

Elle avait pénétré dans le péritoine, à travers la paroi postérieure de la vessie et avait fait écouler le liquide de l'ascite.

Nous attirons, comme exemple, votre attention sur l'un des malades de la salle Saint-Vincent auquel nous avons fait plusieurs séances de lithotritie et de nombreux lavages de la vessie. Le lithotriteur, de même que l'explorateur, arrivent, pour ainsi dire, d'emblée contre la paroi postérieure de la vessie, qui est petite et revenue sur elle-même. Il s'agit d'un vieillard atteint, à un haut degré, de cystite calculeuse.

Pour éviter cette erreur qui consiste à se croire encore dans la prostate, alors que l'on en est sorti, de même que pour éviter celle qui, inversement, vous laisse supposer que vous êtes dans la vessie, alors que l'instrument est encore dans le fond de l'urètre, il faut : « savoir substituer à propos les manœuvres intravésicales aux manœuvres du cathétérisme ». *Au lieu de continuer à lutter contre un obstacle, on se renseigne.* Si nous soulignons ce précepte si simple, c'est que l'on est malheureusement conduit par une tendance instinctive, à l'usage de la force.

Lorsque l'instrument est dans la vessie, alors même qu'elle est rétractée et arrivée à une diminution exceptionnelle de capacité, vous pouvez toujours, non seulement faire des mouvements, mais les exécuter méthodiquement. Cela est possible « surtout dans le sens du diamètre transverse ». Ce que vous faites dans la vessie la plus petite, vous ne pourrez l'exécuter dans la prostate la plus large. Vous inclinez le bec de votre instrument à droite et à gauche, vous l'attirez en avant, et le repoussez en arrière ; latéralement, vous parvenez à le coucher presque complètement, quelquefois à le tourner entièrement. On n'a pas toujours la même liberté d'action de droite à gauche que de gauche à droite ; ce qui s'accomplit dans un sens ne le sera pas aussi complètement que dans l'autre mais vous aurez, « au moins d'un côté », fait une manœuvre qu'aucune cavité prostatique ne comporte. Le champ parcouru d'avant en arrière sera plus ou moins étendu, mais dans les cas même les plus défavorables il mesurera plusieurs centimètres. Vous arriverez, même dans une mauvaise vessie, à exécuter facilement ce mouvement en changeant la position du bec, en le maintenant en position verticale, en l'inclinant vers l'horizontale, ou en le

tenant dans une position complètement couchée, enfin vous vous sentirez limités en avant par l'accrochement du col.

Il est donc toujours possible de savoir si l'on a pénétré dans la vessie, « quand on manœuvre avec méthode ». L'on peut aussi bien éviter l'erreur qui consiste « à presser mal à propos contre sa paroi postérieure » sous le prétexte de pénétrer dans sa cavité, que celle qui laisse supposer que l'on examine le réservoir urinaire, alors que l'on a péniblement et *très irrégulièrement* « fait mouvoir l'extrémité de la sonde exploratrice dans la prostate ».

Manière de ramener au dehors les instruments coudés dans les cas de grosse prostate. — Pour agir avec douceur et en toute sécurité, il est encore besoin de manœuvres méthodiques, quand on retire de la vessie un instrument coudé, qui a été conduit à travers une grosse prostate. C'est sa partie droite qui occupe le canal prostatique, elle pénètre aussi dans la vessie. Il faut la dégager en attirant à soi l'instrument, sans le changer de position. Ce n'est que lorsque l'on sent que la concavité du bec, maintenu vertical, embrasse le segment supérieur du col, que l'on commence à élever le manche. On évolue ainsi aisément, au-dessous, puis en avant du pubis. En commençant l'élévation du manche, sans avoir dégagé la portion de tige enfoncée dans la vessie, on sent une résistance qui ne pourrait être vaincue que par une force brutale. L'instrument est enclavé. Pour sortir de la vessie, de même que pour y pénétrer, dans les cas difficiles, il faut donc suivre le même précepte : « dégager l'extrémité de l'instrument dès qu'elle résiste ». On termine en élevant graduellement le manche vers la ligne médiane, puis en le couchant à peu près parallèlement au pli de l'aîne.

