

utile de vous rappeler que l'arrêt inconscient de l'instrument dans la prostate est une des causes qui empêchent de reconnaître la pierre. Nombre de faits le prouvent, et vous ne sauriez trop en tenir compte; nous n'avons à nous occuper maintenant que des déformations de la vessie.

Elles sont, nous l'avons dit : « anatomiques et physiologiques ».

Difficultés dues aux irrégularités du bas-fond vésical. — Le plus grand nombre des calculeux « sont des vieillards et des vieillards âgés ». Vous avez donc presque constamment affaire à des vessies déformées, sous l'influence du développement sénile de la prostate. L'orifice du col est surélevé, la partie la plus antérieure de la paroi inférieure abaissée. Il en résulte la formation d'une dépression, d'un bas-fond. La pierre y trouve un asile naturel où elle habite si volontiers que « c'est là » où vous la trouverez presque toujours. Loin de rendre sa rencontre difficile et sa prise malaisée, une déformation modérée les favorise. Aussi, la lithotritie et même l'exploration de la vessie calculeuse sont moins faciles chez les jeunes sujets et chez la femme que chez les hommes âgés.

Il n'en est plus de même lorsque les dépressions qui constituent le bas-fond se creusent profondément et le déforment. Lorsque le développement anormal de la prostate dont elles sont solidaires s'accroît « du côté de la vessie », les inégales saillies des lobes rendent fort irrégulière la topographie des loges, qu'ils limitent en les dominant comme des promontoires. Le bec de l'instrument doit pénétrer et manœuvrer en bas, au-dessous de ces saillies, sur un terrain qui varie pour ainsi dire avec chaque sujet.

On opère en inclinant les mors au-dessous de l'horizontale ou même en les renversant. Malgré leur étendue, ces mouvements ne cessent pas d'être régulièrement et méthodiquement exécutés; ils se font, comme d'habitude, dans l'axe du diamètre transverse et accessoirement dans la direction du diamètre vertical. Il est facile de comprendre que la rencontre et la saisie de la pierre soient moins simples, que souvent cachée elle puisse passer inaperçue. Elle est alors non seulement contre le col, mais au-dessous de lui.

Néanmoins, elle occupe l'une ou l'autre extrémité du diamètre transverse ou se trouve vers son centre. Il s'agit donc de combiner l'inclinaison des mors, ou leur renversement, avec une élévation suffisante du manche, pour arriver à la pierre. Avec des manœuvres régulières, des mouvements limités accomplis sans précipitation et sans efforts, le succès est certain. On traduit avec exactitude le langage des faits en disant : que les déformations de la région du col dues aux saillies de la prostate rendent bien rarement difficile la rencontre de la pierre. Il en est de même de la saisie. La pratique journalière du broiement vous mettra d'ailleurs beaucoup plus souvent en présence de déformations accentuées que de déformations exagérées. Elle vous réserve, habituellement, la rencontre des cas tout à fait favorables, dont nous vous avons tout à l'heure entretenu.

Dans la majorité des cas, la pierre est immédiatement sentie. A peine l'instrument a-t-il franchi le col que déjà le choc caractéristique a été perçu par le chirurgien. Si vous ne trouvez pas la pierre sur votre chemin lorsque vous explorez un sujet qui a tous les signes rationnels des calculs dans la vessie, et que vous êtes bien sûrs d'y avoir pénétré, « allez la chercher au-dessous du col ». Vous la trouverez à droite, à gauche ou au milieu. Vous aviez plus que probablement passé au-dessus d'elle, et vous étiez au delà; il faut revenir sur vos pas et manœuvrer de façon à pénétrer « sous la saillie prostatique ».

