

au moyen de la pince à trois branches droites, je l'attaquai avec le foret à développement, je la fis éclater et j'écrasai deux fragments les plus gros. Réfléchissant après cette séance aux circonstances avec lesquelles se présentait le cas de M. D..., je me repentis d'avoir mis la pierre en morceaux, et de ne pas avoir commencé à la détruire en la rasant d'avant en arrière et de la circonférence au centre, au moyen des ailes déployées du foret; je sais bien qu'il m'eût fallu plusieurs séances pour la pulvériser, mais je pensais avoir plus de facilité à reprendre une pierre qui me paraissait unique que je n'en aurais à retrouver un certain nombre de fragments dans une vessie conformationnée d'une manière assez anormale pour soustraire un calcul d'un moyen volume aux recherches les plus minutieuses. Quelques jours plus tard, je reconnus que j'avais eu raison de penser ainsi, car je ne sentis plus rien avec la sonde, et je ne trouvai avec la pince qu'un fragment peu volumineux, bien que la plus grande partie de la pierre brisée fût encore contenue dans la vessie. L'opération avançait ainsi lentement, pulvérisant avec le brise-pierre articulé les morceaux de calcul à mesure qu'ils sortaient de leurs retraites et qu'ils devenaient sensibles. Dans les mois de janvier et février, j'avais fait plusieurs explorations sans rien découvrir, lorsque ramenant un jour le bec de la sonde derrière le pubis, immédiatement au-dessus du col, je l'engageai dans une cellule profonde, et là je sentis distinctement le cliquetis de plusieurs petites pierres ou morceaux de pierre. Je fis faire une sonde en métal de trois lignes trois quarts de diamètre (c'était le volume que recevait l'urètre); je fis pratiquer sur la concavité de la courbure, près de l'extrémité, un œil ayant huit lignes de long et trois lignes un quart de diamètre; je portai cette sonde évacuatrice dans la vessie, et je poussai des injections dans cet organe. L'œil de la sonde étant, par sa position, en rapport avec l'ouverture de la cellule, le liquide s'y trouvait directement poussé. Je le laissai s'écouler partiellement et, par de petits mouvements latéraux, je cherchai à engager dans l'ouverture de la sonde

les corps durs, que je sentais très-distinctement. Je retirai de la sonde huit fragments gros comme des pois: d'autres encore dans la cellule, mais ils semblaient trop gros pour s'introduire dans l'œil de la sonde, car je m'efforçai vainement de les y engager. Pour les déloger, je fis exécuter un instrument semblable au percuteur de M. Heurteloup, quant à la partie droite de l'instrument, et à mon lithomètre quant à la partie courbe. avec cette différence cependant que la gouttière longitudinale existait sur les deux branches, de manière à former un canal quand elles étaient rapprochées. Du reste, point de dents comme celles du percuteur. Elles auraient nui à l'emploi que je me proposais.

» Il ne me fut pas difficile d'engager dans la cellule l'extrémité de cette pince à coulisse, de l'y ouvrir et de saisir un corps dur; mais j'éprouvai quelque peine à les faire sortir de cette cavité anormale, soit que le calcul fût adhérent à la muqueuse, soit qu'il fût retenu par la forme de l'ouverture de la cellule; un peu de sang s'écoula, mais il ne survint aucun accident après l'opération. Le calcul ou le morceau de calcul extrait de la cellule et porté dans le centre de la vessie, y fut immédiatement brisé par la percussion. Il y a un mois environ, je revis le malade avec M. Gensoul; il éprouvait encore de la douleur en urinant. Nous le sondâmes, et je fis sentir à notre habile confrère de Lyon un fragment, encore assez gros, placé au-dessous du col, derrière le pubis; je n'avais en ces moments à ma disposition que la sonde évacuatrice, dont j'ai parlé précédemment; je m'en servis pour injecter la vessie, mais je ne pus engager la pierre dans son œil. Quelques jours après, je la saisis avec la pince-compas; je la dégageai plus facilement que la précédente, et l'écrasai par la pression des branches, car elle était assez molle. Depuis ce moment, la vessie paraît complètement débarrassée; M. D.... a cessé de souffrir, et les urines commencent à devenir plus limpides. Cette amélioration ne date, il est vrai, que de peu de jours; mais tout me porte à croire qu'elle sera durable. » (Leroy-

d'Étiolles; De la lithotripsie, mémoire n° 1, p. 42.)

L'hypertrophie de la prostate offre une cause d'erreur non moins fréquente et peut-être plus difficile encore à éviter. Non-seulement alors le calcul peut échapper, mais il peut présenter à l'exploration les mêmes variations que s'il était logé dans une cellule dont il s'échapperait de temps en temps. Sa fixité derrière la prostate peut encore en imposer pour un encellulement. Le cas suivant est trop instructif sous tous ces rapports pour ne pas trouver place ici. L'autopsie est venue ajouter son contrôle aux renseignements du cathétérisme.

Obs. 29. « Espinasse, âgé de 52 ans, était d'une constitution nerveuse et d'une irritabilité telle, que le cathétérisme déterminait presque des convulsions chez lui.

» Les explorations vésicales devenaient dès-lors très-difficiles. On l'avait sondé à plusieurs reprises et l'on était parvenu à constater positivement la présence d'un calcul, mais toujours à la même place. Cette pierre avait peu de volume. L'extrême sensibilité des organes urinaires fit rejeter l'application de la lithotritie, et donner la préférence à la taille périnéale. Le malade étant sur le lit, au moment de subir l'opération, il fut impossible de rencontrer la pierre avec le cathéter, malgré de longues et pénibles recherches. Conformément aux préceptes de l'art, en pareil cas, l'opération fut ajournée. On ne conservait cependant aucun doute à l'égard de l'existence du corps étranger; mais ce qui venait de se passer, rapproché du résultat négatif des premières explorations, devait faire naître la pensée que la pierre échappait momentanément aux recherches en se logeant dans quelque cellule vésicale. D'un autre côté, on avait cru reconnaître qu'elle était comme fixée derrière le pubis; elle pouvait être chassée, et sa partie saillante fournir seule la sensation qu'on percevait. L'opération devenait dès-lors difficile et hasardeuse: le chirurgien qui devait la pratiquer, partagea mon opinion. Le malade sortit de l'hôpital; il y rentra six semaines après, avec le dévoilement et une fièvre continue; ses forces étaient considérablement di-

minuées; il souffrait beaucoup pour uriner; l'urine était, la plupart du temps, d'une limpidité remarquable. La mort eut lieu au bout d'un mois: le rein gauche offrait une rougeur intense des calices, dont plusieurs étaient noirâtres; le rein droit, un peu plus volumineux, avait sa substance corticale dure et comme cartilagineuse; en incisant cette glande longitudinalement, il en jaillit un flot de pus: toute la substance tubuleuse paraissait réduite en suppuration; après la sortie du pus, le rein figura une poche à parois épaisses de trois ou quatre lignes, que le scalpel enlevait avec peine par couches, et dont la couleur était jaunâtre; l'intérieur de cette poche offrait des espèces de brides ou de sacs.

» L'uretère droit ne présentait qu'une dilatation, qui doublait à peu près son calibre normal. Le gauche offrait, à trois pouces de sa sortie, un rétrécissement valvulaire, semblable à celui que j'ai décrit en parlant des lésions organiques des uretères; il était, en outre, fort dilaté dans le reste de son étendue. La vessie était très-rapprochée du pubis et racornie; ses parois avaient quatre lignes d'épaisseur, mais sans altération de texture. La prostate était squirrheuse: son lobe moyen faisait une saillie d'environ cinq lignes derrière l'orifice interne de l'urètre; ses lobes latéraux étaient durs, rugueux et hypertrophiés. Dans l'enfoncement situé derrière le lobe moyen, on trouve un petit calcul, de forme prismatique, triangulaire, gros comme une aveline, inégal, et sur lequel s'appliquent les parois vésicales sillonnées d'un grand nombre de colonnes charnues, en général peu saillantes. Cette disposition rend compte de l'obscurité des sensations que le corps étranger déterminait pendant la vie. » (Civiale, *Traité de l'affection calculuse*, p. 186.)

