Mais, d'un autre côté, la crainte de l'opération en elle-même et de ses dangers empêchait beaucoup de malades, qui se trouvaient à portée d'un chirurgien, de l'appeler à leur aide. Par suite, les enfants représentent une bonne partie des opérés de l'ancien temps ; incap-

été observés une seconde fois, 7 étant âgés de moins de 20 ans. (*Treatise on Urinary Calculus*, page 164, J. G. Crosse. Londres, 1833.)

bles de manifester leur volonté sur ce sujet, ils étaient sans difficulté remis entre les mains de l'opérateur, d'autant qu'on n'ignorait pas que pour eux l'opération était relativement moins périlleuse qu'à un âge plus avancé. Les observations de Robert Smith, dont je vous ai parlé précédemment (voir page 149), sont extrêmement intéressantes et très significatives sous ce rapport¹. Pour bien juger de l'immense distance qui sépare la chirurgie actuelle de celle d'autrefois, il faut, je crois, avoir été en quelque sorte en contact direct ou indirect avec les praticiens de la capitale ou des provinces avant l'introduction de l'anesthésie.

Dans la pratique des anciens chirurgiens, c'est-à-dire jusqu'en 1830 à peu près, une opération de la pierre était une chose de la plus haute importance, qui constituait le point culminant de la longue série de souffrances d'un calculeux. On la considérait comme réclamant de la part du malade une forte dose de courage, non seulement pour affronter les tortures de l'opération, mais encore pour s'exposer à la chance d'un dénouement fatal. Aussi, quand un chirurgien rapportait les quelques tailles qu'il avait pratiquées, il y ajoutait toujours les noms et les observations entières des opérés, en ayant soin d'établir le bilan de ses succès et de ses insuccès.

En analysant les ouvrages des anciens maîtres, il est facile de se convaincre de l'intérêt capital qu'on devait attacher à une taille chez l'adulte, puisque presque toutes les opérations avaient lieu chez des enfants. Ainsi s'explique la proportion considérable de leurs guérisons. Comparativement à l'époque actuelle, l'intervention chi-

1. *Med. Chirurg Trans.*, vol. XI. Après Londres, les principaux centres où l'on pouvait recourir à des chirurgiens expérimentés étaient Norwich, Édimbourg, Dublin, Dundee et Aberdeen.

urgicale était vraiment rare chez les hommes d'un certain âge : ce n'est pas à dire pour cela que, chez eux, les calculs fussent moins fréquents, car nous avons quelques raisons de croire le contraire ; mais les motifs ci-dessus rapportés les éloignaient de la table d'opération.

Nous ne perdrons pas notre temps, je crois, en considérant à l'appui de ce que j'avance les chiffres fournis par l'un des plus grands chirurgiens de l'Angleterre, Cheselden. L'exposé de sa pratique de la taille, qu'il publia vers la fin de sa carrière, renferme 213 opérations, dont 135 avec 3 morts chez des enfants au-dessous de dix ans ; 14 seulement de ses opérés avaient plus de cinquante ans, et parmi ceux-ci il y eut 6 morts. Pour bien vous faire apprécier la différence que présentent de nos jours les opérations dirigées contre les calculs, je me contenterai de vous citer le fait suivant : sur les 812 cas qui me sont personnels, 595 se rapportent à des hommes de cinquante ans et au-dessus ; ce chiffre est donc de plus de quarante fois supérieur à celui de Cheselden.

Donc, aujourd'hui, contrairement à ce qui se passait autrefois, il nous est facile de débarrasser d'une pierre même volumineuse la vessie d'un homme âgé, sans qu'ordinairement ce dernier coure le risque de succomber, puisque l'opération n'est vraiment dangereuse que dans des cas très exceptionnels. Il s'ensuit qu'un calcul de moyenne dimension est généralement attaqué dès que sa présence est constatée dans la crainte qu'un retard ne nécessite par la suite une intervention beaucoup plus périlleuse. Aussi, c'est en même temps le devoir du chirurgien et l'intérêt du malade de rechercher et de découvrir le calcul d'aussi bonne heure que possible, afin de pouvoir le broyer quand il est encore peu volumineux.

