

ladié qui a peu fixé l'attention des auteurs, et qui n'a guère été décrite qu'à l'état récent; car lorsqu'au bout d'un certain temps l'hématocèle n'est pas entièrement dissipée, elle prend un autre nom: hydrocèle, hydro-sarcocèle, etc. Je me suis longuement étendu sur ce point (1). Vous avez vu que nos moyens de traitement ont consisté, quand l'hématocèle de la tunique vaginale était liquide, à en faire la ponction et à faire une injection iodée, comme dans l'hydrocèle, quand il y a des caillots fibrineux, à glisser sur la canule du trois-quarts un bistouri à l'aide duquel je pratique une incision assez grande pour y introduire le doigt, à l'aide duquel je détache les caillots et les fais sortir; je fais ensuite dans la plupart des cas une autre incision, et je passe une mèche entre ces deux ouvertures de manière à établir là un véritable séton, que l'on laisse pendant plusieurs jours, afin de faire suppurer la cavité vaginale. On le retire au bout de huit ou dix jours, et souvent après quinze ou vingt jours la guérison est achevée. J'ai réuni déjà une vingtaine de faits qui me confirment dans l'efficacité de ce traitement; un seul des malades opérés de cette manière a succombé; encore avait-il une tumeur encéphaloïde au centre du testicule.

*Varicocèles* (2).— Nous avons opéré 6 individus atteints de varicocèles: 3 l'ont été par le procédé de l'épingle passée derrière la veine, et par l'étranglement de cette veine et de la peau; les 2 autres l'ont été par la ligature sous-cutanée, suivant le procédé de M. Gagnebé, publié en 1829 par ce médecin. Les 3 malades que j'ai opérés suivant ce dernier procédé sont moins bien guéris que les trois autres; ils sont sortis en ayant retiré peu de fruit de l'opération. L'un d'eux a été pris d'un érysipèle phlegmoneux qui a mis ses jours en danger. L'année dernière, pareil accident m'était arrivé. Les 5 autres individus que j'ai opérés suivant mon

(1) Voyez tome II, pag 381 de l'Hématocèle.

(2) Voyez tome I, page 420, *Varices et varicocèles*.

procédé sont sortis dans un état satisfaisant; leurs veines variqueuses étaient considérablement affaissées; et s'ils ne guérissent pas complètement, ils auront au moins éprouvé une amélioration notable. Le procédé de M. Gagnebé est plus difficile, plus compliqué que l'autre. Sans doute on coupe avec lui plus facilement et plus promptement la veine qu'en étranglant celle-ci avec un fil dont on entoure la peau; mais je le crois plus dangereux, et comme disposant plus que l'autre aux phlébites et aux érysipèles phlegmoneux.

*Sarcocèle*.— Nous avons extirpé trois testiculaires dégénérés, squirreux ou cancéreux. Ces opérations ont été suivies de succès. Vous avez pu vous convaincre, à l'occasion de cette opération, des avantages de la ligature du cordon en masse. On a beaucoup discuté à ce sujet. Dès que le sarcocèle est isolé et qu'on a mis à découvert le cordon jusqu'aux limites du mal, le chirurgien s'occupe de la séparation des parties qu'il doit enlever. Deux méthodes fort distinctes résultent de la dissidence des praticiens à ce sujet. Dans l'une, on lie le cordon ou ses vaisseaux avant d'en opérer la section; dans l'autre, on suit une marche tout opposée, et chacune d'elles renferme un grand nombre de procédés divers. Paul d'Égine embrassait, comme Gelse, tout le cordon dans une forte ligature entre l'anneau et le corps malade. Presque tous les opérateurs se sont comportés de tout temps de la même manière; mais il en est qui pensent que la ligature doit être placée aussi près que possible de l'anneau, tandis que d'autres l'appliquent immédiatement au-dessus de l'épididyme; quelques uns le posent sur un point intermédiaire. Si on en voit qui le serrent sur-le-champ aussi fort que possible, plusieurs, au contraire, n'exercent qu'une constriction suffisante pour empêcher le sang de couler. Il y en a même qui ne l'étreignent que par degrés et en y revenant chaque jour, jusqu'à ce que les tissus soient complé-

