

d'autres complications si vous vous placez dans certaines conditions : par exemple, procédez toujours avec la plus extrême douceur, abstenez-vous de toute intervention tant qu'il existe des phénomènes d'inflammation locale et ne négligez pas, après l'exploration, les soins minutieux nécessaires à un malade en pareil cas.

Le calibre de l'urètre est déterminé par le passage d'une bougie souple de moyen volume. Vous reconnaîtrez que la vessie se vide naturellement d'une façon complète en y introduisant une sonde molle immédiatement après que le malade vient d'uriner. La présence d'un corps étranger vous est révélé par la sonde à petite courbure¹, qu'on manœuvre méthodiquement et avec douceur. L'état de la prostate et du bas-fond de la vessie se constate à l'aide du doigt introduit dans le rectum : on recherche ainsi l'hypertrophie, les dépôts cancéreux et même les calculs, lorsqu'ils sont enchatonnés, anormalement situés, extrêmement volumineux, etc... Vous n'oublierez pas l'examen du périnée et du scrotum, non plus que la palpation et la percussion de l'abdomen dans la région sus-pubienne, au niveau des deux reins, et sur le trajet des uretères. Vous arriverez souvent ainsi à découvrir une rétention d'urine, une tumeur, une augmentation de volume, une fluctuation, un point douloureux, etc...

Telle est l'esquisse d'un examen complet, suffisant la plupart du temps, selon moi, pour vous donner la solution de presque tous les cas qui peuvent se présenter dans la pratique, c'est-à-dire quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, si nous voulons traduire cette proportion par des chiffres.

Donc quelquefois, même après avoir conduit avec patience l'examen du malade d'après le plan que je viens de

¹ Voyez *Leçons cliniques*, Leçon XI^e, traduction française.

vous indiquer, vous ne parviendrez pas encore à découvrir la cause des symptômes que vous avez constatés ; néanmoins vous serez presque toujours sur la trace du diagnostic exact. Aussi, vous aurez le plus grand avantage à procéder de cette façon dans les cas extrêmement difficiles : vous arriverez ainsi à soupçonner la présence d'un calcul enchatonné lorsque vous rencontrerez, en même temps que des mictions habituellement très douloureuses et fréquentes, une urine contenant du muco-pus et par instants du sang. De même, vous aurez lieu de croire à l'existence d'une tumeur de la vessie (je ne parle pas ici de ces infiltrations cancéreuses des parois vésicales que l'on diagnostique aisément par le toucher rectal), lorsque, avec des hématuries durant depuis très longtemps ou fréquemment répétées, vous trouverez à un moment donné dans l'urine des débris organiques, dont l'examen microscopique indiquera d'ailleurs la nature. Dans ces cas, du reste, c'est de l'opération seule qu'on peut espérer quelque amélioration durable.

En outre, on rencontre fréquemment, par exemple chez les vieillards qui ne peuvent uriner sans se sonder très souvent, une autre cause de cystite extrêmement intense ; celle-ci est rarement améliorée par les traitements ordinaires, parce qu'elle est entretenue par l'intervention même, c'est-à-dire la sonde, sans laquelle le malade ne pourrait vivre. C'est en somme un cercle vicieux, et les choses vont ainsi de mal en pis. Dans ces conditions, l'issue de la maladie est fatale ; mais pourtant cette cruelle considération ne doit pas nous empêcher de nous intéresser au sort de ces malheureux ; et, s'il est vrai que leur mort est inévitable, il ne faut pas oublier qu'elle est précédée de souffrances terribles et prolongées. J'ai observé un très grand nombre de malades de cette catégorie, et

j'ai malheureusement constaté que, dans la dernière période de leur affection, on ne pouvait guère leur apporter quelque léger soulagement qu'en les soumettant à l'influence des narcotiques. Cette triste constatation m'a péniblement impressionné et a fait naître en moi le désir et l'espoir de trouver les moyens de soustraire quelques-uns de ces malheureux parfois à la mort, ou tout au moins aux souffrances qui la précèdent.

