

de-sac péritonéal recto-vésical, on constate une ouverture ronde, large de 2 millimètres, par laquelle on fait sourdre du pus venant de la prostate. L'examen du rectum ne laisse apercevoir, chose étrange, aucune ouverture communiquant avec l'abcès.

La prostate n'existe plus, il n'y a plus qu'une vaste poche purulente.

Hypertrophie considérable de la vessie. Muqueuse injectée. Plaques rouges et noires.

## OBSERVATION XXII

*Abcès prostatique aigu chez un tuberculeux de quarante et un ans. — Ouverture spontanée dans l'urèthre et le rectum. — Mort du fait de l'affection thoracique.*

(BALZER, Bull. Soc. anat., 1873. Observ. résumée.)

Le nommé B..., âgé de 41 ans, entre le 3 janvier 1876 au n° 4 de la salle Saint-Michel (service de M. Empis, à la Charité).

Grande faiblesse, touse depuis trois mois, sueurs nocturnes, maigreur extrême, écoulement purulent des deux oreilles depuis plusieurs années. Matité, craquements et respiration soufflante aux deux sommets; râles disséminés dans toute la poitrine. Sa chemise est mouillée par une grande quantité de pus extrêmement fétide, qui sort continuellement de l'urèthre, surtout pendant la nuit. Douleurs très vives sur le trajet de l'urèthre, surtout au moment de la miction. On pense d'abord à une blennorrhagie extrêmement intense (le malade déclare qu'il en a eu plusieurs antérieurement, et l'on ordonne le cubèbe).

Le surlendemain de son entrée, paralysie faciale gauche. Les jours suivants, la paralysie faciale s'accroît, la surdité devient complète, le cubèbe reste sans effet. L'écoulement urétral devient de plus en plus épais et reste très fétide. M. Empis prescrit des injections vésicales avec l'eau de goudron, le soir même M. Balzer fait une première tentative de cathétérisme. La sonde butte au niveau de la portion membraneuse et provoque une vive douleur. La sonde est aussitôt retirée, et un jet de pus épais, noirâtre, suit immédiate-

ment la sortie de l'instrument. Le surlendemain matin, le malade est soulagé et urine plus facilement. Deux essais de lavage vésical sont encore tentés inutilement. Le toucher rectal ne fait découvrir « aucune tuméfaction bien nette du côté de la prostate ».

Les tentatives ne furent pas renouvelées; le malade continua à rendre du pus, mais celui-ci prit d'autres caractères. Il devint plus épais, plus fétide, et renfermait des parcelles de matière fécale.

M. Gosselin, appelé en consultation, pratiqua le cathétérisme sans pouvoir pénétrer dans la vessie. Il fit un second essai, en pratiquant en même temps le toucher rectal, et sentit facilement le bec de la sonde dans le rectum; la prostate lui parut réduite à une espèce de coque; le même jour, en allant au bain, le malade fut pris d'un frisson violent et dut remonter dans la salle. Crachats jus de pruneaux, souffle tubaire à gauche et à la base. — Mort à minuit, le 3 février.

*Autopsie.* — Caverne aux deux sommets avec ilots de pneumonie caséuse, hépatisation rouge dans presque toute l'étendue du lobe inférieur du poumon gauche. Ulcérations tuberculeuses très nombreuses dans l'intestin grêle. Le gros intestin est sain dans toute la portion descendante du colon jusqu'au rectum. Cerveau, cervelet et bulbe sains. Le rocher présente des granulations et de petits foyers caséux sur sa coupe. Les osselets sont complètement détruits, les cellules mastoïdiennes sont remplies de pus.

Les reins, les bassinets et les uretères sont sains; la muqueuse urétrale, saine dans toute sa portion pénienne, est enflammée dans sa portion prostatique et le verumontanum est très développé.

Au-dessus de la prostate, on trouve un cloaque très étendu qui a disséqué le rectum dans sa portion inférieure et qui communique avec cette portion de l'intestin par deux ouvertures irrégulières à bords indurés et déchiquetés situés sur la face postérieure et séparés l'un de l'autre par une portion de muqueuse large de 1 centimètre.