tement tranchés. Paré, Heister, conseillent de passer un fil en plusieurs doubles au travers de cette tige, et d'en lier ensuite séparément les deux moitiés. Voulant laisser le canal déférent tout-à-fait libre, Ravaton place son fil comme Paré; mais il n'en lie que la moitié qui lui paraît renfermer les vaisseaux. Quelques chirurgiens, enfin, portent très haut une ligature d'attente, en appliquent une autre un pouce plus bas, avec laquelle ils étranglent les vaisseaux avant d'exciser les parties au-dessous. Enfin il y en a qui ont imaginé d'interposer entre la ligature et le cordon spermatique une petite compresse, tandis que d'autres ont mis simplement une plaque de plomb.

Les chirurgiens qui amputent d'abord le testicule avant de lier le cordon n'ont pas moins varié sur les soins que réclame ensuite le cordon. Cheselden a, un des premiers, proposé d'en lier isolément les artères. Ledran veut qu'on l'entoure d'une ligature d'attente, qu'on en froisse ensuite les vaisseaux à quelque distance avec les doigts, et qu'on ne serre le fil que dans le cas où le froissement serait insuffisant pour arrêter l'hémorrhagie. J.-L. Petit appliquait une petite compresse graduée sur l'anneau, et n'employait pas de ligatures. Pouteau se bornait à tenir le bout du cordon renversé sur le pubis. Après l'avoir disséqué soigneusement, Runge le tordait plusieurs fois sur lui-même avant d'en séparer le testicule, et il n'appliquait point de ligature. D'autres chirurgiens enfin soutiennent que toutes ces précautions sont inutiles, et que l'hémorrhagie n'est point à craindre.

La ligature en masse conserve encore beaucoup de partisans, de même qu'il y a aussi beaucoup de chirurgiens qui se bornent à isoler, à lier séparément les vaisseaux avant de couper le cordon. Bichat, M. Roux, Ch. Bell, ont recommandé de le diviser jusqu'au canal déférent, d'en saisir alors et d'en lier les artères avant de couper le canal déférent; d'autres détachent le sarcocèle aussitôt qu'il est

séparé de ses enveloppes, et cherchent immédiatement après, soit avec un crochet ou le tenaculum, soit avec des pinces, dans le bout supérieur de cette tige les vaisseaux qui peuvent fournir du sang. Chez le plus grand nombre des sujets, les artères du cordon étant assez peu volumineuses pour qu'on puisse sans crainte les abandonner à elles-mêmes après en avoir opéré la section, on conçoit que le froissement suivant la méthode de Ledran, la compression de J.-L. Petit, la torsion ou le renversement de Runge ou de Pouteau puissent suffire; mais la ligature des artères présente plus de sûreté contre des hémorrhagies, dont on a dû observer un assez grand nombre d'exemples.

En liant le cordon en masse ou seulement en partie, en exerçant sur lui une constriction immédiate ou graduée, la guérison aura lieu de même. L'important serait donc tout simplement de savoir quel est réellement le plus avantageux ou le plus prudent, le plus facile ou le plus sûr, de lier le cordon en masse ou de n'appliquer la ligature sur les vaisseaux capables de fournir du sang, qu'après avoir séparé le testicule du cordon. Les antagonistes de la première méthode se fondent, pour la rejeter, sur le danger de comprendre dans le même fil le canal déférent, les filets nerveux du plexus rénal qui l'accompagne, le rameau fourni par le nerf génito-crural, et tous les autres tissus qu'il n'est pas indispensable d'embrasser; sur ce qu'une ligature pareille doit produire une douleur violente, et faire courir le risque de voir survenir des convulsions et même le tétanos; enfin sur ce que le lien est parfois longtemps à couper les parties, et tarde considérablement à pouvoir être enlevé de la plaie. Quelques uns ont ajouté que la constriction d'une aussi grande quantité d'éléments divers permettrait bientôt au ruban de se relâcher, et qu'il resterait insuffisant pour fermer les artères. A tout cela, messieurs, on peut répondre que l'étranglement immédiat ne cause une douleur un peu vive que pendant une se-

