

sicale, tandis que seule l'hématurie se présentant dans les conditions que j'ai précisées, y suffit.

Bien moins important est le second signe rationnel qu'on a donné des néoplasmes vésicaux, à savoir la douleur. Ce symptôme est presque toujours tardif, il est subordonné à l'état de la muqueuse vésicale, au siège de la tumeur, peut-être aussi au tempérament individuel. La tolérance de la vessie est extrême chez certains sujets, au point qu'on voit des malades présenter des dégénérescences qui ont envahi toute une paroi et forment, dans l'intérieur du réservoir urinaire, des tumeurs du volume du pouce et plus, sans qu'ils aient jamais éprouvé la plus petite manifestation douloureuse, tandis qu'il en est d'autres chez qui la moindre irritation de la muqueuse détermine des douleurs intolérables et est une des nombreuses causes de cet état encore mal défini, décrit en Angleterre sous la dénomination d'*irritable bladder*, et en France sous celui de cystalgie. Chez ces malades la douleur même peut devenir la principale indication du traitement. Si la douleur fait souvent défaut dans les néoplasmes du corps de la vessie, on l'observe d'une façon presque constante dans les tumeurs du col et lorsque à cette douleur s'ajoutent certains troubles de la miction, par exemple l'arrêt subit du jet, on a quelque raison d'en déduire la présence d'une tumeur dans cette région. Mais on ne saurait être trop circonspect dans l'affirmation de ce diagnostic. On a voulu aussi voir dans la précocité des sensations douloureuses et dans leur intensité une preuve de la malignité des tumeurs vésicales, c'est là une vue toute théorique, qui ne résiste pas à l'examen des faits.

Dans l'étude du symptôme douleur, il faut bien distinguer les sensations vives, excruciantes qui se réveillent seulement lorsque la vessie se contracte pour expulser son

contenu et les douleurs lancinantes, profondes, durant quelquefois plusieurs jours sans discontinuer et qui sont très vraisemblablement les indices d'une propagation de la néoplasie aux organes voisins. Il faut aussi tenir compte des irradiations aux reins, au périnée, à l'aîne, le long de la cuisse, etc. Toutes constatations, qui devront peser dans la balance, lorsqu'il s'agira de prendre un parti.

B. — *Signes physiques.*

J'arrive aux signes physiques des néoplasmes vésicaux, ceux qui doivent forcément entraîner la conviction et faire reconnaître non seulement l'existence d'une tumeur, mais aussi son volume et son implantation. Ces signes sont de deux ordres, tantôt ils se présentent d'eux-mêmes à l'attention du chirurgien et même des malades, tantôt au contraire ils ont besoin d'être recherchés avec discernement et méthode. Je ne puis que signaler les premiers qu'on observe presque exclusivement chez la femme (1). Fréquemment, dans ce sexe, la tumeur entière pédiculée sort à travers l'urèthre qu'elle dilate soit seulement au moment de la miction ou d'un effort quelconque, soit d'une façon permanente. Dans plusieurs observations des tableaux qu'on trouvera plus loin, on voit que cette dilatation était suffisante pour qu'on ait pu appliquer à la base du polype une ligature ou un serre-nœud, sans autre opération préliminaire. De même que les polypes du rectum produisent la chute de cette portion de l'intestin, de même ces tu-

(1) Il ne faut pas en effet comparer au point de vue de la valeur diagnostique ces fragments de tumeurs expulsés toujours en petite quantité et plus ou moins altérés ou déformés au moment de la miction chez l'homme avec les expulsions totales de néoplasmes observées par l'urèthre de la femme.

meurs pédiculées peuvent parfois déterminer l'inversion de la vessie. Il en était ainsi chez une malade observée par Godson (1).