L'exploration intravésicale a pour but de nous renseigner, d'une façon directe, sur l'état du réservoir urinaire, aussi bien sur le contenant que sur le contenu. Elle permet de savoir : quelle est la quantité et la qualité de l'urine, — de constater la présence des corps étrangers, — d'apprécier les formes

anormales de sa cavité, — l'état anatomique de ses parois, — leurs modifications ou leurs dégénérescences, — de se rendre compte de sa sensibilité et de sa contractilité.

Déjà, en vous faisant l'histoire de la rétention d'urine, nous nous sommes occupé du contenu liquide de la vessie, c'est-à-dire de l'urine retenue ; ce que nous avons encore à dire à ce sujet trouvera sa place lorsque nous parlerons du cathétérisme évacuateur. Nous vous avons entretenus de la capacité pathologique de la vessie à propos de la rétention d'urine ; nous nous sommes expliqué sur sa capacité normale, en étudiant sa physiologie et en parlant de l'exploration, qui se fait sur les sujets bien portants.

Dans l'étude que nous entreprenons, nous n'avons pas à revenir sur ces points. Mais nous ne saurions perdre de vue qu'entre le contenu et le contenant il y a une étroite connexité. L'histoire de la rétention chronique nous l'a déjà montré, toute la physiologie normale et pathologique de la vessie en témoigne. La recherche des calculs, qui est l'une des questions les plus importantes de cette leçon, nous le fera voir avec la même évidence. La rencontre de la pierre et de ses fragments, leur préhension sont subordonnées : à l'état anatomique et aux réactions de la paroi vésicale, à la forme et aux dimensions de la cavité qui les renferme.

Nous devons donc : donner toute notre attention à l'étude des moyens et des manœuvres qui permettent d'apprécier ces modifications ; ne pas négliger les renseignements anatomiques, et tenir grand compte de ceux de la physiologie normale et pathologique. Ils nous aideront à reconnaître le terrain où vont évoluer nos instruments, à prendre l'habitude de relever rapidement la « topographie », souvent changeante, des vessies pathologiques.

Les déformations principales, les changements survenus dans la consistance et l'épaisseur des parois s'observent au niveau du col et à son voisinage, mais ils n'épargnent pas complètement le corps ; il en est ainsi du moins pour les modifications qui sont la conséquence de l'hypertrophie de la prostate, c'est-à-dire pour celles que l'on rencontre le plus communément. Les déformations que déterminent les inflammations de longue durée se répartissent sur tout l'organe, mais atteignent en

particulier le corps. Les déformations dues aux néoplasmes sont assez rapprochées du col, mais occupent parfois les différentes régions de la vessie, presque toujours, il est vrai, sa moitié antéro-inférieure. La supérieure est le plus habituellement intacte ; les parois latérales ne sont pas en général envahies, sans que la moitié antérieure participe à cet envahissement.

Nous n'avons guère à nous occuper des néoplasmes au point de vue de l'exploration, et nous n'aurons en vue que les déformations que l'on peut appeler « ordinaires » ; celles qu'occasionnent les modifications séniles de la prostate et les états morbides qui en résultent, en particulier la cystite chronique. Elles siègent surtout dans cette portion désignée sous le nom de bas-fond au-dessous du col, mais atteignent le corps de la vessie. Les irrégularités, les anfractuosités du bas-fond et celles du corps, les saillies du col sont, le plus souvent, solidaires dans leur développement.

Ces déformations, lorsqu'elles dépendent seulement des modifications que peut déterminer la vieillesse sont nécessairement « permanentes » ; elles sont seulement « temporaires », lorsqu'elles reconnaissent pour cause, comme il arrive si fréquemment, l'inflammation douloureuse de la vessie. *Anatomiques* dans le premier cas, elles sont *physiologiques* dans le second. Nous nous occuperons tout d'abord des premières, mais nous insisterons sur les secondes. Elles ont dans la pratique une haute importance.