Vous savez que les saillies les plus accentuées du lobe moyen lui-même ne s'opposent pas du tout à la manœuvre des instruments; elles la limitent et obligent à la bien localiser. Ne vous fiez donc pas à une tentative faite d'un seul côté et qui vous aurait laissé croire à tort que la vessie n'est pas profonde, qu'elle n'a pas de bas-fond. Explorez les deux côtés, afin de trouver le chemin qui vous y conduira. Vous voilà engagé dans la bonne voie et vous sentez qu'il faut plonger pour la parcourir; après avoir complètement renversé votre instrument, élevez, autant qu'il le faut, le manche pour fouiller le fond de la cavité. Une fois sur le terrain, vos prises se succéderont rapides et faciles. Vos manœuvres seront très simplifiées, si vous avez su prévoir qu'elles seraient difficiles. Placez

donc le siège assez haut, toutes les fois que vous avez reconnu, par l'explorateur olivaire ou par l'introduction des instruments: que le trajet prostatique est long, que vous mettez du temps à vous dégager, ou que vous avez quelque peine à le faire.

Ce n'est qu'après avoir bien exploré le bas-fond vésical, et mis le malade dans une position convenable, que vous pourrez être sûrs qu'il n'y a pas de pierre. Quand les symptômes rationnels sont très nets, ne craignez pas de recommencer. Il y a des cas difficiles; mais prenez la peine de procéder avec méthode, ils ne seront pas au-dessus des ressources de votre habileté. Nous pourrions vous en citer un grand nombre, car ils ne sont pas très rares. Rappelons de préférence l'un de ceux que vous avez observés autrefois à la salle Saint-Vincent (1875). Au n° 26, vous avez pu suivre un malade qui avait été infructueusement sondé par des chirurgiens fort habiles; les symptômes étaient tellement nets que nous restâmes néanmoins convaincus de la présence d'un calcul. Nous fûmes assez heureux pour le trouver dès la première exploration. Mais, lors de la première séance de lithotritie, il nous fut impossible de le saisir *et même de le sentir*. Nous recommençâmes cependant et cet homme fut heureusement et entièrement débarrassé par le broiement; nous le faisons alors en plusieurs séances. Il ne faut donc pas seulement contrôler les autres, mais se contrôler soi-même.

Difficultés dues aux cellules. — Vous pourrez avoir affaire à un autre genre de déformations anatomiques, de déformations permanentes, connu sous le nom de *cellules*. Mais la vessie présente des déformations beaucoup plus communes et très capables d'en imposer, en faisant croire que l'on est en présence d'une cellule. Nous voulons parler de ces déformations *dues aux contractions irrégulières que l'on observe surtout dans les vessies sensibles et anciennement malades*. Ces déformations ne sont pas permanentes, elles sont seulement physiologiques. Bien qu'adventices et souvent très passagères, elles ont, en pratique, une tout autre importance que les vraies cellules. Elles sont, en effet, très fréquemment observées, tandis que, si nous en croyons notre expérience personnelle, les déformations cellulaires sont « cliniquement » chose

rare. Elles ont cependant été souvent signalées par bon nombre d'opérateurs. Mais, peut-être, l'insuccès des manœuvres a-t-il été parfois la raison de leur diagnostic. A cet égard, les cellules seraient à la vessie ce que le spasme est à l'urètre, c'est-à-dire l'occasion ou l'excuse de bien des erreurs.

Vous savez ce que l'on désigne sous le nom de cellules. Ce sont des poches urinaires, sortes de diverticules sacciformes, qui communiquent avec la vessie par une ouverture plus ou moins large, mais relativement étroite. Elles constituent des cavités distinctes de la vessie, fort différentes des anfractuosités plus ou moins profondes du bas-fond qui en font partie. Le mécanisme de leur formation est bien connu. La muqueuse vésicale se déprime entre deux colonnes, fait peu à peu saillie au-delà de la vessie et constitue ainsi les cellules. Il est peu de vessies de prostatiques qui ne présentent des ébauches, ou plutôt des amorces de cellules. Les cellules complètes sont rares, même anatomiquement. Elles existent cependant et nous en avons de fort belles dans notre collection; en voici une, dont la capacité est supérieure à celle de la vessie, à laquelle elle est annexée.

