

Je conseille de s'en tenir là, si l'opération a été longue, ou si le malade est très faible. Dans le cas contraire, on peut tenter l'anastomose des uretères dès la première intervention. Chez l'homme, on peut aboucher les uretères à la paroi abdominale, à l'urèthre, à l'intestin. Mais l'écoulement continu des urines suffit à contre-indiquer l'abouchement à la paroi abdominale; pour obtenir l'intermittence dans l'évacuation des urines, il faut une cavité et un sphincter, qu'on ne peut emprunter qu'à l'urèthre ou à l'anus. D'après les résultats obtenus chez l'homme, la greffe des uretères dans l'intestin me paraît être l'opération de choix dans l'extirpation de la vessie. Lorsque cet abouchement est pratiqué avec les précautions suffisantes, c'est-à-dire quand on peut éviter le rétrécissement, on n'a pas d'infection à craindre. Les malades retiennent très bien leurs urines et émettent régulièrement des selles liquides environ 5 à 4 fois par jour. Je renvoie d'ailleurs à ce que j'ai déjà dit plus haut sur ce sujet (voy. *Uretère*, p. 464).

B. CHEZ LA FEMME. — Le seul procédé employé pour la résection de la vessie chez la femme est celui de Pawlick (de Prague), qui semble réunir toutes les chances de succès.

1<sup>er</sup> temps. — Introduire une sonde dans chaque uretère, puis disséquer par le vagin sur ces sondes de façon à libérer l'uretère le plus possible. Inciser l'uretère à son orifice, et, au moyen de fils de soie, le suturer aux parois vaginales. Laisser dans les fistules urétéro-vaginales une sonde à demeure plongeant par leur extrémité dans un vase rempli de liquide antiseptique.

2<sup>e</sup> temps. — Plusieurs semaines après cette première opération, lorsque le fonctionnement des uretères est assuré, pratiquer l'extirpation de la vessie. Celle-ci est dilatée, puis abordée par la taille hypogastrique, décollée autant que possible, et la plaie hypogastrique est bourrée de gaze iodoformée. Attaquer alors la vessie par la voie vaginale. Pour ce faire une incision à la paroi antérieure du vagin, incision transversale et située derrière le bulbe uréthral. Attirer la vessie vidée, préalablement, par cette fente et la sectionner au niveau de l'orifice intérieur de l'urèthre.

*Sutures.* — La plaie uréthrale est tournée vers le vagin et suturée aux rebords de la plaie vaginale, de telle sorte que la plaie étant fermée, on puisse passer par le vagin des sondes dans les uretères et les faire sortir par l'urèthre dilaté.

*Résultats.* — Wendel<sup>(1)</sup> a réuni 10 cas d'extirpation et 57 cas (dont 2 personnels) de résection de la vessie pour tumeurs malignes; voici les résultats que ces opérations ont donnés :

Des malades qui subirent l'extirpation de la vessie il n'en mourut pas moins de 60 pour 100 à la suite de l'intervention; un seul d'entre eux seulement put être considéré comme complètement guéri. La résection ne donna qu'une mortalité de 24,5 pour 100; 2 fois la mort survint plus tard par métastase, 14 fois par récurrence; enfin 21 opérés, pendant tout le temps au moins qu'ils restèrent en observation, ne présentèrent aucune récurrence. Les causes de ces résultats encore peu favorables, l'auteur les place dans ce fait, que l'opération est encore toute nouvelle et qu'on a opéré plusieurs cas désespérés; il est à présumer qu'on obtiendra de meilleurs résultats lorsqu'avec des indications opératoires bien limitées on pourra opérer à temps.

(1) O. WENDEL, De l'extirpation et de la résection de la vessie dans le cancer de cet organe. *Beiträge zur klin. Chirurgie*, Bd XXII, Heft 1, 1898.

## IV

## LITHOTRITIE

Voy. *Calculs vésicaux*, p. 528.

