

pourraient en imposer pour un néoplasme; mais le bec en les parcourant éprouve une série de ressauts caractéristiques que la main perçoit très nettement. De plus, le malade à ce moment souffre et fait des efforts synergiques à ceux du muscle vésical. Ces saillies formées par les colonnes se retrouvent du reste à droite et à gauche, à la base et au sommet. Il faut être prévenu de cette particularité pour éviter l'erreur. » J'ajouterai de plus que l'anesthésie en laissant l'organe flasque et au repos permet de se mettre à l'abri de toutes ces surprises.

L'observation suivante est un bel exemple de ce que peut donner l'exploration vésicale avec le cathéter.

OBS. VI. — (Résumé extrait du registre du musée de Necker, n° 92.)

S... (Louis), âgé de 69 ans, entre le 27 septembre 1877, salle Saint-Vincent, n° 14 à l'hôpital Necker.

Début il y a huit mois par des hématuries sans douleur et sans cause appréciable. Depuis cette époque « jamais » les urines n'ont été absolument exangues, mais leur coloration a bien varié suivant la quantité de sang rendu. A plusieurs reprises émission de caillots douloureux, mais jamais de rétention.

*Etat à son entrée à l'hôpital.* — Anémie profonde, anxiété; facies jaune-paille.

10 octobre. Exploration du canal. Canal libre.

*Exploration de la vessie.* — Le col n'est aucunement douloureux non plus que le corps. Vessie épaisse à grosses colonnes. Pas la plus petite hémorragie pendant cet examen. Le toucher rectal combiné avec le palper abdominal ne donne aucun renseignement appréciable, prostate un peu grosse.

Cet examen est suivi d'un petit mouvement fébrile; les urines ne sont pas plus sanglantes, mais elles sont très fortement alcalines et ont une odeur fétide et repoussante.

Le 20. La fièvre a cessé depuis quelques jours; on pratique une seconde exploration de la vessie avec la sonde d'argent, et, cette fois, « on constate à gauche et au fond la présence d'une petite masse du volume d'une noix, masse contre laquelle vient butter la sonde et qui fait rebondir cet instrument. Les données ainsi obtenues sont très net-

tes, et d'après elles, on peut parfaitement dessiner la forme, le volume et la position du néoplasme... »

Mort le 22 décembre.

*Autopsie.* — Vessie assez spacieuse, à parois épaisses et irrégulières; la muqueuse grisâtre est très inégale: elle est couverte de plis limitant un grand nombre de cavités aréolaires. « Presque dans le bas-fond, à gauche, on trouve une tumeur du volume d'une grosse noix; elle a assez exactement la forme d'un champignon » et à la coupe elle semble de consistance assez dure. Cette tumeur cancéreuse qui se dirige sur le col de la vessie ne l'atteint cependant pas.

Lorsque la sonde promenée dans la vessie rencontre un de ces néoplasmes végétants en forme de longs filaments arborescents en suspension dans le liquide contenu dans la vessie, elle transmet à la main qui la manœuvre une sensation que M. Guyon compare à celle qu'on éprouve en caressant avec le bec de la sonde une barbe soyeuse; il semble que l'instrument s'enfonce dans une substance spongieuse ou qu'il effleure une surface veloutée.

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

Le nommé Léonard, 55 ans, entre le 8 octobre 1878 à l'hôpital Necker, dans le service de M. Guyon.

Hématurie depuis deux ans. Pas de mictions fréquentes. Les urines du matin contiennent quelquefois du sang. L'hématurie dure un mois de suite. N'a pas maigri. Quand il marche, douleurs dans le bas-ventre. La prostate ne présente rien de particulier. Le sang vient en finissant, mais ne se mêle pas à l'urine, excepté quand il est extrêmement abondant.

Aucun symptôme de cystite. En finissant d'uriner il n'y a pas le moindre effort. Rétrécissement peu étroit, mais dur, de la région péniennne (n° 8).

Exploration avec la sonde métallique. Paroi gauche de la vessie très tomenteuse dans une bonne étendue, comme si le bec de la sonde était dans de la barbe.

*Diagnostic.* — Fongus bénin près du col.

Rien dans les testicules.

Enfin il peut arriver qu'il existe bien réellement un néo-Pousson.

plasme dans la vessie sans que l'examen le plus minutieux de toutes les régions par la sonde révèle absolument rien, pas la moindre sensation de contact. Cet examen négatif répond à ces cas de polypes villex à ramifications extrêmement délicates et mobiles qui flottent dans la vessie et ont leur point de départ exclusivement dans la muqueuse. J'apprécierai la valeur de ces renseignements négatifs, lorsque je discuterai les indications et les contre-indications opératoires.

*Exploration digitale de la vessie.* — Voilà certes un moyen de diagnostic qui, d'une façon générale, prime tous les autres, et on ne saurait nier que le doigt dans une foule de circonstances l'emporte même sur les yeux pour constater les lésions situées dans la profondeur des conduits naturels. En gynécologie, par exemple, le toucher vaginal laisse loin derrière lui le spéculum lorsqu'il s'agit d'apprécier les changements de volume, la mobilité de l'utérus, mais dans le cas particulier qui nous occupe, ce mode d'investigation donne-t-il tout ce qu'on est en droit d'en attendre ailleurs? Peut-il renseigner avec facilité, efficacité et sûreté (*With ease, efficiency and safety*) (1)? Les chirurgiens anglais, et à leur tête Henri Thompson, Lund, Whitehead n'hésitent pas à répondre par l'affirmative et usent de ce moyen même chez l'homme à l'aide d'une opération préliminaire. En France, il n'est guère dans les habitudes chirurgicales de faire ces opérations surtout lorsqu'elles exigent la création de voies artificielles, et on n'a recours à la dilatation des conduits na-

(1) On exploration of the Bladder by perineal section of the urethra, as a means of diagnosing obscure vesical diseases, and of removing the cause when it consists of tumour, encysted calculus, etc., par sir H. Thompson. The Lancet, 3 février 1883, p. 181.

turels et à l'incision exploratrice que pour confirmer un diagnostic déjà presque assuré et lorsqu'on sait que cette opération préliminaire servira en même temps à reconnaître et à guérir l'affection. Cette question touche de trop près à la thérapeutique, tant au point de vue de son opportunité que de son procédé opératoire, pour que nous ne réservions pas son étude au chapitre du traitement.