En outre, et c'est là un point de la plus haute impor-

tance, on peut toujours facilement renouveler plusieurs fois l'opération, en cas de récurrence du calcul, soit qu'il résulte d'une nouvelle concrétion d'acide urique ou d'oxalate de chaux, descendue du rein, soit qu'il ait comme origine de nouveaux dépôts phosphatiques dus à la stagnation de l'urine altérée dans une vessie impuissante que l'on sonde depuis longtemps. Dans ces deux cas, on recourt de temps en temps à la lithotritie, quand il en est besoin, et l'on soulage aisément le malade ; sa vie, qui jadis dépendait d'une seule mais formidable opération saignante, est maintenant ainsi indéfiniment prolongée pendant de longues années par l'intervention intermittente du lithotriteur. Il est des calculeux dont la vessie est de cette façon périodiquement débarrassée des productions phosphatiques qui s'y forment sans cesse ; l'opération est aussi simple et aussi inoffensive que la ponction chez les malades affectés d'hydrocèle à répétitions. Avec la lithotritie on ne compte donc plus, comme autrefois avec la taille, une seule opération par malade. Sur les 115 lithotrities de sir Benjamin Brodie (voy. page 153), il dit lui-même qu'il en a pratiqué huit chez le même individu ; aussi, il est impossible de savoir sur combien de malades ont été exécutées les 115 opérations de ce chirurgien ; ce seul fait enlève beaucoup de valeur à cette statistique, qui est cependant celle d'un des premiers opérateurs de l'Angleterre. Lorsqu'il s'agit de lithotritie, pour apprécier des résultats et en tirer des conclusions profitables, il ne suffit pas de se borner à une simple énumération des cas opérés et de citer ensuite une liste aride de guérisons et de morts ; il faut, pour que des observations soient utiles, produire le résumé de l'histoire entière de chaque calculeux, c'est-à-dire les débuts, le nombre d'opérations subies par le même sujet, la quan-

lité de débris enlevés à chaque séance, les incidents immédiatement consécutifs et ce qu'il est advenu du malade par la suite. De cette façon, on a réuni des documents sérieux pour juger en connaissance de cause le mode de traitement employé, et chaque cas constitue une véritable contribution à la pratique chirurgicale.

Quand autrefois on parlait d'une « pierre », on comprenait qu'elle était généralement assez volumineuse, qu'elle avait mis plusieurs années à se développer, et qu'elle réclamait alors la taille. Aujourd'hui, il n'en est plus de même, et cependant il faut que les chirurgiens s'entendent sur la signification précise à donner à ce terme. Il n'est aucunement nécessaire de tenir compte de la composition et du poids puisqu'on est convenu de n'appeler « pierre » ou « calcul » que des productions calcaires ou autres atteignant un certain volume. Néanmoins, lorsqu'on rencontre pour la première fois dans une vessie un calcul, qu'il soit formé d'urate, d'oxalate ou de phosphate, mais en tous cas trop gros pour être expulsé par les efforts naturels de la miction, son broiement et son ablation (ainsi que pour les autres, s'il en existe plusieurs), enfin le débarras complet de la vessie, constituent évidemment une « *Opération de la pierre* », que le ou les calculs soient volumineux ou au contraire petits. Si la pierre est encore de petite dimension, sa découverte est une bonne fortune pour le malade; car elle aurait inévitablement augmenté si on ne l'avait pas constatée, et alors les dangers de l'opération se seraient naturellement accrus en proportion¹.

1. En 1882, alors que j'avais l'honneur d'être l'interne du professeur F. Guyon, j'ai été appelé en cette qualité à donner mes soins à un calculeux, couché au lit n° 23 de la salle Civiale, et auquel mon maître fut obligé de pratiquer la taille hypogastrique (c'était la troisième opération de ce genre qu'il exécutait avec le procédé de Petersen). Ce malade, âgé

Comme vous le savez, des calculs se reproduisent quelquefois, et ces récidives ont lieu dans deux cas différents.

D'abord, certains malades fabriquent de temps en temps un petit gravier d'acide urique, de telle sorte que tous les deux ou trois mois, pendant plusieurs années, un petit corps, semblable à un pois, tombe dans la vessie et y reste, s'il est trop gros pour être expulsé. Ainsi ces graviers deviennent progressivement de plus en plus nombreux, en même temps que chacun d'eux augmente de volume, bien longtemps avant que des symptômes nets se manifestent et que le malade vienne consulter. Celui-ci peut profiter et retirera les bénéfices les plus marqués d'une lithotritie, répétée tous les deux ou trois ans, pendant une grande partie de sa vie : le cas de Brodie, rapporté plus haut, en est un exemple frappant. Mais, il faut remarquer qu'au moins cinq fois sur six, un tel malade arrivera, par un régime approprié, à vaincre assez vite ses tendances à fabriquer un excès d'acide urique et, par suite, des calculs.