Les autopsies ne font que bien rarement constater qu'elles soient habitées. Il est néanmoins certain qu'une cellule peut donner asile à la pierre. L'orifice, qui lui a permis l'entrée, lui ménage, s'il est assez large, la possibilité de sortir, mais il peut aussi l'immobiliser en l'enchatonnant dans un cadre de muqueuse, ou en l'emprisonnant entièrement. L'habitation temporaire, fournie aux pierres par les cellules, expliquerait que, dans certaines périodes, les malades ne ressentent pas de gêne, tandis que les symptômes s'accroissent dans d'autres moments. Cette possibilité, de se montrer dans la vessie ou de disparaître dans sa cachette, ferait comprendre pourquoi la pierre est rencontrée dans certaines explorations et comment elle échappe en d'autres moments. L'enchatonnement et l'emprisonnement expliqueraient que l'on ne puisse pas saisir la pierre dans la lithotritie, ou même qu'on n'ait pu l'extraire après la taille.

Nous nous gardons de nier que tout cela ne soit possible. La clinique nous autorise cependant à vous dire qu'il ne faut pas trop facilement expliquer, par des conditions pathologiques

anormales et exceptionnelles, les insuccès qui pourront vous affliger, ou les anomalies dans les manifestations symptomatiques. Les cellules sont, en réalité, peu hospitalières aux calculs; n'y abritez pas trop souvent votre amour-propre.

Nous vous avons dit, en parlant de la sensibilité de la vessie, que les calculeux supportent leur pierre sans beaucoup de souffrances; les longues accalmies dans les symptômes sont chose habituelle. D'autre part, les déformations du bas-fond, les saillies de la prostate expliquent bien des choses, en fait d'insuccès dans l'exploration ou dans la préhension par le lithotriteur. Nous allons, par surcroît, vous montrer que les contractions irrégulières de la vessie, en expliquent beaucoup d'autres. Lorsque, connaissant bien les difficultés qui peuvent vous empêcher de sentir un calcul ou de le saisir, vous aurez agi avec méthode pour les écarter, il sera temps, si vous n'en triomphez pas, de penser à quelque chose d'exceptionnel et d'admettre un encellulement de la pierre. Ne vous hâtez pas trop de le faire; si nous en croyons ce que nous avons observé, vous resterez ainsi dans la vérité clinique. Bien souvent, il nous est arrivé de chercher des pierres à des profondeurs telles, et dans des espaces si restreints, que nous aurions pu penser que nous plongeions dans une cellule. Nous avons simplement affaire à des bas-fonds un peu profonds, dominés par des saillies prostatiques assez considérables. Lorsque des difficultés particulières nous ont conduit à faire la taille, nous n'avons pas eu de peine à trouver et à extraire les fragments; dans les autopsies de calculeux, nous n'avons pas constaté cette dissimulation ou cette immobilisation des calculs, que les cellules peuvent certainement permettre, mais que notre pratique nous oblige à considérer comme très exceptionnelles¹. Il y a souvent des « cachettes » dans la vessie, mais fort rarement des « oubliettes ».

Les effets de la contraction irrégulière qui créent des cel-

¹ J'ai dernièrement opéré (novembre 1894), avec le concours de mon élève distingué le Dr Desnos, un malade dont la pierre était *enchatonnée* dans la paroi de la vessie à droite. J'avais pu faire le diagnostic. Le toucher rectal donnait la sensation d'une tumeur dure et volumineuse faisant corps avec la vessie; l'exploration métallique donnait un contact calculeux très sec, limité par un cadre relativement mou et épais. La pierre fut partiellement vue dès l'ouverture de la vessie, elle était volumineuse et recouverte largement par les parties molles qui

lules temporaires, très capables de cacher des calculs volumineux, sont, par contre, trop communément constatés pour ne pas tenir grand compte de cette cause d'erreurs et de difficultés.

