

Le cathétérisme fut pratiqué au bout de quelques heures par le Dr Collin, à l'aide d'une sonde molle, qui pénétra avec la plus grande facilité. Quelques gouttes de sang s'écoulèrent cependant à la fin du cathétérisme. On pensa qu'il s'agissait de varices du col, le malade n'est pas hémorrhédaire ; il a un léger varicocèle.

A partir de ce jour il ne fut plus nécessaire d'avoir de nouveau recours à la sonde ; la rétention ne se reproduisit plus : mais les mictions augmentèrent de fréquence ; le malade urinait toutes les 1/2 heures ; les besoins étaient très impérieux ; M. X... pouvait néanmoins y résister assez longtemps ; il lui est cependant quelquefois arrivé de laisser échapper de l'urine dans son lit. Quoique moins fréquentes la nuit, les mictions obligeaient cependant le malade à se lever plusieurs fois la nuit. Le dortoir, dans lequel il couchait, était sans feu, aussi l'hiver dernier prit-il une bronchite, dont il ne s'est pas encore débarrassé.

Les douleurs qu'il ressentait étaient vives, surtout à la fin de la miction. Il avait des épreintes, du ténésme anal, une certaine difficulté de la défécation, qui était douloureuse et retentissait, dit le malade, sur le col de la vessie. Toujours aussi le malade se plaignait de douleurs de reins, et pendant longtemps il a souffert exclusivement de la région lombaire. On lui fit prendre alors de l'eau de Contrexéville et des pilules de térébenthine. Les urines étaient toujours limpides, pas trop abondantes.

C'est au mois d'août 1883, que survint la seconde hématurie. Elle eut lieu à la suite d'un petit voyage en chemin de fer. Le malade ne souffrit pas pendant le trajet, il put même ensuite faire une longue course à pied, et ce n'est que quelque temps après que se déclara l'hématurie.

Elle fut assez abondante et se reproduisit quotidiennement pendant deux mois. Souvent le sang était mélangé à l'urine ; parfois il s'écoulaient pur à la fin de la miction.

L'hématurie avait lieu surtout le matin et le soir ; les mictions de la journée ne contenaient ordinairement pas de sang.

Ces hématuries cessèrent spontanément peut-être sous l'influence du perchlorure de fer, dont le malade prenait 12 gouttes par jour. Bien que très affaibli par ces hémorrhagies incessantes, M. X... n'a cessé son service que le jour de son entrée à la maison des frères Saint-Jean de-Dieu, où il fut apporté à cause d'une rétention d'urine qui l'avait pris pendant la nuit.

Etat actuel, 28 mars 1884. — Dès son entrée il fut cathétérisé à l'aide d'une sonde molle. Les urines qui s'écoulèrent étaient claires, bien qu'un peu fougées en couleur. Dans la journée, les mictions devinrent sanglantes et douloureuses, s'accompagnant d'une sensation de brû-

lure à l'anus et de pesanteur au périnée. Les douleurs dans la région lombaire s'exagérèrent également.

La vue est très nette ; le malade n'a presque jamais eu d'épistaxis ; il n'a jamais présenté d'œdème malléolaire.

Depuis son entrée à l'établissement de la rue Oudinot, les mictions volontaires n'ont pas reparu ; il faut cathétériser le malade 7 fois par jour en moyenne. L'urine est toujours sanglante.

Le malade a été exploré, à l'aide d'un explorateur métallique, deux jours après son entrée ; depuis ce moment il a été pris de frissons matin et soir ; frissons assez intenses, durant parfois plus d'une heure. Cependant la température reste modérée.

L'urine est fortement colorée en rouge ; elle n'est pas très odorante ; sa réaction est absolument neutre.

Depuis l'exploration faite avec un cathéter métallique, l'état du malade s'est beaucoup aggravé ; la fièvre et les frissons ne l'ont guère quitté ; la langue est sèche et le facies grippé. En présence de cette aggravation survenue dans l'état général du malade, on renonce à compléter l'examen par une nouvelle exploration intra-vésicale.