Il ne faudrait pas inférer de l'issue d'une masse polypiforme à travers l'urèthre, que le néoplasme est pédiculé ; la recherche du point d'implantation s'impose ici comme dans les tumeurs cachées dans le réservoir urinaire. Je rapporte plus loin une observation de Senftleben dans laquelle on voit qu'un néoplasme saillant par l'urèthre était adhérent par une si large base à la paroi postérieure de la vessie, qu'une perforation de l'organe en résulta, qui emporta très rapidement la malade par péritonite.

Les signes suivants, qui nécessitent de la part du chirurgien des manœuvres délicates pouvant déterminer par elles-mêmes des accidents graves, doivent arrêter longuement notre attention. Ils seront mis en évidence :

A. *Par la palpation hypogastrique et le toucher rectal isolés ou combinés ;*

B. *Par le cathétérisme vésical ;*

C. *Par une véritable opération permettant l'exploration digitale de la vessie (2).*

Il est inutile de faire remarquer que la pratique de ces trois principaux modes d'investigations, surtout du troi-

(1) British medical Journal, 1879, t. I, p. 630.

(2) L'examen endoscopique a été appliqué quelquefois au diagnostic des tumeurs de la vessie. Dans une observation du registre contenant l'histoire des malades, dont les pièces sont conservées au musée de l'hôpital Necker (obs. 35), on voit que le résultat de l'examen à l'aide de l'endoscope pratiqué par M. Désormeaux a été négatif, bien que la vessie contint de nombreuses saillies mamelonnées fongueuses. Mercacci (obs. 11 des tableaux) reconnut une tumeur vésicale à l'aide de l'éclairage au magnésium. Je ne crois pas que ces divers modes d'examen puissent être bien utiles, dans tous les cas on ne devra les employer, s'il l'on veut en retirer quelque bénéfice, que dans les périodes de rémission des hématuries.

sième, n'est pas la même dans l'un et l'autre sexe et conséquemment je devrai les envisager séparément chez l'homme et chez la femme.

A. — *Palpation hypogastrique et toucher rectal.*

Toutes les manœuvres ayant pour but l'exploration des viscères du petit bassin, doivent être pratiquées aussi bien chez l'homme que chez la femme, le malade étant dans le décubitus dorsal. Non seulement dans cette position les organes conservent leurs rapports normaux, mais encore il est facile au chirurgien de combiner, suivant les besoins le toucher rectal et la palpation abdominale, en saisissant pour ainsi dire entre ses deux mains le viscère soupçonné. Il sera bon aussi d'élever le siège du patient sur le coussin de la lithotritie par exemple, afin que la pression du paquet intestinal ne vienne pas gêner les recherches ; enfin, précaution essentielle, cet examen doit être pratiqué la vessie vide.

Le malade ainsi placé, la main du chirurgien déprimera lentement, avec douceur mais *profondément* la paroi abdominale. Pratiquée de cette façon, la palpation de l'hypogastre ne provoquera pas de spasmes des muscles droits, la main recueillera toutes les sensations et ne laissera échapper aucun des renseignements que peut donner ce mode d'exploration, qui acquerra ainsi une grande valeur pour le diagnostic. Dans la très grande majorité des cas, cet examen ne fournira, je m'empresse de le dire, que des signes négatifs, puisque, comme il est facile de le comprendre, il ne peut révéler que la présence d'infiltration, d'induration néoplasique, occupant la face antérieure et le sommet de la vessie, siège exceptionnel des dégénérescences, ainsi qu'il résulte de notre enquête anatomique. Ce n'est

que dans les cas rares de tumeurs extrêmement volumineuses naissant des autres régions et remplissant toute la cavité vésicale que la palpation abdominale révélerait l'existence du néoplasme, et encore faudrait-il que sa structure fût spéciale, constituée par un tissu dur et résistant, tel qu'un myôme. La plupart des tumeurs de la vessie sont en effet formées de tissu mou, diffus, cérébroïde, qui n'offre aucune résistance à la palpation. On a vu de ces masses végétantes distendre le réservoir urinaire au point d'en imposer pour une rétention d'urine, aussi convient-il de rechercher toujours la fluctuation, seul indice alors de la réplétion vésicale par du liquide.