conde, s'il va jusqu'à rompre la continuité des filaments nerveux et du canal déférent; qu'on n'a jamais vu d'hémorrhagies par les vaisseaux ainsi étranglés; que le tétanos et les autres accidents nerveux ne sont pas plus à craindre par cette méthode que par toute autre. J'ai vu pratiquer cette opération un grand nombre de fois par M. Gouraud à l'hôpital de Tours, par Richerand et M. J. Cloquet à l'hôpital Saint-Louis, par M. Bougon à l'hospice de Perfectionnement; je l'ai pratiquée moi-même un grand nombre de fois; de telle sorte que je puis affirmer avoir été témoin de plus de cent cas de castration avec ligature en masse du cordon, et je n'ai jamais vu se développer des inconvénients qu'on pût véritablement lui attribuer. Aussi je pense que cette méthode est la seule qui mérite aujourd'hui d'être généralisée.

Par la ligature isolée, la réussite, il est vrai, n'est pas moins constante, quand on prend les précautions convenables; mais il est certain aussi qu'elle offre plus de difficultés, qu'on a quelquefois de la peine à trouver les vaisseaux, que les tâtonnements auxquels on est alors obligé de se livrer allongent beaucoup l'opération sans profit, et que plus d'une fois, malgré elle, des hémorrhagies abondantes ont menacé les jours de l'opéré.

Vous avez vu, messieurs, que chez deux de nos malades atteints de sarcocèle cette année, j'ai été obligé de poursuivre la maladie à laquelle participait le cordon des vaisseaux spermatiques jusque dans la fosse iliaque, après avoir ouvert la paroi antérieure du canal inguinal. J'ai lié en masse le cordon là où il était encore sain; le succès a été aussi complet que dans les cas les plus simples. J'ai déjà poursuivi plusieurs fois de cette manière le sarcocèle et le cordon des vaisseaux spermatiques très haut, après avoir ouvert ainsi le canal inguinal, et cette manœuvre ne m'a réellement pas paru trop difficile.

*Blennorrhagies.* — Nous avons eu un grand nombre de

blennorrhagies; et, quoique très commune, cette maladie, sur laquelle on a tant écrit et sur laquelle on écrit tant chaque jour encore, nous a offert un sujet digne d'intérêt.

Rien n'est plus facile que d'arrêter une blennorrhagie urétrale chez l'homme, et rien n'est plus difficile que de l'empêcher de revenir. C'est une chose dont vous aurez souvent l'occasion de vous convaincre dans votre pratique. A l'aide du copahu ou du cubèbe, seuls ou combinés, il est bien rare qu'on ne réussisse pas à couper une blennorrhagie au bout de trois, quatre, cinq ou six jours; mais il est rare aussi, si on cesse l'emploi du remède, qu'elle ne reparaisse, et souvent même plus forte qu'avant l'administration du remède; et cela est si positif, messieurs, qu'il en résulte ce principe en thérapeutique que je vous engage à toujours appliquer dans votre pratique, qu'il faut continuer pendant un certain nombre de jours encore, après la cessation de l'écoulement, l'emploi des remèdes qui ont réussi à le faire cesser. Voici comment je me comporte. L'écoulement arrêté, je continue la prescription des mêmes remèdes pendant deux ou trois jours et aux mêmes doses, puis je les suspends un jour; je les reprends ensuite pendant deux ou trois jours, puis je les cesse pendant deux ou trois, pour les reprendre de nouveau pendant deux jours, et les cesser pendant deux ou trois, et cela ainsi de suite pendant une quinzaine de jours, après lesquels je cesse tout-à-fait.

L'action des remèdes employés pour tarir les écoulements est variable. Le cubèbe est un médicament qui est toujours mieux supporté par les malades que le baume de copahu; il irrite beaucoup moins que lui l'estomac et les intestins; on peut sans crainte l'administrer jusqu'à la dose d'une once. Ordinairement je débute par 5 gros à prendre en trois fois dans le cours de la journée (5 gros par jour), puis je passe à 1 gros 1/2 par dose, ensuite à 2 gros, de manière à arriver jusqu'à 6 gros dans le cours de la jour-

née. Mais, pour que le cubèbe agisse comme vous le désirez, il faut être sûr de ses qualités. C'est un médicament qui s'avarie facilement; il doit être frais pour qu'il agisse bien.