Si sommaire d'ailleurs qu'ait été la première, elle a permis à M. Guyon de porter le diagnostic de néoplasme diffus de la vessie. Il a été amené à faire ce diagnostic moins par les sensations fournies par le cathétérisme, que par cette considération qu'une injection très peu abondante d'eau dans la vessie eût pu faire croire par la percussion abdominale à une énorme distension vésicale ; la matité remontait, en effet, à deux travers de doigts de l'ombilic et s'abaissait même très peu après évacuation du contenu. Le toucher rectal était absolument négatif ; il permettait seulement de reconnaître l'existence d'une volumineuse hypertrophie de la prostate. Les détails qu'on a lu plus haut, la longue durée de l'affection et les allures spéciales affectées par la maladie n'étaient pas sans jeter une certaine obscurité dans le diagnostic. Les difficultés s'accroissaient encore du fait de l'impossibilité d'une exploration méthodique. Aussi M. Guyon, bien qu'inclinant vers l'idée d'un néoplasme vésical, crut-il devoir faire quelque réserve sur la possibilité d'une cystite chronique. La suite de l'observation montre que le premier diagnostic était juste. En effet, en raison des souffrances atroces, qui rendaient intolérable l'existence du malade, M. le professeur Guyon se décide à pratiquer la taille hypogastrique, qui, dans tous les cas et quelle que fût la nature de l'affection, devait avoir au moins pour résultat la cessation des douleurs, sinon la guérison du malade par l'extirpation du néoplasme.

Opération. — L'incision hypogastrique fut donc pratiquée le 7 avril.

Elle eut lieu sans incident notable au moins dans les premiers temps de l'opération. Signalons cependant l'épaisseur de la couche adipeuse

sous-cutanée, qui força M. Guyon à prolonger de 3 à 4 centimètres vers l'ombilic, une incision déjà longue de 7 ou 8 centimètres. On dut également placer deux ligatures sur quelques veines volumineuses, qui donnèrent assez abondamment pour entraver pendant quelques instants le cours de l'opération. La vessie incisée et maintenue solidement par deux fils passés dans les lèvres de la boutonnière vésicale, il fut facile d'explorer la cavité en y introduisant l'index. La cavité tout entière était remplie par une masse bourgeonnante, friable, molle, implantée surtout au niveau du bas-fond, mais s'épanouissant dans la cavité entière. Les bourgeons fongueux arrivaient au contact de la paroi antérieure de la vessie, mais ne contractaient avec elle aucune adhérence. Celle-ci était, en effet, parfaitement lisse. Le raclage de la cavité à l'aide d'une large curette à bords mousses se fait avec une grande facilité et, en quelques instants, la cavité est complètement débarrassée. Les doigts introduits à ce moment trouvent la paroi vésicale à peu près normalement lisse. Du côté du col, on sent l'énorme hypertrophie de la prostate, mais l'orifice n'est obturé par aucune saillie qu'on puisse extirper.

En arrière de la prostate se trouve une dépression profonde, un bas-fond énorme, dans lequel étaient implantées les masses végétantes dont nous avons parlé. Celles-ci, nous y revenons à dessein, étaient diffuses et nullement pédiculées. Pendant toute la durée du raclage une quantité abondante de sang s'est écoulée de la cavité vésicale, les fongosités étaient notablement plus vasculaires qu'elles ne le sont d'habitude. L'hémorrhagie a persisté, abondante même, après l'envèvement du ballon rectal. Il a fallu pratiquer plusieurs lavages intravésicaux avec de l'eau boriquée pour y mettre un terme.

La partie supérieure de la plaie est réunie par trois sutures profondes et trois superficielles. Une plaie de trois centimètres de longueur a été seulement ménagée inférieurement pour le passage des tubes siphons. Pansement de Lister.

La journée qui suivit l'opération ne fut marquée par aucun incident. Les tubes fonctionnent à merveille; l'urine qui s'écoule est *claire, non sanglante*. La température ne s'élève pas à 38°.

Le 9 avril, l'état local est tout aussi satisfaisant que la veille; mais le facies et toujours grippé et les forces du malade ne se relèvent pas.

La mort arrive le 12 avril par les progrès de l'adynamie, lentement, sans secousses, sans phénomènes de péritonite.

