

## OBSERVATION V.

Calculs multiples d'acide urique; lithotritie périnéale; guérison.

M. M..., cultivateur dans le département de Seine-et-Marne, me fut adressé, au mois d'avril 1865, pour être traité d'une pierre dans la vessie. Le corps étranger avait été constaté par le médecin de la localité, et le malade venait à Paris pour y subir l'opération de la lithotritie.

État actuel, 12 avril : malade âgé de soixante-quatre ans, gros, bien portant, mais atteint d'une dyspnée cardiaque assez avancée. Il souffre de la vessie depuis plusieurs années, environ quatre à cinq ans; il a uriné du sang autrefois, mais actuellement il se plaint d'une extrême fréquence dans la miction et de douleurs vives qui accompagnent l'émission de l'urine.

La sonde d'argent pénètre très-facilement. L'urèthre est libre, mais au niveau du col il y a une saillie prostatique qui gêne l'introduction de l'instrument. Par le rectum la prostate a le volume d'une petite pomme. La vessie se vide mal, les urines sont épaisses et très-odorantes.

Le 15 avril, après avoir fait une injection vésicale tous les jours précédents, j'introduis un brise-pierre du n° 4. Le passage de l'instrument est assez facile,

toutefois il est nécessaire de fortement abaisser l'instrument pour faire pénétrer son bec jusque dans la vessie.

La recherche de la pierre est longue à cause d'une dépression très-notable du bas-fond, et aussi à cause de la mobilité du corps étranger. J'ajoute que les mors de l'instrument étant courts, il faut porter ceux-ci directement en bas pour arriver à saisir une pierre qui mesure 1 centimètre 1/2 de diamètre.

Surpris des faibles dimensions du calcul et de la facilité avec laquelle la sonde d'argent rencontrait le corps étranger, je songe tout de suite à l'existence de calculs multiples, et en effet, avec la pierre saisie par le lithoclaste, je puis frapper à droite et à gauche sur d'autres concrétions.

Le calcul saisi est morcelé, et l'instrument rapporte des fragments d'urate de soude. La séance avait duré quatre à cinq minutes; la recherche avait été difficile et pénible pour le malade; il fallait compter sur une réaction vive. Le lendemain, j'appris que le malade avait eu vers les huit heures du soir un violent frisson avec vomissements opiniâtres. Je trouvai l'opéré très-fatigué : la langue était sèche, la soif vive et les traits profondément altérés.

Quinze jours furent nécessaires pour mettre un terme à cette perturbation, qui avait été le résultat d'une première tentative de lithotritie. J'hésitais beau-



coup, je dois le dire, à renouveler mes recherches, et je songeais à renvoyer le malade chez lui.

M. M... vint au devant de mes désirs: il me déclara que pour rien au monde il ne consentirait à recommencer; mais, loin de vouloir conserver ses calculs, il demandait à en être débarrassé en une seule séance.

L'opération de la lithotritie périnéale est pratiquée le 7 mai 1865, avec l'assistance de mon ami le docteur Daix et de plusieurs de mes élèves.

L'opération n'a rien présenté de particulier; j'ai pu extraire assez facilement neuf calculs sans être obligé d'en broyer aucun.

Le diamètre de chacune de ces pierres n'excédait guère 1 centimètre.

Il n'y eut point d'hémorrhagie, et l'opération ne fut suivie d'aucun accident; c'est à peine si le pouls du malade s'éleva de 10 pulsations.

La dysurie cessa de se montrer, et au bout de la première semaine le malade put se lever et passer quelques heures dans un fauteuil.

Dès le 17 mai, l'urine ne passait plus guère que par la voie naturelle. Le 25, la plaie du périnée était complètement cicatrisée, et le malade pouvait conserver ses urines pendant trois heures.

Le 2 juin, le malade quittait Paris.

En 1867, j'ai su que la guérison persistait, mais que

l'affection cardiaque s'était compliquée d'une manière notable.

