

delà de ces limites, s'infiltrant dans l'épaisseur des tuniques jusqu'à 5 ou 6 centimètres tout autour de la zone paraissant à première vue seule malade.

Le reste de l'organe est sain : rien du côté du bas-fond ni du côté du col. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Examinés avec le plus grand soin, tous les organes nous ont paru absolument indemnes de dégénérescence.

Mais nous devons signaler la présence d'un noyau ovalaire du volume d'une amande, dur, coriace, enclavé dans le corps caverneux. C'est là, comme je l'ai dit dans mon texte une propagation rare du cancer de la vessie et que M. Guyon n'a vu qu'une autre fois, mais qui contre-indique toute intervention.

L'examen histologique de la tumeur vésicale a montré qu'ils'agissait d'un épithélioma.

Obs. IX (inédite. Communiquée par mon excellent collègue et ami Launois). — Sommaire: Hématurie soudaine et abondante il y a quatre mois. Mictions fréquentes et douloureuses depuis quelques semaines. Epaissement et induration de la paroi postérieure et du bas-fond de la vessie. Néoplasme infiltré ne réclamant une intervention que si les douleurs se prononcent.

Le nommé V... (Joseph), âgé de 72 ans, entre à l'hôpital Necker, salle Saint-Vincent, n° 27, le 18 mai 1884.

Le malade s'était déjà présenté huit jours avant à la consultation externe et avait été examiné à cette époque. Il n'a jamais été malade, et dans ses antécédents nous devons signaler seulement des accidents peu importants du côté des voies urinaires.

A 18 ans, il a une première blennorrhagie, qui dure deux mois et guérit complètement, sans être suivie de goutte militaire. Huit ans après deuxième blennorrhagie, guérit aussi facilement et complètement; Il y a trois ans, à l'âge de 69 ans, troisième blennorrhagie et chancres mous tout à la fois.

Depuis les premiers jours de février de cette année, le malade présente les phénomènes suivants. Il a eu à cette époque une hématurie abondante survenue dans la matinée brusquement, sans cause, sans fatigue d'aucune sorte, sans douleur; le sang rendu était, au dire du malade, intimement mélangé à l'urine; cet écoulement dura cinq jours. A plusieurs reprises depuis, l'hématurie s'est reproduite toujours sans cause. La miction est devenue plus fréquente et douloureuse; depuis quelques jours elle exige de très violents efforts.

V... a une pointe de hernie inguinale du côté gauche. La palpation à l'hypogastre est douloureuse, le canal est libre. La prostate est basse et facilement accessible; elle est volumineuse.

L'hématurie et la douleur persistant, V... entre à l'hôpital le 18 mai. Le toucher rectal est pratiqué de nouveau; comme la première fois on reconnaît que la prostate est grosse; sa consistance est normale; mais son bord supérieur se confond avec une masse dure, épaisse, formée par les parois mêmes de la vessie. Cette portion devient plus accessible, si on combine le toucher rectal avec la palpation hypogastrique. M. le professeur Guyon pense qu'il s'agit dans ce cas d'une tumeur ou plutôt d'une infiltration néoplasique des parois mêmes du réservoir urinaire.

On prescrit de la limonade sulfurique; une potion à l'extrait mou de quinquina et des ventouses à la région lombaire. Le malade gardera le plus possible le repos au lit.

Depuis son entrée, l'hématurie persiste, la quantité de sang rendu est très variable. Souvent l'urine contient des caillots noirâtres, parfois cependant le malade rend une urine claire contenant simplement du mucus. Il a maigri, mais ne présente pas de véritable cachexie.

Le malade demeure en observation, M. Guyon se proposant d'intervenir si la douleur devient plus vive et les hématuries plus abondantes.

Cinq observations d'opération de tumeur de la vessie.

