

végétations enlevées les hémorrhagies reparaissent ; il tarde d'entrer à l'hôpital et y vient profondément anémié, presque exsangue. Instruit par les faits antérieurs de cessation immédiate des hématuries par l'opération, on intervient, l'hémorrhagie cesse, mais le malade succombe trois jours après absolument agloburique.

Sans doute, il vaut mieux opérer en dehors de toute hématurie, dans une des périodes intercalaires ; mais si le temps presse, il ne faut pas craindre d'ouvrir la vessie en pleine période hémorrhagique. Plusieurs de nos observations le prouvent : le meilleur hémostatique, c'est l'ouverture de la vessie.

CHAPITRE II.

OPÉRATIONS PRATIQUÉES DANS LES DEUX SEXES DANS LE BUT
SOIT D'EXPLORER DIRECTEMENT LA VESSIE SOUPÇONNÉE AT-
TEINTE D'UN NÉOPLASME, SOIT D'EXTIRPER LE NÉOPLASME.

SECTION PREMIÈRE.

Opérations exploratrices.

Je réunis dans un même chapitre l'étude des opérations faites dans le but d'éclairer le diagnostic, et celles qui ont pour objet, soit de remédier à quelques-uns des symptômes graves des néoplasmes vésicaux (hématurie, douleurs, rétention), soit d'enlever totalement ou en partie la tumeur.

Ainsi que je l'ai déjà dit, il n'est pas de règle en France de faire des incisions purement exploratrices, et j'estime suffisamment riche la symptomatologie des tumeurs vésicales pour qu'elle n'ait pas besoin de ce surcroît de renseignements.

Je ne crois donc pas, en principe, justifiables les opérations, qui ont pour but unique l'examen digital ou *de visu* de la surface interne de la vessie au moyen d'une ouverture donnant accès dans ce réservoir ; si anodines qu'elles soient, on ne doit pratiquer ces ouvertures de la vessie que si le malade doit en tirer quelque bénéfice. Or, on ne peut nier que, dans un certain nombre de cas de néoplasmes vésicaux, où on ne sent par les modes ordinaires d'investigation aucune tumeur de la vessie, il existe des symptômes très pénibles et mettant la vie du malade en danger (très grande

fréquence des mictions, douleurs, hématuries), que l'on sait devoir céder, quelle que soit leur cause, à l'incision de la vessie. Cela étant, le principe que nous posons tout à l'heure ne sera pas transgressé, si dans un cas difficile de tumeur vésicale on se laisse aller à ouvrir ce réservoir non pas pour vérifier l'existence du néoplasme, mais en constater la nature, la forme, l'étendue, puisqu'on fera une opération, qui aura au moins ce résultat heureux et certain pour le malade de mettre sa vessie au repos, et qui, très souvent aussi, permettra d'enlever en entier un néoplasme, qui ne se manifestait que par des troubles fonctionnels. Sous cette condition expresse, mais à cette condition seule, j'admets donc, comme parfaitement permise, l'exploration de la vessie par une opération préliminaire. Quelle sera cette opération? A risques égaux, la meilleure évidemment sera celle qui jouira de ce double avantage d'offrir une large voie à l'exploration vésicale et un champ opératoire bien découvert, s'il faut intervenir.

On ne saurait à ce point de vue comparer l'acte chirurgical dans les deux sexes. Tandis que chez la femme tout semble plaider en faveur d'un seul et même procédé d'exploration, la dilatation de l'urèthre; chez l'homme deux voies s'offrent au chirurgien: la voie périnéale et la voie sus-pubienne. Je n'aurais donc qu'à exposer très rapidement les moyens employés pour obtenir la dilatation de l'urèthre chez la femme, en en faisant ressortir les quelques inconvénients, compensés bien au delà par les renseignements précieux qu'en retirerait le diagnostic si cela était nécessaire; par contre il me faudra discuter et peser les avantages et les inconvénients, que présentent chez l'homme, l'exploration de la vessie à la faveur de l'incision périnéale d'une part, et de l'incision hypogastrique d'autre part.

