

Dans l'angle postérieur de cette plaie, je fis la ponction de l'urèthre et je pus facilement glisser le dilateur jusqu'au voisinage du col de la vessie. Une dilatation de 1 centimètre de diamètre me permit de pénétrer jusque dans la cavité vésicale, et l'instrument fut retiré en conservant le degré de développement auquel il était arrivé. Cela fait j'introduisis un brise-pierre n° 1 ; la pierre put être saisie et broyée à deux reprises différentes.

L'extraction des fragments fut très-simple, comme tout le reste de la manœuvre, à cause même du peu d'épaisseur du périnée. La réunion des débris permet de supposer que le calcul d'oxalate de chaux granulé présentait un diamètre de 2 centimètres et demi environ.

Il n'y eut pas d'hémorrhagie, et cette opération ne fut suivie d'aucune réaction appréciable. Les urines sortaient volontairement par le périnée, et dans l'intervalle de la miction il n'y avait point d'incontinence.

Dès le soir même les parents quittèrent Paris avec toutes les recommandations nécessaires; les suites de l'opération furent du reste fort simples : la cicatrisation définitive a été obtenue le vingt-deuxième jour.

J'ai revu l'enfant en janvier 1869; c'était un très-gros garçon, bien portant, guéri de sa dysurie et de la chute du rectum.

OBSERVATION X.

Pierre phosphatique volumineuse ; lithotritie périnéale ; guérison.

X..., âgé de cinquante-neuf ans, est entré à l'Hôtel-Dieu en 1866, salle Saint-Côme, n° 31.

Cet homme, bien constitué, mais un peu amaigri et portant plus que son âge, se présente pour une affection de la vessie. Les renseignements qu'il fournit sont vagues et ne permettent guère de constituer une histoire de la maladie. Il souffre des voies urinaires depuis trois ans et demi. Il y a quinze jours, il a été pris d'une rétention d'urine complète, et après trente heures d'angoisse, l'urine a repris son cours entraînant avec elle des grains de phosphate de chaux et même des fragments irréguliers composés de couches concentriques de couleurs variées; on dirait l'écorce d'un calcul.

La sonde introduite avec assez de peine, à cause de la courbure irrégulière que présente le canal au-dessous des pubis, rencontre une pierre ou plutôt une masse de débris calculeux.

C'est le 1^{er} octobre que l'on fait cette courte exploration, et dès le 2, on constate de la fièvre, de la sécheresse de la langue; les urines sont troubles et répandent une odeur fétide. Il est évident que la vessie se contracte très-mal et que le malade s'épuise en ef-

forts fréquents pour expulser des urines profondément altérées.

Le 8, l'état général est loin de s'améliorer : le pouls oscille entre 110 et 116; la dysurie persiste, malgré l'emploi des injections émollientes et des lavements laudanisés.

Nous abandonnons l'idée d'employer ici la lithotritie : il nous paraît indispensable de débarrasser la vessie en une seule fois; il s'agit d'un cas de pierre multiple, il y a donc indication à employer la lithotritie périnéale.

Le 8, en présence de plusieurs médecins, parmi lesquels je citerai les docteurs Firmin et Daix, nous procédons à l'opération.

Le malade est soumis aux vapeurs de chloroforme. La dilatation s'exécute facilement, malgré une épaisseur considérable du périnée. La tenette Lüer est ensuite introduite et le broiement s'effectue sans peine, car la pierre offre une consistance très-peu considérable. Les petites tenettes rapportent successivement des débris phosphatiques, des fragments de calculs uriques et de gros grains arrondis de couleur brique.

Injections nombreuses, recherches multipliées. L'opération a duré environ trois quarts d'heure. On a extrait 74 grammes de débris; pas d'hémorrhagie.

Le malade a été replacé dans son lit sans aucun pansement.

Le 9 : dans la soirée du 8, il y a eu une légère réaction, mais ce matin la fièvre est tombée; la langue est humide; le malade accuse un soulagement dont il se réjouit. Léger appétit.