Difficultés dues aux contractions irrégulières. — C'est en général au-delà de la région qui avoisine le col, et par conséquent dans « le corps de la vessie », que se font surtout sentir ces contractions irrégulières, mais c'est aussi au-dessous et sur les côtés du col. On les perçoit au cours de l'opération, vous les verrez pour ainsi dire se former sous vos pas, faire obstacle à l'instrument, dissimuler la pierre. Dès les premiers temps de notre pratique nous avons eu à constater leur fréquence et à tenir compte des difficultés qu'elles apportent à la préhension et même à la rencontre des calculs. Il en est encore de même à l'heure actuelle. Mais autrefois, comme aujourd'hui, les faits nous démontrent que les contractions partielles n'empêchent pas la lithotritie.

Nous opérions en 1871 un vieux rétentionniste, qui avait une pierre phosphatique formée dans une vessie depuis longtemps enflammée; il souffrait vivement. Nous pûmes sentir la pierre dès la première exploration et la saisir à la première séance. Nous nous félicitions; mais à la seconde il nous fut impossible de rien sentir et de rien saisir. Ce malade avait été sondé dans une grande ville de l'Etranger, l'on avait méconnu le calcul, et vous voyez qu'il était facile d'expliquer cet échec d'un chirurgien habile. Les contractions de cette vessie nous empêchaient parfois d'ouvrir l'instrument. Nous sentions la branche mâle accrochée par des plis formés à côté d'elle, lorsque nous voulions l'attirer en arrière; nous ne pouvions déployer notre instrument qu'en refoulant la paroi vésicale; nous faisons jouer la branche femelle d'avant en arrière, tandis que la branche mâle restait immobile. C'est ainsi, vous le savez, qu'il faut manœuvrer en pareil cas, et seul le lithotri-

l'encadraient; il fallut les inciser en rayonnant, le dégagement fut long et pénible. Le malade a guéri et rend encore des calculs qui descendent du rein droit. Ce rein depuis longtemps calculeux, et qui avait été en état de distension considérable quelques semaines avant l'opération, avait sans doute donné origine à la pierre que M. Desnos et moi avons extrait par la taille. Nous nous sommes demandé si elle ne s'était pas développée dans le trajet vésical de l'uretère.

teur permet alors d'atteindre la pierre ; l'explorateur ne la sent pas ou ne la rencontre que par hasard (v. p. 161 et suiv.). Nous parvîmes à débarrasser ce malade et à le débarrasser complètement. Il fut en effet facile de s'en assurer, non seulement par la transformation des urines et la cessation des douleurs, mais par les manœuvres de l'exploration devenue très aisées, très normales, depuis que l'état douloureux s'était amendé, ce qui eut lieu après la troisième séance. Les déformations n'étaient donc pas permanentes, la guérison de la cystite les avait fait disparaître.

Vous observez, dans ces cas, quelque chose d'analogue à ce qui se passe quelquefois dans l'utérus après l'accouchement. Vous savez qu'il peut se contracter irrégulièrement et de telle sorte que le placenta devienne inaccessible. Dans la vessie, et sans pousser trop loin la comparaison, il n'est pas douteux que la contraction des parois puisse dissimuler la présence d'une pierre ou rendre sa rencontre très difficile. Elle est en effet « temporairement » enchatonnée et emprisonnée.

Notez bien, en raison du grand intérêt clinique et physiologique du phénomène, que *la déformation est modifiable*. Elle disparaît sous le chloroforme, quand l'anesthésie devient plus profonde, « elle disparaît surtout quand on a guéri la cystite ». *Une vessie très déformée devient régulière dès qu'elle a cessé d'avoir une sensibilité pathologique exagérée*. Elle avait été des plus difficiles à une première séance, elle permet le plus aisément toutes les manœuvres dans une séance ultérieure. Les « encellulements temporaires » méritent donc toute votre attention. Ils sont à la fois la conséquence de la dissociation de la couche musculaire qui, comme vous le savez, se produit chez les prostatiques et de l'exagération de la puissance contractile de ces faisceaux isolés, sous l'influence de la sensibilité pathologique, que développe et entretient la cystite.