Obs. X (personnelle). — Sommaire: Première hématurie il y a six mois. Pas ou très peu de douleur. Les pertes de sang très abondantes et très rapprochées déterminent l'intervention. Incision hypogastrique; curage de la vessie. Cessation immédiate et absolue des hématuries. Malade reprend des forces et quitte l'hôpital deux mois après. Il peut se livrer à ses occupations. Mais trois mois après nouvelles hématuries, qui deviennent subintrantes et plongent de nouveau le malade dans l'adynamie. Nouvelle opération: emploi de l'anse galvanique. Les hématuries disparaissent comme la première fois; mais très affaibli, le malade succombe épuisé. Autopsie. Remarquable résultat opératoire.

G..., âgé de 58 ans, exerçant la profession de mécanicien, entre à la salle Saint-Vincent, n° 20, le 12 novembre 1883, pour des hématuries se répétant à intervalles irréguliers depuis plusieurs mois.

Son père est mort à 38 ans de phthisie pulmonaire. Sa mère a succombé à 77 ans à une affection que les renseignements donnés par le malade ne permettent pas de caractériser exactement. Elle n'aurait pas été malade longtemps et aurait eu un abcès à la cuisse?

G... n'a ni frère ni sœur. Il est marié et père de 4 enfants en bonne santé.

Il s'est lui-même, dit-il, toujours très bien porté et n'accuse d'autres antécédents morbides qu'une douleur qu'il aurait eue dans l'hypochondre droit, il y a cinq ans, et qui aurait cédé à l'application de vésicatoires répétés.

Il n'a jamais eu de blennorrhagie, ni aucune affection des organes génito-urinaires.

Le 25 mars dernier, sans aucune espèce de cause, sans aucun phénomène prémonitoire, en sortant de déjeuner, G... a pissé pour la première fois du sang rouge, liquide, mélangé à l'urine; cela sans la moindre douleur. Cette hématurie se reproduisant à toutes les mictions pendant plusieurs jours, le malade se décida à consulter un médecin, qui ordonna de la tisane de bourgeons de sapin et une potion au perchlorure de fer. Comme il ne souffrait pas et qu'il urinait facilement, le sang ne se prenant pas en caillots dans la vessie, G... continua son travail. Les mouvements, la fatigue du jour, nous raconte-t-il, n'augmentaient pas la quantité du sang dans les urines; le repos de la nuit par contre était suivi de l'émission d'une urine plus foncée et quelquefois même le malade rendit le matin des caillots.

Le 1^{er} mai le sang devint subitement plus abondant; des caillots se formèrent et empêchèrent la sortie du contenu de la vessie. Le malade s'imagina alors de se faire lui-même des injections dans l'urèthre à l'aide d'une petite seringue de verre. Cela ne rendit guère plus facile la miction et le 12 mai le malade ne pouvait plus pour ainsi dire uriner. A ce moment G..., s'aperçut que ses forces avaient considérablement faibli; il était pâle, amaigri; ses jambes étaient enflées.

Le médecin consulté de nouveau ne voulut pas exposer la vessie au danger d'une exploration; il fit continuer la potion au perchlorure de fer, prescrivit le régime lacté, quelques bains de siège et le repos absolu.

Après quelques jours les hématuries cessèrent complètement, les urines devinrent claires et limpides. Cette cessation des hématuries dura trois semaines. A cette époque on essaya de faire l'exploration de la vessie, mais la sonde s'arrêta dans le canal et ne put être introduite plus avant.

A la fin de juin les hématuries reparurent avec les mêmes caractères que précédemment, c'est-à-dire que le sang était mélangé aux urines, formant de temps à autre quelques caillots rendant les mictions difficiles; celles-ci du reste n'étaient jamais douloureuses ni beaucoup plus fréquentes qu'à l'état normal. Cette nouvelle période d'hématurie dura deux à trois semaines, puis fut suivie d'une rémission de quelques jours. Depuis ce moment et à des époques que le malade ne peut exactement préciser, les hématuries se sont reproduites plusieurs fois, séparées par des périodes où les urines redevenaient très limpides.