Voici un cas analogue où la pierre fut méconnue par Dupuytren lui-même.

Obs. 50. « M. Trabé âgé de 48 ans, et d'une forte constitution, éprouvait depuis 18 mois les souffrances ordinaires des calculeux, lorsqu'il vint à Paris consulter Dupuytren, qui, n'ayant pas reconnu l'existence de la pierre, prescrivit des vêtements de flanelle, des saignées générales, des appli-

cations de sangsues à l'anus, une nourriture légère et l'usage long-temps continué de l'eau alcaline gazeuse. Au bout d'un mois et demi de ce traitement le malade, n'ayant obtenu aucun soulagement, se soumit de nouveau à l'exploration de la vessie. Dupuytren, dans une consultation écrite que j'ai sous les yeux, déclara qu'il y avait un léger catarrhe de la vessie avec tuméfaction de la prostate et induration à la paroi postérieure et au bas-fond de l'organe, mais que lui n'avait senti aucune pierre. Il prescrivit une infusion de violettes et de pilules de térébenthine. Ce traitement n'ayant pas eu plus de succès que le premier, je fus appelé et je m'assurai que la vessie contenait une pierre placée, près du col, derrière la prostate considérablement engorgée. Mais, à l'exception d'un excès d'irritabilité, je ne remarquai pas d'autres altérations organiques notables. Cette circonstance, le petit volume de la pierre et la répugnance invincible du malade pour l'opération de la taille, me déterminèrent à pratiquer la lithotritie, malgré les difficultés qu'elle devait présenter, et les douleurs qui paraissaient devoir en être inséparables. Le malade la supporta fort bien; il fallut cependant plusieurs séances, parce que la pierre était très-dure, et qu'il y avait nécessité de la réduire en fragments d'un très-petit volume. Le malade fut guéri parfaitement, sans éprouver d'accident grave. (Civiale, loco cit., p. 485.)

La sonde à petite courbure, qui peut, quand on en tourne le bec en bas, toucher le calcul logé dans le bas-fond, est un moyen auquel il faut recourir alors, ainsi qu'au changement de position du sujet pendant le cathétérisme.

On conçoit que les tumeurs fongueuses ou de toute autre nature situées au col de la vessie masquent un calcul, qu'elles abritent derrière elles, ou qu'en détournant l'urètre elles fassent échapper la concrétion au contact de la sonde.

L'extrême ampleur et l'extrême étroitesse de la vessie ont plus d'une fois empêché de reconnaître un calcul même volumineux.

On a conseillé de faire sentir par un autre la pierre qu'on a soi-même trouvée; cette précaution est sage, mais en voici

une qui ne l'est pas moins: c'est de prier un autre chirurgien de répéter un cathétérisme qui ne vous a rien fait rencontrer; et d'expliquer cette conduite au malade.

Obs. 51. « Pierre de la grosseur d'une noix, vessie saine; bonne constitution; sensibilité exquise, guérison; persistance pendant plusieurs mois d'une sensation un peu pénible en urinant.

« M. le comte d'Argout commença en 1855, peu de temps après la suspension de ses travaux ministériels, à ressentir des douleurs en urinant; son urine devint trouble; des bains et des boissons adoucissantes calmèrent ces symptômes, mais ne les firent pas cesser. A la fin de 1854, étant en voyage dans le midi de la France, M. d'Argout éprouva du mouvement de la voiture une douleur et une fatigue qui le forcèrent à s'arrêter à Lyon, et le déterminèrent à se faire sonder par l'un des chirurgiens les plus célèbres de la ville. L'introduction de la sonde fut un peu difficile et l'exploration ne fit point sentir de calcul. L'irritation et la douleur durent être considérées comme le résultat d'une affection rhumatismale, contre laquelle furent employés les moyens appropriés, et spécialement les dérivatifs, tels que les frictions avec la pommade stibiée. Tous ces moyens restant sans effet, M. Delarogue, médecin de M. d'Argout, le presse de se soumettre à une exploration nouvelle et je fus appelé pour la faire au mois de décembre 1854. Le cathétérisme fut facile et la sonde rencontra aussitôt un calcul de 14 lignes de diamètre. Trois jours après je fis une première application dans laquelle la pierre saisie sans tâtonnement fut écrasée par la pression de la vis; deux fragments furent ensuite repris et broyés. Cette séance dura deux minutes et demie; cinq séances de la même durée furent employées à l'extraction complète du calcul, le développement de la sensibilité, après ce laps de temps, ne permettant pas de les prolonger davantage. Après la troisième séance un fragment volumineux s'engagea dans l'urètre et s'arrêta au commencement de la portion spongieuse, il en résulta un accès de fièvre; j'en fis l'extraction au moyen de la curette articulée et de la pince urétrale. Deux

explorations faites avec la sonde et avec le brise-pierre ne firent rien trouver dans la vessie. Pendant un mois environ, la douleur avait cessé complètement, l'urine était devenue limpide, lorsque le procès de la chambre des pairs survint. M. d'Argout s'astreignit à rester assis tous les jours pendant un temps fort long; les sensations pénibles en urinant se firent de nouveau sentir; du sable et quelques mucosités se montrèrent dans l'urine par intervalles, malgré l'emploi des carbonates alcalins à l'intérieur.

» A la fin d'août je fis une exploration avec la sonde, qui ne me fit rien rencontrer dans la vessie, et M. d'Argout partit deux jours après pour se rendre à Vichy d'abord, puis aux Pyrénées: c'est là que disparut tout à fait la sensation pénible que l'émission de l'urine lui faisait éprouver encore. Sa santé est actuellement très-bonne.

» *Réflexions.* Deux choses se présentent à notre remarque dans cette opération: l'inutilité des recherches faites par un chirurgien habile pour rencontrer une pierre, qui, plus tard, se présenta d'elle-même à la sonde; la seconde est la reproduction, peu de temps après l'opération, d'une sensation un peu pénible, analogue à celle que causaient les derniers fragments de la pierre. La persistance de cette sensation ou sa reproduction ne sont pas rares, surtout quand il existe un principe rhumatismal; nous l'avons vu dans l'observation de M. Borkentein et dans plusieurs autres. Cependant il ne faudrait pas s'arrêter à cette pensée lorsque le sentiment douloureux ainsi que le trouble de l'urine persistent. Il convient de renouveler les recherches, dans la crainte qu'un fragment non évacué d'une pierre nouvellement formée ne soit la cause de cette inflammation, qu'il importe d'arrêter avant qu'elle ait profondément altéré la vessie et les reins. Il est bon de faire remarquer que le catarrhe produit par un fragment laissé dans la vessie prend très-promptement un mauvais caractère et une intensité qui n'est nullement en rapport avec le volume du corps étranger; celui-ci, à son tour, s'accroît rapidement par la déposition des phosphates de chaux, d'ammoniaque et

de magnésie, dont le mucus fournit en partie les matériaux et favorise l'agglomération. Les malades sont très-disposés à se persuader que la vessie est complètement débarrassée de corps étrangers, et que l'inflammation catarrhale, étant l'effet des manœuvres opératoires, cessera d'elle-même. On sent combien cette persistance des malades à se refuser à toute recherche ultérieure peut leur devenir funeste. (Leroy, *Lithotripsie*, p. 192.)