A sa partie supérieure, le cloaque ne remonte pas au-dessus de la prostate; à sa partie inférieure, il descend jusqu'au sphincter de l'anus. Il est très évasé à sa partie postérieure, plus étroit à sa partie antérieure où il vient se terminer à 3 centimètres du col de la vessie, après avoir détruit l'urèthre à sa partie inférieure, dans une étendue de 3 centimètres environ.

Les vésicules séminales sont saines ainsi que les testicules.

La face inférieure de la prostate est creusée d'une excavation qui

admet facilement la pulpe du doigt ; elle ne présente pas de lésions sur la coupe, et l'examen microscopique a prouvé ultérieurement qu'elle était parfaitement saine.

## OBSERVATION XXIII

*Abcès de la prostate. — Ouverture spontanée dans l'urèthre. — Fusée à travers la grande échancrure sciatique jusqu'au niveau de la région trochanterienne. — Mort.*

(Observation recueillie à l'hôpital Necker et transcrite à la page 51 du registre d'observations de la salle Saint-Vincent. — La pièce, préparée par M. Reverdin, figure au n° 19 de la collection particulière de M. le professeur Guyon.) (Voir Pl. II.)

Le nommé Casidanius (François), âgé de 44 ans, entré à l'hôpital Necker le 27 décembre 1868 (salle Saint-Vincent), mort le 14 janvier 1869.

Les lésions prostatiques et vésicales datent de plusieurs mois ; l'abcès qui siège à la partie externe de la racine de la cuisse est plus récent, mais on ne peut obtenir du malade aucun renseignement exact. Plusieurs tentatives de cathétérisme sont faites, mais on ne dépasse pas la région prostatique, et la sonde ramène du pus. Avec une sonde à grande courbe, on arrive dans la vessie et il s'écoule de l'urine claire jusqu'aux dernières gouttes. La vessie, contenait peu d'urine ; par le toucher rectal on sent le bec de la sonde sous la muqueuse ; elle semble s'engager dans une cavité. Les parois du rectum ne sont pas épaissies.

Le 30 décembre, M. Guyon incise largement l'abcès de la cuisse et place un tube à drainage. Issue d'une grande quantité de pus fétide.

Le 31 décembre, pouls 130. Injection dans la plaie avec de l'eau additionnée d'eau-de-vie camphrée.

Les jours suivants, le malade a des frissons répétés. Il demande souvent qu'on le sonde parce qu'il éprouve, en urinant, une sensation de brûlure dans le canal.

Le 3 janvier, pouls : 108. Le 4 janvier, frisson et fièvre. Le 5, la fièvre persiste. Pus très odorant. Le 8, accès de fièvre.

Le malade meurt le 14 janvier.

*Autopsie, le 16 janvier.* — Le crâne n'est pas ouvert, les organes thoraciques ne présentent aucunes lésions, sauf quelques adhérences aux deux poumons.

*Poumons.* — Les poumons ne renferment ni tubercules ni abcès.

*Cœur.* — Le cœur est sain.

*Foie.* — Le foie est volumineux et paraît un peu gras.

*Rate.* — La rate est grosse, son parenchyme est ferme.

*Intestins.* — Les intestins ne sont pas ouverts, mais ils paraissent sains.

*Péritoine.* — Le péritoine ne présente ni épanchement ni fausses membranes.

*Vessie.* — La vessie est petite, ratatinée et appliquée contre la symphyse. On l'enlève avec les reins et la verge.