Cependant le malade a continué à s'affaiblir et lorsqu'il entre dans la salle Saint-Vincent, il offre les signes d'une cachexie assez avancée. Il est très amaigri; très pâle; les téguments sont jaunes et les muqueuses décolorées. Membres inférieurs œdématisés. Diarrhée; peu d'appétit; toutefois le malade conserve les aliments qu'il ingère plus par raison que par désir. Pas de fièvre; bruit de souffle anémique au cœur.

A son entrée G... est en pleine hématurie. Les urines sont très foncées; elles laissent déposer au fond du bocal quelques grumeaux fibreux. Elles sont acides et n'exhalent aucune mauvaise odeur. Pas d'éléments figurés particuliers en suspension, sauf des globules rouges et des cellules épithéliales vulgaires.

Par la palpation hypogastrique on constate un peu d'empatement du côté droit; la paroi abdominale se laisse moins bien déprimer en ce point que du côté opposé. Au toucher rectal on sent manifestement une induration de la paroi vésicale postérieure du côté droit et en combinant avec ce toucher la palpation de l'hypogastre, on sent très bien quelque chose interposé entre les deux mains exploratrices.

Traitement. — Extrait de quinquina, tannin à l'intérieur; pointes de feu sur la région hypogastrique.

16 novembre. Plus de sang dans les urines, qui sont parfaitement limpides et ne dénotent l'existence d'aucun catarrhe vésical.

Le 20. Cathétérisme très facile, le canal et la prostate ne présentent aucune altération pathologique; la sonde donne la sensation d'une masse pâteuse et molle, implantée sur le côté droit du col et empiétant un peu sur le bas-fond. Elle mesure environ 3 centimètres à sa base.

Le 21. Le malade n'a éprouvé aucune souffrance à la suite du sondage; pas de fièvre; mais hématurie abondante.

Le 25. Urines claires.

Le 28. Nouvelle hématurie cessant le 30.

5 décembre jour de l'opération, le malade était en pleine hématurie.

Opération. — Anesthésie par le chloroforme très facilement obtenue. Lavage à l'acide phénique de la région hypogastrique préalablement rasée. Spray, Rien de spécial dans les préparatifs de l'opération, qui se fait très régulièrement suivant les procédés désormais bien réglés de la taille hypogastrique. 300 grammes de liquide dans le ballon rectal. 250 grammes de la solution d'acide borique (4 0/0) dans la vessie; verge liée sur la sonde.

Incision de 6 à 7 centimètres sur la ligne médiane, empiétant un peu sur le pubis. Deux pinces à forcipressure doivent être appliquées sur les deux bouts d'une petite artériole sous-cutanée. L'aponévrose est mise à nu et incisée sur la ligne médiane, sans qu'on se préoccupe de passer dans l'espace intermusculaire des deux droits. On découvre alors

le tissu graisseux, jaunâtre, prévésical; un coup de la pulpe du doigt le refoule vers l'angle supérieur de la plaie et met à nu la vessie qui montre son globe grisâtre sillonné de grosses veines bleues. On incise le réservoir et un flot de liquide incolore s'en échappe. Les deux lèvres de la plaie vésicale sont alors saisies chacune dans une anse de fil confiée à deux aides qui tirent légèrement dessus de façon à attirer la vessie et à entrebâiller son ouverture. La sonde urétrale est enlevée. Le doigt introduit dans la vessie reconnaît la tumeur présumée sur le côté droit du col; elle est saillante, du volume d'un très petit œuf de poule, très nettement pédiculée, autant qu'il est permis de le constater, ce pédicule a 2 à 3 centimètres de diamètre. Très friable, la masse néoplasique s'écrase entre les doigts; cependant on applique sur sa base un serre-nœud, afin d'obtenir une section plus régulière. Il s'écoule une très minime quantité de sang, le doigt se promène alors sur une surface lisse, cruentée, régulière mais indurée. Près de la surface du pédicule et au-dessus on trouve une excroissance polypiforme du volume d'un gland de chêne et qui tombe à la simple traction des doigts. L'exploration du réservoir vésical avec les doigts ne révèle plus aucune végétation dans son intérieur. On absterge la cavité vésicale avec des éponges montées et on cherche à voir par le regard l'état de la muqueuse; cet examen est difficile malgré la béance de l'incision hypogastrique et les renseignements fournis par les doigts sont bien autrement précieux. Lavage à grande eau boriquée (solution à 4 0/0), 8 à 10 seringues par l'incision hypogastrique; jusqu'à ce que le liquide ne soit plus que légèrement teinté en rose. Les deux gros tubes adossés sont suivant la pratique ordinaire placés dans le fond de la vessie et maintenus à son contact pendant le dégonflement du ballon rectal; on les fixe alors à la peau de l'abdomen par deux points de suture métallique.