## V

## DILATATION DU COL

Cette opération, originaire d'Amérique où elle a été conseillée par Sims et exécutée par Emmet et Bozemann chez la femme, s'est acclimatée en France sous l'influence de Guyon et a été ensuite étendue aux cystites douloureuses chez l'homme.

1<sup>o</sup> DILATATION DU COL CHEZ LA FEMME. — Elle est indiquée surtout pour certaines formes de cystites douloureuses, pour l'extraction de calculs et des petites tumeurs, pour le curetage vésical, etc. Elle se pratique en une seule séance sous le chloroforme; c'est une opération très facile qui est restée dans la pratique et qui donne d'excellents résultats, pourvu qu'elle ne soit pas exécutée par une main brutale. On s'est servi d'instruments très divers; mais les dilateurs d'Hegar, la simple pince à trois branches suffisent dans un grand nombre de cas. L'instrument introduit dans l'urèthre, on dilate lentement, progressivement, par poussées douces, jusqu'à ce qu'on puisse remplacer l'instrument par le petit doigt qui, prudemment conduit, est remplacé par l'index; on a alors une dilatation suffisante. Si l'on veut agir plus méthodiquement, on se sert du dilateur à mandrins de Guyon-Duplay, qui se compose de quatre lames métalliques, susceptibles de s'écarter, et dans l'intervalle desquelles on glisse une série de mandrins progressivement croissants. Des ruptures du canal, des déchirures, des hémorragies, des poussées de cystite, et surtout l'incontinence d'urine, sont les accidents à éviter par une action lente et progressive. En général, l'incontinence n'est que temporaire; 2 fois seulement, sur 75 cas, Meggerall l'a vue persister. Dans certains cas de petites tumeurs ou de petits calculs, de corps étrangers de faible volume, c'est une méthode commode et inoffensive.

2<sup>o</sup> DILATATION DU COL CHEZ L'HOMME. — Chez l'homme, Thompson a surtout préconisé la dilatation du col au moyen de la boutonnière périméale, mais cette opération est certainement inférieure aux divers procédés de taille; c'est donc à eux qu'on devra avoir recours (voy. p. 692). Pendant longtemps Guyon a donné la préférence exclusive à la cystotomie hypogastrique qui, outre son avantage d'amener le repos de la vessie, en présente un autre non moins important dans les cystites chroniques, à savoir le traitement topique par le raclage, la tonsure, la cautérisation potentielle ou ignée de la muqueuse enflammée; mais, dans ces derniers temps, il a conseillé d'avoir recours, dans les formes très douloureuses, à la taille périméale avec dilatation du canal prostatique à l'aide des dilateurs employés chez la femme et curetage du col, suivi d'un drainage prolongé au moyen d'une grosse sonde de Pezzer. Legueu a obtenu de bons résultats de cette pratique. Pousson y a eu recours avec succès chez des malades qu'il avait déjà opérés sans bénéfice par l'incision hypogastrique. Je dois dire que j'ai été moins heureux et que mes malades, d'abord très améliorés, ont plus tard souffert de nouveau.

## VI

## OPÉRATIONS PLASTIQUES QUI SE PRATIQUENT SUR LA VESSIE

- 1<sup>o</sup> OPÉRATIONS CONTRE L'EXSTROPHIE VÉSICALE (voy. p. 649 et suiv.)  
 2<sup>o</sup> OPÉRATIONS CONTRE LES FISTULES VÉSICALES  
 a. *Fistules vésico-vaginales*, t. VIII.  
 b. *Fistules vésico-utérines*, t. VIII.  
 c. *Fistules vésico-intestinales* (voy. p. 577).

## VII

## OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT CHEZ L'HOMME. — TAILLE PÉRINÉALE

La taille périnéale consiste à aborder la vessie à travers le périnée; pour y parvenir on a proposé et pratiqué les incisions les plus variées; mais toutes, en somme, ont pour but de créer une voie aussi large que possible, en ménageant le bulbe de l'urèthre en avant, et le rectum en arrière. Ces différents procédés portent le nom de *taille médiane*, *taille latéralisée*, *taille prérectale*, *taille latérale*.