Outre l'état d'intégrité de la région prévésicale, par le palper abdominal, il faudra aussi se rendre compte de la liberté des fosses iliaques, explorer la région des ganglions lombaires.

Le toucher rectal chez l'homme, vaginal chez la femme sera plus souvent fécond en renseignements que la palpation abdominale, parce qu'on arrive ainsi sur le corps du délit à travers une épaisseur moindre de tissu et parce que c'est sur le bas-fond, le trigone, la paroi postérieure de la vessie que les néoplasmes ont leur siège de prédilection. Par ce mode d'examen, il sera facile de se rendre compte de la souplesse ou de la rigidité des parois vésicales et, constatation importante, d'apprécier le degré de mobilité des organes du petit bassin et spécialement la façon dont la vessie se meut sur le rectum chez l'homme, sur l'utérus chez la femme. Il sera bon, et autant que faire se pourra, tout en agissant avec l'extrême prudence que doit imposer la connaissance d'accidents possibles, tels que la rupture de la vessie, par exemple, il sera bon de faire cette exploration alternativement la vessie pleine et la vessie vide.

En combinant le toucher rectal avec la palpation hypogastrique on aura chez l'homme le summum de renseignements que peuvent donner les manœuvres externes. Rien de ce qu'il est possible de percevoir par le tact n'échappera à cet examen, précieux surtout pour apprécier la mobilité des organes les uns par les autres et reconnaître les adhérences qui pourraient exister. Dans cette dernière éventualité la masse morbide sera absolument immobile. « Nous ne saurions mieux comparer, dit M. Bazy, la sensation qu'on éprouve dans ces cas, qu'à celle que donne l'exploration du petit bassin dans le sexe féminin. Tandis que chez la femme atteinte de corps fibreux de l'utérus on pourra dans la grande majorité des cas, à moins d'enclavement absolu faire mouvoir plus ou moins la tumeur avec l'utérus; dans le cas, au contraire, de pelvi-péritonite ou d'hématocèle un peu considérable cette mobilisation sera impossible. »

Cette combinaison des deux explorations permettra encore de localiser autant qu'il est possible le siège de la tumeur. Par des pressions douces on pourra sentir les points où la tumeur se déplace et ceux où elle donne une sensation de résistance forcée, et inférer de ces résultats le lieu d'implantation. Ce sont là, je ne me le dissimule pas, des analyses de sensations très délicates et on pourrait croire théoriques toutes ces données, si l'observation clinique ne venait pas en démontrer la réalité. A ce titre les observations suivantes sont très démonstratives

OBS. III. — (Résumé extrait du registre du musée de Necker, n° 110.)

L..., menuisier, âgé de 68 ans, entré à l'hôpital Necker le 11 juin 1879.

Depuis trois ans il éprouve quelques douleurs dans le bas-ventre et rend de temps à autre des urines fortement teintées de sang, parfois même il urine du sang pur. Quelques douleurs et un peu de fréquence

de la miction. Une recrudescence de tous ces symptômes l'a obligé de rentrer à la Charité au commencement de l'année 1879. Les urines étant redevenues claires et les douleurs s'étant calmées, il est sorti et a repris son travail. Mais il a été bientôt forcé d'entrer à l'hôpital Necker.

A son entrée, on constate l'état suivant : très grande difficulté à uriner, envies très fréquentes et très douloureuses. Urines d'un rouge sale. Face pâle, amaigrie, téguments jaunes. « Le palper hypogastrique fait constater une tuméfaction mal limitée dans la moitié droite de la région. Par le toucher rectal combiné au palper, on reconnaît que le plancher de la vessie est le siège d'une induration manifeste du côté droit. » L'exploration directe avec le cathéter qui ne pourrait qu'être offensive, sans présenter aucun avantage, n'est pas pratiquée. Les hémorrhagies continuent, le malade va s'affaiblissant et il succombe à l'épuisement deux mois après son entrée.