*Urèthre et prostate.* — Une sonde est d'abord introduite dans l'urèthre, elle pénètre jusqu'à la symphyse ; on fend l'urèthre dans toute cette étendue et l'on n'y rencontre aucune lésion. Faisant alors basculer le bec de la sonde du côté droit, on pénètre dans la vessie et l'on continue la section de l'urèthre : on découvre alors sur le côté gauche et postérieur du canal, au niveau de la portion prostatique, trois ouvertures ovalaires séparées par de petits ponts de muqueuse ; les ouvertures conduisent dans une cavité remplie de pus qui occupe la région prostatique. La glande est presque complètement détruite. Le pus de l'abcès est en contiguïté avec le rectum ; cet abcès de la prostate communique à gauche avec le petit bassin. Les muscles, obturateur interne et pyramidal, baignent de ce côté dans un pus grisâtre, fétide, et leurs fibres sont en partie détruites.

Au niveau de la partie supérieure de la grande échancrure sciatique, le pus a fusé au dehors du bassin ; une sonde, conduite dans ce trajet, pénètre dans la fesse et vient ressortir par l'incision de la cuisse en contournant le grand trochanter ; ce dernier baigne dans le pus ; il est à nu, sa surface est rugueuse. On rencontre encore une petite collection purulente dans la gaine du psoas, en dehors des vaisseaux iliaques. L'urine contenue dans la vessie est purulente, les vésicules séminales sont englobées dans un tissu cellulaire induré et épaissi dont on ne peut les isoler complètement.

## OBSERVATION XXIV

*Rétrécissement urétral consécutif à de nombreuses chaudepisses. — Uréthrotomie interne. — Deux jours après l'opération, imprudence et refroidissement. — Cystite. — Abscès de la prostate. — Fusée purulente vers le rebord des fausses côtes gauches. — Mort.*

(Observation recueillie à l'hôpital Necker par M. Curtis et transcrite à la page 175 du registre d'observation de la salle Saint-Vincent. — La pièce figure au n° 55 de la collection particulière de M. le professeur Guyon.) — (Voir Pl. III.)

Le nommé Herber, âgé de 42 ans, entré à l'hôpital Necker le 14 septembre 1872 (salle Saint-Vincent, lit n° 20); mort le 16 décembre 1872.

Ce malade a mené une existence fort accidentée et fait de nombreux voyages. Pendant un séjour de deux ans au Brésil, il a eu des accès de fièvre intermittente. Il a contracté la vérole avec de nombreuses chaudepisses qu'il a soignées lui-même avec la plus grande négligence. Les troubles de la miction remontent à trois ans et n'ont fait que s'accuser depuis; le malade s'est enfin décidé à quitter le métier de dentiste qu'il exerçait avec un certain succès au Brésil, pour venir en France se faire soigner de son rétrécissement. Il est actuellement affaibli et sujet à des accès fébriles irréguliers.

Le 18 septembre : Exploration de l'urètre, la bougie à boule 16 est arrêtée en arrière du scrotum. L'urètre saigne facilement. On essaye de nombreux instruments, bougies à boule, bougies coniques, filiformes, etc., sans réussir à franchir le point rétréci, qui est situé vers la fin de la portion bulbeuse.

Les 18, 19, 23, 24 septembre, on essaye de franchir sans succès. On laisse la bougie de cire appuyée contre le rétrécissement.

Le 27 septembre, M. Guyon réussit à franchir le rétrécissement avec une bougie 4 collodionnée et infléchie en baïonnette.

Le 5 octobre, M. Guyon pratique l'uréthrotomie interne. La sonde à bout coupé reste trente-six heures en place.

Le 7 octobre, au matin, le malade allait très bien; il n'avait pas eu de frisson et avait peu de fièvre. Le soir, il va se promener dans la cour et se refroidit. Des phénomènes de cystite se déclarent aussitôt.

Le 16 octobre, il présente les températures suivantes : rectum, matin, 40° 3, soir, 40° 7. Il y a de la tympanite et de la sensibilité à la pression, surtout accentuée dans le flanc gauche.

A partir de ce jour, la température reste très élevée (40°). Vers le 20 octobre, des vomissements très fréquents apparaissent et se continuent jusqu'au 24 octobre.