Le copahu a, il faut en convenir, une action plus certaine, plus énergique, plus efficace que le poivre cubèbe; mais il a aussi de grands inconvénients: il est d'abord très irritant, il a ensuite un goût détestable; aussi a-t-on cherché à le masquer par mille moyens: on l'a donné sous forme de dragées, de pilules, on l'a enveloppé dans des capsules gélatineuses, etc. Cette dernière préparation est préférable à toutes les autres, il en faut convenir, mais elle ne réussit pas plus que les autres à en diminuer l'âcreté; il produit souvent des douleurs dans l'estomac et les intestins, des vomissements, de la diarrhée, des coliques violentes, des éruptions, etc., etc. Tout cela est très fâcheux, messieurs, car l'action de ce médicament est réellement très puissante, et, à la dose d'un gros ou deux par jour, lorsqu'il est absorbé, il produit les meilleurs effets. Je dis quand il est absorbé, car il réussit moins bien lorsqu'il produit de la diarrhée ou des vomissements. La combinaison du cubèbe et du copahu, que j'ai essayée (1) et que j'emploie, obvie à la plupart des inconvénients que les auteurs et tous les praticiens ont signalés, et je m'applaudis tous les jours de l'action des formules que j'emploie.

On a vanté dans ces derniers temps un mélange d'alun et de cubèbe; j'en ai fait l'essai dans cet hôpital, mais j'ignore si ce mélange vaut mieux que le cubèbe seul. Aujourd'hui (27 août) sortent de l'hôpital deux malades atteints de blennorrhagie urétrale, et qui ont été soumis pendant huit jours de suite à l'emploi de ce mélange d'alun et de cubèbe par parties égales. Ce médicament n'a produit sur eux aucun effet; mis à l'usage du baume de

(1) Voyez tome I<sup>er</sup>, page 492, *Traitement de la gonorrhée.*

copahu et du cubèbe, ils ont été complètement guéris en quelques jours.

*Calculs urinaires.* — Nous avons eu seulement 3 exemples de calculs urinaires. Chez l'un d'eux nous n'avons fait aucune tentative, soit de lithotritie, soit de taille; je vous dirai pourquoi tout-à-l'heure. Chez le second, jeune garçon qui était dans les meilleures dispositions possibles, et qui avait un calcul très volumineux, j'ai pratiqué la taille bilatérale. Pendant quinze jours le malade a été fort bien; mais il s'est déclaré après cette époque une inflammation profonde dans le tissu cellulaire du bassin, et le malade a succombé. Le troisième sujet avait des calculs urinaires dans le prépuce; ces calculs, au nombre de 36, ont pu lui être extraits facilement à l'aide d'une opération qui a été sans danger, je veux parler de l'incision du prépuce.

Le premier malade, sur lequel nous n'avons fait aucune tentative de lithotritie ou de taille, nous offre un exemple assez remarquable des erreurs que l'on peut commettre au sujet de la présence ou de l'absence de calculs dans la vessie. Ce malade était un paysan qui, ayant éprouvé de la douleur dans les reins et la vessie, de la difficulté à uriner, fut sondé par un chirurgien de province, qui le déclara atteint de la pierre, et l'envoya à Paris pour y être traité de cette maladie. Je le reçus dans cet hôpital. Sa constitution était fortement altérée; il était pâle, amaigri, sans appétit, et avait une fièvre continue; je le sondai et ne trouvai rien. A plusieurs reprises je recommençai l'opération du cathétérisme, et je ne fus pas plus heureux. Ce malade, convaincu qu'il avait la pierre, me sollicitait tous les jours de le tailler ou de le broyer. De mon côté, je soupçonnais plutôt une maladie des reins ou de la prostate. L'état d'épuisement du malade augmenta chaque jour, et il finit par succomber. A l'autopsie je vous ai fait voir les voies urinaires; il n'y avait point de calculs ni dans les

reins ni dans la vessie, mais bien une néphrite chronique et une cystite.