## OBSERVATION VI.

Calcul volumineux de la vessie; tentatives infructueuses de lithotritie; lithotritie périnéale; guérison.

M. V..., négociant, nous fut adressé en 1865 par le docteur Boussac (d'Alby). Ce malade, grand et vigoureux, mais amaigri, souffrait depuis plus de six ans. Il faut noter dans ses antécédents une blennorrhagie ancienne mal guérie.

A plusieurs reprises les docteurs Estevenet et Rigal père avaient fait des tentatives de lithotritie suivies toutes d'accès de fièvre.

Le mal a progressé, les douleurs ont été de plus en plus cruelles; puis ce symptôme pénible a cessé, et l'incontinence absolue des urines a coïncidé avec le rétablissement du calme.

C'est surtout pour son incontinence absolue d'urine que le malade est venu consulter à Paris; mais les antécédents ne laissant aucun doute, nous procédons tout de suite au cathétérisme. La sonde pénètre facilement, et bientôt l'on constate que le col de la vessie est obstrué en partie par un calcul qui occupe en même temps le bas-fond de la vessie; il est du reste impossible de refouler la pierre: la vessie se révolte aussitôt que l'on tente d'y faire pénétrer quelques



cuillerées d'injection tiède. Pas d'autres complications apparentes; il n'y a pas de fièvre; l'appétit est encore conservé.

Le malade, après bien des hésitations et après avoir consulté différentes personnes, se décide à subir l'opération de la lithotritie périnéale.

Le 17 octobre 1865, nous procédons à l'opération en présence des docteurs Boussac et Batailhé.

Le malade étant bien endormi, les premiers temps de l'opération s'exécutent normalement; la difficulté survient au moment d'introduire la tenette dans la vessie, et cela à cause de l'absence d'une cavité vésicale. Après quelques tentatives, j'arrive à saisir et à fragmenter trois fois le calcul avec la tenette de Lüer. Le broiement portant sur un calcul de dureté moyenne composé de couches concentriques, alternativement d'acide urique, d'urates alcalins et de phosphate de chaux, il en est résulté un grand nombre de fragments qu'il a fallu successivement extraire. On aura une idée du volume de cette concrétion quand on saura que l'ensemble des fragments recueillis pesait 107 grammes. L'un des fragments, lisse et dur comme un morceau de galet, avait 6 centimètres de long sur 2 de large. L'opération, terminée sans écoulement notable de sang, avait duré trente-cinq minutes.

Deux heures plus tard, le malade, couché sans pansement et sans sonde à demeure, est pris d'un

frisson assez intense, bientôt suivi d'une réaction très-favorable, le tout se terminant par un sommeil complet et réparateur.

Le 18, pouls à 80, peau fraîche; le malade a pris plusieurs bouillons, et il y a eu une garde-robe naturelle. L'urine coule par la plaie, car l'incontinence semble persister; toutefois, à deux reprises différentes, le malade a ressenti le besoin d'uriner, et une petite quantité de liquide a franchi le méat.

Le 19, le malade est un peu moins bien, quoiqu'il soit difficile de préciser pourquoi; le pouls est toujours à 80, l'urine coule abondamment. On constate un léger gonflement avec ecchymose de la région du bulbe et des bourses.

Le 20, le pouls est à 90, la langue est sèche, le malade se plaint de la soif; on constate une assez grande agitation. Les reins sont sensibles à la pression; un peu de gêne respiratoire, quelques râles sous-crépitants en bas et à droite. Néanmoins la sécrétion urinaire persiste; la vessie a récupéré la faculté de conserver les urines; celles-ci sont claires, ne sortent plus que volontairement, mais elles passent en totalité par la plaie.

Le 21, il y a du mieux, quoique le pouls se maintienne à 90; la peau est chaude, le malade demande à manger. Comme les jours précédents, je l'autorise à prendre des bouillons, des potages et de l'eau rougie.