C'est au niveau du col, c'est à son pourtour, que devront, dans la majorité des cas, être cherchés et recueillis les principaux renseignements : c'est là que seront exécutées les manœuvres les plus instructives de l'exploration. Lorsque nous avons examiné la vessie normale, c'est à peine si nous avons eu à nous occuper de son col et de son bas-fond. Ce sont les deux parties dont nous allons tenir principalement compte, dans l'examen de la vessie pathologique. Il sera indispensable de le faire, soit que nous voulions simplement examiner la configuration de la vessie, soit que nous ayons à pratiquer des recherches dans sa cavité.

Avec la sonde exploratrice vous étudierez avec précision les déformations du col et du bas-fond, celles du corps de la vessie. Un instrument coudé, à bec relativement court, est tou-

jours facilement introduit et promené dans tous les recoins, dans toutes les anfractuosités de la cavité vésicale. L'explorateur métallique permet de juger de la consistance des parois, de leurs irrégularités et de leurs reliefs; il pénètre aisément entre les colonnes, plonge dans une cellule et en apprécie la profondeur et l'étendue; il rencontre et reconnaît avec précision les corps étrangers durs; met en jeu la contractilité en éveillant la sensibilité.

On peut donc dire qu'avec une sonde exploratrice méthodiquement conduite par une main habituée, « qu'avec le toucher intravésical », il est peu de choses qui puissent échapper aux investigations du chirurgien. Il convient de faire des réserves pour certains états de la paroi, pour l'étude de la sensibilité, ainsi que pour celle de la contractilité et même de reconnaître que le toucher simple ne peut toujours suffire à l'exploration des corps étrangers. Dans bien des circonstances, il faut qu'il soit saisi et soumis à la pression de l'instrument. Le lithotriteur, c'est-à-dire un instrument qui peut être ouvert et fermé, est donc parfois nécessaire pour assurer le diagnostic. Nous allons donc avoir à nous occuper des manœuvres que la sonde et le lithotriteur peuvent méthodiquement exécuter dans le corps de la vessie et au pourtour de son col.

Manœuvres exploratrices de la sonde métallique coudée. — Les manœuvres que la sonde exécute dans le corps de la vessie malade se font selon les règles déjà indiquées pour l'exploration de la vessie saine (p. 108). Elle en parcourt ainsi toute la surface et renseigne immédiatement, d'une façon suffisante, sur l'étendue et la profondeur de la cavité, sur la résistance ou la dépressibilité des parois. Elle ne donne qu'une idée de leur véritable consistance et de leur configuration. Pour s'en bien rendre compte, la percussion intravésicale est, comme nous le verrons, nécessaire. Lorsque l'instrument aura parcouru complètement le corps, il sera ramené au col, et devra non seulement apprécier son épaisseur et sa consistance, mais se rendre compte de sa forme et de ses reliefs.

Examen du col. — L'instrument cherchera à circonscrire tout le col, y compris son segment inférieur. Cette manœuvre

est rendue facile, chez les gens un peu âgés, par l'abaissement de la paroi vésicale. La sonde, trouvant au-dessous de l'orifice de la vessie un espace où elle se meut facilement, peut être renversée et proménée derrière le col, ramenée sur ses parties latérales et mise au contact du segment supérieur.

Pour juger « de l'épaisseur et de la consistance du col », l'instrument est légèrement attiré, mais avec assez de fermeté pour embrasser étroitement ses lèvres par sa concavité.