A. *Exploration de la vessie chez la femme.* — La dilatation de l'urèthre chez la femme et la petite fille est une opération aujourd'hui courante pour le traitement de certains calculs, et surtout pour celui des corps étrangers de la vessie; elle donne d'excellents résultats et n'est suivie, pourvu qu'elle soit pratiquée avec les précautions que je vais rappeler, que de très rares accidents (1). Son emploi dans le diagnostic des néoplasmes vésicaux, s'il en était besoin, ne saurait être un moment discutable, d'autant plus qu'ainsi que nous le verrons, elle pourra très souvent servir à l'exercice des produits morbides aussi bien qu'à leur diagnostic.

Cette dilatation est lente ou rapide. Aujourd'hui que le chloroforme permet de mettre les malades à l'abri de la douleur, il n'y a aucun avantage à employer la dilatation lente à l'aide soit de l'éponge préparée, soit de la tige de laminaire, il est donc préférable d'avoir recours à la dilatation rapide que l'on pratiquera avec le doigt ou au moyen de divers instruments. Ces instruments sont nombreux, les meilleurs sont ceux qui agissent graduellement et dilatent l'urèthre sans à coup; je rappellerai seulement les mandrins de Simon (de Heidelberg), avec lesquels on peut obtenir une dilatation qui va de 8 à 20 millimètres de diamètre, le dilatateur de M. Guyon, qui donne une semblable dilatation, celui d'Huguier. On se sert encore de différents modèles de spéculum qui, au dire de leurs inventeurs, joignent à l'avantage de dilater l'urèthre, celui de permettre d'éclairer l'intérieur du réservoir vésical au moyen de jet lumineux. Il est évidemment plus facile d'é-

(1) Maurice (d'Ouille). Dilatation rapide du canal de l'urèthre chez la femme. Th. doct., Nancy, 1877.

Simonin. Faits récents de dilatation rapide de l'urèthre. Bull. Soc. chirurgie, 1880.

clairer la vessie chez la femme que chez l'homme, mais je ne crois pas, à cause des raisons que j'ai déjà données plus haut, que la vue doive le céder au toucher pour l'exploration de cet organe. Stein a construit dans ce double but un instrument fort ingénieux, que je ne puis juger que par la description qu'il en donne. C'est un cylindre formé de 4 valves emboîtées les unes dans les autres et pouvant à l'aide d'un système de cliquetage se développer uniformément de façon à constituer un tube de 6 centimètres 1/2 de diamètre.

Quel que soit l'instrument dont on se sert, il faut toujours l'introduire avec douceur, sous le sommeil anesthésique et après avoir préalablement débridé le méat par 3 ou 4 petites incisions ne dépassant pas 1/2 centimètre de profondeur. Grâce à ces précautions on évitera les dilacérations du canal urétral. Une fois la dilatation pratiquée et l'instrument retiré, c'est le doigt qui donnera les renseignements que l'on cherche. Stein conseille fortement de pratiquer cette exploration digitale de la façon suivante : l'index est introduit dans l'urèthre, tandis que le médius pénètre dans le vagin, cette introduction simultanée des deux doigts permet l'accès dans la vessie d'une plus grande longueur de l'index, qui explore toute la face interne de la vessie, tandis que la pression sur l'hypogastre avec l'autre main amène au contact de la pulpe les parties les plus élevées.

B. *Exploration de la vessie chez l'homme.* — Est-il possible chez l'homme de réaliser, grâce à une opération préliminaire, les mêmes conditions d'exploration digitale de la vessie que chez la femme? J'ai dit au commencement de ce chapitre dans quel cas et pour quels motifs exprès, pareille entreprise était permise, je n'y reviens pas. Quel

chemin suivra donc le chirurgien qui voudra s'assurer par ce moyen, je ne dis pas de l'existence, mais du siège, du volume, de la forme et de l'étendue de l'implantation d'un néoplasme vésical? Pour les chirurgiens anglais, qui sont à peu près les seuls à avoir usé de l'incision exploratrice, l'hésitation à ce sujet n'est pas possible et ils sont d'avis de pénétrer dans la vessie en passant à travers le périnée. Sir Henry Thompson, M. Whitehead (de Manchester) ont pratiqué cette opération exploratrice un très grand nombre de fois, et sa valeur peut être jugée par les observations qu'ils ont rapportées.

