

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.

Comme les autres, j'ai souvent incisé l'urètre par le périnée pour un rétrécissement, pour une fistule urinaire chronique et rebelle, pour un gravier arrêté dans le canal, pour un calcul enchatonné au niveau du col de la vessie, et même une fois après une lithotritie, chez un malade incapable d'uriner sans sonde et qui ne pouvait s'introduire cet instrument, etc... Mais le but que je me propose, en agissant comme je vous le montrerai dans un instant, est complètement nouveau : je cherche uniquement à explorer avec le bout du doigt toute la surface interne de la vessie, afin d'en reconnaître l'état, sans qu'il soit besoin de pousser plus loin l'opération, à moins cependant que la découverte d'une tumeur ou d'autre chose n'impose une intervention chirurgicale. Il me semble donc important de vous préciser la voie chirurgicale la plus courte et la plus facile pour atteindre ce but, en même temps que le procédé qui fait courir au malade le moins de risques.

Au premier abord, on croirait qu'une incision comprenant le col de la vessie est nécessaire et que l'opération peut quelquefois prendre les proportions d'une véritable taille. Heureusement, l'expérience prouve qu'une incision étendue n'est aucunement utile et qu'une section portant sur l'urètre périnéal est suffisante; ce n'est, en somme, qu'une sorte d'urétrotomie externe¹. De plus,

1. Au concours du prix Jackson, en 1831, je fus appelé à tracer un résumé historique de cette opération et je rappelai alors qu'elle était pratiquée à la fin du xvii^e siècle par Richard Wiseman, en Angleterre, et à peu près à la même époque par Tolet, Colot, Petit, Ledran et d'autres chirurgiens en France : ces derniers lui avaient donné le nom de « boutonnière ». (Voyez *Des rétrécissements de l'urètre*, traduct. française, par Édouard Martin. Paris, 1881. Chap. ix.) De la part de ces chirurgiens, l'opération avait pour but d'ouvrir un passage à l'urine dans les cas de rétention ou de traiter ainsi les rétrécissements infranchissables. L'objet que je me propose est tout à fait différent.

l'opération est ordinairement sans danger d'aucune sorte. L'incision du périnée sur la ligne médiane, au niveau de l'urètre, immédiatement au devant de la prostate, est une des interventions chirurgicales les plus simples et les plus bénignes. Si l'on comprend dans la section l'urètre prostatique, afin de faciliter l'introduction répétée des instruments et l'ablation d'une tumeur, le danger est évidemment accru en proportion de la somme de délabrements pratiqués. En outre, le danger immédiat, auquel on expose le malade, est bien moins le fait de l'incision urétrale que de la plaie qu'on détermine en détachant la tumeur de la paroi vésicale.

Dans la taille, l'urètre, et surtout le col de la vessie, peuvent être certainement lésés dans l'extraction forcée d'un calcul gros et rugueux, mais les accidents sont parfois autrement graves dans l'ablation d'une tumeur.

Il y a donc bien longtemps qu'a été imaginé le procédé chirurgical dont je viens de parler, qu'on l'appelle comme aujourd'hui *urétrotomie externe*, ou qu'on adopte comme les anciens chirurgiens français le terme plus convenable de *boutonnière*, terme qui lui-même montre combien à cette époque une telle opération paraissait simple et sans conséquence. Néanmoins, une longue expérience m'a prouvé qu'il n'était pas indifférent de le mettre en pratique à la légère de telle ou telle façon. En conséquence, je tiens à vous démontrer d'abord que, par l'incision médiane du périnée, on s'ouvre une voie indubitablement plus courte pour arriver au col vésical qu'en commençant l'incision sur toute autre partie latérale, comme on l'a proposé. C'est ce point que je vais vous exposer maintenant, en vous détaillant la manière de procéder qui me paraît préférable pour atteindre le but avec facilité et certitude.

Manuel opératoire. — La position du malade et les instruments et accessoires généraux sont ceux de la taille.