Dans les cas douteux, le toucher par le rectum, ou chez les femmes par le vagin, peut-il lever toute incertitude? Dupuytren, Boyer et la plupart des auteurs lui accordent une grande confiance, qui n'est point, il est vrai, partagée par Deschamps. Nous ne saurions mieux faire que de donner le passage où ce dernier nous semble apprécier très-sainement ce point de diagnostic. Nous ajouterons d'ailleurs, pour donner un nouveau poids à l'opinion de Deschamps, que MM. Leroy d'Étiolles et Civiale ont été conduits par leur expérience à s'en rapprocher.

« Par l'introduction du doigt dans le rectum chez les hommes, et dans le vagin chez les femmes, et par la pression faite avec la main sur l'hypogastre, on peut quelquefois seulement, et principalement lorsque la pierre est très-volumineuse, la reconnaître; mais comme dans ces procédés opératoires la main du chirurgien n'est point immédiatement en contact avec la pierre, il peut souvent être induit en erreur, surtout s'il s'en rapporte à l'intrusion du doigt dans le rectum. Les auteurs ont répété sur la foi les uns des autres que l'on reconnaissait ainsi l'existence de la pierre. Convaincu du contraire sur le vivant, j'ai cherché à m'en assurer par des expériences sur le cadavre: c'est d'après elles que j'avertis les jeunes chirurgiens, en faveur de qui j'écris et qu'on ne saurait trop prémunir contre les erreurs, que la plupart du temps je n'ai point senti une pierre que j'avais placée dans la vessie d'un cadavre, à moins qu'elle ne fût d'un volume considérable. C'est d'après les auteurs qui l'ont précédé que Celse dit qu'à travers la paroi de la vessie et celle

» du rectum on distinguait le nombre des
» pierres, la forme et même l'inégalité de
» leur surface. Ce qui nous paraît, à cet
» égard, plus étonnant, c'est que les au-
» teurs modernes aient donné dans cette
» ridicule erreur. La pratique journalière
» m'a prouvé que ce signe sensible est au
» moins aussi incertain que les signes ra-
» tionnels, et qu'il est la plupart du temps,
» pour ne pas dire presque toujours, in-
» utile d'y recourir.

» 1^o Il est incertain en ce que l'engor-
» gement de la prostate, une tumeur au
» rectum à l'endroit où cette glande le
» touche, une tumeur dans la vessie, une
» accumulation d'urine dans ce viscère,
» l'épaississement et la squirrhosité de ses
» parois, ne peuvent en imposer au litho-
» tomiste; joignez à cela la difficulté et
» souvent l'impossibilité de faire péné-
» trer le doigt, principalement chez les
» adultes, jusqu'à la vessie. 2^o Ce procédé
» est inutile, parce qu'un lithotomiste
» prudent ne se déterminera jamais à opé-
» rer d'après ce toucher, et sans préa-
» lablement s'être assuré, par l'introduc-
» tion de la sonde dans la vessie, de l'exis-
» tence de la pierre. (Deschamps, *Traité*
» *de la taille*, t. 1, p. 201.)

En résumé, le toucher par le rectum
aurait surtout de la valeur chez les en-
fants et les jeunes gens qui n'ont pas de
prostate volumineuse.

Une ressource plus efficace pour s'as-
surer de l'existence d'un calcul, surtout
quand il est petit, mou et peu sonore,
c'est de substituer, pour les explorations,
les instruments de la lithotritie au cathé-
ter. La pince à trois branches décèle la
présence de la pierre de deux manières :
par la résistance qu'on éprouve en vou-
lant la fermer, et, ensuite, par le son
que rend le foret qui percute pour recon-
naître la nature du corps qui est saisi par
l'instrument. Ainsi, après avoir parcouru
la vessie avec le trilabe fermé sans rien
sentir, on l'ouvre, et, au moment où les
branches se rapprochent, elles en sont
empêchées par une résistance solide, et
la percussion du foret vient compléter la
certitude. Le bilabe rendrait le même
service avec plus de facilité encore, parce
qu'il se prête mieux, par sa courbure, à

l'exploration de tous les recoins du résér-
voir urinaire; la résistance et la sensation
d'un écrasement trahissent la présence
du calcul entre les mors du brise-pierre.
On comprend que lorsqu'on hésite entre
une concrétion ou une colonne vésicale,
on voit, en saisissant doucement le corps
qui frotte, d'abord s'il est sensible ou non,
mobile ou non : on juge tout de suite
quel parti on peut tirer de ces données.

Une erreur moins fréquente, mais plus
grave que celle qui consiste à ne pas trou-
ver le calcul, c'est de croire en rencon-
trer un qui n'existe pas; on a même porté
assez loin cette fausse certitude de l'exis-
tence d'un calcul imaginaire pour tailler
à vide : ce malheur est arrivé deux fois à
Dupuytren (*Clin.*, t. II, p. 554), trois fois
à Cheselden (*Bell, Syst. of surg.*, t. II, p. 40),
quatre fois à M. Roux, une fois à Delpech.
On a vu cette méprise se répéter la même
année dans les hôpitaux de Paris, de Lon-
dres et de Vienne. Ce qui peut en im-
poser dans ce cas, ce sont des tumeurs os-
seuses qui, provenant de l'enceinte solide
du bassin, se coiffent de la paroi vésicale
correspondante pour faire saillie dans le
réservoir urinaire; une antéversion de
l'utérus, l'engorgement du col de cet or-
gane, des matières fécales accumulées et
durcies dans le rectum. Une cause d'er-
reur, qui devra sûrement se représenter,
est celle qu'on va lire dans une observa-
tion que nous empruntons à Houstet.

Obs. 52. « Le 1^{er} décembre 1759, un nègre
d'environ 13 ans mourut dans l'hôpital
de Saint-George, on lui avait fait le jour
précédent l'opération de la taille latérale
pour l'extraction d'une pierre dont il
avait eu les symptômes depuis plusieurs
années, et dont on s'était convaincu par
la sonde, qui rapportait les coups que cet
instrument lui portait. Je n'ai pu être
présent à cette opération, à laquelle
MM. Cheselden, Paulet, Vilhic et Thau-
hiapre assistèrent; chacun de ces mes-
sieurs sentit la pierre avec la sonde creuse,
avant que Middleton procédât à l'opéra-
tion, qui fut faite selon l'art. Cependant,
comme on ne put pas découvrir ni re-
connaître la pierre dans la vessie avec la
tenette, et qu'au doigt elle se faisait tou-
jours sentir au travers d'une membrane,
quelques personnes, peu versées dans la

pratique, conclurent qu'on avait manqué
la route, et que les instruments s'étaient
fait chemin dans les dehors de la vessie;
et ainsi on se détermina volontiers à en
faire l'extraction par le petit appareil,
d'autant plus qu'à la faveur des doigts
introduits dans l'anus on poussait la
pierre, et que la facilité qu'on avait à la
sentir et à la porter en dehors en favori-
sait la pratique; mais cette opération fut
aussi infructueuse. Les curieux en grand
nombre assistèrent à l'ouverture du ca-
davre; on trouva dans la partie interne
et postérieure latérale du fond de la ves-
sie un kyste osseux, gros comme une châ-
taigne, rempli d'une substance pierreuse,
qui formait un corps rond et dur dont on
entendait le bruit dès qu'on le frappait
avec le bout de la sonde; ce corps était
engagé dans la membrane interne de la
vessie, dont il était recouvert par une base
large qui s'élevait du fond du viscère, et
qui portait sur le rectum, de manière que
dans les déjections de l'anus et de la ves-
sie, et dans certaines situations du corps,
il bouchait l'entrée de l'urètre, et irritait
cet orifice jusqu'à y causer les accidents
dont on avait accusé une pierre dans la
vessie. (Houstet, *Mém. de l'Acad. de chir.*,
in-4^o, t. 1, p. 599.)