Voyons d'abord en quoi elle consiste. Je ne saurais mieux faire que de rapporter la description même que sir Henry Thompson donne du manuel opératoire (1) : « Voyons maintenant, dit-il, la manière de procéder pour arriver à faire franchir à l'extrémité de l'index gauche le col de la vessie. Le premier but à atteindre est l'ouverture de l'urèthre au niveau de sa portion membraneuse, par le plus court chemin, qui la sépare de la surface du périnée, en pratiquant un passage suffisant pour admettre l'introduction facile de l'index, mais pas davantage. Il ne peut y avoir de doute qu'une incision médiane verticale, faite sur la ligne du raphé, remplit mieux cette indication que toute autre. Dans ces conditions la saillie qui est formée par les articulations des autres doigts repliés, quand l'opérateur introduit aussi loin que possible son index, se loge dans l'espace situé entre les deux testicules et presse directement sur le centre de la vessie...

« Le patient est placé dans la position ordinaire de la lithotomie, un cathéter à bec court et convenablement courbé avec une profonde rainure médiane est introduit

(1) Leçon professée à University College hospital, in *Lancet*, 3 février 1883, p. 182.

dans la vessie. L'opérateur plonge la pointe d'un bistouri long et droit à environ $\frac{3}{4}$ de pouce de l'anus, et fait une incision verticale de la peau se dirigeant en haut, ne mesurant pas plus de 1 pouce à 1 pouce $\frac{1}{4}$ en longueur. Il enfonce alors le bistouri profondément, bien parallèlement au rectum, dans lequel l'index gauche doit être placé pour informer l'opérateur de la position relative du cathéter et de l'intestin, jusqu'à ce que la pointe rencontre la rainure du cathéter au niveau de la portion membraneuse de l'urèthre. Il incise à ce moment les tissus qui recouvrent la rainure du cathéter dans une étendue de $\frac{1}{2}$ pouce environ; l'index gauche est alors introduit dans la plaie, l'ongle insinué dans la rainure, et il s'avance lentement dans l'urèthre en le dilatant graduellement. Quand le doigt est arrivé dans l'urèthre prostatique, le cathéter est retiré, et le doigt est fortement poussé jusqu'à ce qu'il franchisse le col de la vessie; il devra remplir toute la plaie, si l'incision a été bien faite. Ordinairement il se fait une très petite hémorrhagie. A ce moment l'opérateur, maintenant son doigt dans la situation décrite, se lèvera et plaçant sa main droite sur l'abdomen du patient, au-dessus du pubis, il exercera une pression soutenue dirigée vers la cavité du bassin. Il sentira bientôt l'extrémité de son index gauche, et combinant les mouvements de ses deux mains il pourra, comme je l'ai déjà dit, examiner à loisir la surface de la vessie, explorer son sommet, ses parois latérales, son bas-fond, son trigone; cette dernière région sera plus complètement explorée, s'il est nécessaire, en plaçant l'index de l'autre main dans le rectum.

« Vous observerez que l'opération ainsi décrite est simplement une uréthrotomie externe et non une cystotomie, opération dans laquelle on pratique des incisions du col de la vessie; c'est encore moins une lithotomie. L'incision in-

téresse seulement une petite partie de l'urèthre située en avant de la prostate et du col, qui sont complètement respectés. Le résultat de cette incision est de rendre la vessie de l'homme aussi facile à explorer que celle de la femme, dans ses conditions naturelles; chez la femme, comme vous le savez, la dilatation de l'urèthre suffit à l'introduction du doigt dans le viscère à son exploration. Nous supposons que le résultat de cette exploration soit positif et que le doigt de l'opérateur reconnaisse la présence d'une masse néoplasique molle et floconneuse, insérée quelque part sur la face interne de la vessie. En l'amenant au contact du doigt par la pression sus-pubienne, il est facile de vérifier la nature du pédicule, s'il est étroit ou large, et d'apprécier en même temps les autres caractères reconnaissables au toucher (1)... »

En somme l'opération pratiquée par MM. Thompson et Whitehead n'est pas nouvelle en tant qu'opération, seul l'objet pour laquelle les chirurgiens anglais la pratiquent est nouveau. Elle se résume à ce qu'on appelle depuis longtemps en France *la boutonnière périnéale* (2), que Bouisson (de Montpellier) et surtout Dolbeau, ce dernier précédé par Allarton en Angleterre, essayèrent de faire accepter comme méthode de lithotritie par les voies accidentelles (3).