Dès que l'anesthésie par l'éther est complète, on introduit dans la vessie un cathéter de moyen calibre, à petite courbure, et présentant une rainure large et profonde. Le malade est amené sur le bord de la table; ses pieds et ses mains sont entravés par les chevilles et les poignets et tenus par deux aides comme dans la taille; un autre aide maintient le cathéter. Le chirurgien, étant assis, introduit dans le rectum son index gauche, de façon à reconnaître avec l'extrémité du doigt la position du cathéter cannelé, séparé par l'épaisseur des tissus, et à laisser ce doigt appuyé sur le bec de la prostate pour servir de guide



FIG. 2. — Bistouri droit.

à l'instrument. Il peut d'ailleurs, de sa main droite, prendre le manche du cathéter et le placer lui-même dans la position voulue, avant de le remettre dans la main de l'aide. Maintenant son index gauche dans le rectum, l'opérateur, avec un bistouri long, étroit et à dos droit (fig. 2), incise alors verticalement la peau et le tissu cellulaire sur la ligne médiane, c'est-à-dire sur le raphé, dans une étendue d'un pouce et quart environ (3 centimètres et demi), l'extrémité inférieure de l'incision se terminant à peu près à trois quarts de pouce (2 centimètres) au-dessus de l'anus. Il enfonce ensuite horizontalement le bistouri, le bord coupant tourné en haut, à la partie inférieure de l'incision, exactement au devant de la face antéro-supérieure du rectum et parallèlement à celle-ci. Guidé dans une certaine mesure par la proximité de l'index gauche, il

dirige la pointe de façon qu'elle arrive à la portion membraneuse de l'urètre et qu'elle la perfore en s'engageant dans la rainure du cathéter. Le contact étant nettement établi, il incise l'urètre sur le cathéter dans une longueur de quelques lignes (10 à 12 millimètres environ) par un mouvement de la pointe d'arrière en avant; puis il retire le bistouri, en sectionnant ainsi peut-être un peu des tissus sus-jacents, mais en évitant, autant que possible, toute lésion du bulbe lui-même et en ne pratiquant, en somme, qu'une plaie capable d'admettre le doigt et d'être comblée entièrement par lui. Ensuite, le chirurgien insinue dans

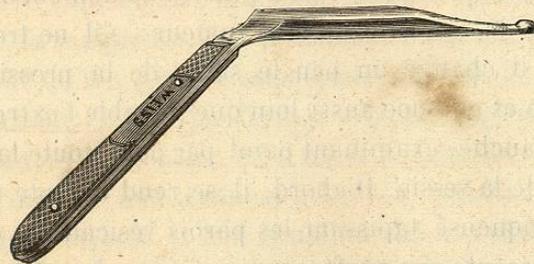


FIG. 3. — Gorgeret.

la rainure du cathéter la pointe terminale du gorgeret (lequel peut être cannelé, lui aussi, afin de s'adapter exactement au dos du bistouri, avant que ce dernier ait été enlevé) (fig. 3). Ce gorgeret est ainsi enfoncé doucement le long de l'urètre jusque dans la vessie. L'opérateur peut alors sortir l'index gauche du rectum et prendre le cathéter dans sa main, ou même le manche des deux instruments en même temps. En tous cas, le cathéter est retiré et pendant un instant le gorgeret est maintenu en place par la main droite; puis, le long de ce dernier, et à mesure qu'on le retire, l'index gauche est lentement et doucement introduit au travers du col vésical. A ce moment, l'extrémité du doigt explorateur se trouve ordinairement