Mais ce qu'on est le plus souvent exposé
à prendre pour un calcul, ce sont les co-
lonnes saillantes d'une vessie musculeuse.
L'entre-croisement des fibres qui font re-
lief sous la muqueuse fait éprouver à la
sonde une succession de petits ressauts,
une sorte de frottement assez analogue à
la sensation obscure que transmet à l'in-
strument le contact de certaines pierres,
celles de phosphate, par exemple, ou cel-
les qui sont enveloppées d'une couche de
mucosités, de pierres molles, etc., dont il a
été question ailleurs. Cependant, à force
d'habitude et d'attention, on parvient
généralement à reconnaître la vérité.

« Il est une autre méprise qui pourrait
être aussi grave que la précédente si la
taille était pratiquée, mais qui, dans l'o-
pération du broiement, serait facile à re-
connaître et n'aurait point de consé-
quences fâcheuses : cette méprise est oc-
casionnée quelquefois par un calcul de la
prostate faisant saillie dans le canal, ou
une pierre arrêtée dans une portion pro-

fonde de l'urètre, et placée de manière à
ne point s'opposer au passage de la sonde.
Dans tous les mouvements d'avant en ar-
rière que l'on imprime à cet instrument,
il frotte sur la pierre ainsi placée, et l'on
peut ne pas distinguer d'abord par quelle
portion il la touche; ce n'est que par des
mouvements latéraux et de rotation qui
parcourent avec le bec de la sonde la ca-
vité de la vessie, que l'on reconnaît qu'elle
ne contient point de corps étranger.
Cette méprise n'est pas aussi rare qu'on
pourrait le penser; je l'ai vu commettre
plus d'une fois; et bien souvent, rencon-
trant dans le cours d'une opération de
lithotritie de petits fragments engagés
dans l'urètre, à peu de distance du col,
j'ai hésité un moment dans l'appréciation
de la situation véritable. Il était facile de
se méprendre dans la situation du calcul
chez un prêtre de Lyon que j'ai observé
en 1850. M. Gensoul, sachant que la pré-
sence d'une pierre avait été reconnue
dans la vessie du malade, le fit prévenir
de mon séjour momentané. Nous intro-
duisimes la sonde, qui parvint dans la
vessie sans rencontrer d'obstacle sur sa
route, et tout d'abord nous la sentimes
frotter sur un corps dur, qui, au premier
instant, nous parut être dans la poche
urinaire; mais, portant le bec de la sonde
à droite, à gauche, en bas, et lui faisant
exécuter un mouvement de cercle com-
plet, nous reconnûmes que la vessie ne
contenait point de corps étranger: il
nous fut aisé alors d'apprécier le véritable
siège du calcul, qui se trouvait dans l'u-
rètre. L'opération de la boutonnière fut
faite par M. Gensoul; une pierre de la
grosseur et de la forme d'une olive fut
extraite et le malade guérit. (Leroy-
d'Étiolles, *De la Lithotripsie*, p. 51.)

Voici un mémorable exemple de la diffi-
culté que peut présenter le diagnostic d'u-
ne pierre vésicale, dans le cas où un calcul
existe en même temps dans le canal de l'u-
rètre. La première partie de l'observation
est rapportée par M. Civiale, la seconde
par M. Leroy-d'Étiolles. Le confrère dont
parle M. Civiale, et qui n'était pas d'accord
avec lui, n'était autre que Dupuytren.

Obs. 55. « M. Kelleter, d'Aix-la-Cha-
pelle, âgé de 55 ans, d'une forte consti-
tution, éprouvait, depuis dix-huit ans, un

dérangement dans les fonctions des organes génito-urinaires. La nature de l'urine fit soupçonner un catarrhe de la vessie; le traitement fut dirigé d'après cette idée, et continué pendant longtemps sans résultat. Quelque temps après, le malade se rendit à Montpellier, où les accidents furent attribués à des rétrécissements de l'urètre, assez avancés pour rendre très-difficile l'introduction d'une petite sonde. Une dilatation méthodique des points rétractés de ce canal, produisit de bons effets. L'expulsion de l'urine redevint facile, et les symptômes généraux diminuèrent: Quelque temps après, il éprouva dans les régions rénale et sacrée des douleurs assez vives, qui résistèrent à tous les moyens de traitement. Ces douleurs se propageaient à d'autres parties du corps, notamment aux épaules et aux extrémités inférieures. Il crut remarquer que la sonde, dont il faisait habituellement usage, était arrêtée près du col de la vessie par un corps dur, et l'idée de la pierre lui vint; mais on l'en détourna, et, pendant plus de dix-huit mois, il continua d'introduire des sondes qui pénétraient non sans peine. Il vint enfin à Paris, où il fut sondé par plusieurs personnes qui se trouvèrent d'accord sur l'existence d'un calcul. Mais les opinions furent très-partagées relativement à sa situation et à la nature de la maladie qui en compliquait la présence.

» Un chirurgien, dont les talents ne sauraient d'ailleurs être contestés, déclara, dans une consultation dont je faisais partie, que la pierre était libre et flottante dans la vessie. J'avais reconnu, deux jours auparavant, qu'elle était dans la partie membraneuse de l'urètre, où elle formait une tumeur considérable, que le doigt introduit dans le rectum ne permettait pas de reconnaître la pierre, quoique volumineuse, laissait passer la sonde entre elle et la paroi supérieure du canal. Ces deux moyens d'exploration m'avaient mis à même de constater avec précision l'état des parties et les changements qu'elles avaient éprouvés. Il y avait donc rétrécissement du canal au-devant de la pierre; refoulement de la prostate, que le doigt pouvait à peine atteindre; et, au-devant de ce corps, une tumeur dure, prolonge-

ment de celle que formait la pierre. Cette connaissance de l'état des parties me fit apercevoir que la sonde de mon confrère n'arrivait pas jusqu'à la vessie; on ne pouvait, en effet, y parvenir que par une manœuvre particulière, assez douloureuse, et en se servant d'une algalie fort longue. A la fin, la vérité fut reconnue, et l'on adopta le mode de traitement que j'avais proposé; il consistait: 1° à dilater la partie de l'urètre située au-devant de la pierre, et qui admettait avec peine une sonde ordinaire; 2° à morceler la pierre au moyen des instruments lithotriteurs, et à faire l'extraction des fragments. Une circonstance particulière rendait ce traitement difficile. Un écoulement habituel, déjà ancien et des plus abondants, avait fait craindre l'existence d'ulcérations profondes, et même la destruction des parois de l'urètre qui recouvraient la pierre; ces craintes paraissaient d'autant mieux fondées que la matière de l'écoulement offrait tous les caractères apparents du pus.

» Mais j'étais en partie rassuré par les résultats que j'avais obtenus dans des cas à peu près semblables, où la dilatation des points rétrécis de l'urètre et l'extraction de la pierre avaient été suivies presque immédiatement de la cessation de l'écoulement, mes espérances n'ont pas été déçues: la guérison de M. Kelleter a été complète.

» La dilatation préalable de l'urètre fut obtenue par l'emploi des bougies et d'un instrument que j'ai fait construire pour des cas de ce genre. Il est formé de deux parties adossées l'une à l'autre, et qu'on peut écarter à volonté par un mécanisme fort simple.