L'autopsie n'a pu être faite.

Obs. XII (Les renseignements cliniques nous ont été obligeamment fournis par M. le Dr Thobois). — Sommaire : Première hématurie il y a neuf mois. Bientôt envies très fréquentes et extrêmement douloureuses. Tumeur volumineuse de la paroi postérieure et du bas-fond de la vessie. Incision hypogastrique et grattage du néoplasme. Diminution de la souffrance; cessation complète des urines, mais mort d'adynamie au 5^e jour.

M. D..., 59 ans, ancien militaire, avait dans sa jeunesse une santé excellente. Il y a douze ans, il fut atteint d'une dyspepsie très rebelle pour laquelle il suivit un traitement à Vichy. Depuis cette époque il ne se plaint plus de l'estomac.

Comme antécédent morbide de famille, il n'accuse que la perte d'une sœur atteinte de cancer utérin.

Depuis quelques années, M. D... rendait des urines briquetées, mais il ne s'en inquiétait pas et travaillait d'une façon opiniâtre.

La première hématurie est survenue il y a 8 ou 9 mois brusquement, sans cause provocatrice, depuis il en est survenu plusieurs autres; elles duraient deux ou trois jours et étaient séparées par des intervalles de quatre ou cinq jours de calme. Bientôt elles devinrent plus abondantes et de plus longue durée et en même temps le malade commença à souffrir chaque fois qu'il voulait uriner. Les besoins devinrent très fréquents et les douleurs qui accompagnaient les mictions étaient absolument intolérables, jetant le malade dans des angoisses épouvantables.

M. le professeur Guyon consulté porta le diagnostic de tumeur de la vessie. Le toucher rectal révélait l'existence d'une tumeur volumineuse, située sur la paroi postérieure de la vessie et saillante dans le rectum. M. Guyon, en présence des douleurs, proposa l'opération qui fut acceptée.

Opération. — Elle fut pratiquée le 29 août 1883. Le malade à ce moment était anémié, très pâle, infiltré.

Chloroformisation facile. Introduction du ballon dans le rectum très difficile, à cause de la dépression de l'intestin par la tumeur vésicale; 350 grammes de liquide injecté dans son intérieur. Dans la vessie on pousse environ 250 grammes de la solution boriquée.

La paroi abdominale est incisée sur la ligne blanche. Le tissu graisseux sous-péritonéal découvert et repoussé vers l'angle supérieur de l'incision. On ouvre la vessie, un flot de liquide très légèrement teinté de sang s'en échappe; le doigt, introduit dans le réservoir constate l'existence d'une masse volumineuse non pédiculée, insérée sur la paroi postérieure et le bas-fond, prédominant surtout à droite; le col paraît sain. Avec les doigts on arrache un fragment du néoplasme du volume d'une noix environ et on essaie de racler la surface dégénérée avec la

curette de Volkmann ; mais c'est là une entreprise irréalisable, la vessie se déprimant et fuyant sous l'instrument, M. Guyon a alors l'idée de passer une anse de fil dans les lèvres de la boutonnière vésicale et de faire exercer sur elles une légère traction. Dès lors toutes les manœuvres intra-vésicales sont possibles et on peut abraser largement mais prudemment toute la masse néoplasique en relief. Le doigt promené dans l'intérieur de la vessie constate qu'il n'y a plus de tumeur l'encombrant. Peu de sang s'est écoulé pendant ce raclage : on lave abondamment la cavité de la vessie par la plaie de l'hypogastre ; à la quatrième seringue de solution boricuée, le liquide est à peine teinté en rose. Tubes siphons dans l'angle inférieur de la plaie ; sutures de la partie supérieure ; pansement de Lister par-dessus le tout.

Le malade, quoique très affaibli, a bien supporté l'opération ; il est un peu refroidi, son pouls est cependant assez bon. On le met dans un lit chauffé et on le réconforte par quelques liquides excitants.