Pour rendre compte « des reliefs du col » et, par conséquent, « de sa forme », on le fait évoluer à son contact, l'on touche toute sa surface sans exercer trop de pression. Si l'on est arrêté dans cette sorte de mouvement de circumduction, ce ne peut être que par une saillie. L'on reste à son contact, et l'on pousse doucement l'instrument en arrière, jusqu'à ce qu'il soit dégagé. Par la durée du contact, ou, mieux, par la profondeur à laquelle on a dû pénétrer pour le perdre, on apprécie l'importance du relief anormal. Pour juger « de son épaisseur », on cherche à faire en sens inverse la manœuvre que l'on vient d'exécuter autour du col. Si l'instrument a été conduit de droite à gauche, on le dirige de gauche à droite, de manière à rencontrer la partie opposée de la saillie. Mais ce complément de recherche n'est pas très souvent couronné de succès.

Les reliefs du col de la vessie sont dus à la saillie hypertrophique des lobes de la prostate. S'il s'agit d'un lobe latéral, il va de soi qu'il fait corps avec la paroi de la vessie. Alors même que la saillie que l'on a rencontrée appartient au lobe médian; si elle est très accusée, il est rare qu'elle soit au centre du périmètre inférieur de l'orifice, elle se rapproche presque toujours de l'un des côtés de la vessie. La sonde, qui a facilement évolué de droite à gauche, ne peut répéter la même manœuvre en sens inverse; l'espace lui fait défaut. Elle plonge dans une cavité plus ou moins profonde et plus ou moins large, peut s'insinuer sous l'espèce de promontoire formé par le lobe médian, mais ne peut le contourner. Il est facile de trouver un chemin qui conduit dans les parties les plus déclives, mais l'on est presque toujours obligé de le reprendre, si l'on veut bien explorer le bas-fond. Lorsque l'on manœuvre dans ces vessies, il semble parfois qu'elles n'aient qu'un côté.

Il est possible « de mesurer », avec l'explorateur coudé, les sail-

lies de la prostate. Les reliefs qu'elle forme ne sont jamais égaux. Il suffit de comparer les points opposés du pourtour du col, pour avoir une idée exacte de leur diamètre antéro-postérieur. On applique la concavité du bec de la sonde du côté le plus épais et l'on note, avec le doigt, le point d'affleurement au méat. On tourne et l'on vient embrasser la partie la plus mince. Le doigt est resté en place. La distance qui le sépare du méat représente la longueur de la saillie, à l'extrémité de laquelle l'instrument correspondait, lorsqu'il a pris position sur sa tige. Cet examen intravésical de la prostate, joint à celui qui se fait par le rectum et par l'urètre, complètent l'exploration de cet organe (p. 135).

Examen du bas-fond. — Pour pénétrer dans le bas-fond, arriver dans les recoins, s'insinuer dans les anfractuosités de certaines vessies, il faut donc tourner de droite à gauche, tandis que, pour d'autres, on n'arrive au but qu'en évoluant de gauche à droite. Ces exigences vous sont promptement révélées par l'exploration méthodique ; vous vous familiarisez vite avec les manœuvres qu'elles imposent. Vous opérez aisément les reconnaissances, qui vous font connaître : le terrain où vous devez évoluer.

Les cavités qui se creusent au-dessous et même en arrière du col, dans les vessies que déforme l'hypertrophie prostatique, sont souvent assez profondes pour que l'instrument renversé, bec en bas, ne puisse en toucher le fond. Il faut, pour plonger assez complètement, élever le manche et parfois assez haut, afin que le bec retourné puisse suffisamment s'abaisser pour pénétrer au-dessous d'un relief prostatique, et se placer sous la lèvre inférieure du col. Des mouvements de latéralité, qui portent vivement le bec à droite et à gauche, vous font juger de la largeur de ces cavités ; le degré de relèvement du manche en indique la profondeur. Il est facile de constater que ce n'est pas une cellule ; en effet, vous pouvez aisément pousser votre instrument en arrière et rejoindre le corps de la vessie qui lui fait directement suite. Dans certains cas, cependant, ces dépressions sont tout à fait en contre-bas et d'assez petites dimensions, pour que l'instrument ne puisse beaucoup s'y mouvoir, sans bientôt rencontrer en tous sens les parois limi-

tantes. Ce sont de véritables loges qui s'ouvrent largement dans la vessie ; mais elles sont de côté, rarement de face.