Autopsie. — La cavité de la vessie est presque entièrement remplie par une masse fongueuse, à surface irrégulière, tomenteuse, qui est recouverte dans la plus grande partie de son étendue par la paroi vésicale, absolument saine dans toutes ses parties, excepté au niveau du point d'implantation du néoplasme. « L'implantation se fait sur la paroi inférieure de la vessie, du côté droit, dans une étendue de 6 à 7 centimètres dans tous les sens. » Le tissu même de la tumeur est saignant et entièrement friable.

OBS. IV. — (Résumé extrait du travail de M. Féré.)

N... (François), 60 ans, entre le 11 mars 1880 à la salle Saint-Vincent, de l'hôpital Necker, service de M. Guyon.

Hématuries depuis deux ans, se produisent à peu près tous les quinze jours, sans douleur, sans cause appréciable et durent environ une journée.

Souffre seulement depuis trois mois lorsqu'il rend de petits graviers phosphatiques ou des caillots.

Quelques jours après son entrée son urine, qui en dehors des hématuries était claire, commence à se troubler et à former un dépôt purulent.

22 mars. Examen sous le chloroforme: l'explorateur métallique ne peut pas pénétrer dans la vessie. Le toucher rectal fait constater que la prostate est peu volumineuse, souple, sans bosselure; au-dessus on sent la vessie qui donne une sensation de mollesse, comme si elle contenait du liquide.

Le cathétérisme pratiqué avec une sonde molle à béquille, laisse

écouler environ 150 grammes de liquide très rouge, qui paraît être du sang pur.

La vessie une fois vide, le toucher rectal combiné avec la palpation abdominale permet de sentir nettement en arrière et au-dessous de la prostate, « une tumeur vésicale développée surtout à droite et paraissant avoir le volume d'une petite orange. » Cette tumeur est assez résistante, et grâce à la résolution complète dans laquelle se trouve le malade, on peut facilement en sentir les bosselures par la palpation abdominale.

Mort le 14 avril.

Autopsie. (J'ometts les détails qui ne se rapportent pas à la vessie.) La vessie ouverte par la face antérieure présente à considérer « une tumeur en forme de champignon irrégulier et végétant, du volume d'un œuf de dinde, offrant sur toute sa convexité une surface inégale, » comme hachée sur certains points où sa substance paraît presque diffluente.

Au milieu de ces détritons on remarque quelques graviers phosphatiques et une petite plaque calcaire de 2 centimètres carrés qui est appliquée sur la face antérieure de la tumeur sans y adhérer. La « tumeur se rétrécit légèrement vers son point d'implantation, qui a bien 5 ou 6 cent. carrés d'étendue et est situé en dehors et en arrière de l'uretère droit, » qui se trouve pour ainsi dire circonscrit par la tumeur...

Dans son travail M. Bazy rapporte que dans un cas qu'il a observé à l'Hôtel-Dieu, il a pu en distendant modérément la vessie obtenir une sensation de ballotement, lorsque le doigt placé dans le rectum, il déprimait brusquement la paroi abdominale derrière la symphyse du pubis.

On trouve décrit dans la thèse de Rauschenbusch un mode d'exploration conseillé par Volkmann sous le nom d'examen bimanuel de la vessie par le rectum. Il consiste à introduire chez le sujet chloroformé un ou deux doigts de la main gauche, suivant l'âge, dans l'intestin aussi profondément que possible, tandis qu'un aide presse avec ses deux mains sur la région hypogastrique et repousse la vessie vers les doigts du chirurgien. De cette manière chez les personnes maigres, quand la vessie est vide et que la prostate n'est pas trop développée on peut très bien exa-

miner le sommet de la vessie. Quand le chirurgien rencontre quelque disposition anormale, il glisse sa main droite sous celles de l'aide et ainsi saisit dans sa propre main la partie malade de l'organe, ce qui lui permet de prendre une connaissance aussi exacte que possible des lésions.