Le 18 octobre, ventre douloureux, pas de vomissements (eau de Sedlitz, sulfate de quinine 0. gr. 60 tous les jours. Lavements laudanisés 20 gouttes tous les soirs).

Le 21 octobre, douleurs au niveau du rein gauche. Ventre ballonné.

Le 23 octobre, même état. On trouve un léger œdème de la paroi abdominale et de la rénitence avec sensibilité, au niveau de l'hypogastre et du flanc gauche. M. Guyon fait remarquer que l'état de l'abdomen peut être comparé à celui que présente la pelvi-péritonite. (peut-être y a-t-il péricystite). Mais le diagnostic généralement accepté dès les premiers phénomènes d'œdème, et qui prévalut jusqu'à la fin, fut celui de phlegmon périnéphrétique suppuré et propagé à la fosse iliaque gauche. L'existence d'un rétrécissement étroit et invétéré et les accès fébriles avec les douleurs de reins accusées par le malade légitimaient cette interprétation des accidents abdominaux.

Dans la première semaine de novembre, les urines devinrent très purulentes. Elles déposaient au fond du verre conique deux ou trois travers de doigt de pus; mais bientôt l'urine reprit sa limpidité.

Le 7 novembre, la région hypogastrique est douloureuse et sensible à la pression. L'œdème superficiel de la paroi abdominale a disparu. La tuméfaction profonde et la rénitence ont augmenté. Dans le flanc gauche, on sent une tuméfaction saillante, dure, mate à la percussion, très douloureuse et grosse comme une tête de fœtus; elle s'étend jusqu'à la ligne médiane et se continue en bas et au dedans avec la tuméfaction périvésicale.

Le malade n'a pas eu de vomissements depuis assez longtemps; il est constipé. La fièvre reste élevée : 40° le soir, avec rémission matinale très accusée.

Le 11 novembre, on trouve un point fluctuant à deux ou trois travers de doigt au dessus du rebord des fausses côtes gauches, sur la ligne verticale mamelonnaire. Cet abcès, ouvert au bistouri, se trouve être en communication par un trajet long, étroit et tortueux, avec la collection de la fosse iliaque gauche. L'incision donne issue à 560 grammes de pus crémeux non fétide.

Le 12 novembre, la pression sur le ventre fait sortir une grande quantité de pus. On essaye de favoriser et de régulariser l'écoulement par la compression, à l'aide de plusieurs couches de ouate fixées sur le ventre avec un bandage de corps et recouvertes d'une bande de caoutchouc faisant de nombreux tours et recouvrant tout l'abdomen.

Pendant quelques jours, le malade se trouve un peu soulagé; mais la température vespérale reste toujours élevée et la suppuration, toujours abondante, devient excessivement fétide. L'anorexie est absolue; tous les aliments sont refusés, excepté le lait (régime lacté).

Le 30 novembre: Délire. Le malade enlève son pansement.

Le 13 décembre, M. Guyon incise un abcès périnéal; il s'écoule une certaine quantité de pus infect. Le toucher rectal révèle un empatement périvésical. Le malade, ruiné par la fièvre hectique, meurt le 16 décembre à quatre heures du matin.

A l'autopsie, pratiquée le 17 décembre à dix heures du matin, on reconnut les lésions suivantes:

1° Les deux reins étaient absolument sains ainsi que leur atmosphère cellulo-graisseuse et le tissu cellulaire sous-péritonéal en général.

2° La muqueuse vésicale et uréthrale ne présentait aucune solution de continuité, aucune altération qui eût pu être le point de départ d'abcès ou d'infiltration urinaire.

3° La prostate était le siège d'une cavité considérable qui entourait de toute part l'urètre prostatique, de sorte que celui-ci, indemne, conservait sa forme tubulée au milieu du pus qui le baignait de tous côtés. La cavité prostatique était traversée par quelques brides d'apparence musculo-cellulaire.