Il y a plus de quinze ans (janvier 1869) que, chez un homme âgé d'une soixantaine d'années, à « University College Hospital », j'ouvris pour la première fois la vessie dans le seul but de diminuer les douleurs d'une cystite très intense, non compliquée de rétention. Je pratiquai une incision à la région sus-pubienne et je laissai pendant quelques semaines un tube dans la vessie, afin de drainer et de soulager ainsi cette dernière. Dans six autres cas, j'ai agi de la même façon, obtenant quelque diminution des douleurs, mais cependant avec moins de soulagement durable pour le malade que je l'avais espéré. L'ouverture était mal placée pour le drainage; le contact de l'urine, mouillant constamment l'opéré, était des plus désagréables et le forçait à garder continuellement la chambre. Néanmoins, le dernier cas, pour lequel j'ai pratiqué cette opération, m'a paru tellement instructif et si concluant que, depuis lors, j'ai résolu d'agir différemment à l'avenir. Aussi ai-je fini par adopter, à l'égard de ces cas, une règle de conduite que j'ai continué de suivre depuis quatre ans et dont je pourrai vous exposer, dans ma prochaine leçon, les résultats sans aucune réserve. Mais, auparavant, je tiens à vous retracer l'observation résumée du cas auquel je faisais allusion tout à l'heure.

M. C. était âgé de trente et un ans lorsqu'il vint me consulter pour la première fois en 1870. Depuis six ans, il avait eu à différentes re-

prises quelques hématuries passagères. L'urine contenait plus de sang à la fin qu'au commencement de la miction. Le sang paraissait donc, dès cette époque, provenir de la vessie.

Après deux ou trois visites, le malade se considérant comme guéri partit pour un voyage sur mer, dans le but de rétablir complètement sa santé. Mais, il revint me voir en octobre 1874, parce qu'il avait eu récemment plusieurs hématuries abondantes. Je le sondai sans rien sentir dans sa vessie; néanmoins, je découvris dans son urine quelques cellules fusiformes, que je pris même soin de dessiner dans mon carnet de visites ce jour-là.

En 1876, les hématuries continuèrent, revenant plus fréquemment. Après avoir fait uriner le malade devant moi, je trouve encore trois onces (90 grammes) d'urine restée dans la vessie; aussi, je lui donne le conseil de se sonder tous les jours. Cette pratique empêche le retour des hématuries; d'ailleurs quand le malade ne faisait pas d'efforts, il n'y avait pas de sang pendant la miction.

En 1877, on remarqua quelques débris organiques dans l'urine. Un cathétérisme explorateur de la vessie ne fournit aucun renseignement. Le malade est plus affaibli; les mictions sont fréquentes et douloureuses.

En 1878, les douleurs en urinant sont devenues si intenses que je prends le parti de pratiquer par la voie sus-pubienne une ouverture à la vessie et de soulager cette dernière en y laissant un drain. Du reste, il fallait procurer au malade un peu de sommeil, que ses efforts continuels rendaient presque impossible. L'opération amena quelque soulagement, mais la faiblesse s'accrut de jour en jour et la mort survint environ un mois plus tard.

A l'autopsie, on trouva dans la vessie une tumeur pédiculée, ressemblant pour la forme et le volume à une figue ordinaire: on en pouvait facilement pratiquer l'ablation en agrandissant un peu l'incision sus-pubienne. (Voir fig. 1.)

Ce qui ressort, à mon avis, de cette observation, c'est que la sonde ordinaire, « *ce doigt allongé* » de la main du praticien, comme je l'ai souvent appelée dans mes leçons¹, a été incapable de me donner aucune indication sur la présence de cette volumineuse tumeur vésicale. Supposons que j'aie introduit mon doigt dans la vessie, j'aurais immédiatement constaté que la tumeur était très facile à enlever et alors combien aurait été différente l'issue du cas précédent! Le malade pourrait avoir aujourd'hui non seu-

1. Voyez *Leçons cliniques*, leçon IV^e, traduction française.

lement conservé la vie, mais encore recouvré la santé. Quelle conduite devais-je désormais tenir, dans des circonstances aussi graves et aussi difficiles, pour déterminer la présence d'une semblable tumeur par le toucher direct, comme j'aurais pu le faire si facilement ici? Les questions

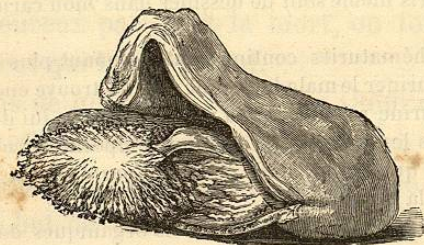


FIG. 1. — Papillôme frangé, à pédicule étroit. Cas de Clark.
(Musée d'University College, n° 1500.)

suivantes se posent naturellement : Est-il possible d'explorer avec le doigt toute la surface interne de la vessie? Et, s'il en est ainsi, par quelle région doit-on agir pour pratiquer cette exploration dans les meilleures conditions de facilité et de certitude? Par le périnée ou par la région sus-pubienne? Les expériences sur le cadavre ne laissent aucun doute à ce sujet. Par une petite incision périnéale de l'urètre membraneux, suffisante pour admettre le doigt, on arrive au col de la vessie, et, en appuyant en même temps fortement avec l'autre main sur la région sus-pubienne, on explore sans difficulté la muqueuse vésicale tout entière. Si, sur le vivant, on arrive à obtenir par l'anesthésie le même degré de flaccidité et de relâchement que l'on rencontre sur le cadavre, comment ne serait-il pas possible d'effectuer aussi aisément cette exploration dans tous les cas?