(1) Sir Henry Thompson, à la date du 16 juin 1883, rapporte 27 faits d'exploration de la vessie chez l'homme par son procédé; 12 fois il a rencontré un néoplasme; dans les 15 autres cas il n'a rien trouvé. Whitehead n'a fait la boutonnière périnéale que 6 fois; 4 fois il a trouvé et enlevé une tumeur; dans les deux autres cas, il ne constata aucun relief à la face interne de la vessie.

(2) La boutonnière périnéale était pratiquée au temps même des Arabes, et Avicenne conseillait de la pratiquer lorsqu'il y avait de la difficulté à uriner.

(3) Malgaigne et Le Fort. Manuel de médecine opératoire, 8^e édit., Vol. II, p. 642 et suivantes.

L'urèthre prostatique et le col étant, dans ce procédé d'exploration, simplement dilaté avec le doigt, c'est, je le reconnais, moins une taille que ne l'était en réalité la lithotritrie périnéale de Dolbeau, qui à cause des manœuvres longues et répétées à travers le canal périnéo-prostatique faisait à peu près courir au malade les mêmes risques que la cystotomie périnéale; mais c'est plus qu'une simple uréthrotomie externe. Quelle que soit la douceur, la prudence qu'on apporte à la dilatation de l'urèthre prostatique et du col, il peut en résulter des déchirures et des accidents consécutifs.

En effet, en dehors même de toute affection de la prostate, il est des cas dans lesquels le tissu de cette glande est friable au point de rendre inévitables quelques ruptures. Sir Henry Thompson lui-même avoue avoir reconnu cet accident pendant la vie même des malades, et l'avoir constaté deux fois à l'autopsie (1).

Mais admettons l'innocuité parfaite de la boutonnière et voyons si elle donne tout ce qu'elle semble promettre et si, comme M. Lund le disait à la *Médico chirurgical Society* de Londres (2), on peut espérer, grâce à elle, explorer la vessie de l'homme avec la même facilité qu'on explore celle de la femme. Sir Henry Thompson, dans sa leçon citée précédemment, n'hésite pas à répondre par l'affirmative. Selon lui l'extrémité du doigt peut toujours atteindre le

(1) Dans une lettre adressée à *La Lancette* (3 novembre 1883, p. 794), à propos du travail de Whitehead et de Pollard, Sir Henry Thompson dit que deux des quinze malades, qu'il a explorés sans avoir rencontré de néoplasmes, ont succombé. N'ayant trouvé nulle part la cause de la mort de ces malades, je ne puis qu'émettre l'hypothèse que ce sont précisément ceux sur lesquels les lésions prostatiques susmentionnées ont été constatées à l'autopsie.

(2) C. R. de la *Royal medical and surgical Society*, 23 janv. 1883. In the *Lancet*, p. 144, 27 janv. 1883.

col de la vessie, et à la condition que cet organe soit vide et que les parois de l'abdomen soient relâchées par l'anesthésie, il est toujours possible, par des pressions exercées sur l'hypogastre soit par le chirurgien lui-même, soit par un aide, d'amener successivement toutes les régions de l'organe au contact de la pulpe digitale. Mais comment alors ce doigt, serré dans le long canal périnéo-urétral, pourra-t-il apprécier la consistance et les autres caractères de ces masses néoplasiques, qui ont déjà échappé au toucher rectal et au sondage? Ne sait-on pas que pour que le tact s'exerce avec fruit, il faut que le doigt touche et palpe lui-même les surfaces dont il veut prendre connaissance; effleurant à peine le col de la vessie le doigt devient passif dans cette exploration, et ne peut donner que des sensations bien vagues et d'aucune utilité, puisqu'il s'agit précisément de choses très délicates à percevoir (1).