La journée est bonne, les tubes fonctionnent à merveille et dès le soir l'urine qui en sort ne contient plus du tout du sang. La nuit suivante se passe encore bien et le malade n'a plus ces épreintes, qui le faisaient tant souffrir. Cependant l'affaiblissement va croissant, le malade refuse de s'alimenter, il tombe dans la prostration et s'éteint le cinquième jour après l'opération.

Obs. XIII (relevée sur les fiches du service). — Sommaire : Troubles de la miction pour la première fois il y a six ans ; mictions fréquentes et douloureuses. Première hématurie il y a trois mois, ne dure qu'un jour. Bientôt les douleurs deviennent intolérables. Epaissement de la partie latérale gauche de la vessie, tumeur saillante du côté gauche de la vessie trouvée par le cathétérisme. Les douleurs rendent la vie insupportable, on pratique l'incision hypogastrique et on gratte le néoplasme. Plus de sang dans les urines, presque plus de douleurs. La plaie hypogastrique est maintenue béante pendant plus de deux mois. Le malade ne souffrant presque plus, on la laisse se fermer. Trois mois après l'opération, une nouvelle hématurie, indice de la récurrence du néoplasme se produit. Dès lors, le malade décline rapidement et succombe. Autopsie. Néoplasme ayant envahi toute la vessie. Adhérence de l'organe au colon.

W..., âgé de 52 ans, ferblantier, entre à la salle Saint-Vincent, n° 24, le 31 décembre 1883.

C'est un homme pâle, maigre, chétif ; il vient se faire soigner pour une affection chronique de la vessie.

Il ne donne aucun renseignement sur la cause de la mort de ses parents, qui ont succombé à un âge avancé.

Lui-même a toujours été vigoureux. A 26 ans il eut une blennorrhagie qui dura six semaines, et céda à un traitement par les balsa-

miques. Depuis cette époque il n'eut aucun nouvel accident urétral.

A 28 ans, il subit un traumatisme de la région rénale. Une barre de fer lui tomba sur les reins ; il fut quelques semaines au lit, mais il ne présenta après cet accident ni hématurie, ni paraplégie. On lui mit à cette époque un cautère à l'épigastre.

A part ces deux faits, le malade ne se souvient d'aucune maladie. Ni syphilis, ni alcoolisme.

Le début de l'affection qui l'amène à l'hôpital, remonte à six ans.

A cette époque il eut une pleurésie, qui dura deux mois et céda à la médication révulsive par les vésicatoires.

Pendant sa convalescence, il fut pris de troubles de la miction. Les envies d'uriner étaient fréquentes et douloureuses, mais supportables. Elles étaient plus fréquentes la nuit que le jour. Les urines offraient un léger dépôt muqueux. Malgré cela le malade reprit son travail. Il alla de temps en temps consulter à l'hôpital Saint-Louis, où il fut exploré.

L'examen fut négatif. On prescrivit des capsules de térébenthine.

Il y a trois mois survint un nouvel accident. Au réveil et sans aucune cause appréciable survint une hématurie ; en même temps la miction devint extrêmement pénible, avec irradiation dans la verge et les reins.

Cette hématurie ne dura qu'un jour et disparut subitement dans la soirée. Cependant les jours suivants les envies d'uriner persistèrent fréquentes et douloureuses.

Bientôt le malade se mit de nouveau à pisser du sang le matin et rendit quelques caillots. Les urines se troublèrent rapidement et prirent une odeur fétide.

Le malade, sur le conseil d'un médecin, reprit de la térébenthine, puis il vint consulter à l'hôpital Necker, où on lui fit sans résultat quelques instillations de nitrate d'argent.

Le 31 décembre, son état ne s'améliorant pas, il se décide à entrer à l'hôpital, salle Saint-Vincent.

Il est à ce moment très amaigri et un peu cachectique. Il urine à peu près tous les quarts d'heure et a des besoins impérieux et plus fréquents la nuit que le jour. Les mictions s'accompagnent de douleurs s'irradiant dans les reins et dans la verge ; elles sont pénibles et nécessitent des efforts considérables, de la part du malade.