L'incision de l'hypogastre est rétrécie au-dessus des tubes par deux points de suture profonde rapprochant les muscles droits, tandis que deux autres points superficiels assurent la coaptation des téguments. Après avoir vérifié le fonctionnement des tubes et constaté qu'il ne revient plus de la vessie qu'une eau à peine teintée, on procède à l'application d'un large pansement de Lister, recouvert d'une épaisse couche de ouate et exerçant sur la partie supérieure de la plaie une compression suffisante.

L'état du malade est très satisfaisant, il n'a presque pas perdu de sang, son pouls est excellent. L'opération, y compris les préparatifs, a duré quarante-cinq minutes.

Le soir à 5 heures le malade se plaint d'être gêné par des gaz intestinaux; le ventre est en effet un peu ballonné, mais il n'est pas douloureux; le malade n'a eu ni nausées, ni vomissement. Le pouls est régulier, plein, 96. Température 38,4. Le pansement n'est pas

mouillé extérieurement, les tubes ont bien fonctionné et ont donné issue à 150 grammes d'urine très légèrement teintée en rouge. En défaisant le pansement on s'aperçoit que les premières pièces seulement au contact de la plaie sont mouillées. Lavage de la vessie à la solution boriquée par les tubes qui fonctionnent parfaitement; le courant d'eau sort incolore et n'entraîne aucun détrit. Pansement est refait avec légère compression.

6 décembre. La nuit a été bonne, bien que le malade n'ait pas dormi; il a refusé de prendre sa pilule d'extrait thébaïque. Il se sent très bien et est très satisfait de voir que ses urines ne contiennent plus de sang. Les 200 grammes d'urine, qu'il a rendue par ses tubes, sont absolument clairs. Le pouls est bon, 92 pulsations; le thermomètre marque 37,8.

Le pansement est légèrement humide. Après son enlèvement, on constate que la plaie a très bon aspect, ni tuméfaction, ni douleur. Lavage vésical par les tubes; l'eau sort claire et en totalité par leur calibre. Pansement refait comme précédemment.

Soir, temp. 38,2. Le malade prend avec plaisir du lait, du vin et du bouillon. Les tubes fonctionnent très bien, ils laissent écouler une urine limpide. On ne touche pas au pansement qui n'est nullement mouillé.

Le 7. Nuit a été bonne, sommeil. Le malade se sent très bien. Température 38,6.

Les tubes ont bien fonctionné; le pansement n'est pas imbibé; les urines restent claires. Lavage et pansement comme à l'ordinaire.

Soir. Le malade se plaint de gaz intestinaux, l'abdomen est tympanisé. Température 38. Pouls 96. Lavement purgatif, cataplasme sur le ventre. On ne touche pas au pansement qui est sec. On se contente de faire un lavage par les tubes.

Le 8. Nuit sans sommeil. Le malade est considérablement gêné par le météorisme; il n'a rendu que quelques matières solides et quelques gaz à la suite du lavement d'hier soir. Malgré cela, l'état général est bon; la température est à 38,2.

Les urines sont toujours limpides.

La plaie va très bien. On enlève un point de la suture profonde; on laisse le point inférieur et les deux points de la suture superficielle. Lavage par les tubes qui continuent à bien fonctionner.

Prises de rhubarbe contre la constipation.

Soir. Le malade a eu deux garde-robes, mais le ventre reste toujours ballonné. Pansement non mouillé; lavage seulement par les tubes.