Cette prostatite suppurée a été le point de départ de toutes les lésions qui ont causé la mort du malade. Le pus, au lieu de suivre l'une des voies usuelles en pareil cas, a contourné le col de la vessie à droite, puis s'est porté en avant entre le col et la symphyse. Là, il est remonté derrière les tendons des muscles droits en passant au delà de la ligne médiane, au-dessus de l'aîne gauche; il a traversé le fascia transversalis et a suivi les fibres musculaires du transverse en décollant les couches musculaires de la paroi abdominale de manière à constituer un grand réservoir dans l'épaisseur de la paroi. Cette collection, suivant toujours les fibres du transverse, a filé jusqu'aux insertions costales de ce muscle; là, le pus a pointé et formé

une collection purulente qui a été ouverte le 11 novembre; il en est sorti 560 grammes de pus.

Un mois plus tard, trois jours avant la mort, il se forma au périnée une collection de pus qui communiquait directement, à travers l'aponévrose de Carcassonne, avec la caverne prostatique.

Le malade n'était pas tuberculeux. Sa prostatite ne peut être attribuée qu'aux manœuvres nécessitées par le traitement du rétrécissement: cathétérisme, uréthrotomie interne suivie de sonde à demeure.

## OBSERVATION XXV

*Rétrécissement de l'urètre. — Cathétérisme brutal. — Tumeur urinaire au périnée. — Uréthrotomie interne. — Abcès de la prostate. — Ouverture spontanée dans l'urètre. — Mort par infection purulente.*

(Obs. recueillie par M. E. MARTIN et transcrite à la page 193 du registre d'observations de la salle Saint-Vincent. La pièce figure au n° 59 de la collection particulière de M. le professeur Guyon.)

Le nommé Chatelain (Jean), âgé de 51 ans, entré le 2 juin 1873 à l'hôpital Necker, salle Saint-Vincent, mort le 21 juin 1873.

Antécédents: première chaudepisse il y a vingt ans, guérison incomplète. Pisse moins bien en 1850. Traitée en 1851 au Val-de-Grâce par la dilatation et les bougies Béniqué; il néglige de se sonder pendant la guerre de Crimée et revient avec le typhus dont il guérit à l'hôtel-Dieu de Paris. En 1856, il quitte le service militaire et se passe de temps à autre des bougies, d'abord assez volumineuses, puis fort petites. Il y a six ans, il a été traité pendant quinze jours à l'hôtel-Dieu par la dilatation, et il est sorti avant d'avoir atteint le n° 12. Depuis lors, il n'a suivi aucun traitement sérieux. Il se passe de temps à autre de petites bougies.

Il y a quatre semaines, après être resté longtemps sans se sonder, il a essayé de s'introduire une bougie n° 8. Il n'a pas réussi et s'est fait saigner. C'est de ce jour que datent le gonflement des bourses et du périnée, la fièvre et les frissons. Il y a quatre jours, le gonflement du périnée et des douleurs très vives l'ont empêché de continuer son travail.

Actuellement, on constate une tumeur urinaire occupant toute la

région périnéale antérieure, le testicule droit est douloureux, l'épididyme gonflé (température axillaire, 38°2). M. Guyon incise la tumeur périnéale sur une étendue de 5 centimètres environ.

Le 4 juin, le malade se sent mieux; il n'a plus de fièvre, l'urine s'écoule abondamment par l'incision périnéale; les bourses sont encore gonflées.

Le 6 juin, l'explorateur n° 18 s'arrête au niveau du scrotum. Le n° 8 pénètre à 3 centimètres plus loin. Le canal saigné facilement. On pénètre dans la vessie, mais avec peine et à travers des tissus indurés avec une bougie n° 3 que l'on fixe à demeure.

Le 7 juin, M. Guyon pratique l'uréthrotomie interne. On laisse une sonde à demeure n° 16. On retire des urines chargées de pus (soir, température axillaire 38°2); peu de sang dans les urines. Il ne sort que quelques gouttes d'urine par les fistules.

Le 9 juin, pas de fièvre depuis l'uréthrotomie.