Les contractions irrégulières de la vessie peuvent aboutir à des résultats tout à fait inattendus. Nous vous avons, il y a bien des années, souvent montré un malade auquel nous avons dû, en raison de la difficulté du cas, pratiquer à plusieurs reprises de nombreuses séances de lithotritie. Il avait un urètre et une prostate difficiles, une vessie fort sensible et une pierre assez volumineuse. Chez ce malade la pierre a toujours été rencontrée au

sommet de la vessie. Toutes les fois que nous avons dû la saisir, il fallait, après avoir ouvert l'instrument, abaisser le manche et l'amener presque au contact du plan du lit. C'était à la partie supérieure de la vessie que la pierre se rencontrait invariablement ; et ce phénomène insolite, nous ne l'avons pas observé seulement alors que la pierre était entière, mais aussi lorsqu'il n'y avait plus que des fragments. Ce n'est qu'exceptionnellement que nous avons pu trouver des éclats de la pierre dans le bas-fond. La vessie présentait et conserva dans ce cas, jusqu'à la guérison, une disposition que quelquefois nous vous signalons au cours des séances de lithotritie, et que nous appelons *la vessie en portefeuille*. Il semble, en effet, que les parois de cet organe soient rapprochées dans toute leur étendue, et que l'on ne se meuve qu'entre deux cloisons verticales et contractiles.

Dans les vessies en portefeuille qui retiennent la pierre et ses fragments en haut, de même que dans toutes celles, bien nombreuses, où les contractions empêchantes ou gênantes se localisent sur la paroi inférieure, il n'y avait certainement pas de cellules. Malgré que l'espace nous fût très mesuré et que nous fussions souvent fort à l'étroit, c'est bien dans la vessie que nous manœuvrions. Nous en avons eu dans tous les cas la preuve en faisant l'exploration de la vessie lorsqu'elle était à la fois délivrée de la pierre, de la cystite et de ses contractions irrégulières. Il est alors facile de constater la complète disparition des obstacles ; les parois sont régulières, le réservoir se laisse, sans révolte aucune, parcourir dans toutes les directions. L'excitation douloureuse a une telle influence sur la production des contractions irrégulières dans les vessies anciennement malades, que l'on pourrait, par cela même que ces contractions persistent, admettre que le débarras n'est pas complet et qu'il y a encore des fragments, bien qu'on ne les rencontre pas.

Il faut, pour juger la question, traiter la cystite et renouveler les séances. Ces cas ne se prêtent pas au broiement et à l'évacuation en une seule séance, nous avons tenu à l'enseigner¹. Vous vous prépareriez de grands mécomptes si, trop confiants

¹ F. Guyon, *Du nombre des séances dans la lithotritie*. Ann. gén.-ur., p. 713, 1890.

dans les beaux résultats que la lithotritie en une seule séance permet si souvent d'obtenir « dans d'autres vessies », vous comptiez, dans celles-ci, sur un débarras immédiat et complet. La lithotritie donne néanmoins, dans ces cas, de beaux et rapides succès; mais il faut, après une première séance aussi prolongée et aussi complète qu'il est possible, toujours en pratiquer d'autres. Celles-ci seront courtes et faciles.

Avant de terminer l'étude du sujet dont nous nous entretenons, nous avons encore à signaler un fait qui intéresse particulièrement l'exploration. Il est de même ordre que ceux qui viennent de fixer votre attention; les contractions de la vessie sont encore en cause, mais le volume de la pierre doit ici être pris en considération.

C'est au-dessous ou au niveau de l'instrument, que la pierre est, en général, rencontrée ou cherchée. Elle est en bas. Il vous arrivera souvent de constater: qu'elle est *au-dessus* de la sonde ou du lithotriteur. Elle répond à leur concavité, vous êtes obligés d'abaisser le manche pour la sentir ou pour la prendre. Le calcul est en haut, « au-dessus du niveau du col ».