» Le morcellement de la pierre fut effectué au moyen d'un instrument lithotriteur, avec les modifications que j'ai indiquées au commencement de cette lettre. Il fallut six séances très-courtes, qui eurent lieu, la première le 1^{er} décembre 1827, et la dernière, le 19 du même mois. Le malade n'éprouva aucun des accidents que pouvaient faire craindre les manœuvres de l'opération dans un canal qui présentait des lésions profondes et anciennes.

» M. Kelleter quitta Paris lorsqu'on eut acquis la certitude que la vessie ne conte-

nait pas de pierre, et que celle de l'urètre avait été entièrement extraite. Il lui fut prescrit de continuer pendant quelque temps à dilater le canal, l'expérience ayant trop prouvé la tendance que les rétrécissements très-anciens ont à se reproduire. Depuis cette époque, il a joui d'une parfaite santé. » (Civiale, 5^e lettre, p. 44.)

« Voici maintenant, continue M. Leroy-d'Étiolles, la suite et la fin de l'histoire de M. Kelleter. Pendant l'été de 1853, il vint à Paris, accompagné de M. Allertz, son médecin, pour réclamer les secours de la chirurgie. M. Amussat, consulté, reconnut facilement la présence d'un calcul dans la portion membraneuse de l'urètre; deux tentatives furent faites par cet habile chirurgien pour saisir la pierre et la broyer, toutes deux furent très-douloureuses et inutiles.

« M. Kelleter vint alors me consulter; il me dit, ce que, du reste, il répéta dans une consultation quelques jours plus tard, qu'après l'opération pratiquée sept jours auparavant par M. Civiale, il avait été soulagé momentanément; mais qu'il n'avait jamais cessé de souffrir, que ses douleurs s'étaient accrues très-lentement, et que sa santé en avait été médiocrement altérée, ce que dénotait son apparence actuelle. La sonde métallique avait dès long-temps fait connaître dans le canal une pierre qu'elle ne pouvait plus franchir comme précédemment pour pénétrer dans la vessie. Je constatai l'exactitude de cette circonstance, et je déclarai au malade que la lithotritie ne lui offrait pour perspective que beaucoup de douleurs, peu ou point de chance de succès, et plus de danger que la boutonnière. M. Amussat, qui avait cédé aux instances du malade lorsqu'il fit les tentatives du broiement dont j'ai parlé, lui tint un langage semblable. Toutefois, M. Kelleter ne renonçait pas tout à fait à son idée de lithotritie; une consultation, que l'on pourrait appeler formidable, car nous étions douze chirurgiens, fut réunie: MM. Roux, Breschet, Mayor, etc., s'y trouvaient. D'un avis unanime il fut décidé qu'une incision présentait seule une chance de guérison; mais le malade, qui avait une aversion décidée pour l'instrument tranchant, retourna chez lui avec l'inten-

tion, disait-il, de s'y faire pratiquer cette opération sanglante.

» Traversant Aix-la-Chapelle au mois de janvier dernier, j'eus occasion de voir M. Allertz; il m'apprit que, deux mois après son retour de Paris, M. Kelleter avait succombé à une affection pulmonaire, sans que l'opération eût été faite; et l'autopsie avait fait découvrir une pierre du volume d'une amande dans la région membraneuse de l'urètre; plus, cinq pierres dans la vessie, dont plusieurs volumineuses. » (Leroy-d'Étiolles, *De la Lithotritie*, mémoire n° 4, p. 508.)

Maintenant que nous avons exposé les moyens que la science possède pour constater l'existence de la pierre, nous allons faire connaître ceux qui en révèlent les circonstances les plus importantes pour la pratique, telles que le nombre, le volume, etc.

Comme nous l'avons vu, le nombre des calculs est extrêmement variable, quoiqu'ils se trouvent le plus souvent à l'état solitaire. La multiplicité des calculs peut se reconnaître avec le simple cathéter; en l'inclinant, ou mieux en le déplaçant alternativement à droite et à gauche, on sent une double sensation de frottement, un double bruit, une sorte de tic-tac, qui montre au moins que la concrétion est double. Avec un litholabe, en s'emparant d'un calcul, on peut, avec l'instrument ainsi chargé, rencontrer encore une seconde et même une troisième concrétion; mais la précision ne saurait guère aller au delà; et même quand on les a broyées on n'en sait jamais bien le nombre; ce qu'il faut savoir surtout, c'est qu'il ne reste plus de calculs ni de fragments dans la vessie. Un calcul à longues végétations, ou profondément déprimé, pourrait faire croire à deux calculs, comme deux pierres très-rapprochées, en quelque sorte articulées, seraient aisément prises pour une seule; les deux erreurs ont été commises.

« La connaissance du volume de la pierre n'était pas sans importance, lorsque la taille était le seul moyen de guérison que possédât la chirurgie, mais elle n'avait pas besoin d'être extrêmement rigoureuse; si le calcul ne dépassait pas en grosseur un petit œuf de poule, on en faisait l'extraction par une

des tailles sous-pubiennes; au-delà de ce volume on pratiquait la taille hypogastrique. Mais, depuis que la lithotritie a pris place dans la science, l'appréciation exacte de la grosseur de la pierre a pris une importance plus grande, elle est même devenue chose essentielle; car c'est en grande partie d'après cette appréciation que le chirurgien décide si le broiement est ou n'est pas praticable, et de quels instruments il convient de faire usage.

» En général il est facile de distinguer une petite pierre d'une pierre volumineuse. Lorsque la sonde parcourant librement la vessie ne rencontre de corps dur que dans un point peu étendu, lorsque ce contact n'est que momentané et difficile à reproduire; lorsque le bruit résultant du choc de la sonde est sec et clair, lorsque les symptômes existent depuis peu de temps, l'on a tout lieu de croire que la pierre est petite.

» Lorsqu'au contraire la sonde, aussitôt après son entrée dans la vessie, rencontre la pierre et continue de la toucher dans les divers mouvements qu'on lui imprime; si le bruit produit par le choc est gros et fort, la pierre a probablement un volume considérable.

» Plusieurs circonstances qui se présentent assez fréquemment peuvent faire croire les concrétions vésicales plus volumineuses qu'elles ne le sont réellement. Ainsi, lorsqu'une pierre est engagée dans une portion profonde de l'urètre, lorsqu'un calcul prostatique se montre dans le conduit de l'urine, lorsqu'un prolongement ou tubercule d'une pierre moyenne, de forme irrégulière, fait saillie dans le col de la vessie, la sonde, quelque mouvement qu'on lui imprime, ne cesse pas d'être en contact avec le corps dur et de frotter sur lui; mais, comme je l'ai dit en parlant des pierres de l'urètre et de la prostate, en portant par un mouvement de rotation le bec de la sonde dans les diverses parties de la vessie, et surtout dans le bas-fond, lorsque ce mouvement est possible, l'on s'aperçoit de suite que le calcul n'est pas dans cette poche. Ramenant alors le bec de la sonde dans l'urètre et le faisant rentrer

doucement dans la vessie, l'on reconnaît la situation véritable de la pierre, et l'on apprécie plus exactement son volume. » (Leroy-d'Étiolles, *ib.*, p. 54.)

Ces données, appliquées même par les hommes les plus habiles, sont loin d'être un guide sûr, ainsi qu'on le voit dans l'observation suivante, où la distension de la vessie par l'urine fut mal interprétée par le toucher rectal, ainsi que le frottement prolongé de la sonde sur la pierre. On croyait le calcul très-gros, et il était si petit qu'il faillit être perdu.