L'urine rendue est trouble et laisse déposer une épaisse couche purulente. Dans ce dépôt se trouvent des débris grisâtres et quelques caillots. Acide au moment de son émission, l'urine répand très vite une odeur infecte de macération. L'examen microscopique de ce dépôt ne fait pas découvrir de bacilles. Les grumeaux sont formés de cel-

lules épithéliales granuleuses, agglutinées dans un magma (fibrineux ?) dont on ne peut déterminer la nature exacte.

Par le toucher rectal, on constate une légère augmentation de volume de la prostate, sans bosselures. La partie latérale gauche du bas-fond de la vessie est épaissie, indurée. Cette lésion se reconnaît beaucoup mieux en combinant la palpation hypogastrique avec le toucher rectal.

Le canal est sain. L'exploration de la vessie pratiquée par M. Guyon, donne les renseignements suivants. La vessie est très grande; le col est un peu plus épais à gauche; le bas-fond est le siège d'un léger relief inégal, mais peu prononcé du côté gauche; le côté droit est sain. Cet examen n'augmente pas les douleurs du malade et n'est pas suivi d'hématurie.

L'ensemble des autres organes ne fait constater aucune altération.

M. Guyon porte le diagnostic de « néoplasme diffus du bas-fond de la vessie ».

Le malade est tenu en observation, pendant tout le mois de janvier. On institue un traitement palliatif, dont la base est la morphine administrée en injections sous-cutanées. De très fortes doses de ce médicament n'amènent aucune sédation des symptômes, et le patient réclame à tout prix une opération.

Avant d'intervenir on prescrit des instillations de nitrate d'argent (solution à 1/30 — XXX gouttes) à vessie vide. Cinq de ces instillations sont pratiquées, mais ne produisent aucun apaisement des douleurs ni aucune modification des urines, qui sont toujours fétides et purulentes.

En présence de ces insuccès M. Guyon pratique l'incision hypogastrique, le 13 février 1884.

Opération. — Préparatifs ordinaires de la taille sus-pubienne, c'est-à-dire : chloroformisation; ballonnement du rectum (600 grammes de liquide); distension de la vessie (notons que 160 grammes de la solution borique ont suffi pour déterminer le gonflement et la saillie de la vessie). Cela fait on pratique sur la ligne blanche une incision de 6 centimètres, empiétant en bas sur la symphyse du pubis; le tissu jaune sous-péritonéal reconnu, on le décolle et on le refoule avec l'index dans l'angle supérieur de la plaie. La vessie est ouverte et les lèvres de l'incision maintenues par les deux fils ordinaires, on tombe alors immédiatement sur une tumeur diffuse occupant tout l'angle latéral gauche de la vessie et une partie de la face antérieure et de la face postérieure; cette masse est hérissée de mamelons saillants dans la cavité vésicale. Grattage avec la curette de Volkmann et extraction d'une certaine quantité de tissu cérébroïde. Après le grattage, l'index introduit sur la surface d'implantation constate une induration de la paro-

vésicale. Très peu de sang s'est écoulé et aussitôt la suppression du ballon rectal et quelques lavages boriques par la plaie hypogastrique, tout écoulement sanguin s'arrête.

On procède au pansement: deux points de suture profonde réunissent la partie supérieure de l'incision; les deux tubes siphons adossés et fixés à la boutonnière abdominale assurent l'écoulement des urines et les lavages ultérieurs.

Vaste pansement de Lister par-dessus le tout.

Les tubes ont laissé couler une urine très légèrement rosée; le pansement étant un peu mouillé, on le change le soir. La température est à 37°. Le malade souffre beaucoup moins qu'avant l'opération. On pratique cependant pour la nuit une injection hypodermique de 0,01 centigramme de morphine.

14 février. La nuit a été bonne et le malade a pu prendre un peu de sommeil. Il se sent très soulagé au point de vue des douleurs et la miction ne s'accomplissant plus par l'urèthre il n'a plus ces atroces douleurs d'avant l'opération. L'urine, qui s'écoule par les tubes, est absolument claire et limpide.

[Je passe sur les détails quotidiens de l'observation, qui peuvent se résumer ainsi: pansement renouvelé une ou deux fois par jour suivant les besoins; fonctionnement parfait des tubes; urines claires, ne renfermant plus trace de sang; disparition presque absolue des douleurs, cependant par prévision deux injections de morphine (0,01 centigrade chaque) par jour.]