Le 9. Ce matin, G... a pris 30 grammes d'huile de ricin; il a eu trois selles, mais le ventre reste toujours tympanisé. Température 37,6.

On enlève tous les points de suture; les lèvres de la plaie restent

réunies; pas la moindre tuméfaction ni douleur; la plaie est seulement un peu grisâtre autour des tubes.

Soir. Plusieurs garde-robes dans la journée; le ventre est souple et le malade se sent très soulagé. Température 37,6.

Urines claires s'écoulent facilement par les tubes. Pansement sec n'est pas renouvelé.

Le 10. Nuit a été excellente. Le malade a pu se coucher un peu sur le côté et a dormi six heures consécutives. Ventre très souple. Température 37,2.

La plaie va très bien. Les urines s'écoulent facilement; elles ne contiennent toujours pas de sang, mais offrent la coloration noirâtre produite par l'usage de l'acide phénique.

Soir. Mieux continue. Température 37,4.

Le 11. Très bon état. Le malade mange assez copieusement; il parle avec ses voisins et est très gai. Température 37.

Les urines sont toujours noires.

Pansement comme les jours précédents.

Le 12. Toujours excellent état. Température 37,2.

On enlève les tubes et on place dans l'urèthre une sonde à demeure en caoutchouc rouge n° 15.

Soir. La sonde a bien fonctionné; le pansement n'est pas mouillé.

Le 13. Ce matin le pansement est un peu imbibé. La sonde fonctionne cependant bien, mais le malade dit s'être beaucoup agité cette nuit. Température 37,2.

Les urines sont toujours un peu noires. Une injection poussée par la sonde sort en partie par la plaie de l'hypogastre, si on n'a le soin de comprimer légèrement celle-ci avec une éponge.

Le 14. Le malade est un peu mouillé, malgré le soin qu'on prend de rapprocher autant que possible les lèvres de la plaie à l'aide d'une cuirasse de diachylon; la sonde fonctionne d'ailleurs bien. A part ce petit inconvénient, tout va très bien; la plaie a un aspect vermeil; on enlève quelques lambeaux de tissu cellulaire sphacélé, blanchâtre au fond de la plaie, avec la précaution de ne pas exercer de traction, afin d'éviter d'ouvrir une porte aux fusées purulentes.

Les urines ont toujours la coloration noirâtre due à l'acide phénique, mais ne contiennent pas de sang. Pansement comme les jours précédents.

Le 15. Pansement très peu mouillé; on le renouvelle, tout va bien.

Le 16. Cette nuit, la sonde à demeure s'est bouchée et le malade a eu son pansement imbibé; il n'en a d'ailleurs éprouvé aucun inconvénient.

La plaie est rosée, bourgeonnant à merveille.

On change la sonde à demeure dont l'œil est obstrué, et on en place une plus grosse, n° 18.

Pansement comme à l'ordinaire.

Le 17. Pansement peu mouillé, mais le liquide injecté par la sonde reflue en abondance par la plaie hypogastrique.

Les urines sont très claires, leur réaction est acide.

L'état général est excellent; la plaie a très bon aspect. On rapproche, à l'aide de bandelettes de diachylon, les lèvres de la plaie, en ayant soin, à l'aide de petits rouleaux disposés le long des bords des muscles droits, de bien ajuster les parties profondes.

Le 18. A peine si le pansement est mouillé, mais le liquide injecté dans la vessie reflue toujours par la plaie de l'hypogastre.

Le 19. Cette nuit, le calibre de la sonde s'étant obstrué, le malade a eu son pansement inondé, mais n'en a pas été autrement incommodé. L'état général continue à être excellent.

Urines incolores et limpides.

On rapproche le plus exactement possible les lèvres de la plaie à l'aide de bandelettes de diachylon. On change la sonde. Le canal de l'urèthre est rempli d'un pus crémeux bien lié.

Soir. La sonde est encore obstruée et le pansement mouillé. On place une nouvelle sonde.