Le malade a rendu beaucoup d'urine, et dès hier soir, la coloration rougeâtre avait disparu. On constate un léger érythème des bourses et du bas-ventre.

Le 10, bon état général et local. L'érythème diminue; les urines sortent claires et déjà en partie par la verge; on remarque qu'elles entraînent avec elles des grains de phosphate de chaux.

Le 11, l'état général reste bon; le malade s'alimente, mais il y a de la dysurie et le cathétérisme démontre que la vessie ne se débarrasse point complètement.

On sondera le malade matin et soir, et on lavera la vessie avec une injection d'eau tiède.

Le 12, bon état; la dysurie a diminué, les urines sont plus claires; elles charrient toujours des grains phosphatiques. Le pouls est à 84; la plaie est en bonne voie de cicatrisation; elle ne présente ni gonflement ni rougeurs, elle a manifestement diminué.

Le 13, le pouls est monté à 90 : le malade est anxieux, il a transpiré pendant la nuit; la vessie est de plus en plus inerte; aussi croyons-nous devoir placer une sonde à demeure.

Les jours suivants, grande amélioration : plus de fièvre, appétit; urines claires et sans odeur. Il de-

meure évident que tous les phénomènes fâcheux tenaient à la rétention d'urine.

Le 20, le malade se plaint de la sonde : il y a eu un léger accès de fièvre et le pouls conserve de la fréquence. On enlève la sonde et l'on administre le sulfate de quinine.

La plaie est presque complètement fermée et l'urine ne s'écoule plus par le périnée.

Le 23 : dans la soirée du 22, le malade souffrant du besoin d'uriner, l'interne de garde a dû pratiquer le cathétérisme. Cette opération a été laborieuse : le malade a rendu du sang, et, à la suite, il a eu un nouveau frisson. J'apprends que ce n'est pas la première fois que le cathétérisme s'exécute à la visite du soir ; je place une sonde à demeure pour éviter de nouvelles fausses routes.

Le 24, la verge est gonflée, rouge, et présente un point noir sur son dos. La peau du bas-ventre et de la face interne des cuisses est également rouge. Le scrotum est sain, la plaie fermée. Il est évident que nous sommes en présence d'une infiltration d'urine tenant à l'existence d'une fausse route située dans la région pénienne. Incisions multiples, préparation de quinquina à l'intérieur.

Le 25, l'état général est mauvais : teinte sub-ictérique, pouls faible. L'infiltration ne s'est point étendue, mais il n'y a pas de réaction et des gaz s'échap-

pent par les incisions. Le périnée est intact, toutefois les lèvres de la plaie se sont désunies. La sonde fonctionne bien et les urines sont claires.

Le 26, phlegmon diffus à teinte bronzée occupant tout l'hypogastre, les flancs et le dos. État général très-mauvais. Nouvelles incisions, un purgatif et de l'extract de quinquina.

Le 27, le malade va de plus en plus mal. L'érysipèle phlegmoneux gagne, mais les organes génitaux demeurent sains, et la sonde fonctionne toujours très-bien. La respiration s'embarrasse et tout fait présager une mort prochaine.

Le 28, le malade a succombé à 40 heures, le matin, vingt jours après son opération. Les accidents ont commencé le douzième jour, alors que tout allait pour le mieux, et à l'occasion d'un cathétérisme douloureux suivi probablement d'une fausse route.

L'infiltration urineuse a été presque nulle. Le malade a succombé à un érysipèle né loin de la plaie, et tout nous porte à croire, ainsi que nous l'avons toujours soupçonné, qu'il existe une altération profonde des reins.