Cette observation, messieurs, ne doit pas être perdue pour vous; elle vous prouve que des chirurgiens peuvent facilement se tromper, et croire à l'existence dans la vessie de pierres alors qu'il n'y en a pas, et que les malades peuvent aussi facilement, et plus facilement encore, s'abuser sur ce point.

Le diagnostic des calculs vésicaux n'est pas toujours aussi facile que vous le pensez; beaucoup de praticiens habiles ont commis de graves erreurs à ce sujet. Je vais m'arrêter un peu sur ce point. La plupart des sujets affectés de la pierre éprouvent une douleur sourde, une sorte de pesanteur au fondement, douleur qui augmente par les mouvements, par les secousses quand ils vont en voiture, montent à cheval ou éprouvent le moindre cahot. Les urines déposent un sédiment blanchâtre, des mucosités floconneuses, quelquefois filantes, tenaces, et sont assez souvent sablonneuses, bourbeuses, comme purulentes, fétides et sanguinolentes. Lors de leur émission, il arrive parfois qu'elles se suspendent tout-à-coup, et qu'un simple changement de position du corps leur permet de repartir avec liberté, comme si une soupape s'était momentanément arrêtée sur l'entrée de l'urètre. Les douleurs augmentent sensiblement à mesure que la vessie se vide, et surtout immédiatement après. L'extrémité de la verge est le siège d'un prurit qui porte le malade à se la tirer continuellement, ce qui fait qu'une extrême longueur du prépuce ou du pénis, chez les enfants en particulier, peut être regardée comme un symptôme de la pierre. Les malades ont des envies fréquentes d'uriner, et quelques uns d'entre eux rendent de temps en temps des graviers et des fragments assez considérables de pierre. Mais ces signes sont loin de se rencontrer réunis chez la plupart des calculeux; plusieurs même n'en présentent aucun. D'un autre côté, di-

verses affections des voies urinaires étrangères à la présence d'une pierre, en ont maintes fois simulé l'ensemble.

Un catarrhe de la vessie, par exemple, est dans ce cas. S'il y a irritation, inflammation de l'entonnoir urétral, la douleur, les envies fréquentes d'uriner, les tiraillements de la verge, pourront exister comme s'il y avait une pierre. La pesanteur au fondement peut être produite par le gonflement de la prostate. Les dépôts de graviers se rencontrent dans les urines d'une foule de personnes qui n'ont point de calculs. Enfin la suspension subite de la sortie des urines, quoique la vessie ne soit pas vidée, se présente dans une foule d'autres circonstances. Une maladie de la prostate, des tumeurs fongueuses, encéphaloïdes, etc., développées dans le bas-fond de la vessie, peuvent encore en imposer pour une pierre. Une masse polypeuse pédiculée, développée sur la paroi inférieure de l'urètre, et qui viendrait à se prolonger dans le col de la vessie, pourrait aussi donner lieu à une erreur. En 1829, j'ai observé un fait de cette espèce à l'hôpital Saint-Antoine. Plusieurs fois, chez cet homme, le cours des urines avait été subitement suspendu avant que la vessie fût entièrement vidée. Il mourut, et à l'autopsie nous vîmes que la luette vésicale donnait naissance à une tumeur semblable aux masses fibreuses de l'utérus par sa densité et par sa structure. Cette tumeur, dont le pédicule était mince, fortement aplati dans la direction de l'urètre, offrait le volume d'un petit œuf de poule. Pour peu qu'elle fût poussée en avant, elle fermait le canal excréteur de l'urine, à la manière d'un bouchon.

Tous ces signes dits rationnels, vous le voyez, messieurs, ne sont donc pas concluants pour prononcer sur l'existence d'une pierre; et la preuve, c'est que dans un assez grand nombre de circonstances, des chirurgiens habiles, se fondant uniquement sur ces signes, ont taillé des sujets qui n'avaient pas la pierre.