L'opération ayant été faite en vue de combattre le symptôme douleur, les tubes sont laissés dans la plaie de l'hypogastre jusqu'au 16 avril; dans cet intervalle le malade a pu se lever, s'asseoir dans un fauteuil, et grâce à l'application des lèvres de la plaie sur les tubes, il est peu mouillé, ceux-ci plongeant dans un urinal. A ce moment on les supprime et on les remplace par une sonde à demeure. Celle-ci fonctionne bien, le malade ne souffre pas plus que lorsqu'il avait les tubes siphons; dès lors la plaie de l'hypogastre marche rapidement vers la cicatrisation et le 30 avril il ne reste plus qu'une petite fistule.

Toujours très peu de douleur, cédant complètement à la morphine. Plus trace de sang dans les urines.

7 mai. A la suite d'une injection intra-vésicale poussée un peu fortement, quelques gouttes d'urine s'écoulent par la fistule. Toujours peu de sang dans les urines et peu de douleurs.

25 mai. On enlève la sonde à demeure et on recouvre la plaie hypogastrique de bandelettes de diachylon entre-croisées. Ce pansement reste plusieurs jours en place, sans qu'il y ait d'écoulement par la fistule.

Le malade urine volontairement sans grande douleur.

30 mai. Le soir de ce jour le malade a pour la première fois depuis

l'opération du sang dans ses urines. Il est intimement mélangé avec elles et est peu abondant. Le malade n'éprouve pas plus de douleurs que les jours précédents. En présence de ce phénomène M. Guyon pense à une récurrence du néoplasme.

Les urines restent sanglantes pendant deux jours. A ce moment, le trajet fistuleux de l'hypogastre se rouvre; on remet la sonde à demeure. W... n'a presque pas de douleurs, plus de ténésme vésical, plus d'épreintes; mais il est extrêmement faible; il a beaucoup maigri et refuse de prendre les médicaments reconstituants qu'on lui prescrit, en particulier la poudre de viande. L'adynamie se prononçant de plus en plus, le malade s'éteint sans souffrir le 9 juin.

Autopsie. — On n'a trouvé aucune lésion digne d'être notée du côté des autres organes internes, mais du côté du petit bassin on constate des faits intéressants. La vessie adhère fortement à l'S iliaque de telle sorte qu'il est impossible de l'enlever sans enlever en même temps cette portion de l'intestin.

Les parois des deux organes au niveau de leur adhérence sont indurées et épaissies. Le rectum est libre et sain, rien dans le petit bassin n'indique une propagation aux organes voisins. La fistule vésico-hypogastrique se réduit à un trajet du volume d'un porte-plume environ et ses parois ne sont pas envahies par le néoplasme. A l'ouverture de la vessie, la plus grande partie du réservoir apparaît couverte de végétations irrégulières lui donnant tout à fait l'aspect d'un chou-fleur. Ces végétations prédominent sur la paroi latérale gauche, mais elles s'étendent aussi du côté droit et occupent également le bas-fond, le trigone et la paroi postérieure.

Rien à noter du côté du col qui est sain, ni du côté de l'urètre. Les uretères sont simplement un peu plus volumineux qu'à l'état normal, mais ils ne sont pas envahis par la dégénérescence. Les reins sont le siège de petits abcès répandus dans la substance médullaire.

L'examen histologique de la masse végétante, pratiqué par mon ami Launois, a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma tubulé.

Obs. XIV (Communiquée par mon excellent ami le Dr Bazy, chef de clinique de la Faculté). — Début par une hématurie il y a vingt-deux ans. Ces hématuries se répètent irrégulièrement pendant cette longue période; jamais de douleurs. Néoplasme du bas-fond. Dilatation de l'urètre, curage de la vessie. Mort d'infiltration d'urine le lendemain. Autopsie.

D... (Joséphine), 72 ans, blanchisseuse, entre le 10 août 1883 à la salle Notre-Dame, Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Richet.