Toutes ces manœuvres doivent être pratiquées avec une extrême douceur et je n'hésite pas à déclarer que la plus simple, c'est-à-dire le toucher rectal et vaginal combiné à la palpation hypogastrique, est la meilleure. Ce n'est pas, je crois, sans danger que l'on se livrerait à l'exploration longue et laborieuse conseillée par Wolkman, lorsqu'on a vu le cathétérisme vésical fait avec la plus grande prudence et la plus grande habileté déterminer des accidents promptement mortels.

La perte de la souplesse des parois de la vessie, l'immobilité de l'organe, son épaissement constatés par le toucher rectal et vaginal et par le palper hypogastrique ne sont pas des preuves absolues d'infiltration néoplasique et il faudra bien entendu que les autres symptômes présentés par le malade et la marche de l'affection s'accordent avec la probabilité d'un néoplasme. C'est ainsi que sans parler des cas où la vessie hypertrophiée peut, lorsqu'elle est vide, donner la sensation d'un corps ferme et dur, je rappellerai qu'assez souvent les parois vésicales présentent, sous l'influence d'un processus inflammatoire chronique, un épaissement, une induration plus ou moins étendus, qui peuvent tout à fait donner le change avec un néoplasme, et le diagnostic sera bien difficile pour ne pas dire impossible, si à ces signes physiques se joignent des signes rationnels de tumeur comme l'hématurie (1).

(1) Je rappellerai à ce sujet ce que j'ai déjà dit à savoir : que tandis que dans les tumeurs vésicales, les douleurs, les signes d'irritation

L'observation suivante, empruntée au travail de Féré, et que nous résumons dans ses traits principaux est un exemple de la difficulté de ce diagnostic :

Obs. V. — (Résumé extrait du travail de M. Féré.)

Femme M..., 30 ans, tapissière, entre le 30 avril 1880, à l'hôpital Necker, salle Sainte-Cécile, n° 2, service de M. Guyon.

Elle fait remonter sa maladie à 1873; s'étant levée trois jours après son accouchement, elle crut sentir « que quelque chose lui craquait dans le ventre et se déplaçait » Rien de particulier jusqu'en 1877, sauf « une sensation de relâchement dans le bas-ventre. » A cette époque et en même temps douleurs paroxystiques dans les lombes, avec irradiation vers le sacrum et vers les aines, douleurs en urinant et surtout après. Par moment et surtout à l'occasion d'une fatigue la malade avait des urines sanglantes, succédant à des accès de coliques néphrétiques plus douloureux qu'à l'ordinaire. Urines ordinairement rendues en quantité normale, mais troubles, avec un dépôt blanchâtre contenant presque toujours des filets rouges ou des petits caillots sanguins.

Douleurs très vives à son entrée à l'hôpital, il lui semble « qu'on lui arrache le rein », et 3 ou 4 fois par jour elle a des paroxysmes avec irradiations dans les régions lombo-iliaques et inguinales, quelquefois même le long des cuisses jusqu'aux genoux. Pendant ces accès, miction fréquente et peu abondante, urine rendue presque goutte à goutte et avec douleur très vive le long de l'urèthre. Tous les phénomènes douloureux cessent tout à coup avec l'émission d'une certaine quantité d'une urine rouge ou rose. De temps en temps on trouve dans les urines des graviers irréguliers d'apparence phosphatique, du volume d'un pois. Dans l'intervalle des paroxysmes, la miction est toujours fréquente et douloureuse (10 à 15 fois par nuit et le double le jour).

Le toucher vaginal permet de sentir une tuméfaction extrêmement douloureuse du fond de la vessie, surtout marquée à droite. Cette tuméfaction, de consistance molle, donne la sensation d'une masse fongueuse du volume d'un petit œuf, accolée contre le col utérin dont elle est séparée par un sillon concave en arrière. Pas de ganglions engorgés. L'état général est resté bon, pas de fièvre.

sont tardifs, dans les cystites, les phénomènes douloureux, les envies fréquentes d'uriner, les altérations des urines sont hâtifs et dominant presque entièrement la symptomatologie.