1<sup>o</sup> *Taille médiane* (taille de Jean des Romains, Marianus Sanctus, détenue plus tard par Collot comme un privilège de famille). — Le malade étant dans la

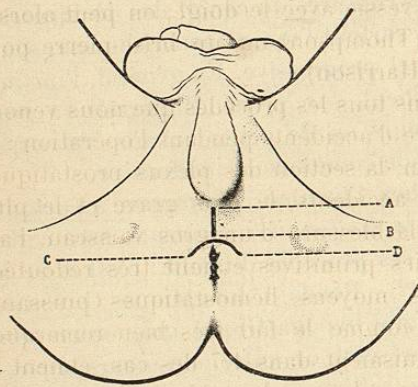


FIG. 168. — Siège de l'incision.  
 AB, boutonnière périnéale. — CD, taille prérectale de Nélaton.

situation classique, les cuisses fortement fléchies sur l'abdomen, un cathéter cannelé introduit dans la vessie, le chirurgien pratique au bistouri, sur le raphé médian, une incision commençant à 4 centimètres en avant de l'anus, pour finir à 1 centimètre de cet orifice. Il incise les parties profondes en avant du bulbe qu'il relève, et il sent, avec l'ongle de l'index gauche, la cannelure du cathéter; il ponctionne l'urèthre sur cette cannelure; puis, introduisant le lithotome, la concavité dirigée du côté du cathéter, il abaisse le pavillon de l'instrument et pousse en même temps le lithotome qui pénètre dans la vessie. Le cathéter est enlevé et le lithotome est ouvert dans l'étendue de 15 à 20 millimètres; il est ensuite retiré de telle sorte que la section du col vésical et de la prostate soient dirigées suivant le diamètre postérieur.

2<sup>o</sup> *Taille latéralisée* (taille de frère Jacques). — Le cathéter cannelé étant tenu immobile, elle consiste à faire une incision oblique partant du raphé médian à 5 centimètres de l'anus, et s'étendant sur la partie latérale gauche

à 7 centimètres pour aboutir au milieu d'une ligne qui unit l'anus à l'ischion. On incise couche par couche les parties profondes en évitant le bulbe, et l'on ponctionne l'urèthre sur le cathéter. Le lithotome est alors introduit jusque dans la vessie et il est ouvert de façon à sectionner la prostate, parallèlement à l'incision extérieure.

3<sup>o</sup> *Taille bilatéralisée* (de Dupuytren). — Appliquée à notre époque sous le nom de *taille prérectale* de Nélaton, son innovation consiste à guider le bistouri non plus sur le cathéter, mais sur un doigt introduit dans le rectum. Voici comment elle se pratique: Incision à convexité postérieure, dont le sommet passe à 1 centimètre 1/2 en avant de l'anus, dissection de la face antérieure du rectum, reconnaissance du cathéter cannelé au niveau de la prostate, ponction à ce niveau, introduction du lithotome double dans l'ouverture, incision de la prostate suivant ses deux grands diamètres obliques.

4<sup>o</sup> *Taille latérale* (taille de Celse, ou taille « par le petit appareil », à cause du peu d'instruments nécessaires pour la pratique). — 1<sup>o</sup> Le malade étant couché dans la position classique, deux doigts sont introduits dans le rectum, et placés en crochets pour faire saillir la pierre au périnée; 2<sup>o</sup> incision cutanée semi-lunaire de 6 à 8 centimètres au devant de l'anus allant jusqu'à la vessie, puis section transversale de la vessie, dans une étendue correspondante au calcul. Perfectionnée par Foubert et Thomas, elle n'a plus qu'un intérêt historique.