Autopsie. — Cadavre normal, viscères sains. Abdomen intact, pas trace de péritonite, ni générale, ni partielle; les reins sont atrophiés, surtout celui du côté droit; ces organes sont déformés, ils sont le siège d'une phlegmasie chronique. La substance tubuleuse n'est

plus bien distincte, la substance corticale est granuleuse, très-injectée, jaunâtre par places. Les calices et les bassinets sont rouges, violets; ils renferment de l'urine trouble; à droite, il y a même du pus.

La vessie est petite, ses parois sont très-muscleuses; elles offrent un centimètre d'épaisseur. Le tissu sous-périnéal est chargé de graisse; la muqueuse présente une coloration ardoisée, parsemée de plaques finement injectées, ponctuées.

Le col de la vessie est normal, il n'y a pas trace d'incision ni apparence de déchirure. La prostate est dure, le lobe médian constitue une tumeur du volume d'une noisette. Cette lnette fait saillie dans la vessie; elle est rouge, ulcérée par places, et présente des incrustations phosphatiques.

La vessie renfermait cinq petits grains phosphatiques; les dimensions du plus gros n'atteignaient pas celle d'un petit pois.]

L'urètre a une longueur de 20 centimètres. A 11 centimètres et à 12 centimètres et demi du méat, on trouve deux petits trous qui font communiquer la face inférieure du canal avec le tissu cellulaire sous-jacent. Ces deux fausses routes qui ont déterminé l'infiltration pénienne occupent tout le fourreau de la verge et la partie inférieure de la région hypogastrique.

A 14 centimètres du méat commence, sur la paroi

inférieure de l'urètre, une fente à bords assez réguliers et mesurant 18 millimètres en longueur; c'est l'ouverture chirurgicale pratiquée pendant la vie, c'est le résultat du dilatateur.

A 17 centimètres du méat se trouve le sommet de la prostate et à 20 centimètres, l'orifice interne de l'urètre.

Toute la région prostatique, le col et même une partie de la région membraneuse sont demeurés intacts; la pièce démontre bien que l'action du dilatateur a été suffisante; le passage des instruments sans déchirure du col de la vessie était assuré.

Le périnée, disséqué avec grand soin, ne présente aucune trace d'inflammation; la plaie opératoire, réduite à 12 millimètres, est distante de l'anus de 4 centimètre. Le rectum et les tissus qui l'environnent sont sains. Le bulbe est intact; l'incision ne l'a point intéressé. Cet organe est à 2 millimètres en avant du trajet périnéal. C'est 3 centimètres en avant de la plaie et sans rapport avec elle que commence l'infiltration urineuse.

Quant au résultat de l'opération, tout se réduit en un trajet peu oblique, tapissé par une membrane bien constituée. Ce canal, qui n'a pas plus de 1 centimètre de diamètre, commence à la peau; il aboutit à la partie antérieure de la région membraneuse.

Il est évident, d'après ce qui précède, que le malade

eût guéri de son opération, si deux fausses routes n'eussent été l'origine d'une infiltration urinaire bientôt suivie d'un érysipèle mortel.

Suivant qu'on envisagera soit le résultat, soit l'ensemble des phénomènes observés en clinique, on rangera cette observation parmi les succès ou parmi les guérisons.

OBSERVATION XI.

Pierre phosphatique secondaire; lithotritie périnéale; guérison; persistance d'un peu de dysurie; guérison définitive après une séance de lithotritie par les voies naturelles.

M. T..., limonadier, me fut adressé en 1866 par le docteur Chalvet. Le malade, âgé de soixante-neuf ans, souffre depuis plusieurs années; il rend des urines fétides et troubles. A plusieurs reprises le malade a été lithotritié par Civiale, mais chacune des tentatives a été faite dans le cabinet du chirurgien. Des accidents divers n'ont jamais permis de terminer la cure.

Quand je vis M. T... pour la première fois il souffrait énormément; la vessie, très-douleuruse, ne permettait qu'une exploration très-incomplète; du reste, le malade ne voulait plus entendre parler de ce qu'il appelait la petite musique de M. Civiale.