Le 10 juin, le scrotum est gonflé et tendu. Il y a eu de la fièvre hier soir (38°6). On enlève la sonde à demeure. Température : 38°6.

Le 11 juin, l'urine sort abondamment par la plaie.

Le 12 juin, le malade ne vide pas sa vessie; l'infiltration du scrotum a diminué. Il s'écoule de l'urine et du pus par la plaie. On replace à demeure une sonde à bout coupé introduite sur conducteur (thé, pot. de Tood). Diarrhée abondante depuis deux jours, ventre ballonné. Température 39°.

Le 13 juin, gonflement et ballonnement du ventre, langue sèche, urine chargée de pus et alcaline.

Le 14 juin, on change la sonde. Un peu moins de ballonnement du ventre; température; 39°. Urine moins chargée de pus.

Le 15 juin, le gonflement du ventre augmente. Langue sèche.

Le 16 juin, incisions multiples du scrotum, écoulement abondant de pus.

Le 17 juin, ballonnement du ventre, frisson dans la journée, fièvre vive. Température 38°2.

Le 18 juin, on change la sonde à demeure; elle est très incrustée de phosphate.

Le 19 juin, langue sèche, pouls rapide, petit (120) vomissements bilieux, ventre ballonné. Le malade urine assez bien avec la nouvelle sonde.

Le 20 juin, état général déplorable. Pouls : 150, ballonnement considérable du ventre, langue sèche, délire.

Le 21 juin, mort à deux heures du matin.

*Autopsie*, trente heures après la mort. — Abscès métastatiques au nombre d'une douzaine, du volume d'un pois, disséminés sur la surface de la rate.

Rien à la surface du foie ni à la coupe de cet organe.

En ouvrant l'urèthre par sa paroi inférieure, on observe que le canal est détruit sur une étendue considérable au niveau de la portion bulbeuse et scrotale; cette destruction se remarque surtout sur la paroi inférieure de l'organe. Deux ouvertures allongées, presque parallèles, chacune de 5 centimètres, séparées du tissu en voie de sphacèle, font communiquer le canal de l'urèthre avec un vaste trajet fistuleux presque vertical de 4 centimètres environ de longueur. L'ouverture externe de ce trajet est située sur la ligne médiane du périnée, immédiatement en arrière du scrotum.

La prostate est remplacée par une cavité pleine de pus circonscrite par une enveloppe fibreuse assez épaisse. Cette cavité présente 6 centimètres de longueur et une largeur à peu près égale. Elle communique avec l'urèthre par un orifice de 3 ou 4 millimètres, situé sur la partie gauche du canal à 2 centimètres du col. Il n'existe plus de traces de la glande, sauf sur les côtés de la vessie au niveau du col où l'on remarque encore deux bourrelets saillants.

La vessie est volumineuse et ses parois sont épaissies.

#### OBSERVATION XXVI

*Abscès périphlébitiques développés autour d'une prostate hypertrophiée chez un homme de cinquante-neuf ans. — Mort par infection purulente.*

(Observation recueillie dans le service de M. Guyon par mon collègue et ami M. Bazy.)

Le nommé Burgerin (Louis), journalier, âgé de 59 ans, entré à l'hôpital Necker le 20 octobre 1878 (salle Saint-Vincent, lit n° 20).

Depuis longtemps ce malade urine difficilement.

Le mercredi 18 octobre, frisson violent et rétention complète d'urine. La prostate est très volumineuse et saigne facilement. Sonde à demeure.

Le 2 janvier 1879, état général mauvais. 3 litres d'urine purulente dans les vingt-quatre heures. Langue sèche. Anorexie, 39° le soir. Lavage à l'acide borique.

Le 4 janvier, 38° 6 le matin et même température le soir.

Le 5 janvier, la température descend à 37°.

Le 6 janvier 1,400 grammes d'urine dans les vingt-quatre heures. La température monte à 38°. Le malade doit se sonder lui-même avec une sonde molle.