Le 20. La sonde a bien fonctionné et le malade a eu une très bonne nuit. La plaie commence à se rétrécir, mais elle est toujours perméable au liquide.

Pansement ut supra.

Le 21. Le malade commence à prendre des forces; sa figure est meilleure; ses téguments sont moins pâles et moins secs. Il mange avec appétit et a grande confiance dans sa guérison.

Le pansement est refait comme les jours précédents. On change la sonde en gomme rouge pour une sonde en gomme noire.

Le 22. La sonde a très bien marché; le pansement n'est pas du tout mouillé. L'injection poussée par la sonde ne revient pas par la plaie hypogastrique.

Le 23. Le pansement n'est pas mouillé; la sonde va bien.

Le malade se plaint seulement de son urétrite qui donne lieu à un abondant écoulement de pus.

Le 24. La plaie se rétrécit rapidement.

Le 25. Tout marche vers la guérison.

On continue à renouveler le pansement tous les matins et à faire des lavages de la vessie deux fois par jour.

Les urines sont toujours claires et acides.

Le 28. Le malade est constipé. Le ventre est un peu ballonné. La

température, ce matin, s'est élevée à 38°. On prescrit un lavement purgatif.

Soir. Température normale. Le malade va très bien, il se tourne des deux côtés dans son lit. La plaie de l'hypogastre se réduit aux dimensions d'une pièce d'un franc. Elle est complètement fermée dans la profondeur.

Notre excellent collègue Launois a bien voulu me communiquer la suite de cette observation.

G... est sorti de l'hôpital au commencement de février 1884. Il a pu retourner chez lui, se promener et même reprendre pendant quelques jours son travail. Nous l'avons vu plusieurs fois à la consultation externe de l'hôpital. Il apportait chaque fois une certaine quantité de son urine. Elle contenait, à partir du milieu du mois de mars, presque toujours un peu de sang; parfois, elle était assez claire, mais le plus souvent offrait une teinte rosée. Le fond du vase présentait un dépôt blanchâtre formé par du mucus. L'examen histologique a été pratiqué une fois et a permis de constater la présence de globules rouges crénelés; il a été impossible de trouver des cellules épithéliales de la vessie. Le malade avait retrouvé ses forces et repris de l'embonpoint, mais il conservait toujours une certaine pâleur.

Dans les premiers jours de mai, le sang devient plus abondant dans l'urine, qui présente une coloration rouge noirâtre; elle contenait aussi des caillots en grande abondance. La miction était devenue douloureuse et nécessitait des efforts.

G... entre à l'hôpital sur les conseils de M. Guyon, le 18 mai. On prescrit le repos absolu, une potion à l'extrait de quinquina et de la limonade sulfurique.

Chaque miction nécessite de violents efforts. Des caillots allongés, cylindriques, sont expulsés d'abord, pouvant être comparés très justement à de grosses chenilles; la miction se fait ensuite plus facilement et l'urine rendue est simplement rouge. Il est évident que le sang, dans l'intervalle des mictions, pénètre dans l'urètre et se coagule. L'hématurie va en augmentant et le malade perd bientôt les forces et l'appétit.

Le 23 mai, il est absolument exsangue et a une syncope. M. Guyon décide pour le lendemain une nouvelle intervention.

Le 24. Chloroforme. On fait de nouveau la taille hypogastrique. La vessie étant distendue et le rectum dilaté à l'aide du ballon de Petersen, on ne voit pas bien nettement son relief se dessiner au-dessus du pubis et M. Guyon se guide surtout sur la cicatrice ancienne. Les différents plans de la paroi abdominale sont incisés; il est difficile de les reconnaître, car on opère dans un tissu de cicatrice; toutefois, on arrive sans encombre sur la graisse jaune que l'index refoule vers le haut. La