Tisane de bourgeons de sapin, capsules de térébenthine, instillations intra-vésicales de borate de soude.

Jusqu'au 10 juin pas d'amélioration notable, alors seulement la tuméfaction de la base de la vessie commença à diminuer de volume et à devenir moins douloureuse. Diminution très rapide; le 18 on ne sentait plus qu'un épaississement à peine appréciable. Les symptômes douloureux s'étaient aussi graduellement amendés, mais la miction était toujours restée fréquente et pénible, et de temps en temps revenaient les accès de coliques néphrétiques avec pissement de sang.

19 mai. M. Guyon pratique la dilatation de l'urètre sous le chloroforme, à l'aide de son dilatateur pour la lithotritie périnéale et il la pousse jusqu'à ce que l'introduction de l'index soit devenue facile. L'exploration directe ne permet de rencontrer à l'intérieur de la vessie, vers la partie postérieure du trigone, qu'une surface tomenteuse, comme boursoufflée, mais pas de tumeur.

La dilatation et l'exploration n'ont déterminé qu'un léger saignement, dont on s'est facilement rendu maître par un lavage à l'eau boratée; mais après son réveil la malade souffrit pendant toute la journée. L'incontinence d'urine fut complète pendant quatre jours, puis la malade commença à retenir ses urines pendant le repos.

Depuis la dilatation uréthrale, les coliques et les douleurs en urinant et après avoir uriné n'ont pas reparu, mais l'incontinence a persisté à un certain degré pendant six semaines. Le sang n'a pas reparu dans les urines qui sont assez claires, mais qui laissent toujours un léger dépôt blanchâtre. La malade n'urine plus que 10 fois en 24 heures.

30 juillet. Le toucher vaginal ne révèle plus aucun épaississement, le fond de la vessie est souple et peu douloureux. La malade part en convalescence au Vésinet.

« Il est probable, ajoute Féré, qu'il s'agit ici d'un phlegmon péri-urétral développé sous l'influence de l'irritation provoquée par le passage de graviers trop volumineux, ou trop rugueux. Plusieurs tumeurs inflammatoires de ce genre ont déjà été observées par M. Guyon dans les mêmes circonstances. »

Nous tenons à faire remarquer que si chez cette malade l'examen vaginal révélait une infiltration morbide des parois de la vessie, par contre le peu d'abondance des hématuries et leurs autres caractères d'une part, d'autre part la

violence, le siège et la précocité des douleurs ne s'accordaient guère avec l'idée d'un néoplasme. En un mot, cette observation est bien propre à montrer la prédominance de la valeur des signes fonctionnels sur la valeur des signes physiques.

C. Cathétérisme vésical. — Ce mode d'exploration, que *a priori* on serait tenté de regarder comme le plus utile au diagnostic des néoplasmes vésicaux, donne le plus souvent des renseignements négatifs, alors même qu'il existe réellement une tumeur dans la vessie. C'est là une première remarque qu'il importe de faire tout d'abord; une seconde non moins importante, c'est que le cathétérisme même *bien fait* et par *les mains les plus habiles* peut provoquer des hémorragies rapidement mortelles, ainsi qu'en font foi les observations de Cruveilhier, Leudet (1), Tufnell (2), Rendu (3), Langlebert (4), Guyon (5), etc. La crainte de ces hémorragies est si grande pour notre maître M. Guyon, qu'il avait établi comme règle absolue jusqu'à ces derniers temps, qu'il ne fallait pas sonder les malades atteints de tumeur de la vessie, en dehors bien entendu des cas où la présence de caillots ou l'existence de quelques autres accidents forcent la main au chirurgien. Aujourd'hui cette règle ne doit plus être aussi absolue, puisqu'il ne s'agit plus seulement de constater l'existence d'un néoplasme, mais d'en apprécier le siège, le volume, la consistance et les contours; la nécessité d'un diagnostic rigoureux doit faire passer outre.