Le bas-fond, lorsqu'il est très prononcé, forme une véritable cavité au-dessous du col : c'est une annexe de la vessie. Nous pouvons vous donner l'idée de l'importance de ces dépressions, en vous indiquant des mesures prises sur deux pièces de notre collection. Sur l'une le bas-fond mesure 5 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur, 5 1/2 transversalement et 3 en profondeur ; dans la seconde pour les mêmes diamètres, 6 centimètres, 7 1/2 et 4. Ces mesures, prises sur des vessies vides et ouvertes, sont certainement au-dessous de celles que l'on rencontrerait sur le vivant, alors que la vessie contient du liquide.

Les déformations dues aux reliefs de la prostate et celles qui constituent le bas-fond vésical méritent toute votre attention. Saillies et dépressions, sont importantes et l'examen de la vessie pathologique exige que l'on sache manœuvrer au pourtour du col ; surtout sur ses parties latérales et au-dessous de lui. C'est notre champ principal d'exploration.

Diagnostic des valvules du col. — Le col et la vessie elle-même peuvent cependant être déformés sous l'influence d'autres lésions. L'on en a trop parlé pour qu'il nous soit permis de les passer sous silence. Occupons-nous donc, un instant, des valvules du col de la vessie. Vous savez que Mercier en a démontré l'existence, et qu'il a décrit deux variétés fort distinctes, il les désignait sous les noms de valvules *musculaires* et de valvules *prostatiques*. Les premières peuvent s'observer, pour ainsi dire, à tous les âges et sous l'influence de causes multiples que nous n'avons pas à énumérer, parmi lesquelles le rétrécissement de l'urètre mérite une mention. Les secondes se rencontrent chez les prostatiques, et, par conséquent, à l'âge où l'hypertrophie de la prostate entre en scène.

Nous avons à nous demander s'il est possible de reconnaître, par l'exploration, cette espèce de déformation du col vésical ? Il n'est pas sans intérêt de chercher, tout d'abord, à se rendre compte de sa fréquence. Dans ces recherches sur l'urètre, Gély déclare (t. II, p. 130) que, sur 60 cas d'hypertrophie

de la prostate ayant entraîné des déformations du col vésical, il n'a pas, une seule fois, rencontré de valvules. Les pièces que nous avons recueillies ne nous ont donné, depuis près de trente années, que 6 cas qui peuvent être considérés comme présentant des exemples de valvules du col. Quatre cas se rapportent aux valvules prostatiques et deux aux valvules musculaires ; ces deux pièces appartiennent à des rétrécis. Cliniquement, les valvules paraissent plus rares encore ; leur symptomatologie et leur exploration n'ont, en effet, rien de positif. Dans de telles conditions il est difficile de les diagnostiquer avec précision. Mercier lui-même¹ reconnaît : « Que le diagnostic des deux espèces de valvules entre elles pourrait laisser parfois beaucoup d'obscurité, si l'âge du malade, ses antécédents, le volume et la sensibilité de la prostate ne venaient nous éclairer. »

Nous avons examiné et soigné des malades que l'on croyait atteints de valvules, et nous n'avons trouvé, malgré les plus minutieuses recherches, que les lésions et les symptômes de l'hypertrophie de la prostate, des rétrécissements, de la tuberculose et de la cystite chronique ; les résultats du traitement ont confirmé ce diagnostic. D'autre part, il est permis, à l'heure actuelle, de se demander si les troubles très prononcés de la miction, que l'on observe dans la période pré-ataxique du tabès et qui fréquemment existent chez les neurasthéniques, n'ont pas conduit à attribuer à une déformation du col de la vessie ces phénomènes importants et durables « dont on ne trouvait pas la raison ». Toujours est-il que nous avons vu des sujets opérés de valvules par des hommes fort compétents, sans avoir obtenu de cette opération le moindre bénéfice. La constatation d'autres lésions et, en particulier, une tuberculisation méconnue expliquaient, dans quelques cas, ces complets succès. Il est donc très difficile, non seulement de différencier les deux espèces de valvules, mais de diagnostiquer sûrement l'affection valvulaire elle-même.