5<sup>o</sup> *Boutonnière périnéale*. — Le malade étant dans la situation de la taille, un cathéter cannelé introduit dans la vessie et maintenu exactement sur la ligne médiane, on incise la peau sur le raphé médian, dans une étendue de 5 centimètres; on peut y joindre deux petits débridements latéraux (Guyon) et l'on s'arrête à 1 centimètre en avant de l'anus. Les parties profondes sont incisées, en évitant le bulbe en avant; l'ongle de l'index gauche est placé sur la cannelure du cathéter, et l'urèthre est ponctionné sur cette cannelure. On introduit alors le dilateur Guyon-Duplay, jusqu'à ce qu'on arrive au mandrin de 2 centimètres de diamètre; on explore la vessie avec le doigt; on peut alors y introduire un instrument pour curetter (Thompson) ou un brise-pierre pour pratiquer la lithotritie périnéale (Dolbeau-Harrison).

ACCIDENTS DES TAILLES PÉRINÉALES. — Dans tous les procédés que nous venons de décrire, on s'expose à un certain nombre d'accidents pendant l'opération: la blessure du bulbe, la perforation du rectum, la section des plexus prostatiques et des canaux éjaculateurs. De ces divers accidents, le plus grave et le plus redouté, c'est l'hémorragie provenant de la blessure d'un gros vaisseau, l'artère transverse du périnée. Ces hémorragies primitives étaient très redoutées des anciens qui ne disposaient pas des moyens hémostatiques puissants que nous donne la forcipressure. Mais, comme le fait très bien remarquer Rouxau (1), ces hémorragies qui se produisaient dans 1/7 des cas, étaient le plus souvent des hémorragies secondaires, alors redoutables. Nous savons aujourd'hui quelle part importante, presque capitale, la septicémie prend dans cette complication. Aussi dans ces dernières années, les faits d'hémorragies secondaires sont-ils beaucoup moins nombreux; la forcipressure permanente y mettrait d'ailleurs un terme. Aussi croyons-nous qu'on a exagéré l'importance de cet accident pour en faire l'indication de la taille hypogastrique; c'est ailleurs qu'il faut chercher les inconvénients de la voie périnéale. La blessure des

(1) ROUXEAU, Thèse de Paris, 1881.

canaux éjaculateurs, l'impossibilité de se rendre un compte exact des lésions vésicales et d'avoir un champ suffisant d'observation, jointes aux difficultés considérables des manœuvres dans la vessie à une telle profondeur, sont des arguments beaucoup plus puissants et qui ont jeté sur ces procédés de taille le discrédit dans lequel ils sont tombés. C'est surtout pour atteindre les néoplasmes de la prostate et pour ouvrir les collections prostatiques que la taille prérectale ou la boutonnière périnéale sont encore pratiquées. Quant aux grandes indications de la cystotomie, calculs, corps étrangers, tumeurs intravésicales, la statistique et la pratique quotidienne plaident dans le même sens : *l'incision par le périnée est insuffisante et ne peut être employée que dans les cas spéciaux où la distension vésicale n'est pas possible*. Chez les enfants, dans certaines tumeurs absolument inopérables pour lesquelles la taille hypogastrique paraît un traumatisme trop considérable, vu l'état cachectique, on choisira la voie périnéale. Je citerai encore, parmi les accidents consécutifs, l'incontinence, l'impuissance et la stérilité, les fistules rectales périnéales, enfin l'infiltration d'urine chez les enfants. La mortalité opératoire de la taille périnéale pour calculs est actuellement de 8 pour 100 (nous n'avons colligés bien entendu que les faits les plus récents de la période antiseptique).