vessie se présente, elle est ouverte et maintenue béante par deux anses de fil passées dans chacune de ses lèvres. L'index explore la face interne du réservoir et reconnaît l'existence d'un champignon assez nettement pédiculisé, situé dans le bas-fond dont il semble surtout occuper le côté droit. Tout le reste de la muqueuse semble normal. Un fil de platine du galvanocautère recourbé en anse est introduit sans difficulté jusque sur le pédicule, et le courant est fermé avec prudence et à différentes reprises. Bientôt une masse du volume d'une noix se détache. Il reste encore une légère portion que l'on extrait de la même façon. L'opérateur et les aides peuvent s'assurer que la vessie est absolument débarrassée et qu'il n'existe plus aucune saillie appréciable. Particularité des plus intéressantes à noter, c'est que dans l'incision des différentes couches des parois abdominales, il n'y a eu qu'une petite veine ouverte, et que par conséquent il ne s'est écoulé qu'une très petite quantité de sang. L'ablation de la tumeur n'a pas donné lieu non plus à un écoulement de sang notable.

Pansement ordinaire de la taille sus-pubienne: tubes siphons; point de suture à la partie supérieure de la plaie; pansement de Lister.

Depuis l'opération, le malade n'a pas perdu une goutte de sang, son urine est restée claire et abondante. Les tubes ont fonctionné à merveille. Mais l'état général est allé en s'aggravant et les forces en s'affaiblissant. La transfusion devait être faite le lundi soir, troisième jour après l'opération; mais l'appareil ne présentant pas toute la sécurité désirable, cette intervention dut être ajournée au lendemain. Le mardi, quatrième jour, le malade succombait à 10 heures du matin.

Autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort. Nous noterons seulement l'état de l'appareil urinaire.

Les reins présentent quelques traces de néphrite interstitielle, leur volume est diminué.

La paroi abdominale antérieure a été enlevée avec la vessie et l'urètre. Rien de particulier à noter du côté de la plaie opératoire qui présente une longueur de 6 centimètres. A sa partie postérieure, elle communique avec le sommet de la vessie; l'adhérence de cet organe est ancienne et indique bien nettement qu'il était resté des brides unissant la vessie à la face postérieure de la paroi abdominale. Le cul-de-sac péritonéal était distant d'un centimètre de la plaie vésicale.

La vessie ayant été incisée sur sa paroi antérieure, on trouve que la muqueuse a conservé sa coloration et ses caractères normaux, que les parois ne sont pas épaissies et que l'organe est simplement revenu sur lui-même. Au niveau du bas-fond, nous constatons une dilatation assez considérable de l'orifice de l'uretère droit, qui est beaucoup plus apparent que normalement; l'uretère de ce côté est d'ailleurs notablement épaissi et élargi. La muqueuse du bas-fond présente les altérations suivantes. Elle est ridée et offre un aspect légèrement cicatriciel,

traces probables de la première intervention. Sur la ligne médiane, on trouve une petite masse en mamelon dont l'extrémité offre une coloration d'un brun jaunâtre, indiquant nettement que c'est sur ce point qu'a porté l'anse galvanique. Ce mamelon est la portion restée adhérente du pédicule. Un peu plus en arrière, d'autres petits points jaunâtres indiquent qu'à ce niveau il y a eu cautérisation.

Enfin, sur la paroi postérieure, existe une petite saillie lamellaire, présentant, elle aussi, des traces de brûlure. Nous trouvons de plus sur la portion gauche du même bas-fond deux petites saillies mamelonnées, ayant l'une le volume d'un pois, l'autre celui d'une lentille. Elles représentent sans aucun doute des tumeurs à leur première période d'évolution.

En résumé, l'aspect de cette pièce anatomique est du plus haut intérêt et permet de reconnaître :

1° Que les masses enlevées pendant la vie étaient nettement pédiculées ;

2° Que l'intervention chirurgicale a été suivie du plus beau résultat opératoire qu'on puisse désirer. Il ne reste, en effet, comme trace de l'intervention, que deux ou trois points au niveau desquels la cautérisation a été complète ;

3° Qu'il était à craindre une nouvelle récurrence étant donnés les petits mamelons que nous avons indiqués plus haut.