Le diagnostic par l'exploration repose, tout entier, sur les sensations fournies par le talon de l'instrument à l'aller, et sur celles que l'on recueille avec le bec au retour. A l'aller, il

¹ MERCIER (L.-Auguste), *Recherches sur les valvules du col de la vessie*, p. 181. Paris, 1848, 2^e édition.

arrive un moment où la valvule soulevée arrête le talon de l'explorateur qui, en passant par dessus, se dégage tout à coup en donnant la sensation d'une résistance vaincue. Au retour, lorsqu'il a été bien constaté qu'il n'y a aucun relief anormal du col, que l'on a embrassé successivement dans toute sa circonférence, avec le bec de l'instrument doucement attiré vers lui, on retire l'explorateur le bec en avant, en ayant soin d'observer si, au moment où il passe de la vessie dans la région prostatique, il ne donne pas la sensation d'une barrière par-dessus laquelle il aurait glissé (Mercier). Cette exploration ne peut être exactement faite qu'avec l'explorateur de ce chirurgien, c'est-à-dire avec un instrument coudé à angle presque droit (100 à 110 degrés), n'ayant que 12 à 16 millimètres de bec. Mais il faut, pour que cette constatation du relief de la lèvre inférieure du col ait une véritable valeur clinique, que les troubles de la miction ne puissent être rapportés à aucune autre cause. Le plus souvent il n'en est pas ainsi. Il ne nous a été donné jusqu'à présent qu'une seule fois, d'observer une rétention d'urine qui ne reconnaissait pas d'autre explication, que la présence d'une valvule du col.

Exploration des néoplasmes. — Ce n'est pas, à l'aide du toucher intra-vésical pratiqué par un explorateur métallique, que peut être établi le diagnostic des néoplasmes de la vessie. Je n'ai cessé de le déclarer, et j'ai cherché à montrer toutes les ressources que l'on tire du toucher rectal combiné avec la palpation hypogastrique. Aujourd'hui que les progrès de la cystoscopie le permettent, je dois ajouter : que c'est à ce moyen d'exploration qu'il faut s'en remettre pour examiner la cavité vésicale, alors que les symptômes indiquent la production d'une tumeur. Il nous suffira de dire comment les néoplasmes peuvent être méthodiquement examinés par l'instrument coudé, pour montrer combien les résultats qu'il donne sont insuffisants.

Nous vous avons dit (p. 149) les règles qui permettent de mesurer le diamètre antéro-postérieur des prostates, qui font relief au pourtour du col. C'est à elles que vous devrez vous conformer, pour déterminer le volume des tumeurs et leur siège ; pour savoir si elles sont plus ou moins rapprochées du col, si elles sont en continuité avec lui ou à certaine distance. Lors

qu'elles ne sont pas trop molles, vous pouvez parfois obtenir, sur ces points, quelques renseignements. Vous n'en aurez pas sur leur forme et ne pourrez arriver à savoir si elles sont pédiculisées. Leur consistance n'est pas, en général, assez ferme; en tous cas, elle est trop variable pour que l'on puisse l'étudier par un simple contact. Une pression mesurée ou même une percussion bien faite vous la feront peut-être apprécier lorsqu'elle est très ferme.

Il est rare que la dégénérescence des parois vésicales fournisse des sensations franchement dures, qui puissent donner le change et faire croire à la présence d'un calcul; elles ne se revêtent pas d'ailleurs de véritables croûtes calcaires.