On voit, dans le Journal de Desault, Leblanc convenir d'avoir taillé un malade qui n'avait point de pierre. Desault paraît être tombé lui-même, comme Cheselden, dans cette erreur. M. S. Cooper affirme en connaître 7 exemples appartenants à différents chirurgiens. M. Moreau a rassemblé la plupart des cas relatifs à ce genre de méprises. J'ai pu de mon côté en constater 4. La première fois, le malade s'est parfaitement rétabli. La seconde tentative eut lieu chez un enfant qui a succombé; la troisième appartient à un établissement public de la capitale, et le malade n'a pas non plus survécu; la quatrième concerne un jeune médecin de Paris qui a guéri, et qui exerce encore dans la capitale. Toutes ces opérations ont été exécutées par des hommes habiles et exercés; de là l'hésitation et le doute qui doivent s'emparer de l'esprit, alors que toutes les preuves ne sont point rassemblées en faveur de l'existence d'une pierre.

Les signes physiques, ou ceux qu'on obtient par le cathétérisme eux-mêmes à l'aide d'une sonde d'argent, de cuivre, d'or ou de platine, pleine ou creuse, peuvent donner lieu à des erreurs. Dans la majeure partie des cas, sans doute, les recherches faites à l'aide de ces instruments donnent promptement la certitude qu'il existe une pierre; mais, par cela seul qu'on n'en trouve pas, qu'on ne sent point le choc de l'instrument contre la pierre, on ne peut pas dire qu'elle n'existe pas; les petites pierres échappent parfois aux manœuvres les plus habiles. La vessie présente quelquefois des vacuoles assez profondes pour que, en passant au-dessus, la sonde ne donne la sensation d'aucun corps solide. J'ai vu plusieurs fois, immédiatement en arrière de la prostate, une excavation, soit à droite, soit à gauche, soit dans toute l'étendue du bas-fond de la vessie, excavation où des pierres d'un certain volume échappent aisément aux recherches de l'opérateur. M. Camus, M. Belmas, en ont cité des exemples. M. Bouchacourt a

prouvé que chez certains sujets, et principalement chez des individus avancés en âge, cette cavité secondaire, occupant le bas-fond de la vessie, limitée en haut par la prostate, en arrière par l'orifice des uretères et la portion des parois vésicales qui les sépare, encaisse le calcul, le fixe, et s'accompagne ordinairement d'une ulcération assez étendue des parois vésicales. Le calcul ne peut, dans ces cas-là, être reconnu qu'assez difficilement; quelquefois il est comme pincé dans un cul-de-sac particulier, soit que la membrane muqueuse fasse tout simplement hernie par une éraillure des fibres charnues, comme il arrive si souvent dans ce qu'on appelle *vessie à colonnes*, soit qu'un véritable kyste se soit formé autour de la pierre, comme Fabrice de Hilden et Meckel disent l'avoir observé, et comme M. Gensoul m'a dit en posséder un exemple. J'ai vu en 1855, à l'hôpital de la Pitié, la vessie d'un homme mort d'ischurie, et chez lequel cette cavité communiquait par un orifice de six lignes avec une seconde poche de la capacité d'un demi-litre qui contenait un calcul. J'ai vu depuis deux autres cas presque tout-à-fait semblables. Sur une vessie que me montra M. Sanson, j'ai vu 7 calculs placés dans l'un des trois lobes dont se composait la vessie. En effet, messieurs, si le corps étranger ne se présente pas tout-à-fait libre par aucun point de sa surface, le cathétérisme n'en indiquera point la présence, et ce n'est qu'en variant, par la distension de la vessie par l'urine ou des injections, la position du malade, qu'on pourra espérer atteindre la pierre. On a pensé que lorsque la difficulté venait du petit volume de la pierre ou de ce que ses frottements étaient trop légers pour être exactement perçus, l'auscultation sur l'hypogastre pouvait être de quelque secours pendant que l'instrument manœuvrait dans la vessie. M. Ashmead se fondant sur ce que l'air est meilleur conducteur du son que les liquides, a imaginé d'en remplir la vessie pour se servir plus utilement de l'aus-