Cette femme, avant l'affection dont elle est atteinte actuellement, n'a jamais fait de maladie. Elle a eu quatre enfants, le dernier à l'âge de 36 ans; ménopause vers l'âge de 50 ans.

C'est à cette époque que remonte le début de son affection, c'est-à-dire il y a vingt-deux ans.

Elle fut prise alors d'hématuries abondantes; le sang venait mêlé à l'urine, elle rendait aussi des caillots par l'urètre; ces hématuries duraient de huit jours à un mois et la jetaient dans un état d'affaiblissement considérable. A différentes reprises, ce symptôme se répéta, laissant entre chacune un intervalle de plusieurs mois.

Entre temps, l'urine était rendue tantôt verte, tantôt jaune. Notons qu'en même temps, la malade n'avait ni d'envies fréquentes d'uriner, ni de douleur en urinant.

Il y a six ans, elle eut une hémorrhagie très forte, rendit de nombreux caillots et tomba dans une anémie profonde.

Depuis trois à quatre mois l'état s'est considérablement aggravé; l'urine est d'un brun sale, épaisse, sanguinolente et d'une odeur qui rappelle la macération anatomique. Les mictions sont douloureuses depuis quatre ou cinq mois, elles sont très fréquentes et impérieuses; obligée d'y satisfaire tous les quarts d'heure, aussi bien la nuit que le jour, la malade est depuis longtemps privée de sommeil.

Les forces ont décliné rapidement depuis trois mois et l'amaigrissement est extrême. La malade se plaint de la soif, de la perte d'appétit; à deux ou trois reprises elle a eu des vomissements; langue blanche, un peu sèche. Parfois de petits frissons. Le teint depuis trois mois est devenu jaune. Pas de douleur spontanée dans la région lombaire; mais en pressant sur le flanc gauche de façon à palper le rein gauche, on provoque une douleur assez vive.

Par le toucher vaginal, le bas-fond de la vessie paraît induré, épaissi. Une sonde introduite par l'urètre dans la vessie est difficilement perçue par le doigt placé dans le vagin.

La palpation par l'hypogastre fait sentir une saillie globuleuse arrondie, légèrement fluctuante; c'est la vessie modérément distendue par l'urine. Par la sonde, il s'écoule un peu d'urine vert noirâtre, d'une odeur gangreneuse infecte.

14 août. Opération; chloroforme; position du spéculum.

Dilatation de l'urètre à l'aide du dilatateur d'Huguier. Écoulement de 120 grammes environ d'urine verdâtre, d'une odeur infecte et de plusieurs fragments de tissu gangréné du volume d'une petite noisette.

L'index ne peut être introduit, bridé qu'il est par un cercle fibreux de l'orifice de l'urètre. Deux incisions latérales obliques; introduction dès lors facile de l'index; le col résiste un peu, je le distends encore. Je constate des irrégularités en arrière de sa lèvre postérieure, puis sur la paroi postérieure au voisinage du fond, une petite tumeur que je saisis avec le doigt retourné en crochet et que j'arrache.

Ayant introduit le dilatateur, je fais des injections d'acide borique (4 0/0); rien ne revient; ayant sous la main le gorgere à curette pour la taille, j'extrait les débris. Peu de sang.

La malade est rapportée dans son lit. Les manœuvres ont duré environ 30 minutes.

Je recommande de faire des injections dans la vessie avec une grosse sonde plusieurs fois dans la journée. Malheureusement l'infirmière croit que j'ai dit de la faire dans le vagin. Le soir à quatre heures grand frisson.

Le 15. Température 38.8. Vomissements toute la nuit. Incontinence complète des urines. Je fais des lavages de la vessie, le liquide sort à peine teinté.

Il existe une légère douleur contusive; mais plus d'envies d'uriner et partant plus de douleur.

Mort à quatre heures du matin.

Autopsie. — Rien ailleurs que dans les organes génito-urinaires et le péritoine. Intestins dilatés, non injectés, un verre de liquide purulent dans le petit bassin.

Le tissu cellulaire prévésical est infiltré de pus. Cette infiltration occupe toute la paroi antérieure, et tend à s'étendre sur la paroi latérale gauche.