6° *Taille recto-vésicale*. — Préoccupés par les accidents d'hémorragies dans les tailles périnéales, les chirurgiens, dans le commencement de ce siècle, et surtout Sanson, crurent résoudre le problème, d'abord en incisant sur la ligne médiane le rectum et la partie postérieure du périnée jusqu'à la prostate, puis en pénétrant sur la cannelure du cathéter au niveau du rectum dans la région membraneuse de l'urèthre. Malgré les tentatives de Dupuytren et Chassaignac, cette méthode est abandonnée; elle ne donne pas plus de jour que les tailles périnéales, elle peut blesser le péritoine et les canaux éjaculateurs, enfin elle laisse des fistules recto-vésicales, puisque Vacca eut 6 fistules sur 25 opérés, et que Sanson en cite 12 sur 99 observations qu'il a colligées, enfin surtout et avant tout la voie rectale est toujours septique.

## VIII

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT CHEZ LA FEMME  
COLPOCYSTOTOMIE OU TAILLE VAGINALE

Elle consiste à aller inciser la vessie par le vagin. La malade étant dans la situation de la taille, ou légèrement inclinée dans la demi-position de Trendelenburg, on introduit dans la vessie un cathéter dont la cannelure déprime la paroi vésico-vaginale et se trouve exactement sur la ligne médiane. La paroi postérieure du vagin, écartée par une valve de Sims, on incise au bistouri la cloison vésico-vaginale d'avant en arrière, en commençant à 5 centimètres 1/2 du méat urinaire : on évite ainsi sûrement la blessure des urètres. La vessie ouverte, il ne reste plus qu'à introduire le doigt ou des instruments par la fistule ainsi créée et à débarrasser la vessie.

Pendant cette opération, les accidents sont presque nuls, les hémorragies cèdent toujours facilement, et la section de l'urètre est exceptionnelle; le seul

inconvenient est la persistance possible d'une fistule vésico-vaginale. Cependant, il est fort curieux, à cet égard, de voir combien diffère l'opinion des auteurs : les uns, opérant pour un calcul ou une tumeur, redoutent cette fistule; les autres, opérant dans le but de créer une fistule permanente, se plaignent de ne pouvoir en maintenir béant l'orifice. La différence s'explique facilement : quand nous opérons pour guérir une fistule vésico-vaginale, nous avons affaire à des tissus cicatriciels dont la rétraction a déjà donné tout ce qu'elle pouvait; l'affrontement est donc difficile et la réunion peu vivace sur ces tissus fibreux. Sur ce point, la conduite à tenir après cette ouverture de la vessie est variable suivant les cas. Si l'on opère pour un calcul ou une tumeur, on peut faire la suture immédiate de la plaie avec la plus grande chance de succès. Si, au contraire, on crée une fistulisation systématique, on peut, à l'exemple de Bozeman, exciser 1 centimètre de chaque côté de la fistule, ou, comme le fait Emmet, suturer les deux muqueuses, créant ainsi un orifice bi-muqueux qui n'aura aucune tendance à la cicatrisation définitive.

*Taille vestibulaire*. — Lisfranc avait imaginé de faire une incision transversale ou plutôt curviligne à concavité postérieure, entre le méat urinaire et le clitoris, semblable à celle que Celse pratiquait chez les enfants entre l'anus et les bourses. Voici l'opération qu'il conseillait. On commençait par introduire dans la vessie un cathéter courbe dont la rainure ou la convexité devait regarder en avant. Deux aides écartaient les lèvres de la vulve de chaque côté et un troisième maintenait solidement le manche du cathéter abaissé entre les cuisses de la malade. Le chirurgien, avec la main droite armée d'un bistouri, faisait une incision courbe au-dessus du méat urinaire, de façon à éviter les racines du clitoris, puis divisait les tissus couche par couche jusqu'à la vessie qu'il ouvrait en travers, près de son col, dans l'étendue de 3 à 4 centimètres. Ou bien, enfonçant la pointe de son bistouri dans la cannelure du cathéter, il ouvrait la vessie et la partie postérieure de l'urèthre par une double incision, l'une dirigée en haut et l'autre en bas.