cultation, et de cette manière ne laisser échapper aucun son et apprécier le moindre choc sur la pierre. Lorsqu'on visse une plaque du stéthoscope sur le pavillon d'une sonde ordinaire, j'ai remarqué avec M. Moreau de Saint-Ludgère qu'on entend mieux que de toute autre façon les bruits du calcul. Mais, messieurs, ne vous faites pas illusion sur la valeur de ces moyens de perfectionnement : toutes les fois que la sonde touche franchement la pierre, le chirurgien la sent aussi bien avec la main qu'au moyen de l'auscultation ; et si le cathétérisme n'en a point donné la sensation je vous conseille de ne point affirmer qu'il existe une pierre en ne vous fondant que sur le témoignage de l'auscultation.

Beaucoup d'autres causes peuvent encore en imposer pour une pierre ; telles sont les exostoses derrière les pubis, celles du sacrum, des os coxaux, les kystes osseux développés dans l'épaisseur des parois de la vessie. La saillie sacro-vertébrale a été prise quelquefois pour une pierre. La contexture de la vessie est la source la plus fréquente des erreurs. J'ai souvent éprouvé qu'en faisant glisser le bec de la sonde de la ligne médiane vers les côtés, on produit un mouvement de saccade d'où résulte la sensation d'une résistance, d'inégalités bien propres à tromper : cela tient à ce que l'intérieur de la vessie est souvent rugueux et bosselé, à ce que les fibres de sa membrane musculieuse sont réunies en faisceaux. Cela peut dépendre aussi de la présence de masses fibrineuses, squirrhueuses, ou de toute autre nature, développées à la face interne. Pour peu qu'il y ait du doute, le chirurgien doit introduire un ou deux doigts de la main gauche dans le rectum, afin de soulever le bas-fond de la vessie et de favoriser les diverses manœuvres du cathétérisme ; on arrive souvent de cette manière à sentir des calculs qui avaient échappé jusque là.

Si, dans bon nombre de circonstances, on a cru trouver des calculs qui n'existaient pas et pratiqué la taille, bien

souvent aussi on n'a pas trouvé de pierres dans la vessie alors qu'elles existaient réellement, et qu'elles avaient même un énorme volume. Un mendiant qui était persuadé avoir la pierre, et dans la vessie duquel on n'avait rien trouvé, légua son corps aux chirurgiens. Le malade meurt. On trouva que la vessie et la pierre étaient passées dans le scrotum. Bartholin a vu quelque chose d'analogue. Lapeyronie, d'Alembert, A. Portalier, l'horloger dont parlent Deschamps, Sabatier et Richerand, avaient aussi chacun un énorme calcul dans la vessie, quoiqu'ils n'en présentassent presque aucun symptôme. M. Texier cite un autre cas de ce genre relaté par M. Marjolin : il fallut scier les pubis pour extraire le calcul, tant celui-ci était volumineux.

Toutes ces observations, tous ces faits remarquables doivent, messieurs, vous rendre très réservés alors que vous avez à vous prononcer sur l'existence d'un calcul, et qu'il existe des doutes à ce sujet.

*Cystites.* — Nous avons eu plusieurs cas de cystites chroniques qui ne nous ont présenté que peu d'intérêt. Il n'en est pas de même d'un cas de cystite aiguë compliquée de néphrite ; la mort en a été le résultat, et à l'autopsie nous avons trouvé une cystite couenneuse. Toute la muqueuse vésicale était recouverte d'une fausse membrane d'une grande épaisseur. Ce cas-là est fort rare.

*Rétrécissements de l'urètre.* Les rétrécissements de l'urètre ont été fort communs. Ceux qui résultaient de gonorrhées étaient presque tous situés dans la portion membraneuse ; nous en avons observé cependant un situé très en avant ; il était derrière la fosse naviculaire, et compliqué même d'une fistule. Un autre rétrécissement siégeait à l'orifice externe de l'urètre. Rien ne semble plus facile au premier abord que de guérir un rétrécissement de l'orifice de l'urètre, une coarctation du méat urinaire, et cependant rien n'est plus difficile ; on croit qu'une simple incision suivie de la présence d'un corps dilatant pendant un

certain temps, doit suffire pour rendre à l'urètre une dilatation suffisante; mais il n'en est pas ainsi : la petite plaie que vous avez faite se cicatrise malgré cela, et la maladie se reproduit très vite. Il faut faire une incision beaucoup plus grande qu'elle ne paraît nécessaire au premier abord, et maintenir pendant très long-temps dans cette plaie une sonde ou une bougie pour obtenir une dilatation suffisante.