Le 22, le mieux continue, l'appétit se soutient; cependant les reins sont encore sensibles, malgré l'application de plusieurs sinapismes.

Le gonflement du bulbe a disparu; la plaie suppure abondamment; les urines, toujours limpides, ne sortent qu'à volonté.

Le malade mangera une côtelette et des huitres. On lui donnera, comme précédemment, un lavement matin et soir.

Le 23, l'état général est excellent; appétit, langue fraîche et humide, pouls à 80.

La plaie suppure beaucoup, les urines sont toujours gardées volontairement, et à chaque miction le malade constate qu'il y a une grande hésitation dans la direction que doit prendre l'urine; la plus grande partie sort encore par la plaie, mais déjà une quantité notable traverse les voies naturelles.

Le 26, l'état général ne laisse rien à désirer; les reins ont perdu leur sensibilité. La plaie suppure beaucoup; on a constaté à nouveau que l'urine sortait parfois involontairement. Le malade est autorisé à se lever et à manger à son appétit.

Le 29, même état. La cicatrisation marche lentement.

Le 15 novembre, nous sommes au vingt-deuxième jour de l'opération; l'état général est demeuré parfait. Le malade se lève toute la journée; les urines

sont claires et rendues toutes les deux heures seulement. Plus de dysurie ni d'incontinence.

Quant à la plaie, elle est réduite à une fistule d'environ 4 millimètres. Le malade comprime l'orifice au moyen d'un tampon périméal, et, grâce à ce petit moyen, l'urine s'écoule entièrement par le méat.

Le 21, c'est à peine si l'on peut retrouver la plaie; le malade réste quatre heures sans uriner, il sort et va dîner en ville.

Le 12 décembre, la cure serait complète, et depuis longtemps, si la petite fistule périméale ne se rouvrait de temps en temps pour donner passage à quelques gouttes d'urine. Désireux d'expliquer ce retard dans la guérison, je procède à l'exploration du canal. La sonde rencontre dans la région membraneuse une rugosité bien évidente; je m'assure, au moyen d'un stylet, qu'il y a dans le trajet périméal un dépôt de phosphate de chaux; j'apprends du reste qu'à plusieurs reprises des grains calcaires ont traversé et l'urèthre et le trajet périméal. Nous procédons à la dilatation de la fistule au moyen d'une tige de laminaire, et le lendemain la pince à pansement ramène environ 6 grammes de fragments phosphatiques.

A la fin du mois de décembre, la guérison était définitive, et le malade, guéri depuis longtemps et de ses douleurs et de son incontinence, quittait Paris en parfait état de santé.



J'ai revu le malade en 1867, c'est-à-dire un an après son opération, puis en 1869, et chaque fois la sonde a confirmé la guérison. La santé générale est parfaite, les fonctions urinaires s'exécutent normalement; le malade fait remarquer que chez lui l'éjaculation se fait avec une très-grande rapidité.

## OBSERVATION VII.

Pierre phosphatique volumineuse; lithotritie périnéale; guérison.

M. G..., négociant, âgé de soixante-cinq ans, souffrait d'une dysurie ancienne pour laquelle il avait suivi un grand nombre de médications. Le malade, du reste, n'avait jamais été sondé, quoiqu'il présentât les principaux signes et symptômes d'un calcul vésical.

Le 16 octobre 1865, l'exploration avec une sonde fait constater que la vessie, d'ailleurs extrêmement sensible, contient du pus et une pierre très-volumineuse. Le calcul semble remplir la vessie, et c'est à peine si la sonde peut exécuter quelques mouvements vers la partie gauche du réservoir urinaire.

Nous pensons que la lithotritie, dans ce cas, est contre-indiquée : 1° à cause du volume de la pierre; 2° à cause de la cystite purulente; 3° à cause de la longueur probable du traitement; 4° à cause de l'épuisement extrême dans lequel se trouve le patient; il

souffre, en effet, depuis cinq ans, il sort peu et les troubles digestifs vont en augmentant.