Le procédé de Lisfranc n'a pas été adopté par les praticiens. Il a l'inconvénient d'ouvrir, dans le point le plus étroit de l'arcade pubienne, une voie nécessairement insuffisante pour laisser passer un calcul d'un certain volume. De plus, il expose les malades aux accidents redoutables d'une infiltration d'urine dans le tissu cellulaire lâche du bassin.

## IX

## CYSTOPEXIE

Cette opération, que j'ai été le premier à préconiser et à pratiquer, a pour but de fixer la vessie prolabée ou inversée à la paroi abdominale antérieure. Sans discuter ici ses indications, qui trouveront place ailleurs (voy. *Cystocèle vaginale*, t. VIII), je me contenterai d'en décrire le manuel opératoire tel que je l'ai donné jadis<sup>(1)</sup>. Toutes les règles de l'antisepsie étant observées, on peut dilater

(1) Voy. TERRIER, *De la cystopexie abdominale antérieure*. — Rapport sur trois travaux présentés à la Société de chirurgie de Paris par MM. de Vlaccoz (de Méthelin), Dumoret et Tuffier (de Paris), 18 juin 1898.

modérément la vessie par 250 à 500 grammes d'eau boriquée. On incise alors la région hypogastrique dans l'étendue de quatre travers de doigts, comme s'il s'agissait d'une taille. On tombe sur la cavité de Retzius et sur la vessie, facile à reconnaître vu la disjonction de ses veines; on décolle très facilement les parties latérales du péritoine; pour cela, un aide maintient un ou deux doigts dans le vagin et facilite ainsi le décollement. On peut ainsi se rendre compte de la région où on se trouve. Le décollement est poussé prudemment jusqu'à ce qu'on arrive sur la paroi vaginale. Il faut alors se garder d'attaquer en ce point la vessie: on risquerait de blesser l'uretère; il faut remonter à 2 centimètres environ au-dessus, et là on est certain d'avoir seule la paroi latérale de la vessie. On vide alors facilement la vessie, ce qui permet de manœuvrer plus à l'aise. En exerçant sur cette partie latérale des tractions en haut, on entraîne le prolapsus vaginal, ainsi que le doigt de l'aide l'atteste, et l'on constate qu'en amenant de chaque côté la paroi vésicale au contact de la paroi abdominale on réduit complètement la cystocèle. Il ne reste plus qu'à faire la suture dans une bonne position. Pour cela, je passe dans la paroi de la vessie quatre fils de soie formant un rectangle d'environ 5 centimètres de côté sur la région choisie; puis je les fixe à la paroi abdominale, si bien qu'ils forment ainsi un rectangle vésical collé sur le rectangle abdominal. Ils doivent être facilement amenés; la tension sur la paroi vésicale doit être modérée, mais suffisante pour réduire le prolapsus, ainsi que l'atteste l'aide dont le doigt est à demeure dans le vagin. La même suture est faite du côté opposé, sur une étendue égale. A cet égard, je conseille de commencer par le côté gauche de la malade, car on manœuvre plus difficilement de ce côté et il est préférable d'y pouvoir évoluer à l'aise.

Si ces moyens de fixation étaient insuffisants, on pourrait y ajouter le raccourcissement de l'ouraque (par résection); mais ceci n'est pas toujours possible, l'ouraque étant parfois introuvable.

L'opération se termine par la suture en étages de l'incision hypogastrique et par le tamponnement du vagin avec de la gaze iodoformée; ce tamponnement est maintenu pendant quinze jours. La malade est sondée pendant les sept premiers jours; elle se lève le quinzième jour.

J'ai pratiqué cette opération pour la première fois, le 15 mars 1889, chez une malade qui avait déjà subi auparavant une hystéropexie; les résultats furent excellents; je dois dire cependant qu'en octobre suivant l'urèthre et la partie voisine de la vessie ayant fait une petite saillie du volume d'une noisette dans le vagin, je fus obligé de pratiquer une petite élytrorrhaphie antérieure. Mais le corps de la vessie était resté fixé en bonne position.