(1) Leudet. Bull. Soc. anat., 1852, p. 301.

(2) Tufnell. Dublin, Quat. Journ. méd. sc. 1865, vol. 59, p. 470.

(3) Rendu. Bulletin Soc. anat., 1869, p. 543.

(4) Langlebert. Bull. Soc. anat., 1876, p. 256.

(5) Féré. Loc. cit., p. 74.

Ce cathétérisme sera toujours pratiquée autant qu'il sera possible, en dehors des périodes hématuriques, lorsque le malade se sera reposé quelque temps au lit; il sera conduit avec prudence et légèreté de main, l'exploration sera très courte.

La nature et la forme de l'instrument explorateur a une certaine importance. L'instrument le meilleur est la sonde exploratrice métallique à bec court, dépourvue d'yeux sur ses parties latérales. Je ne crois pas qu'on puisse tirer grand profit des instruments à yeux ouverts dans lesquels l'engagement de fragments du tissu morbide est considéré par certains comme une heureuse chance pour le diagnostic. Le cathétérisme est bien moins pratiqué, je le répète, dans le but de reconnaître la nature du néoplasme que de préciser sa forme, son volume et son siège, et les yeux tranchants de l'instrument risqueraient d'imposer une offense de plus à l'organe malade.

Enfin, dans certaines circonstances de vessie irritable, se révoltant au moindre contact, le sommeil anesthésique poussé très loin, comme dans le temps de l'aspiration de la lithotritie, sera parfaitement indiqué, surtout si la vessie étant vide on prévoit la nécessité d'une injection intra-vésicale.

Ces restrictions au cathétérisme et ces recommandations expresses à sa pratique faites, voyons ce que peut donner ce mode d'exploration. Le bec de la sonde pénétrant dans la vessie atteinte de néoplasme peut dévier de sa direction, il peut transmettre des sensations de rugosités, d'inégalités des parois de la vessie, il peut en troisième lieu révéler des sensations très vagues qu'il faut recueillir avec le plus grand soin, enfin il peut ne rien indiquer. A chacune de ces sensations correspondent des

tumeurs de siège, de dimensions, de forme et jusqu'à un certain point de nature différentes.

En effet, le bec de la sonde est-il dévié d'un côté ou de l'autre? en doit-on inférer qu'il existe une tumeur remplissant tout le côté opposé de la vessie, et tandis que l'instrument pourra se mouvoir aisément du côté sain et être ramené jusqu'au contact du col, il sera empêché du côté malade, la tumeur se logeant dans la concavité du bec de l'instrument. M. Bazy a constaté ce fait de la façon la plus nette chez son malade avant l'opération et plusieurs fois M. le professeur Guyon nous en a rendu témoin, en procédant comme il a l'habitude de le faire pour la recherche des dimensions des calculs, c'est-à-dire mettant l'indicateur de la main gauche sur le cathéter au niveau du méat au moment du premier contact et le maintenant en cet endroit jusqu'à ce que le contact cesse pendant qu'il retire l'instrument. Le pédicule ou même le point d'implantation du néoplasme peut être ainsi reconnu. Si la tumeur siège sur le bas-fond, la même manœuvre peut être possible; si elle s'implante sur la face postérieure, sur le sommet ou la face antérieure, les renseignements seront bien plus confus. Dans le second cas que j'ai supposé, les sensations d'indurations, de rugosités, demandent la plus grande circonspection dans leur analyse. « En effet, dit M. Bazy, quand on explore une vessie qui souffre depuis longtemps, qui a été obligée de lutter contre un obstacle quelconque à l'émission de l'urine, ses parois sont épaissies et de plus la vessie se contracture et cherche à chasser l'instrument qu'elle contient. Dans ces conditions, les fibres entrecroisées de la couche interne ou plexiforme de la tunique musculuse se contractent et font à l'intérieur de la vessie des saillies sous formes de colonnes; ces colonnes indurées