Chez les malades atteints d'un certain degré d'hypertrophie de la prostate, l'extrémité du doigt ne peut pas même arriver au col de la vessie, sir Henry Thompson le reconnaît lui-même. Ce mode d'exploration échouera donc ici complètement. Pour sauvegarder son procédé, le chirurgien anglais s'empresse d'ajouter, que dans ce cas l'exploration est inutile, puisqu'elle ne s'adresse qu'aux affections de la vessie dont le diagnostic est obscur et qu'il ne sau-

(1) Je me demande aussi, si chez les malades souffrant depuis très longtemps de la vessie, particulièrement de cystalgie et de difficultés très grandes de la miction, la contraction réitérée des muscles du périnée ne détermine pas une hypertrophie de ces plans musculaires, qui divisés par le bistouri formeraient une boutonnière puissamment contractile. J'ai eu occasion de disséquer le périnée d'un jeune sujet, ayant succombé après de longs mois à une cystite extrêmement douloureuse, et j'ai constaté que les bulbo et ischio-caverneux avaient un développement considérable. De plus, pendant la vie de ce malade, la main placée au périnée sentait se durcir d'une façon tout à fait inaccoutumée les muscles sous-jacents.

rait l'être dans ce cas. Évidemment le toucher rectal révèle ici l'hypertrophie de la prostate, mais ce n'est pas cette lésion qu'il s'agit de constater, c'est celle qui détermine la douleur, les hématuries très exceptionnellement explicables par le développement hypertrophique de la prostate. De même que le volume exagéré de cet organe gêne pour le toucher rectal et pour le cathétérisme, il gêne aussi pour le but que l'on veut atteindre par la boutonnière périnéale. En un mot l'hypertrophie de la prostate loin d'éclairer le diagnostic contribue à l'obscurcir. Mais pour dire toute la vérité, j'ajouterai que cette coïncidence d'une très grosse prostate et d'une tumeur vésicale est exceptionnelle.

Whitehead et Pollard sont moins affirmatifs que sir Henry Thompson sur le résultat de l'exploration par la boutonnière périnéale. Selon eux trois conditions s'opposent à sa pratique : 1° l'embonpoint du malade, qui augmente l'épaisseur du périnée ; 2° l'hypertrophie de la prostate, qui élève le col de la vessie ; 3° l'étroitesse considérable de l'orifice du bassin, qui empêche la main de déprimer le périnée (1). Dans l'observation III du mémoire de ces auteurs, il s'agit d'un homme âgé de 63 ans, d'une très forte corpulence, ayant depuis quelque temps de profuses hémorragies ; la boutonnière périnéale fut pratiquée, mais malgré la résolution musculaire obtenue par une profonde anesthésie, malgré la vacuité de la vessie, malgré une vigoureuse pression exercée au-dessus du pubis, le doigt put tout juste effleurer le col vésical et conséquemment l'exploration fut très incomplète, ce qui n'empêcha pas le chirurgien d'introduire à travers le canal périnéo-urétral la curette utérine de Sims et d'amener une masse assez nota-

(1) Whitehead and Pollard. The surgical treatment of tumors and other obscure conditions of the bladder, in the Lancet, 6, 13 et 20 octobre 1883.

ble de substance néoplasique. Je reviendrai sur ce grattage à l'aveuglette. F. Heath rapporte aussi l'observation d'un malade de 73 ans, chez lequel il fit l'uréthrotomie périnéale médiane pour reconnaître la cause d'hématuries abondantes durant depuis six semaines ; la prostate étant hypertrophiée et malgré l'anesthésie et la pression hypogastrique trois chirurgiens, ayant successivement introduit leur index dans toute sa longueur à travers le canal, déclarèrent que l'exploration de la vessie était absolument impossible.

J'ai voulu montrer les difficultés et même les impossibilités, que les partisans de l'exploration digitale de la vessie par la boutonnière périnéale ont eux-mêmes rencontrées, afin que l'on ne m'objecte pas de condamner de parti pris ce mode d'exploration, que les données si précises des auteurs, qui ont étudié les conditions des divers procédés de taille périnéale, devaient, *a priori*, faire rejeter comme impraticable dans un très grand nombre de cas. En effet la distance, qui sépare la face cutanée du périnée du col de la vessie, varie dans des limites telles que, dans un très grand nombre de cas, il est impossible d'arriver, non seulement dans la cavité du réservoir, mais encore à son col.

Dupuytren (1) sur 23 sujets a trouvé que la distance de la surface du périnée au col de la vessie variait d'un pouce et quelques lignes à quatre pouces ; ce qui donne pour épaisseur moyenne du périnée deux pouces et un quart.