Je crois pouvoir conclure de la symptomatologie des tumeurs vésicales que je viens d'exposer, que le diagnostic est possible dans un bon nombre de faits. Il peut se résumer de la façon suivante : constatation des hématuries permettant d'affirmer la présence du néoplasme; diagnostic médical toujours facile dans la très grande majorité des cas; constatation d'induration, de rugosités, de saillie, soit par le toucher et la palpation, soit par le cathétérisme; diagnostic chirurgical toujours délicat mais possible dans un très grand nombre de cas. Lorsque par les divers modes d'exploration on ne sent rien et que le malade présente les hématuries caractéristiques, l'importance de ces dernières est tellement capitale que la présomption d'un néoplasme ne saurait être abandonnée.

Je donne ici sous forme de tableau en regard les renseignements cliniques et les lésions anatomiques observés chez les malades, dont les observations et les pièces sont conservées au musée de l'hôpital Necker.

TABLEAU où l'on met en regard les renseignements fournis par les divers modes d'exploration et les lésions anatomiques dans dix observations extraites du registre du musée de l'hôpital Necker.

Nos de LA PIÈCE.	RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR			SIÈGE, CONNEXIONS VOLUME DE LA TUMEUR trouvée à l'autopsie.
	La palpation hypogastrique.	Le toucher rectal.	Le cathétérisme.	
11 Préparée par M. Molinier.	*	Sensation d'incrustation vésicale.	Sonde proménée sur la paroi vésicale perçoit une sensation de frotement, comme sur du cuir neuf. La muqueuse de la vessie paraît sèche. En retirant la sonde on éprouve une résistance.	Masse cancéreuse inégale, anfractuuse, ayant envahi la prostate, le trigone et une partie du bas-fond.
12 Préparée par M. Molinier.	*	*	Incrustation au niveau du col. Vessie très saillante.	Cancer envahissant toute la paroi antérieure.
26 Préparée par M. Reverdin.	Bien que la vessie ait été vidée par le cathétérisme, on sent à l'hypogastre une tumeur mal limitée et dure.	Prostate volumineuse bosselée, dure. Au-dessus d'elle on sent une sorte de plafond rigide paraissant formé par le bas-fond de la vessie.	Vessie très sensible. Le bec de la sonde ne peut exécuter aucun mouvement dans son intérieur.	Vessie petite à parois très épaisses. Son fond est infiltré de bosselures de tissu pathologique, qui font également saillie du côté du cul-de-sac vésico-rectal. Les deux feuillets de ce cul-de-sac sont réunis par des adhérences.
35 Préparée par M. Rendu.	*	Empâtement assez volumineux, mais circonscrit au niveau de la prostate.	Déviation du bec de la sonde à droite.	Parois de la vessie racornies et ratatinées, d'où diminution considérable de sa cavité. Leur épaisseur dépasse un centimètre. Toute la surface de la muqueuse est hérissée de saillies, qui ont leur maximum sur les côtés et la paroi antérieure.
92 Négatif.	Négatif.	Rien d'appréciable.	Vessie épaisse à grosse colonne.	Vessie assez spacieuse, à parois épaisses et irrégulières; nombreux plis dans la constitution de la paroi vésicale.
104 Préparée par M. Bazy.	Nodules durs infiltrant la paroi antérieure de la vessie et formant comme un second pubis (péricystite).	*	*	Végétations néoplasiques en forme de choux-fleurs sur les parois supérieure et antérieure.
110 Préparée par M. Monod.	*	Tout le plancher de la vessie est le siège d'une induration manifeste.	*	Enorme masse fongueuse remplissant toute la cavité vésicale et s'implantant sur la paroi inférieure de la vessie du côté droit dans une étendue de 6 à 7 centimètres dans tous les sens.
114 »	*	*	Le bec de la sonde sent des espèces de rugosités comme si on avait affaire à des colonnes de la vessie.	Fongus sous forme de polype occupant surtout la face postérieure et la face inférieure de la vessie.
116 Préparée par M. Guiard.	Globes volumineux et résistant simulant la vessie distendue par l'urine.	Tumeur fluctuante à surface régulière au-dessus de la prostate.	*	Parois de la vessie considérablement augmentées d'épaisseur, sur le bas-fond et la paroi postérieure tuméur énorme remplissant toute la cavité du réservoir et implantée par une très large base sur le côté droit du trigone.

N.-B. — Nous ne donnons pas ici le résumé de toutes les observations du registre de la collection anatomo-pathologique de Necker, parce que parfois l'observation est incomplète, le malade, très affaibli au moment de son entrée dans les salles, n'ayant pas été soumis à un examen de détail, ou bien parce que les lésions étaient si évidentes que la dégénérescence de la vessie ne pouvait être un moment mise en doute. Nous ne comprenons pas non plus dans ce tableau les observations que nous rapportons dans le texte courant.