Je proposai la lithotritie périnéale comme un moyen d'enlever les concrétions et de faire déterger la vessie enflammée depuis longtemps. Après bien des hésita-

tions le malade accepta l'opération, qui fut pratiquée le 7 juin 1866, en présence de Cerise, Chalvet et de quelques élèves.

L'opération fut régulière et ne présenta aucune difficulté. La vessie étant ouverte, je saisis avec la tenette un calcul qui s'écrasa facilement et dont les divers fragments furent ramenés au dehors. Il s'agissait d'une pierre composée de phosphate de chaux et de phosphate ammoniac-magnésien.

L'opération terminée, nous avons pu réunir environ deux cuillerées à soupe de fragments calculeux.

Il faut noter que la vessie étant très-anfractueuse les manœuvres d'extraction ont été longues et difficiles. L'opération a duré quarante minutes; la vessie renfermait du pus verdâtre et filant.

Les suites furent simples, et dès le dixième jour le malade se levait.

Le seizième jour, la plaie était fermée. A cette époque les urines étaient claires et les souffrances avaient complètement cessé.

Dans les premiers jours de juillet, le malade, ayant fait une course en voiture, ressentit de nouveau des élancements très-aigus au bout de la verge, et dès ce moment la miction se termina avec douleur.

Ces phénomènes persistant, je crus devoir sonder le malade et j'employai pour cette opération un petit lithoclaste. En franchissant le col de la vessie, l'ins-

trument rencontra un corps dur que je fus assez heureux pour saisir presque aussitôt. La vis fut serrée légèrement et le corps étranger fut extrait. La partie saisie avait 1 centimètre; c'était du phosphate de chaux, et dans le centre un petit grain d'acide urique jaune rougeâtre.

Dans la soirée les urines entraînent quelques grains blancs; mais ce fut la fin, et depuis cette époque les phénomènes pénibles dont se plaignait très-vivement le malade ont complètement cessé.

Une nouvelle exploration, faite dix jours plus tard, démontra la réalité de la guérison.

Depuis cette époque, le malade est resté bien portant. Je l'ai revu en août 1867. Il est mort d'une pneumonie en juin 1869, sans qu'aucun phénomène soit venu démontrer l'imminence d'une récurrence. La cystite ancienne qui existait lors de l'opération avait complètement disparu.

OBSERVATION XII.

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

M. le curé B..., âgé de soixante-trois ans, me fut adressé en 1867 par le professeur Duploux (de Rochefort) pour des troubles importants de l'appareil urinaire.

Le malade, arrivé à Paris le 20 juillet, se trouvait dans un état déplorable; il était en proie à des souffrances incessantes, le testicule gauche était le siège d'une orchite du volume du poing et le séjour au lit avait déterminé une petite eschare au sacrum. Puls à 110, langue sèche, inappétence, faiblesse extrême. Chairs flasques et décolorées, diarrhée fétide.

Le cathétérisme avec la sonde ordinaire dénote la présence de plusieurs pierres dures et confirme ainsi le diagnostic indiqué à l'avance par Duploux, malgré les dénégations de plusieurs spécialistes. En effet, le malade souffre depuis plusieurs années; il a été d'abord à Vichy, et c'est en se rendant ensuite à Contrexéville qu'il a, comme par hasard, demandé une consultation.

L'état d'affaiblissement du malade, la supposition d'une masse calculeuse considérable, l'extrême sensibilité des organes urinaires, l'orchite, la cystite et un degré probable de néphrite, toutes ces raisons nous déterminent à débarrasser le malade en une seule fois.

Nous convenons qu'on laissera reposer le malade et qu'on tâchera de lui procurer un peu de sommeil. Les lavements, les bains, l'opium sont successivement employés, mais sans résultat notable. Le patient urine à chaque instant, et chaque fois ce sont des cris terribles et une souffrance qui se prolonge longtemps.

Le 25 juillet, après la préparation d'usage, nous pratiquons l'opération de la lithotritie périnéale en