Le professeur Richet (2) fait justement remarquer que ces différences d'épaisseur tiennent à l'embonpoint et à la vigueur des sujets pendant la période moyenne de la vie, conditions auxquelles, au moment de la vieillesse, vient s'ajouter le développement de la prostate. De telle sorte

(1) Dupuytren. Th. de concours, 1812, p. 7.

(2) Richet. Anat. médico-chirurgicale, p. 487, 4^e édition.

qu'avant de se décider à pratiquer la boutonnière exploratrice, je crois qu'il importe de chercher à induire des différentes considérations de taille, de corpulence, d'âge, la plus ou moins grande épaisseur de tissu qu'on aura à traverser.

J'ai sur plusieurs cadavres pratiqué expérimentalement la boutonnière périnéale. Sur les sujets jeunes et maigres l'exploration de la vessie est possible dans ses moindres détails; l'index se recourbant en crochet embrasse la symphyse pubienne et sent très distinctement à travers les tuniques de la vessie son relief, tandis qu'une pression modérée sur l'hypogastre amène les parties les plus élevées au contact avec la pulpe du doigt. Nul doute dans ces cas que l'exploration ne se fasse dans de très bonnes conditions. Il n'en est pas ainsi chez les sujets un peu gras, bien que le doigt pénètre dans le réservoir, il ne peut se retourner dans son intérieur, et il ne donne que des sensations vagues; en vain, on chercherait à gagner un peu de terrain par la pression sur le périnée, car alors les efforts faits dans ce but émousseraient tout à fait la sensibilité de l'index explorateur. Enfin chez les sujets âgés et vigoureux, l'extrémité du doigt n'arrive même pas dans la vessie. Je n'ai pas déterminé de déchirure de la prostate ou du col dans mes explorations, mais faut-il conclure de la résistance des tissus cadavériques à la résistance des tissus vivants?

Je n'hésite pas à considérer la boutonnière périnéale comme un pauvre moyen d'exploration vésicale et je propose l'incision hypogastrique. Comment, me dira-t-on, oser substituer à une simple petite incision de l'urèthre, une des opérations réputées pendant trois siècles comme une des plus meurtrières de la chirurgie? Et pourquoi faire une opération aussi grave? Pour explorer la cavité

de la vessie? Je prévois ces exclamations des chirurgiens français, à bon droit plus soucieux des intérêts des malades confiés à leurs soins que du désir de faire ces opérations brillantes, qui frappent de stupeur l'imagination la plus hardie. A tous ceux qu'effraye *a priori* l'incision hypogastrique pratiquée dans ce but, je répondrai deux choses: d'abord que la taille dont Franco s'empressait de dire, après en avoir cependant obtenu un brillant résultat, « *combien je ne conseille à homme d'ainsi faire,* » est devenue grâce aux perfectionnements modernes une opération relativement bénigne; en second lieu, qu'elle n'est pas tant faite pour éclairer un diagnostic épineux que pour remédier à des accidents qui mettent la vie du malade en danger. Je n'accepte, en effet, comme l'ai déjà déclaré maintes fois, l'ouverture de la vessie que lorsque les symptômes sont pressants et lorsque le malade doit en retirer un bénéfice temporaire ou définitif. Or, l'incision du corps urinaire est plus propre que la simple dilatation de son col à faire cesser les douleurs et les hématuries, ainsi que nous le prouverons, mais surtout pour le point capital, que j'étudie en ce moment, à savoir l'exploration de la vessie, elle est la seule voie qui permette au doigt et même à la vue, quoique à un degré bien moindre, de fouiller dans toutes les anfractuosités de la vessie. J'ajouterais que c'est la voie par excellence de l'extraction, et je n'aurai pas de peine à le démontrer en temps et lieu.

Comme je l'ai fait à propos de la boutonnière périnéale, lorsque j'ai rapporté textuellement la pratique de sir Henry Thompson, je devrais peut-être de suite décrire en détails le manuel opératoire suivi par M. le professeur Guyon dans l'incision hypogastrique. Je préfère réserver cette description, afin de ne pas scinder l'exposé de la pratique de ce chirurgien, qui n'admet comme légitime que l'incision thérapeutique.