A côté de mon procédé, qui consiste en réalité dans une *cystopexie abdominale antérieure extrapéritonéale*, il faut citer les opérations pratiquées par MM. de Vlaccoz et Dumoret (*loc. cit.*) constituant des *cystopexies abdominales antérieures intrapéritonéales*. Ces opérations consistent essentiellement, après incision hypogastrique, à suturer au péritoine pariétal le péritoine vésical seul (Dumoret) ou à la fois la musculuse et la séreuse vésicale (de Vlaccoz).

(<sup>1</sup>) *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1890, p. 460.

## CAPSULES SURRÉNALES

RAYER, Recherches sur les capsules surrénales, 1857. — LANCEREAUX, Maladies des capsules surrénales. *Dict. encycl. des sciences méd.*, 5<sup>e</sup> série, t. III, p. 815. — CORNIL et RANVIER, *Manuel d'histologie pratique*, t. II, p. 520. — ROKITANSKY, *Pathologie des tumeurs*, t. III. — VIRCHOW, *Pathologie des tumeurs*, t. III. — KLEBS, *Handbuch der pathol. Anat.*, t. I. — LE DENTU, Affections chirurgicales des reins, des uretères et des capsules surrénales. — ADDISON, *On disease of the suprarenal capsules*. London, 1855. — CHRISTIE, *Med. Times and Gaz.*, 1856, p. 547. — LASÈGUE, Les maladies des capsules surrénales; symptômes et diagnostic. *Arch. gén. de méd.*, 1867. — WILKS, *Guy's Hosp. Rep.*, 1862. — OGLE, Carcinome de la capsule surrénale. *Trans. of the path. Soc. of London*, 1865, p. 256. — GEENHOW, Cancer d'une capsule surrénale. *Idem*, 1867, p. 260. — HUBER, *Deutsche Arch. für klin. Med.*, 1868, p. 159. — HERVEY, Déchirure de la capsule surrénale. *Bull. de la Soc. anat.*, 1879, p. 265. — HEITTER, Cancer de capsule surrénale droite pris pour un kyste hydatique du foie. *Wiener med. Presse*, 5 sept. 1875. — TURNER, *Trans. of the path. Soc. of London*, t. XXXVI, p. 460. — HAUSSMANN, Cancer primitif des deux capsules surrénales avec métastases dans tous les viscères, mais surtout dans l'estomac et dans l'intestin; évolution tout à fait latente, sans peau bronzée. *Berl. klin. Woch.*, 1876. — WEST, Sarcome primitif de la capsule surrénale droite avec envahissement secondaire du poulmon. *Trans. of the path. Soc. of London*, 1879. — STRUBING, *Deutsche Arch. für klin. Med.*, t. XIII, p. 599. — WEICKSELBAUM, Névrome de la capsule surrénale. *Arch. für path. Anat. und Phys.*, 1881, p. 554. — ROSENSTEIN, Sarcome des deux capsules surrénales avec métastases dans les reins, le pancréas et le cœur droit. *Virchow's Archiv*, 1881, p. 522. — SAPELIER, Carcinome primitif de la capsule surrénale. *Progrès médical*, 1881, p. 795. — CARRINGTON, *Trans. of the path. Soc. of London*, 1884-1885, p. 454. — SAVIOTTI, *Arch. für path. Anat. und Phys.*, t. XXXIX, p. 424. — MATTEI, *Journal de méd. de Bruxelles*, 1884 (trad. de l'italien). — FOX, Sarcome primitif de la capsule surrénale gauche avec thrombose de la veine cave chez un enfant. *Trans. of the path. Soc. of London*, 1885, p. 460. — CHIARI, Hématome de la capsule surrénale droite. *Wiener med. Zeit.