Pour toutes les raisons que je viens d'indiquer, je propose au malade de le débarrasser par la lithotritie périnéale. L'opération est acceptée et l'exécution en est fixée au 24 octobre.

L'opération fut pratiquée en présence du docteur Mauvais, et avec l'assistance de plusieurs élèves. Nous procédons de la manière suivante : incision médiane de 2 centimètres, ayant pour point de départ le rebord muqueux de l'anus : 1° ponction de l'urètre en arrière du bulbe; 2° dilatation de la plaie; 3° dilatation du col; à ce moment l'urine s'écoule en abondance le long du dilatateur.

L'introduction de la petite tenette démontre l'existence d'une grosse pierre. Les faibles dimensions de l'instrument ne permettant pas de saisir le calcul, j'introduis immédiatement un gros brise-pierre courbe et j'arrive, non sans peine, à saisir et à morceler le calcul cinq fois de suite. La densité de la pierre est du reste faible; avec la petite tenette nous ramenons des fragments nombreux; nous multiplions ensuite les injections, et je termine par une exploration avec la curette puis avec la sonde à courbure brusque.

Le nombre des fragments enlevés est considérable; il y a, en plus, une grande quantité de poussière grise; le tout remplit presque complètement une tasse à café



ordinaire. Sauf quelques fragments durs, de couleur jaune, formés d'acide urique, et qui sont les débris du noyau de la pierre, l'ensemble du calcul est phosphatique.

Le malade revient difficilement à lui, l'action du chloroforme se prolonge longtemps, sans toutefois nous donner la moindre inquiétude. Le pouls est bon, il n'y a pas la moindre hémorrhagie; l'opération a duré quarante minutes.

Tout étant terminé, on dépose le malade dans son lit, où bientôt il revient à lui. Il n'a rien senti; et c'est avec la joie la plus expansive qu'il apprend que son opération est terminée.

Le 25 octobre, rien de particulier à noter. Le malade a uriné facilement toutes les heures; l'urine est légèrement teintée, sa quantité est normale. Il n'y a pas d'incontinence de la part de la vessie; de temps en temps le besoin se présente, et c'est alors seulement que le malade se mouille. Grâce à quelques petites précautions, le lit a pu être épargné.

Le ventre est à peine sensible dans la région de la vessie, le pouls est à 92; la peau est humide, la langue un peu sèche, l'appétit nul. Le malade prendra du potage, de l'eau rouge; on mettra des cataplasmes sur le bas-ventre.

Le 26, le malade va bien: il ne souffre plus, sauf au moment où l'urine s'engage dans la plaie. Pouls

à 80, langue humide, appétit; le malade est très-satisfait; il demande à manger. Légère ecchymose du scrotum.

Le 27, même état satisfaisant.

Le 28, le malade va bien: il urine toujours à volonté, et déjà une partie du liquide s'échappe par le méat. Le malade mange comme en pleine santé et les digestions sont parfaites.

Le 30, amélioration sensible: les forces reprennent rapidement, le malade s'alimente très-bien, la plaie bourgeonne dans toute son étendue. Déjà la quantité d'urine qui sort par la verge est égale à celle qui passe par la fistule périnéale. Le malade est autorisé à se lever pendant une heure.

Le 3 novembre, état général excellent: le malade engraisse, il dort, il est réveillé toutes les trois heures seulement par le besoin d'uriner. Le malade reste levé plusieurs fois dans la journée; quant à la plaie, elle se ferme rapidement et l'ecchymose du scrotum tend à disparaître.

Le 5, rien de particulier à noter, sauf cette circonstance que par deux fois déjà la miction s'est accomplie sans que rien passât par le périnée. Le malade marche dans l'appartement, il dîne en famille; les besoins d'uriner vont s'éloignant.

Le 10, aujourd'hui, dix-sept jours après l'opération, le malade peut être considéré comme définitivement