Les conditions qui permettent cette dérogation à la loi de la pesanteur, qui habituellement oblige les pierres à habiter les parties les plus déclives du réservoir et, en particulier, le côté droit sont parfaitement définies. Bien qu'elles soient en quelque sorte suspendues, elles ne sont pas adhérentes. Au sens anatomique du mot, cela ne peut pas être. Il n'y a pas, quoi qu'on ait pu dire, de « pierres adhérentes ». Mais, de même que les contractions de la moitié inférieure de la vessie encellent les pierres, de même celles de la moitié supérieure les empêchent de descendre. Ce phénomène s'observe lorsque la pierre est volumineuse ou moyennement volumineuse, quelquefois même avec un volume au-dessous de la moyenne, le plus ordinairement dans les conditions que nous venons d'indiquer. Il faut encore qu'à ces conditions de volume s'ajoute un adjuvant nécessaire, pour que la position supérieure puisse exister. Il faut que la vessie « soit sensible et, partant, contractée ». Les extrémités de la pierre s'appuient alors aux parois vésicales, qui les enserrent plus ou moins et les maintiennent dans la position anormale, où le chirurgien doit apprendre à les chercher et à les atteindre. Dans des cas semblables, vos

manœuvres risqueraient fort d'être infructueuses, si vous vous contentiez de consciencieusement battre le bas-fond, sans songer « qu'au-dessus de vous » peut se cacher le corps étranger que les symptômes fonctionnels vous ont signalé.

A un degré moindre, c'est un fait du même ordre que celui que nous vous signalions tout à l'heure. *Toute vessie sensible doit être tenue pour suspecte, elle doit être examinée dans les conditions particulières que nous venons de vous exposer.* Votre examen ne sera valable que si vous connaissez les enseignements de l'observation relatifs à l'influence des contractions irrégulières, sur la situation des calculs. Habituez-vous à compter avec cet élément, familiarisez-vous avec ses résultats parfois bizarres et soyez d'autant plus attentifs que la « vessie sera plus grande ».

Vous méconnaîtriez l'enseignement principal qui se dégage de ces faits, si, avant de procéder à l'exploration, « vous ne vous préoccupez pas d'atténuer ou de faire disparaître la sensibilité pathologique développée par la cystite ». *Ce doit être une règle absolue.* Toutes les fois qu'elle est très prononcée, et alors même que vous n'avez pas affaire à des vessies déformées, « commencez par soigner la cystite ». Ne faites l'exploration qu'après avoir modifié la muqueuse vésicale. Vous y trouverez le double avantage: de pouvoir manœuvrer dans de bonnes conditions et d'agir dans un milieu dont l'état septique a été atténué.

Ne croyez pas que vous trouverez ailleurs la solution des difficultés que crée la sensibilité douloureuse de la vessie. L'anesthésie locale serait sûrement impuissante. Le chloroforme peut réussir, mais il échoue bien fréquemment. Ce n'est pas ainsi que ce point important de pratique doit être résolu; ce qui permet d'arriver dans de bonnes conditions au but, c'est le traitement méthodique de la cystite. Vous vous adressez ainsi à la cause. Les instillations au nitrate d'argent sont particulièrement utilisables et n'excluent pas l'emploi d'autres moyens. La vessie préparée se soumet et se livre docilement à l'opérateur; le secours du chloroforme devient inutile pour l'exploration, mais il reste nécessaire pour l'opération.

Difficultés dues à la trop grande dépressibilité des parois de la vessie. — On a souvent, comme idéal, lorsque l'on débute

dans la pratique et que l'on est dominé par la crainte de pincer les parois, une vessie spacieuse et souple. On s'aperçoit bientôt que cet idéal doit, comme beaucoup d'autres, être abandonné. Si l'on s'en tient aux réalités de la pratique, on voit qu'il vaut beaucoup mieux avoir affaire à une petite vessie qu'à une grande, à une vessie un peu résistante qu'à une vessie trop molle. Vous savez déjà à quoi vous en tenir, pour les grandes vessies contractiles. Ce qu'il nous reste à dire, achèvera la démonstration des inconvénients de la grandeur, de la vessie.

Ce n'est pas seulement sous l'influence de conditions pathologiques que peuvent naître les causes qui empêchent de rencontrer la pierre. Vous avez encore, à cet égard, à compter avec celles qui résultent : du *sexe* et de l'*âge*.