*, 1885. — HEADLAM GREENHOW, Blood Cysts of suprarenal capsule. *Trans. of the path. Soc. of London*, 1885, p. 454. — LUBET-BARBON, *Progrès médical*, 1885, p. 556. — PILLIET, Sarcome primitif de la capsule surrénale droite. *Bull. de la Soc. anat.*, 1888, p. 716. — DROUBAIX, Hémorragies des capsules surrénales. Thèse de Paris, 1887. — FRENKEL, Cancer bilatéral des capsules surrénales avec néphrite. *Virchow's Archiv*, 1886, p. 244. — LETULLE, Fibrome des capsules surrénales. *Bull. de la Soc. anat.*, 1888, p. 502. — DU MÊME, Coexistence des lésions rénales et surrénales. *Bull. de la Soc. anat.*, 1889. — BLACKBURN, *Journal of Amer. med. Assoc.*, 1888, p. 589. — TUFFIER, Cancer de la capsule surrénale droite. *Ann. gén.-urin.*, 1888. (Étude sur les tumeurs malignes du rein.) — ROUX et YERSIN, Hémorragies des capsules surrénales consécutives à une intoxication diphtérique. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1889. — LANCEREAUX, *Traité d'anat. pathol.*, 1889, t. III, p. 806. — LANGLOIS et ABELOUS, Effets de la destruction des capsules surrénales. *Soc. de biol.*, 5 déc. 1891. — PERRY, Cancer primitif des capsules surrénales. *Brit. med. Journal*, 5 oct. 1889. — TROISIER, Cancer primitif de la capsule surrénale gauche. *Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1890, p. 266. — ALEZAIS et ARNAUD, *Marseille médical*, 1891, n° 1 à 4. — DRESCHFELD, *Brit. med. Journal*, 1891, t. I, p. 858. — BERDEZ, Contribution à l'étude des tumeurs des capsules surrénales. *Arch. de méd. expér.*, 1892. — BRIN, Thèse de Paris, 1892. — JEIMKE, Tumeurs des capsules surrénales. Thèse de Treifswald, 1895. — COLLINET, Épithélioma de la capsule surrénale droite avec généralisation. *Bull. de la Soc. anat.*, 1892, p. 525. — PILLIET, Capsule surrénale située sous la capsule fibreuse du rein droit. *Soc. anat.*, 1895. — DU MÊME, Adénome des capsules surrénales. *Ibid.* — DU MÊME, Hémorragies expérimentales des capsules. *Soc. de biol.*, 5 fév. 1894. — LANGLOIS, Destruction des capsules surrénales chez le chien. *Soc. de biol.*, 29 avril 1895. — ROGER, Les lésions des capsules surrénales dans les maladies infectieuses. *Presse méd.*, 1894, n° 5. — DU MÊME, Hémorragies des capsules surrénales produites par le bacille de Friedländer. *Soc. de biol.*, 27 janv. 1894. — ARREN, Essai sur les capsules surrénales. Thèse de Paris, 1894. — ROUTIER, Kyste hématique volumineux de la capsule surrénale. *Bull. de la Soc. de chir.*, t. XX, n° 11-12, p. 812. — BÉRARD, Cancer primitif de la capsule surrénale droite. *Lyon médical*, 1894, p. 585. — COHN, Sarcome primitif de la capsule surrénale droite chez un enfant de neuf mois. *Berl. klin. Woch.*, 1894, p. 266. — TARLE et WEAVER, *Chir. med. Soc.*, 1894-1895. — BERDACH, Zur Pathologie der Nebennieren. *Wiener med. Woch.*, n° 51-52. — FLOERSHEIM et OUVRY, Kyste hématique volumineux de la capsule surrénale. *Soc. anat.*, 1895. — A. PETIT, Recherches sur les capsules surrénales. *Journal de l'anat. et de la phys.*, 1896, p. 501. — DU MÊME, La glande surrénale. *Presse méd.*, 16 déc. 1896. — AUSCHER, *Soc. anat.*, mai 1896. — AFFLEK et LEITH,