Plusieurs fois déjà, j'ai eu occasion de pratiquer cette recherche, notamment dans le cours d'une ou deux opé-

rations de taille; enfin je la fis sur un malade qui vint réclamer mes soins en 1880 pour divers symptômes douloureux et mal définis. Le cas, eu égard à sa bizarrerie, mérite d'être rapporté. Après avoir trouvé un petit calcul que je broyai d'ailleurs facilement, j'en sentis un autre que je crus enchatonné et non justiciable par conséquent de la lithotritie. C'est pour élucider ce fait que je me décidai à tenter l'exploration digitale de la vessie au mois de novembre 1880. L'opération eut lieu en présence du D^r Seegen (de Vienne) et du D^r Paggi (de Florence), qui étaient de passage ici à cette époque, ainsi que de M. Ceely, d'Aylesbury. Le relâchement complet des muscles abdominaux étant obtenu par l'éthérisation, je pratiquai une incision médiane, et, en introduisant le doigt dans la vessie, je vis de suite qu'il me serait facile d'explorer toute la face interne de cet organe. Alors, à ma grande surprise, au lieu d'un calcul, je constatai la présence d'une tumeur pédiculée, assez volumineuse, recouverte d'une mince couche de phosphates, qui s'étaient déposés à sa surface. C'était ce revêtement phosphatique qui, joint à l'immobilité de la masse, m'avait fait croire, pendant la lithotritie pratiquée au mois d'août précédent, à l'existence d'un calcul enchatonné. Je saisis la tumeur avec une petite tenette et je l'enlevai en tordant le pédicule. Contre mon attente, je l'avoue, le malade guérit rapidement; depuis lors il est redevenu très actif et jouit d'une excellente santé : aucun signe de tumeur, aucun symptôme n'a reparu. Cette opération eut lieu à l'automne de 1880; il y a donc plus de quatre ans. J'attendis un an et demi avant de présenter mon opéré et son histoire à la « Royal Medical and Chirurgical Society » et avant de vouloir conseiller d'imiter la conduite, que j'avais tenue dans le cas précédent, pour les cas aussi difficiles qui

pourraient se présenter à l'avenir. J'avais d'ailleurs, à cette date, répété la même opération dans trois autres cas d'affection chronique de la vessie, qui n'étaient pas des tumeurs. (Le résumé de l'observation précédente, avec le diagramme de la tumeur enlevée, figure au n° 1 du Tableau qui se trouve à la page 99.)

Dans une prochaine leçon, je vous exposerai, avec ses indications et ses résultats, les détails de cette opération, qui consiste à pratiquer sur l'urètre une incision par laquelle on introduit le doigt pour aller explorer toute la face interne de la vessie.

LEÇON II

EXPLORATION DIGITALE DE LA VESSIE. — Considérations sur les meilleurs procédés à employer pour pratiquer cette opération. — Son manuel opératoire. — Divers états morbides de la vessie qu'elle permet de constater. — Drainage de la vessie. — Exploration chez la femme. — Résultats de l'exploration digitale dans quarante-trois cas. — Résumé de ces quarante-trois observations.

Messieurs,

Ainsi que je vous l'ai annoncé dans ma dernière leçon, nous allons étudier aujourd'hui l'exploration méthodique de la vessie par le doigt, opération que je regarde comme très utile, et même comme nécessaire, dans toute affection vésicale de nature indéterminée, quand par les moyens ordinaires, y compris le cathétérisme convenablement pratiqué avec anesthésie, on n'est pas parvenu à établir un diagnostic exact. Afin de préciser cette nouvelle méthode, je l'ai appelée *exploration digitale de la vessie*, et c'est sous cette dénomination que j'en ai publié les premiers résultats, non en Angleterre, mais dans le numéro du 18 juin 1882 de la *Semaine médicale* de Paris; dans cet article, j'ai également exposé les indications de cette opération, que je vous détaillerai tout à l'heure.

Dans les procédés chirurgicaux eux-mêmes, il n'y a en somme rien de nouveau, et je ne connais rien qui puisse être regardé comme tel par aucun chirurgien actuel.