*Maladies de la prostate.* — Les maladies de la prostate ont été assez nombreuses, et se sont présentées à nous sous la forme de rétention d'urine. Tout homme âgé de cinquante à soixante ans qui se présente avec une rétention d'urine ou une incontinence d'urine survenue brusquement, ou presque brusquement, qui n'avait pas dans son jeune âge de difficulté à uriner, qui n'a pas été atteint de rétrécissement de l'urètre, est presque certainement atteint d'une maladie de la prostate. Ces malades sont très faciles à sonder, ce qui détruit nécessairement l'idée de l'existence d'un rétrécissement du canal de l'urètre. Lorsqu'ils succombent, ils présentent toujours des tumeurs dans la prostate. Arrêtons-nous un instant sur ce sujet, messieurs, car il mérite toute votre attention. J'ai essayé de rapprocher ces tumeurs de la prostate dont sont affectés certains individus, des corps fibreux qui se développent dans l'utérus. Vous savez que les corps fibreux de cet organe se développent tantôt très près de la muqueuse utérine, et qu'ils y sont bientôt saillie, qu'ils finissent souvent par s'engager dans le col utérin, et de là dans le vagin où ils constituent ce qu'on nomme vulgairement les polypes fibreux de l'utérus; que d'autres fois, ils sont très rapprochés de la membrane séreuse, font saillie dans la cavité abdominale, et donnent lieu aux tumeurs dites fibreuses péritonéales. Si, au contraire, ils se développent et demeurent dans l'épaisseur du tissu de l'utérus, ils y forment ce qu'on nomme les corps fibreux proprement dits, et présentent quelquefois des masses d'un

volume et d'un poids extraordinaires. Eh bien, messieurs, je trouve une grande analogie entre les tumeurs de la prostate et les corps fibreux de l'utérus : 1° il y a de ces tumeurs fibreuses prostatiques qui se développent du côté de la cavité vésicale, qui se pédiculent absolument comme les polypes fibreux de l'utérus en s'enveloppant de la muqueuse vésicale. Ces tumeurs à pédicule plus ou moins allongé peuvent acquérir le volume d'une noix ou de la moitié d'un œuf même; 2° les corps fibreux peuvent se développer dans l'épaisseur même de la prostate, être au nombre de plusieurs, et acquérir un volume semblable aux précédentes; 3° enfin, elles peuvent se développer à la surface périnéale et rectale de la prostate et saillir au périnée, du côté du bassin ou du rectum.

Voilà bien, comme vous le voyez, une grande analogie de siège. Il y en a aussi une très grande sous le rapport de la structure. Ce sont de véritables corps fibreux, et non pas une hypertrophie de la prostate comme on l'a dit. Je ne regarde pas ces tumeurs comme des dégénérescences de l'organe, mais bien comme des productions nouvelles. Il n'est pas étonnant qu'on ait eu cette idée pour les tumeurs de la prostate, puisque pendant long-temps on a cru que les corps fibreux de la matrice n'étaient autre chose que l'hypertrophie du tissu propre de la matrice.

Quand les tumeurs prostatiques de la première espèce sont pédiculées, elles viennent former une espèce de bouchon qui ferme l'orifice supérieur de l'urètre, et donnent ainsi naissance à une rétention d'urine. Si elles sont développées dans l'épaisseur de la prostate, elles soulèvent le trigone vésical et le poussent en avant de manière à lui faire représenter une soupape qui s'applique d'autant plus fortement sur l'orifice de l'urètre que les malades font plus d'efforts pour vaincre l'obstacle qui les empêche de pouvoir uriner librement. Il est donc facile de se rendre compte des phénomènes qu'ils présentent, et surtout de la facilité