Obs. 54. « Dans le temps que j'étais chirurgien gagnant maîtrise à l'hôpital de la Charité, je sondai un enfant âgé de 12 ans; la sonde introduite dans la vessie ne cessa de toucher la pierre, je la jugeai d'un gros volume. Dans le moment de l'opération, le cathéter, placé dans la vessie, me fit porter le même jugement; mon doigt, introduit dans le rectum, me fit connaître une saillie sensible de la part de la vessie. Les assistants, que je consultai, jugèrent la pierre d'un gros volume. En conséquence, je fis une incision suffisante pour, à l'aide de la dilatation, donner passage à une sorte de pierre; il sortit précipitamment une grande quantité d'urine; les recherches avec le bouton et les tenettes furent inutiles; j'allais faire transporter le malade dans son lit, lorsqu'un des assistants me fit remarquer une petite pierre de la grosseur d'un noyau d'olive qui, entraînée par le flot d'urine, était tombée sur le drap qui couvrait le matelas; c'était cette petite pierre qui, située dans le col de la vessie, m'en avait imposé, ainsi qu'aux assistants, pour une grosse pierre; elle avait ou fermé cet orifice ou occasionné un spasme capable de produire le même effet: de là la rétention d'urine qui, distendant la vessie, me fit prendre pour un corps solide la bosse qu'elle faisait du côté du rectum. » (Deschamps, *Traité de la taille*, t. 1, p. 272.)

Instruit par cette erreur, Deschamps sut l'éviter quand un cas analogue se présenta à lui.

Obs. 55. « En 1771, au même hôpital, à l'opération d'un adulte, à laquelle assista Chopart, on proposa la taille hypogas-

trique comme le seul moyen d'extraire une pierre que l'on croyait monstrueuse; le cathéter introduit dans la vessie, ne cessait d'être en contact avec la pierre; le malade, depuis long-temps, urinait peu à la fois, et la vessie faisait bosse du côté du pubis, et même du côté du rectum; je demandai, avant qu'on fit l'opération au haut appareil, qu'il me fût permis d'examiner l'état de la vessie: je pris le cathéter, je le retirai assez pour sortir de la vessie; et je l'y reportai doucement et lentement, en observant avec attention le lieu où je rencontrerais la pierre; je m'aperçus que je la touchais à l'orifice de la vessie, et que l'instrument passait au-dessus ou à côté; j'avais la liberté d'en mouvoir le bec à droite et à gauche, en haut et en bas; dans tous ces mouvements, le cathéter ne cessait d'être en contact avec la pierre; instruit par l'observation précédente, j'assurai que la pierre n'était pas aussi volumineuse qu'on le croyait, et que la vessie était pleine d'urine; je proposai l'opération ordinaire, et même une ouverture médiocre; et que, dans le cas où on ne jugerait pas à propos de se rendre à mon avis, on introduisit préalablement l'algale pour s'assurer de l'état de la vessie. On accepta la première proposition; il sortit une quantité considérable d'urine, et la pierre, qui était du volume d'une grosse amande, se présenta, pour ainsi dire, d'elle-même à la tenette. » (Deschamps, *Traité de la taille*, t. 1, p. 275.)

Deschamps fait suivre ce fait de considérations toutes pratiques qui se rattachent à la difficulté dont nous cherchons la solution. Elles sont marquées au coin d'un trop bon esprit pour que leur absence ici ne fût pas une lacune. Elles offrent d'ailleurs le complément des moyens d'exploitation dont on disposait avant l'invention de la lithotritie pour juger le volume des calculs.

« Quoique la résistance qu'oppose au doigt introduit dans le rectum la vessie pleine d'urine soit bien facile à distinguer de celle que peut présenter une pierre qui remplirait toute la cavité de ce viscère, il est cependant des cas où l'on pourrait prendre le change, particulièrement quand les membranes de la

vessie sont épaissies. Lorsqu'on soupçonne que la pierre est volumineuse, et que la vessie est pleine, le plus sûr est d'y passer une algale pour la vider, et alors on acquiert une connaissance plus certaine sur le volume de la pierre; au reste, un signe certain qu'elle n'est pas d'un volume considérable, c'est la liberté qu'a le bec de la sonde de se mouvoir en divers sens, parce que la pierre pourrait remplir, pour ainsi dire, toute la vessie, et même en être coiffée, et cependant le cathéter aurait encore un mouvement assez libre de droite à gauche; mais alors il ne l'aura pas de haut en bas et de devant en arrière. Si la vessie proémine au-dessus du pubis et du côté du rectum, si, pressée entre une main placée sur le ventre et le doigt introduit dans l'anus, on sent un corps dur; si l'algale passée dans la vessie ne donne issue qu'à une petite quantité d'urine; si enfin le bec de l'instrument ne peut faire dans ce viscère différents mouvements, il est alors hors de doute que le volume de la pierre est tel que la vessie en est remplie. » (Deschamps, *Traité de la taille*, t. 1, p. 274.)

Si l'on a pris de petits calculs pour des gros, on est aussi tombé dans la méprise inverse, et l'on a plus d'une fois pratiqué la taille hypogastrique après avoir vainement essayé de faire l'extraction de la pierre par une incision périnéale. N'est-ce pas même une difficulté de ce genre qui inspira l'inventeur de la taille sus-pubienne? Nous dirons plus loin dans quelles circonstances Franco fit éclater son génie. Voici un exemple récent de l'erreur que nous signalons:

Obs. 56. « M. L... négociant à Lyon, m'écrivit en 1825 pour me demander d'aller l'opérer. Dans sa lettre était contenue la consultation d'un chirurgien. Il y était dit qu'une première fois le cathétérisme avait été pratiqué sans que l'on eût senti la pierre; que dans une seconde exploration un calcul avait été rencontré, et qu'il était d'un petit volume. Persuadé, d'après cela, qu'un petit nombre de séances seraient nécessaires, et me tiendraient peu de temps éloigné, je consentis à me rendre à Lyon. Là, ayant sondé M. L..., je trouvai sa vessie remplie par une masse pierreuse, dont on pouvait apprécier le

volume non avec la sonde, cela était impossible, mais en plaçant un doigt dans l'anus et une main sur l'hypogastre. Je déclarai au malade que le broiement ne pouvait rien, et je repartis immédiatement pour Paris. Huit jours après, M. Gensoul pratiqua la taille recto-vésicale et, après de longs efforts, parvint à rompre la pierre et à extraire ses fragments; elle pesait une once et demie. Ce malade mourut d'une inflammation pelvienne. » (Leroy-d'Étiolles, *loco cit.*, p. 56.)

Cette observation est l'exemple d'une erreur, mais d'une erreur grossière, et qui ne prouve pas la difficulté réelle du point de diagnostic. Parce qu'il arrive tous les jours à l'hôpital des luxations les plus évidentes pour un homme instruit, pour lesquelles on a prescrit des cataplasmes, qu'on a prises, en un mot, pour de simples contusions, faut-il en conclure que la lésion est difficile à reconnaître? Non, sans doute, ce serait mettre sur le compte de la science un tort qui revient tout entier à qui ne l'a pas suffisamment cultivée. Sans nommer le chirurgien, il est toujours bon, dans ce cas, de tenir compte de ses lumières.

Le bilabe que nous décrivons plus tard, en même temps qu'il sert à broyer la pierre, est le meilleur instrument pour la mesurer. Son mécanisme ressemble au podomètre du cordonnier et sa forme le rappelle. De cette manière, en suivant le calcul à diverses reprises et sur tous les sens, on peut apprécier rigoureusement son diamètre, l'écartement des mors du bilabe étant indiqué à l'extérieur d'une manière précise. Cet instrument est bien préférable pour cet usage à la pince à trois branches, parce qu'un calcul produit un écartement en raison, non-seulement de son volume, mais de sa position plus ou moins rapprochée de la base au sommet du cône que représentent ces trois branches en se fermant, etc. En un mot, le trilabe vaudrait mieux que les anciens moyens, mais il est ici bien inférieur au bilabe.