libre dans la cavité de la vessie, et il n'est pas rare que, par le toucher, on reconnaisse déjà l'état morbide pour lequel l'exploration a été entreprise. Quoi qu'il en soit, l'opérateur maintient l'index gauche à sa place et l'enfonce profondément dans la cavité; il se lève même de son siège, s'il est nécessaire, et avec sa main droite il fixe la vessie et déprime convenablement la région sus-pubienne. C'est ainsi que la paroi antéro-supérieure de la vessie est amenée au contact de l'index gauche. La chose est facile si l'anesthésie est complète, c'est-à-dire si les muscles abdominaux sont complètement flasques et inertes. Le chirurgien s'assure donc rapidement de la présence ou de l'absence d'une tumeur; s'il ne trouve pas celle-ci, il change un peu le siège de la pression sus-pubienne et enfonce aussi loin que possible l'extrémité de l'index gauche, examinant point par point toute la surface interne de la vessie. D'abord, il se rend compte de l'état de la muqueuse tapissant les parois vésicales et constate si elle présente une surface unie comme du satin, qui caractérise cette membrane à l'état sain, ou bien si elle est plus ou moins rugueuse ou veloutée par places, ces altérations atteignant rarement toute l'étendue de la muqueuse. Au contraire, il peut parfois rencontrer une surface entièrement irrégulière, mais soulevée à certains endroits par des saillies de fibres entrelacées avec dépressions et interstices correspondants, signes de l'hypertrophie de la couche musculaire. En même temps, il recherchera la présence de toute espèce d'inégalités quelconques sur la face interne, et notamment de ces petites papilles qu'on a aussi appelées « villosités ».

En explorant plus complètement encore, vous arriverez souvent avec l'ongle à séparer des parois quelques matières rugueuses et à trouver une sorte de tunique, plus

ou moins adhérente à la muqueuse et encroûtée de dépôts calcaires : elle ressemble en somme à une fausse membrane, susceptible d'être détachée comme une pelure et enlevée facilement. Dans d'autres cas, vous sentirez une véritable croûte complète de phosphates, incrustée sur une région irrégulière de la paroi, et il est possible de la séparer d'elle sans aucune difficulté. Quelquefois, le doigt tombe sur un petit calcul, à moitié caché, qui peut occuper une partie seulement, mais le plus souvent la totalité d'une petite cellule; ou bien ce calcul est logé dans une crevasse comme il s'en rencontre, ou simplement il forme une légère saillie entre deux plis hypertrophiés ou deux rides de la muqueuse, qui le maintiennent dans une position telle qu'il a défié là sans doute à la fois la sonde et le lithotriteur. Toutes les formes d'hypertrophie prostatique peuvent également être ainsi constatées, et il est facile d'étudier leur influence sur la fonction vésicale d'après leur volume et leur situation sur le col de la vessie; quelques-unes semblent alors quelquefois justiciables, à un certain degré, d'une intervention chirurgicale, comme cela est en partie démontré dans l'Observation XLI, placée à la fin de cette Leçon.

En vérité, il est difficile de dire aujourd'hui tout ce qu'on peut trouver ou non dans une vessie, car des faits récents sont venus jeter un jour nouveau sur certains états pathologiques, inconnus autrefois, et dont il me reste à vous parler maintenant. Il est peu de circonstances, je l'avoue, qui pour moi excitent autant de curiosité pleine d'intérêt, que l'instant où mon doigt pénètre dans une vessie; aussi, depuis des mois et même des années, cette question est-elle le sujet de mes recherches et de mes réflexions les plus attentives.

Le chirurgien qui a déjà une certaine expérience est

seul à même de comprendre quel sentiment de joie et, j'ose le dire, de satisfaction j'ai éprouvé bien des fois, au moment où je m'apercevais que l'événement justifiait pleinement mon intervention. Tout à coup la cause cherchée se révèle à nous dans son évidence : combien alors sommes-nous heureux quand nous pouvons constater, après une exploration de ce genre, que le moyen de supprimer sûrement cette cause de tant d'années de souffrances est en notre pouvoir.

Le plus habile chasseur en quête d'aventures ou le plus hardi et le plus infatigable explorateur d'une terre inconnue, quand le succès vient enfin couronner leurs longs et patients efforts, ne passent pas, j'en suis sûr, de plus doux instants que nous lorsque, après des recherches soigneuses et prolongées, nous parvenons à découvrir la cause jusque-là cachée qui eût déterminé une mort inévitable et prochaine, et lorsque nous nous sentons capables de sauver la victime!