La mort est survenue par le fait de l'anémie grave du sujet, due aux hémorrhagies répétées qu'il avait subies. Cet état de faiblesse est d'autant plus à regretter, qu'au point de vue opératoire on ne peut guère trouver de résultat meilleur. Aussi cette observation nous confirme-t-elle dans notre opinion, qu'il ne faut pas attendre que le malade soit exsangue pour opérer et qu'on doit intervenir toutes les fois que les hémorrhagies, sans être abondantes, se répètent fréquemment.

Examen de la tumeur enlevée par la deuxième opération. Aspect macroscopique. — La tumeur a le volume d'une grosse noix, et présente à sa surface une série de petits mamelons. Elle a une coloration rose, un peu foncée en certains points. Sa consistance n'est pas très grande, toutefois elle ne s'écrase pas sous le doigt.

Examen microscopique. — Il a été pratiqué après durcissement par la gomme et l'alcool ; les coupes ont été pratiquées sur la partie médiane et colorées au picro-carmin. Avec faible grossissement on constate la présence de travées formées par du tissu fibreux embryonnaire. Elles sont disposées sous forme de minces cloisons, sur lesquelles se trouvent implantées des cellules épithéliales. Celles-ci sont très faciles à voir, grâce à la forte coloration du noyau. Au niveau du point d'adhérence de la tumeur, on rencontre de nombreux vaisseaux gorgés de globules rouges.

A un fort grossissement il est facile de mieux constater la disposition des cellules et de mieux préciser leurs caractères.

Toutes sont volumineuses, contenant un gros noyau, muni d'un nucléole, quelques-unes renferment deux noyaux également volumineux. Le corps cellulaire présente quelques fines granulations. Les cellules sont rondes, polyédrique ou allongées en forme de raquettes. Elles sont pressées les unes contre les autres et superposées de manière à former plusieurs couches. En résumé il s'agit bien là d'une tumeur constituée par des éléments épithéliaux en voie de prolifération. La forme même de la tumeur indique qu'elle est surtout végétante. Les parois de la vessie ne présentaient d'ailleurs à l'examen histologique aucune infiltration cellulaire.

Obs. XI (communiquée et rédigée par mon excellent collègue et ami Leprévost). — Sommaire : Début par de la rétention d'urine il y a trois ans et très légère hématurie. Pendant deux ans difficulté de la miction, envies fréquentes très douloureuses. Dans le courant de la deuxième année survient la seconde hématurie. A partir de ce moment, hématuries ne cessent pour ainsi dire pas et les douleurs sont très vives. Leur intensité rend presque impossible une exploration méthodique ; cependant on constate une induration du bas-fond et de la paroi postérieure de la vessie. En présence des douleurs, M. Guyon se décide à pratiquer l'incision hypogastrique. On abrase une tumeur volumineuse. Les hémorrhagies cessent, les douleurs sont moins vives, mais le malade succombe épuisé le troisième jour.

M. X..., religieux, âgé de 68 ans, consulte M. le professeur Guyon pour une affection vésicale dont il souffre depuis plusieurs années.

Ce malade est en religion depuis 42 ans. Jusqu'en 1881, sa santé a toujours été excellente. Il n'a jamais fait de maladie grave ; il a toujours été bien portant et n'a pas interrompu son travail un seul jour. Cependant ayant beaucoup fatigué comme ambulancier pendant la guerre, il eut à cette époque de violentes migraines, qui depuis se sont montrées à diverses reprises. Aucun autre antécédent morbide, soit héréditaire, soit personnel, n'est à noter, si ce n'est une certaine *faiblesse de vessie*, que le malade dit avoir ressentie toute sa vie. Par faiblesse de vessie il entend l'impossibilité où il se trouvait de garder ses urines plus de deux heures. Ces mictions n'avaient cette fréquence que pendant le jour.

La nuit les intervalles étaient plus longs. Cependant il était souvent obligé de se lever pour uriner. La miction d'ailleurs n'était jamais douloureuse.

En 1881, il fut pris un matin, sans aucune cause appréciable, sans avoir souffert le moins du monde, de rétention d'urine.

Pousson.