La forme des calculs n'offre pas assez d'intérêt pour que nous nous arrêtions aux moyens, d'ailleurs assez imparfaits, que l'on emploie pour les reconnaître. C'est un point sur lequel nous reven-

ons, à l'occasion du choix de l'instrument lithotriteur.

La densité est importante, non pas par elle-même, mais parce qu'en général elle est en raison de la dureté du calcul. Cette propriété peut suffire pour décider le choix de la méthode, la lithotritie ou la taille. Un son clair et sec annonce bien une concrétion dure, comme un son obscur est produit ordinairement par une pierre molle ou peu consistante. Mais cette donnée est souvent trompeuse ou inexacte. Pour apprécier la consistance de la concrétion, il est des chirurgiens qui croient plus sûr d'essayer le broiement; la mesure et le résultat de l'effort donnent alors la notion que l'on cherche. Si la pierre est molle, cette exploration n'est alors que la préface toute naturelle de l'écrasement; dans le cas au contraire où la lithotritie serait inapplicable, on n'aurait qu'un examen qui n'est pas sensiblement plus pénible ni plus dangereux que le cathétérisme. Ajoutons que les particules égrenées ou éclatées rendues par l'urètre, en révélant la composition du calcul, seraient aussi une présomption pour sa consistance. Nous avons vu en effet, à l'article des caractères anatomiques, que les propriétés physiques de la pierre dépendaient la plupart du temps de sa composition chimique.

La situation du calcul ne mérite de fixer l'attention que sous les points de vue suivants: est-il complètement dans la vessie, ou bien en partie dans la vessie et 1° dans l'urètre, 2° dans l'urètre, 3° dans une cellule? Nous avons exposé, en décrivant les moyens d'en constater l'existence, les procédés et les manœuvres convenables pour arriver à la connaissance de ces différentes conditions.

Diagnostic des complications des calculs vésicaux. Nous ne parlerons pas des complications qui peuvent survenir dans toutes les maladies possibles, mais de celles qui se lient réellement à l'affection qui nous occupe, à la pierre. Ces complications portent sur certains états de la vessie elle-même, sur l'urètre, sur le rein, sur la prostate et enfin sur l'urètre. En dehors des organes urinaires, le rectum et

le vagin peuvent encore se trouver compromis.

Quant à la vessie, ses altérations les plus graves sont ici son inflammation aiguë ou chronique, qui se reconnaissent aux douleurs plus ou moins vives dont elle est le siège, avec envies fréquentes d'uriner; à la quantité variable de mucus ou de pus que contient l'urine, etc. Il faut également noter le racornissement du viscère étroitement serré sur le calcul, disposition dont les signes principaux sont les envies fréquentes d'uriner, l'impossibilité de faire manœuvrer la sonde entre la surface du calcul et celle du réservoir urinaire. Il est rare qu'à ces données ne viennent pas se joindre quelques-uns des symptômes de la cystite. L'extrême irritabilité de la vessie est encore une complication assez sérieuse, mais nous l'examinerons à l'occasion de la lithotritie à laquelle elle se rapporte plus directement.

« A l'égard des ulcères de la vessie, cette maladie est beaucoup plus rare qu'on ne le croit: on prend presque toujours pour du pus l'humeur visqueuse dont il vient d'être parlé. Depuis que je traite les maladies de vessie, je ne crois pas avoir observé dix fois de suppuration dans ce viscère; avec de l'attention, on ne prendra pas le change sur la nature du pus bien facile à distinguer des mucosités que fournit la membrane interne de la vessie. La quantité de pus que rend le calculeux est la mesure de l'étendue des ulcères dont la vessie est atteinte. Quand le pus est de bonne nature et en petite quantité, la guérison suit d'assez près l'extraction de la pierre; mais quand le pus est abondant et fétide, il est rare que les malades survivent long-temps à l'opération, ou ils périssent presque tous dans les premiers jours qui la suivent, ou ne tardent pas à succomber à une fièvre lente. » (Deschamps, *loc. cit.*, p. 180.)

Dans un cas remarquable, Collot a trouvé l'ulcère situé dans une cellule:

Obs. 57. « Simon, trésorier de France à Soissons, avait été, dit Collot, l'espace de plusieurs années dans une indisposition causée par la vessie, laquelle ne se déchargeait pas suffisamment des eaux qu'elle contenait, le surplus, par son sé-

jour, lui occasionnait plusieurs accidents différents, mais le plus souvent des chaleurs qui lui donnaient la fièvre; la cicatrice d'un ulcère qu'il avait eu à cette partie dans sa jeunesse causait cette indisposition; il s'était servi de bougies et de médicaments, mais il n'avait pu obtenir une guérison parfaite. Je lui fis donc une ouverture au périnée pour redonner la liberté à la vessie, dont le col était étranglé. Je voulus par là lui conserver quelques restes d'une vie moins douloureuse en donnant issue aux matières purulentes qu'il rendait par la verge avec peine... Le malade, après l'opération, passa quelques mois avec assez de tranquillité; mais la maladie était trop violente, et cette bonace ressembla à une lampe qui s'éteint tout à fait lorsqu'elle paraît se rallumer.

« J'avais toujours soupçonné, continue Collot, qu'il y avait quelque autre mal caché qu'il était impossible de découvrir; car toutes les fois que je le pensais, je lavais la vessie, je faisais sortir les dernières gouttes des injections claires et nettes, en appuyant sur la région de la vessie; cependant j'étais souvent obligé de recommencer deux ou trois fois, parce que je retrouvais ces mêmes matières. Enfin il mourut, et, curieux que j'étais de connaître d'où cette suppuration provenait, je fis faire l'ouverture du cadavre devant moi; on trouva dans le fond de la vessie une fistule si petite, qu'à peine pouvait-on y introduire un stylet de la grosseur d'une moyenne épingle: ce fut avec le stylet que nous touchâmes une pierre contenue dans un vide qui paraissait comme une loupe, elle s'était formée sur la même membrane externe de la vessie; ce corps étranger était extraordinaire et raboteux, et il entretenait de petits ulcères d'où cette matière purulente s'écoulait. » Cette tumeur, cette loupe dont parle Collot, n'était qu'un sac formé par la membrane interne de la vessie passé à travers la musculature. » (Deschamps, *Traité de la taille*, t. 1, p. 181.)

Nous verrons à l'article *Cystite* la valeur des caractères assignés par Deschamps aux ulcères de la vessie.

Enfin la membrane interne de la vessie peut être tellement irritée et même

déchirée par les aspérités de la pierre, qu'elle soit affectée de gangrène au point qu'elle se détache par fragments ou par eschares qui suivent la route des urines. Comme ce désordre est l'effet de la présence de la pierre dans la vessie, il n'entraîne pas la perte du malade, si d'ailleurs il est d'une bonne constitution. La pierre ôtée, le désordre se répare par degrés et le malade guérit.

Du côté de l'uretère, il n'y a guère que sa dilatation, ses rétrécissements et ses calculs; nous ne reviendrons pas sur leurs signes, nous rappellerons seulement combien ils sont sujets à échapper à l'observation la plus attentive, surtout si, comme dans l'observation très-curieuse qu'on va lire, une anomalie imprévue, la réunion des deux uretères en un seul, donne le change au chirurgien par le déplacement de l'organe malade, ainsi qu'il arriverait, par exemple, si le canal vecteur de l'urine rempli de calculs se rapprochait de la ligne médiane. Si des généralités sont impossibles sur ce sujet, voici ce fait particulier qui n'en sera que plus intéressant :

Obs. 58. « M. Seigneuret, âgé de 60 à 70 ans, se trouvait dans de très-mauvaises conditions; il portait un calcul ancien et était atteint de folie. La pierre le faisait beaucoup souffrir.