Elles peuvent être cependant imprégnées à leur surface de parcelles ou de détritits phosphatiques; nous n'en avons jamais rencontré qui fussent régulièrement incrustées. On a cependant cité quelques cas fort exceptionnels où l'encroûtement calcaire d'une tumeur a été l'occasion d'une erreur de diagnostic. Mais, alors même que la croûte calcaire serait assez régulièrement constituée pour en imposer par son contact, l'immobilité absolue du corps étranger devrait tout au moins éveiller des doutes. L'examen d'ensemble des symptômes les rendrait bientôt assez grands, pour que l'erreur de diagnostic ne puisse persister¹.

Disons, en terminant, que le fongus villeux n'échappe pourtant pas toujours à une constatation délicate. La sonde, promené à sa surface, donne la sensation que fournirait le doigt appuyant sur une touffe chevelue, épaisse et douce. Il faut reconnaître que vous n'aurez de sensations, dans ces cas, que si vous avez à explorer une houpe un peu épaisse. De même que pour les autres variétés de néoplasmes, le toucher intravésical n'est, en pareil cas, qu'un moyen accessoire et de très médiocre utilité.

Exploration de la sensibilité et de la contractilité. — La sensibilité aux contacts de la surface interne de la vessie, et, par contre, sa contractilité peuvent être, dans une certaine mesure, étudiées par le toucher simple.

¹ Alors même que, sous l'influence d'une cystite concomitante d'ancienne date, le malade rend des graviers phosphatiques, il est rare que la tumeur ou la vessie soient encroûtées; j'ai pu m'en assurer pendant les opérations et par les autopsies.

La sensibilité de la vessie aux contacts ne devient vive, vous le savez, que *lorsqu'il y a cystite*. La répétition ou la dureté des contacts la provoquent, dans l'état normal; elle s'éveille sous une simple pression dans l'état pathologique. Cela résulte aussi bien de l'étude attentive des résultats de l'exploration que de l'observation clinique.

Combien ne voit-on pas de calculeux à vessie saine qui, pendant une longue période, quelquefois pendant des années, ne souffrent de leur pierre que d'une façon très supportable. Combien n'en voit-on pas qui, après des crises fort douloureuses, ont des périodes d'accalmie telles qu'ils sont tentés de se croire guéris! A mesure que le champ de notre observation s'agrandit, que le nombre des malades qui passent sous nos yeux se multiplie, nous sommes chaque jour frappé de ces témoignages de la tolérance de la surface interne de la vessie normale aux contacts. Aussi ne pouvons-nous espérer que, grâce aux progrès du diagnostic, les chirurgiens n'aient plus affaire qu'à de petites pierres. Pour que le diagnostic puisse être posé, il faut, au préalable, que le malade se plaigne et se plaigne au chirurgien. Or, il en est bon nombre qui souffrent assez peu pour pouvoir, même de bonne foi, renoncer pendant fort longtemps à consulter.

Les malades atteints de cancer ou de fongus simple fournissent aussi des preuves irrécusables du peu de sensibilité de la vessie, lorsqu'elle n'est pas enflammée. Ces affections qui, le plus souvent, du reste, évoluent avec une grande lenteur, ne deviennent douloureuses que lorsque la cystite est venue compliquer l'état du malade. Mais alors l'état des malades se modifie complètement et, sous l'influence de la cystite, le cancereux, comme le calculeux, arrive à un état de souffrances qui n'est peut-être dépassé par aucune autre affection.

Chez les malades qui ne sont pas atteints de cystite, vous n'avez donc que peu d'intérêt à explorer la sensibilité de la surface de la vessie. Pareille recherche intéresse plus le physiologiste que le clinicien. Celui-ci, par contre, en tire grand profit pour établir certains points du diagnostic des cystites. Vous pouvez exactement apprécier la sensibilité pathologique à l'aide des contacts exercés par un bec en métal; c'est ainsi que j'ai procédé pour établir que, dans la « cystite douloureuse », corps et col répondaient avec la même vivacité aux