Il est une autre catégorie de calculeux, chez lesquels de soixante-neuf ans, avait consulté cinq ans auparavant, en 1877, mon très regretté maître le Dr Simonet, médecin de l'hôpital du Midi, pour des hématuries : ce dernier avait exploré la vessie avec la sonde d'argent et, à la suite de cet examen, avait déclaré au malade qu'il était porteur d'un *petit calcul dont il serait facile de le débarrasser par la lithotritie*. Par pusillanimité, cet individu refusa alors l'opération et attendit cinq ans avant de venir consulter à Necker. Quand il se présenta, contraint par ses souffrances extrêmes, il portait deux énormes pierres, presque identiquement semblables et extrêmement dures : après dessiccation à l'étuve, elles pesaient l'une 55 grammes et l'autre 53 grammes. La première mesurait 5 centimètres 1/2 de longueur, 4 centimètres de largeur et 2 centimètres 1/2 d'épaisseur ; la seconde avait à quelques millimètres près les mêmes dimensions. M. Guyon essaya néanmoins le broiement avec un puissant lithotriteur fenêtré n° 3, mais sans résultats. La taille hypogastrique ne fut suivie d'aucun accident, et l'opéré guérit parfaitement bien et assez vite. (R. J.)

les pierres se reforment très rapidement, plus rapidement même que chez les précédents. Je veux parler de ces malades qui ne peuvent uriner que par la sonde et dont l'urine est chargée de phosphates. Dans certains de ces cas, heureusement peu nombreux, et parfois à cause des petits diverticules dont sont creusées les parois vésicales, l'urine ne peut redevenir acide, comme elle l'est normalement, et de petites concrétions phosphatiques se produisent très fréquemment et avec une étonnante rapidité. J'ai donné mes soins à plusieurs malades dont la vessie demandait ainsi à être débarrassée par le lithotriteur et l'aspirateur jusqu'à trois fois par an. A la première intervention, un calcul phosphatique de volume assez considérable peut-être a été rencontré ; et, deux ou trois ans plus tard, il y en a un autre.

Ce sont là des cas de « pierre » dans le sens primitif du mot. Mais, à la longue, les choses passent à l'état chronique : de plus petits calculs sont rapidement produits, et alors chaque lithotritie perd de son importance, si nous maintenons encore l'idée jusqu'ici attachée au terme « pierre ». Aussi, en pratique, ai-je appelé « concrétions » ces très petits calculs, dont la récurrence est si fréquente : on les différencie ainsi très nettement des autres pierres, primitivement volumineuses. J'ai détruit au moins deux à trois cents de ces petites concrétions, sans leur donner place dans mes cas de calculs. Malheureusement, il n'y a pas de règle définie à cet égard, et il n'est pas aisé, je l'avoue, d'en établir une. Il est bien difficile d'éviter une fausse interprétation de ces faits, et depuis longtemps je me suis aperçu que sur ce point la porte était largement ouverte à l'erreur. Ces petites concrétions viennent fort à propos grossir et améliorer certaines statistiques de lithotrities dont j'ai eu connaissance. C'est

pourquoi, dans le but de tracer une limite fixe, je crois qu'à l'avenir, quand un calcul phosphatique aura été détruit une première fois, si chez le même malade il s'en forme un second de pareille nature, pesant moins d'une drachme (2 grammes environ), on devrait refuser à ce dernier le nom de pierre et le désigner seulement sous celui de concrétion.

C'est d'après ces principes que j'ai agi en classant tous les cas sans exception, qui me sont personnels et qui sont exposés dans mon catalogue. Chaque numéro, du premier au dernier, indique, non pas une simple opération, mais un individu distinct, qui a subi soit la lithotritie, soit la taille ; autant de numéros, autant de malades différents. D'ailleurs, à côté de chaque numéro se trouvent le nom et l'âge du sujet, ainsi que la ou les opérations que je lui ai pratiquées, avec leurs résultats, et ce que j'ai pu apprendre, dans plusieurs cas, de leur histoire subséquente. Le total de mes malades s'élève à 716, et celui de mes opérations, lithotritie ou taille, à 812 ; je vous en présenterai du reste un court résumé dans la prochaine leçon.