» M. Amussat ayant été appelé chez M. Seigneuret pour le traiter de sa maladie, un calcul vésical, consulta à son sujet M. Roux, et il fut décidé à la consultation, qu'on tenterait la lithotritie.

» La première séance eut lieu le 10 juin 1853. On saisit deux fois le calcul; la première fois il marquait 21 lignes et s'échappa lorsqu'on voulut faire la percussion, la seconde fois il marqua 18 lignes; on frappa long-temps à coups redoublés, et on arriva à 15 lignes. On avait envie de lâcher la pierre, dont la dureté paraissait effrayante; on continua pourtant et, après de nombreux coups très-forts, on parvint à la diviser: on retira l'instrument chargé de détritits jaune. Le malade a si peu souffert qu'il demandait qu'on recommençât le lendemain. Il a uriné un peu de sang, et n'a pas eu de fièvre les jours suivants. Il a rendu peu de détritits.

» Le 18 juin, seconde séance. L'instru-

ment ne pouvant entrer de prime abord, on mit une sonde; après quoi il entra avec la plus grande facilité. La pierre est saisie cinq fois avec un peu de peine, à cause de son volume et de sa forme; on la brise quatre fois: le malade a à peine poussé une plainte. Elle a marqué 14, 18, 24, 21 et 15 lignes. Aucune goutte de sang n'est sortie de la vessie, il en est venu un peu du bulbe.

» Le 23 juin troisième séance; la pierre fut prise quatre fois: la seconde fois elle marquait 18 lignes. Après avoir frappé long-temps et fort sans dépasser 15 lignes. M. Amussat, craignant de casser l'instrument, lâcha la pierre pour la reprendre dans un autre sens. Point de sang et peu de douleurs.

» Le 29 juin, le malade ayant un accès de folie, on a eu beaucoup de peine à le faire consentir à l'opération. Enfin il se décida. M. Amussat vu la difficulté à introduire la sonde, introduisit premièrement une bougie avec assez de facilité; un premier instrument n'entre pas, le second pas davantage, quoique M. Amussat, d'après ses principes, suivit exactement la paroi supérieure de l'urètre. Une grosse bougie ayant été introduite de nouveau, M. Amussat remarqua qu'au lieu d'entrer en suivant la paroi supérieure, elle entra en suivant la paroi inférieure. Alors il fait la même manœuvre avec l'instrument, et entre avec facilité. La pierre a été prise imparfaitement deux ou trois fois: une fois elle marquait 23 lignes; on allait la prendre convenablement, quand un nouvel accès de folie survint, et obligea à retirer l'instrument avant d'avoir rien fait.

» Le 2 juillet, quatrième séance. On introduisit la sonde et un instrument plus fort avec facilité. La pierre fut prise six fois, et broyée pendant dix minutes. Elle marquait 24, 20, 18, 14, 12 et 5 lignes. La pierre présentait une très-grande résistance, même dans les petits fragments; dans les autres diamètres, la pierre prise offrait une résistance considérable jusqu'à cinq lignes. On retira l'instrument chargé de détritits jaune. Le malade a peu souffert; il ne sortit pas une goutte de sang, mais sa folie continuait encore.

» Le 6 juillet, cinquième séance. On

introduit l'instrument avec facilité; on prend la pierre quatre fois, et elle marque 1, 5, 6 et 12 lignes; l'instrument est retiré plein de détritits jaune, pas de sang. La séance a duré six minutes; la folie continue.

» Depuis ce temps jusqu'au 8 juillet, le malade mangeait encore un peu; le 9 il mangea pour la dernière fois de la soupe. Le 10 juillet il prit deux fois quelques cuillerées de lait.

» Le 11 il ne prit qu'une fois quelques cuillerées de lait.

» Depuis ce moment il a cessé complètement de manger et de boire, étant décidé à se donner la mort par ce moyen.

» Le 14 il commença à uriner avec un peu de sang: même état le 15. Dans la nuit du 15 au 16, l'hématurie devint plus abondante vers les deux heures; la vessie qui ne contenait plus d'urine, parce que le malade ne buvait rien, se contractait avec force, et depuis ce temps il avait des envies fréquentes d'uriner chaque quart d'heure environ.

» Le 16 le même état continuait. On lui donna un bain dans lequel il voulut se noyer. On lui versa de l'eau froide sur la tête, et quelques gouttes d'eau entrèrent dans la bouche. Après le bain il dormit près de six heures.

» Le 17, insomnie, hématurie, fréquentes envies d'uriner, douleurs chaque fois que la vessie expulsait quelques gouttes de sang. Langue sèche avec des fissures remplies de mucosité, de même que la bouche, les dents en sont aussi recouvertes. On lui donna un bain d'une heure, et on lui versa de l'eau froide sur la tête, ce qui le soulagea un peu.

» Ce malade avait une répugnance pour l'eau tout à fait comme dans l'hydrophobie; lorsque par l'instinct de conservation, il demandait qu'on lui donnât à boire, et qu'on lui en présentait, il repoussait le verre avec une sorte d'horreur. Il suffisait de mouiller un peu ses lèvres pour qu'il contractât sa bouche spasmodiquement.

» Le 18, même état: le 19 au matin il est mort. Ses pieds et son ventre étaient découverts pendant les derniers jours. Le plus souvent il était tranquille, mais quelquefois il entra en fureur, cassait

III.

les carreaux de vitre, battait son frère. Il voulait se jeter par la fenêtre.

» Autopsie faite le 20 juillet. Le cerveau et ses membranes sont fortement injectés: les ventricules du cerveau renferment un peu de sérosité rosée, les poumons ne présentent rien d'extraordinaire, excepté de petites concrétions calculaires. Le cœur est très-hypertrophié; l'estomac un peu revenu sur lui-même contient du gaz et quelques cuillerées de liquide; les parois présentent quelques traces d'inflammation, surtout vers le grand cul-de-sac. Les intestins sont aussi le siège d'une vive inflammation; le foie et la rate sont sains.

» Le rein gauche présente un commencement de suppuration, son tissu est considérablement ramolli, et offre deux bassinets et deux uretères, qui se réunissent vers le tiers inférieur de leur trajet, ne forment plus qu'un canal très-dilaté. La place de réunion est emplie de petites pierres triangulaires et d'une plus grosse de forme différente. Le rein droit est sain et ne présente qu'un uretère qui l'est également.

» La vessie est tout à fait revenue sur elle-même, elle est contractée sur la pierre, et ne présente qu'un peu d'inflammation produite par la présence de ce corps étranger. On n'en a broyé qu'un morceau à l'une de ses extrémités; le reste de sa surface offre divers coches qui ont été faites par l'instrument.

» La prostate est dans des conditions normales; le canal de l'urètre ne présente aucune altération, sinon à l'extrémité un peu derrière la fosse naviculaire, où l'on trouve deux incisions symétriques et qui se correspondent. On pensa qu'elles sont dues à un fragment à bords tranchants, sorti la veille de la mort, et qui aura séjourné là pendant quelque temps.

» Réflexions. Le malade a été soumis à la lithotripsie, et il est mort. Quelle en est la cause? J'ai suivi le malade pendant toutes les séances, dans l'intervalle des séances pendant son dernier accès de fièvre, et j'ai assisté à l'autopsie: par conséquent, je crois être en état d'en juger. Évidemment la cause de la mort est sans doute la folie, qui s'est déclarée enfin dans son dernier accès par la monomanie homi-