On s'accorde généralement à penser et à dire que, si le cathétérisme est chose délicate chez l'homme, il ne saurait en être ainsi chez la femme. On pense que si, chez celui-là, l'exploration peut présenter quelques difficultés, elle est toujours simple chez la femme, et qu'enfin, chez elle, la lithotritie est chose fort aisée. Il n'y a, dans tout cela, qu'une chose vraie, c'est que la manœuvre urétrale est facile. Vous seriez bientôt détrompés par la pratique, si vous continuiez à croire qu'il en est de même des manœuvres intravésicales.

Nous avons pour notre part, éprouvé de désagréables surprises. Après expérience faite, nous ne craignons pas de vous dire que « la lithotritie est plus difficile chez la femme que chez l'homme ». Ce que nous disons de la lithotritie, nous le disons aussi de la recherche de la pierre.

La vessie « de la femme » est, en effet, d'une grande capacité, et ses parois sont très dépressibles. Mal soutenues dans toute leur portion la plus déclive, elles circonscrivent une cavité considérable. Pour y descendre, pour y manœuvrer, il faut non seulement renverser l'instrument, mais beaucoup élever le manche. Il est très facile de ne pas sentir une pierre volumineuse, qui déprime la paroi inférieure et se cache dans les plis de la surface interne de la vessie. Cela nous est arrivé autrefois pour une malade qui nous avait été adressée avec le diagnostic calcul, parfaitement rencontré, par un de nos confrères de la province. La sonde introduite, nous cherchâmes d'abord en vain ; nous commençons à être fort préoccupé de notre déconvenue, lorsque nous

rencontrâmes enfin le corps étranger. Il était volumineux et résistant, nous dûmes le briser avec un gros lithotriteur et le marteau. Pendant le cours du traitement, que nous faisons alors en plusieurs séances, nous eûmes plus d'une fois des difficultés réelles pour la recherche et la prise des fragments.

Nous avons eu l'occasion de vous dire que l'on pouvait assez aisément sentir la pierre chez la femme par le toucher vaginal. Vous pourriez conclure de ce fait que l'introduction du doigt dans le vagin pourrait vous aider à la rencontrer avec l'instrument en la portant pour ainsi dire vers lui. Nous nous empressons de vous détromper, cela est tout à fait illusoire. Ce n'est pas en faisant cette combinaison de manœuvres, mais en exécutant régulièrement celles que comporte l'emploi de l'explorateur et du lithotriteur que vous arriverez au but. C'est notamment en renversant le bec de l'instrument et en élevant le manche autant qu'il convient que vous descendrez, que vous plongerez jusqu'à la pierre. Nous ne voudrions pas vous laisser croire qu'il en est toujours ainsi chez toutes les femmes ; néanmoins, d'après ce que nous avons observé jusqu'à présent, nous avons le droit d'affirmer que ces difficultés sont assez habituelles.

Chez « l'enfant », la vessie a aussi une grande capacité, des parois molles et dépressibles. Il n'y a, pas plus que chez la femme, de région du col bien constitué, parce qu'il n'y a pas de prostate. Aussi la recherche des pierres chez l'enfant est-elle assez souvent plus difficile que chez l'homme. En d'autres termes : « la recherche de la pierre dans une vessie sans prostate est plus difficile que lorsqu'il y en a une ».

Cette affirmation peut, au premier abord, paraître paradoxale. Malades et médecins ont tellement coutume de maudire la prostate, d'en faire le bouc émissaire de leurs maux ou de leurs fautes, qu'il peut paraître singulier de la voir traitée en auxiliaire et non en ennemie. Et cependant, pour les raisons que nous vous indiquons actuellement, et pour d'autres que nous ne pourrions vous développer que si nous faisons l'étude de la lithotritie, il est facile de démontrer que : grâce à la prostate, bien des choses sont possibles pour le traitement de la pierre par le broiement, qui ne le seraient pas sans son secours. Il est facile de s'en convaincre. Nous expri-