Pas de perforation vésicale; pas de déchirure du péritoine en aucun point.

L'infiltration purulente est plus considérable au voisinage de la paroi antérieure de l'urètre; elle prend en ce point une coloration brunâtre par son mélange avec le sang. J'ai cherché une déchirure de l'urètre; il m'a été impossible de la trouver; mais c'est évidemment là la cause de l'infiltration.

La vessie est enlevée avec le rein. Elle est ouverte par la face antérieure et nous constatons les lésions suivantes:

Épaississement très notable des parois, qui mesurent près d'un centimètre; la coupe de la paroi rappelle celle des vieilles vessies de rétrécis ou du muscle grand fessier. Pas de péricystite. La muqueuse est d'un blanc rosé et ne présente aucune trace d'altération, si ce n'est sur sa paroi inférieure, où l'on voit les vestiges de l'implantation de la tumeur, sous forme d'une surface avivée de deux ou trois centimètres dans tous les sens. A ce niveau la paroi vésicale est peu amincie et il n'y a aucune menace de perforation.

Les uretères sont épaissis et dilatés; leurs parois mesurent près de trois millimètres d'épaisseur.

Les reins présentent les ulcérations de la néphrite interstitielle secondaire: calices et bassinets très dilatés; capsule se détachant très difficilement. La substance corticale et médullaire a un aspect bleu

jaunâtre; pas d'abcès miliaires; ces lésions se rapprochent plus de celles du gros rein blanc, que de celles de la néphrite suppurative; quelques petits kystes dans la substance corticale. Les altérations sont plus prononcées à droite qu'à gauche, contrairement à ce qu'on aurait pu supposer pendant la vie.

Obs. XV (Communiquée par mon excellent collègue Leprévost). — Sommaire: Début par des douleurs très violentes il y a huit mois. Hématuries peu abondantes. Dilatation de l'urètre. Curage de la vessie. Tubes dans l'urètre pour supprimer les fonctions de la vessie. Amélioration sensible. La malade quitte l'hôpital et succombe trois mois après l'opération aux progrès de la cachexie.

Mme P... (Marie), âgée de 44 ans, se présente à l'hôpital Necker le 8 mars 1884, afin d'y être traitée pour une affection vésicale dont elle souffre depuis plusieurs mois. Elle est placée dans le service de M. le professeur Guyon, salle Sainte-Cécile, n° 15.

Dans la journée qui suivit son admission, cette malade donna des signes non équivoques d'un désordre des facultés mentales. Elle se montre inquiète, anxieuse, se croit persécutée; elle pousse des cris incessants, se lève à tout instant, refuse de manger, rien ne peut la calmer. Plusieurs injections de morphine (de 0 gr. 005 chacune) ne lui procurent aucun soulagement et la nuit entière se passe dans l'insomnie. Le lendemain elle quitte l'hôpital, emmenée par sa famille, malgré l'avis de M. Guyon.

Elle entre de nouveau à la salle Sainte-Cécile le 11 mars, lit n° 16. Elle est un peu plus calme que lors de son premier séjour dans le service; mais son esprit est encore troublé et il est difficile d'obtenir d'elle une réponse précise aux questions qu'on lui adresse. Ses réponses sont parfois contradictoires et nous avons dû recourir à son mari pour avoir des renseignements, qu'il n'a pu malheureusement nous donner que fort incomplets.

Mme P... est employée dans l'administration du timbre. Dans ses antécédents morbides, tant personnels qu'héréditaires, nous ne trouvons rien à noter qui puisse avoir trait à l'affection qui l'amène à l'hôpital. Elle a eu des fièvres intermittentes il y a dix-huit ans. En 1882, elle a pris une fièvre scarlatine qui a guéri rapidement, et ne paraît avoir eu aucun retentissement sur les reins. Elle n'a jamais eu de grossesse et a toujours été bien réglée jusqu'au mois de juillet 1883.

Sa mère est encore vivante, son père est mort à l'âge de 58 ans d'une maladie aiguë. Dans sa famille il n'y a jamais eu d'aliénés, et elle-même ne présente le nervosisme exagéré que nous avons signalé, que depuis