Revenons à notre sujet, et supposons que l'exploration ci-dessus décrite ait clairement démontré l'existence d'une tumeur. L'opérateur doit tout d'abord porter toute son attention sur le volume de cette production morbide, sur sa forme, sur son siège et sur son implantation à la paroi vésicale. C'est là un sujet d'une importance capitale; dans la prochaine leçon, nous examinerons quelle est la meilleure méthode à employer pour pratiquer l'ablation de cette tumeur.

Par contre, si vous n'avez pas trouvé de tumeur, vous subordonnez votre intervention aux diverses conditions morbides ou irrégulières qui auront pu être révélées par l'exploration. Si quelque calcul ou autre dépôt calcaire a été enlevé, ou si la vessie et l'urètre ont besoin d'être maintenus dans un état de repos absolu, afin de suspen-

dre complètement leurs fonctions pendant quelques jours, la libre issue de l'urine doit être assurée. Dans ce but, un tube de caoutchouc, souple mais résistant, d'un calibre d'un quart de pouce environ (7 millimètres) et long de six pouces (16 millimètres), percé d'un orifice non seulement terminal, mais aussi latéral, est plongé dans la vessie par son extrémité taillée en biseau. Ce tube, laissé à demeure dans la plaie, dépasse un peu celle-ci, de façon à porter directement l'urine dans un réceptacle destiné à la recevoir. Si l'objet du traitement est le dernier décrit (repos des fonctions vésicales), le tube peut être maintenu en place pendant une semaine au moins, sans que sa présence devienne pénible pour le malade; dans le cas contraire, il serait remplacé par une grosse sonde molle. Il vous est d'ailleurs possible, dans certains cas, de renoncer à tout instrument, sonde ou tube, au bout du premier ou du deuxième jour, et de permettre à l'urine de s'écouler librement par la plaie. Si cependant le tube ne détermine qu'une irritation nulle ou insignifiante, il est bon de le maintenir jusqu'à ce que la vessie ait été suffisamment reposée par le drainage, c'est-à-dire pendant quelques jours, une semaine par exemple; une plus longue période est même parfois nécessaire. (Voir les Observations V, VIII et XLIII.) Le soulagement éprouvé alors par certains malades est tellement considérable que ces malheureux, contraints depuis des mois à des cathétérismes continuels, et obligés auparavant de se sonder jusqu'à vingt fois et plus tous les jours, demandent souvent qu'on prolonge la durée du drainage, ce qu'on peut d'ailleurs leur accorder. Pour un homme qui depuis plusieurs mois n'a jamais eu deux heures consécutives de sommeil (et encore, dans quelques cas de longue durée, cet intervalle de calme n'atteignait même pas une heure), la faculté de reposer, sans être dé-

rangé, pendant un temps illimité, constitue un bienfait inappréciable, qui produit parfois les effets les plus favorables sur ses fonctions digestives, ses forces et son esprit. J'ai observé quelques exemples d'autant plus remarquables de soulagement, dû à cette intervention, que ce soulagement est demeuré permanent.

Il est juste que nous consacrons maintenant quelques instants à l'étude de cette même opération chez la femme : comment, chez elle, faut-il agir dans les formes obscures d'affections vésicales pour arriver au diagnostic exact et à un traitement efficace? Pour accomplir une exploration digitale de la vessie chez la femme, il est indispensable de pratiquer une dilatation de l'urètre suffisante pour admettre l'introduction de l'index; cette dilatation peut être faite au moyen d'un dilatateur à trois branches¹ ou autrement; après quoi, l'opération est aussi facile que chez l'homme avec l'incision périnéale. De quelque manière et si rapidement qu'elle soit exécutée, la dilatation implique toujours, à mon avis, une certaine déchirure ou rupture de l'urètre, que, du reste, je n'ai jamais vue être suivie d'aucun accident durable. J'ai eu à examiner cinq femmes dans le but d'arriver à un diagnostic précis, et deux fois j'ai trouvé des tumeurs que j'ai enlevées l'une et l'autre, sans avoir besoin de recourir à un élargissement plus considérable du canal.