Le 7 janvier, 2 litres d'urine. Les urines, alcalines hier, sont aujourd'hui acides. La température atteint 39°. Constipation extrême. Frisson violent dans la journée (lavement purgatif).

Le 8 janvier, 1,600 grammes d'urine 38° le matin. 40° le soir.

Le 9 janvier 1,200 grammes d'urine. 40° le matin, langue très sèche. Le malade a envie de vomir. On replace la sonde à demeure.

Le 10 janvier, 800 grammes d'urine toujours purulente. 39° 6 dans la matinée. Subdélirium. Langue très sèche (potion avec 60 grammes d'alcool).

Le 11 janvier, le malade meurt. Il avait hier soir 40° 4. Le pouls était petit et misérable. Dans les dernières heures, délire avec sueurs abondantes.

*Autopsie.* — La vessie est ratatinée et présente le volume d'une grosse orange. Ses parois mesurent 1 centimètre d'épaisseur et sont indurées. La muqueuse est aussi fortement épaissie, ardoisée par place, un peu rugueuse, mais nette de tout dépôt phosphatique. Elle est pleine d'urine purulente.

La prostate est très volumineuse. Le lobe droit est particulièrement hypertrophié. Le lobe moyen n'est pas saillant. Par la pression des doigts, on fait sourdre des gouttelettes de pus au niveau des orifices dilatés des glandules prostatiques. Autour de la prostate existent de petites collections purulentes. Le foyer principal siège sur le lobe gauche de la prostate et communique avec de petits foyers secondaires d'aspect caverneux et pleins d'un pus crémeux.

Les uretères sont très dilatés. Les reins sont volumineux. Leur capsule est adhérente et indurée. A la partie inférieure du rein gauche et dans l'épaisseur de son parenchyme, se trouve un abcès enkysté du volume d'une noisette. A la loupe, le rein gauche est d'ailleurs parsemé d'une quantité considérables d'abcès de volume très variable, depuis celui d'un grain de chènevis jusqu'à celui d'une

noisette. Ces petits abcès sont tous entourés d'une aréole rougeâtre. Le reste du tissu rénal est friable et se laisse facilement déprimer sous le doigt. La capsule se laisse facilement détacher.

La muqueuse des calices et du bassinet est tomenteuse, arborisée et présente environ 1 millimètre d'épaisseur.

Le rein droit est moins volumineux que le rein gauche et plus pâle. On trouve également, à sa surface, un abcès enkysté du volume d'une amande et d'autres également superficiels et plus petits. Ceux-ci ont une forme conique et leur sommet est dirigé vers le centre de l'organe. D'une manière générale, le rein droit est beaucoup moins altéré que le gauche.

La rate est petite et indurée. Il y a périsplénite manifeste avec épaissement d'aspect cartilagineux.

Le foie est légèrement congestionné.

Les poumons sont le siège d'un grand nombre de petits abcès pyramidaux disséminés sur toute la surface des deux viscères et présentant tous les caractères des abcès métastatiques de l'infection purulente.

En résumé prostatite avec abcès périprostatiques devenus le point de départ d'une infection purulente.

## OBSERVATION XXVII

*Rétrécissement de l'urètre. — Uréthrotomie interne. — Abcès périphlébitiques autour de la prostate. — Infection purulente. — Mort.*

(Observation recueillie par mon ami M. Bazy et transcrite à la page 353 du registre d'observations de M. le professeur Guyon.)

Le nommé Losch (Ferdinand), employé, âgé de 53 ans entré le 19 mars 1879 à l'hôpital Necker (salle Saint-Vincent), mort le 15 avril 1879.

Blennorrhagies autrefois. En 1865, orchite. Au dire du malade, la miction était depuis quelque temps difficile. A cette époque, il eut un abcès au périnée. Il ne perdit jamais d'urine par l'ouverture qui fut aussitôt pratiquée. On constata de plus un rétrécissement qui ne parut pas dilatable et nécessita l'uréthrotomie interne. La miction redevint normale.