1. Pour dilater l'urètre de la femme, on peut se servir, il est vrai, comme l'indique sir Henry Thompson, d'un instrument à trois branches qui s'écartent, analogue à ceux de Larrey et de Demarquay pour l'anus et de Laborde pour la trachéotomie. Mais, en France, on préfère généralement les dilatateurs à mandrins gradués de F. Guyon et de Duplay, dont l'application ne détermine qu'une hémorragie insignifiante et est suivie très rarement d'incontinence d'urine. D'ailleurs, d'après L. Le Fort, il est possible parfois chez les adultes d'introduire le petit doigt dans la vessie d'emblée et sans instruments; au bout d'un instant, on le remplace par l'index. (R. Jamin.)

On a objecté que, quand la prostate était notablement hypertrophiée, spécialement chez les sujets gras, il n'était pas possible d'explorer la vessie par le procédé que je viens de vous décrire. Théoriquement, l'objection paraît avoir de la valeur, mais ma pratique m'a montré que la difficulté était rarement importante; dans une seule circonstance, je ne suis pas parvenu à toucher toute la face interne de la cavité vésicale.

Lorsque l'anesthésie est complète, le but est atteint beaucoup plus facilement que bien des personnes se l'imagineraient *à priori*. En effet, avant qu'une telle anesthésie ait été possible, l'exploration digitale de la vessie n'aurait jamais été ni exécutée ni même proposée. C'est une des nombreuses applications de l'art chirurgical qui doit son origine uniquement à cette influence. Si le relâchement complet et absolu des muscles abdominaux est obtenu, il est curieux de voir avec quelle facilité le contenu du bassin peut être refoulé en bas vers le périnée par un aide habile et intelligent et peut être touché par l'opérateur, quelque volumineuse que soit la prostate. Mais si, malgré l'éthérisation, le malade offre encore une certaine résistance de ses muscles abdominaux, les efforts deviennent stériles, et il ne faut pas chercher à explorer; ordinairement, les insuccès proviennent beaucoup plus, je crois, de cette circonstance que d'aucune autre¹.

1. Il est probable qu'avec la résolution chloroformique on obtient une flaccidité des muscles abdominaux plus complète que sur le cadavre et qu'ainsi la pression sus-pubienne amène facilement toute la face interne de la vessie au contact de l'index explorateur. Car, dans de récentes expériences cadavériques, qu'il rapporte dans sa remarquable thèse inaugurale (*De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie*. Paris, 1884), le Dr A. Pousson n'est pas parvenu à explorer la vessie de certains sujets. Autant, d'après lui, la chose est facile dans ses moindres détails sur les cadavres jeunes et maigres, autant elle est difficile chez les sujets d'âge moyen et un peu gras; le doigt pénètre bien

En outre, une exploration digitale n'est pas fréquemment nécessaire dans les cas où la prostate est très volumineuse, la cause des symptômes étant généralement assez évidente et ne justifiant pas, par conséquent, de plus longues recherches.

La vessie, néanmoins, réclame parfois le drainage chez les malades atteints d'hypertrophie prostatique, à une période avancée de la maladie, et cette opération amène souvent les résultats les plus heureux et les plus durables¹. Dans ce cas, une très petite incision uré-

alors dans le réservoir urinaire, mais il ne peut se retourner dans son intérieur et ne donne que des sensations vagues. Enfin, chez les sujets âgés et vigoureux, l'extrémité de l'index n'arrive même pas dans la vessie.

D'ailleurs, MM. Whitehead et Pollard, qui ont accepté et mis en pratique plusieurs fois sur le vivant l'exploration vésicale par la boutonnière périnéale, reconnaissent dans *The Lancet* des 6, 13 et 20 octobre 1883 que trois conditions s'opposent à cette opération : 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'étranglement considérable de l'orifice du bassin qui empêche la main de déprimer le périnée.

C'est aussi l'opinion de M. Heath qui, chez un malade de soixante-treize ans, dont la prostate était très volumineuse, ne put introduire son doigt dans la vessie par la boutonnière périnéale et reconnaître ainsi la cause d'hématuries inquiétantes. Malgré l'anesthésie et la pression, hypogastrique, trois chirurgiens essayèrent successivement et vainement de faire pénétrer leur index dans toute sa longueur à travers le canal et déclarèrent que l'exploration vésicale était absolument impossible. (R. J.)

1. Depuis longtemps, en effet, cette question du drainage de la vessie, dirigé contre la cystite chronique et la rétention des prostatiques, a préoccupé l'esprit des chirurgiens. François Collot, le célèbre lithotomiste, conseillait à la fin du xvii^e siècle de « pratiquer une incision au périnée, y entretenir une canule pour un temps et tirer par là les urines et matières corrompues »; ce qu'il fit avec succès chez plusieurs malades dont il rapporte les observations. Deschamps, J.-L. Petit, Sabatier parlent dans le même sens. — En 1846, Willard Parker (de New-York) traite par ce procédé plusieurs vieillards qu'il avait taillés par erreur, les croyant atteints de calcul, alors qu'ils avaient seulement une cystite chronique causée vraisemblablement par l'hypertrophie de leur prostate. Puis, les chirurgiens américains (Emmet, Bozeman, Byrne, Battey, Montrose Pallen, Gross,...) appliquent aux cystites de la femme le drainage de la

trale suffit, et l'augmentation de volume de la prostate ne constituera pas un obstacle, puisque vous n'avez pas besoin de procéder à une exploration complète de la vessie. Celle-ci cependant s'imposerait à vous, si vous vous trouviez en présence de symptômes inaccoutumés, que l'hypertrophie prostatique et les troubles urinaires qui en résultent ne seraient pas capables de vous expliquer suffisamment.

Résultats. — Je vais maintenant vous résumer brièvement tous les cas dans lesquels j'ai pratiqué l'exploration digitale : ces cas sont au nombre de quarante-trois, sur lesquels vingt fois seulement j'ai rencontré des tumeurs. Les cas de tumeurs vésicales sont simplement signalés dans la liste placée plus loin; vous trouverez les détails de ces observations sous forme d'appendice à la Leçon IV. Je me propose simplement, en rapportant ces quarante-trois faits, de montrer dans quelles conditions diverses l'exploration digitale est indiquée et quels en sont les résultats.

En analysant soigneusement ces cas, on voit qu'il existe quatre classes principales d'affections vésicales, dans lesquelles on peut obtenir un très grand bénéfice d'une ouverture pratiquée sur l'urètre dans le but de dé-

vessie par la kolpo-cystotomie ou taille vésico-vaginale. — En France, les traités classiques de Boyer, de Nélaton sont muets sur ce point; mais Dolbeau et dernièrement Poinot (de Bordeaux) ont traité par la taille périnéale des cystites chroniques rebelles chez des vieillards qu'on savait n'être pas calculeux. — Petersen (de Kiel) croit que l'ouverture périnéale est indiquée dans certains cas où l'hypertrophie prostatique amène des désordres graves dans le réservoir urinaire. — C'est également l'avis de Macfie Campbell et de Bryant, en Angleterre.

On peut aussi consulter sur cet intéressant sujet deux thèses inaugurales soutenues en 1882, l'une à Bordeaux (L.-G. Chevalier, *Traitement de la cystite chronique par la cystotomie*), et l'autre à Lyon (M. Boymond, *Traitement des cystites rebelles par la boutonnière périnéale*). (R. Jamin.)