

bien que l'urine soit en même temps chargée d'une quantité considérable de mucus ou de pus. Cette coïncidence de l'inflammation de la vessie, et notamment de la cystite tuberculeuse, avec la dégénérescence tuberculeuse des reins et de leurs conduits excréteurs, explique pourquoi l'on a quelquefois observé chez les malades une sensibilité morbide dans l'hypogastre, des douleurs plus ou moins vives avant, pendant et après l'évacuation de l'urine, dont les émissions sont peu abondantes et très-répétées, et d'autres symptômes communs à toutes les espèces de cystites. Toutes les fois donc que chez un individu qui présente des signes non équivoques de dégénérescence tuberculeuse des reins, on observe des accidents analogues à ceux que je viens d'énumérer, on pourra presque affirmer qu'il existe une dégénérescence tuberculeuse des reins et de la vessie, et parfois des testicules, si l'un d'eux est tuméfié, dur et bosselé sans avoir été atteint d'orchite blennorrhagique. . . . » (*Mal. des reins*, t. III, p. 622 et suiv.)

Du reste, M. Rayer avoue n'être pas le premier qui ait décrit les tubercules des reins ni de la vessie. Le travail de Bayle, publié dans le tome VI du *Journal de Médecine, Chirurgie, etc.*, de Corvisart, Leroux et Boyer, contient déjà quelques indications à ce sujet; et l'observation remarquable qu'il a publiée, de l'autopsie d'un individu chez lequel on trouva des tubercules dans le rein gauche, l'épididyme, la prostate, etc. avait offert un exemple de tubercules de la vessie. Voici le passage où est décrit cet organe :

« La vessie contenait un peu d'urine trouble, dans laquelle on voyait quelques flocons blanchâtres; sa tunique musculieuse était à peu près saine; sa tunique muqueuse, légèrement épaisse, était enduite d'une matière muqueuse blanchâtre. Elle offrait un grand nombre d'ulcérations blanches, superficielles, et aussi larges que la cornée transparente. On voyait sur ses replis nombreux, une grande quantité de taches d'un rouge livide, longues de cinq à six lignes et larges d'une à deux lignes. Tout l'intérieur de la vessie était panaché de rouge livide et de blanc, ce qui était dû

aux taches et aux ulcérations; les replis colorés semblaient être des veines variqueuses; ils étaient entièrement imprégnés de sang, et la membrane muqueuse offrait un gonflement sensible dans les endroits rouges des taches livides. On ne pouvait apercevoir l'entrée des uretères à cause des ulcérations. » (*Loco. cit.*, t. VI, p. 26.)

Howship a publié le cas intéressant d'une femme de vingt-six ans qui, pendant sa vie, avait éprouvé de vives douleurs du côté de la vessie, et dont le rein et l'uretère droits furent trouvés après la mort atteints d'une inflammation tuberculeuse. La vessie offrait à sa surface interne un grand nombre de légères ulcérations si peu apparentes qu'elles auraient pu échapper à un examen peu attentif. L'affection de la vessie était plus marquée dans le voisinage du col de cet organe. Howship avait désigné cette altération sous le nom d'*abcès scrofuleux*. (*A pract. treatise of the urinary diseases*, 1823, p. 44.)

Duchapt (1), M. Pasquet (2) ont rapporté des faits curieux de cette altération tuberculeuse de la vessie. Nous citerons plus bas en entier le fait de M. Pasquet comme exemple de la tuberculisation générale. D'après ces faits, ceux de Bayle et d'Howship, on a quelque raison de s'étonner que M. Louis, qui s'est si attentivement occupé de l'affection tuberculeuse, et qui a examiné avec la plus scrupuleuse attention tous les organes des sujets dont il a pratiqué l'autopsie, n'ait rencontré que deux fois cette altération.

Nous citerons quelques faits de tubercules de la vessie empruntés à divers auteurs, en ayant soin de choisir autant que possible ceux qui offriront des particularités notables, soit sous le rapport des altérations cadavériques, soit sous celui des symptômes.

Obs. 2. « Tubercules des reins, altération tuberculeuse du rein droit, du bassinet, de l'uretère, de la vessie et de l'urètre, etc. »

» Joséphine Moulin, âgée de 28 ans, couturière, mourut, le 14 août 1851,

(1) *Revue médicale*, 1831, t. II, p. 383.

(2) *Bulletins de la Soc. anat.*, 1838, p. 149.

de phthisie pulmonaire à l'hôpital de la Charité.

» Le rein droit avait le volume et la forme d'un rein ordinaire, mais à l'extérieur et à travers sa membrane propre on distinguait un assez grand nombre de petits points d'un blanc légèrement jaunâtre. Ces petits points, du volume de la tête d'une grosse épingle, étaient formés par de la matière tuberculeuse infiltrée dans le tissu du rein. Après avoir incisé cet organe en deux parties égales, nous reconnûmes que de la matière tuberculeuse était déposée 1° dans l'épaisseur et à la surface de la membrane muqueuse du bassinet et de l'uretère; 2° dans la substance tubuleuse et notamment dans les mamelons; 3° dans la substance corticale.

» La cavité du bassinet paraissait comme tapissée dans toute son étendue par une pseudo-membrane jaunâtre, de nouvelle formation, qui se prolongeait de l'extrémité supérieure du rein dans une espèce de caverne dont la surface était inégale. En grattant avec un scalpel la surface de la membrane interne du bassinet, on ne pouvait que très-difficilement détacher la matière tuberculeuse avec laquelle elle était confondue. A l'intérieur du bassinet, on voyait aussi des points blanchâtres, du volume de la tête d'une petite épingle, formés par de la matière tuberculeuse déposée dans l'intérieur de sa membrane interne. Un deuxième degré de l'altération était constitué par de petites ulcérations de la membrane muqueuse, tantôt d'une demi-ligne de diamètre, tantôt plus larges et irrégulières, et dont les dimensions étaient indiquées par un léger liseré comme les ulcères tuberculeux de la trachée ou des bronches. La surface de ces petites ulcérations était enduite d'une matière jaune, très-adhérente, tout à fait semblable à celle qui tapissait l'intérieur du bassinet.

» Plusieurs mamelons étaient d'un blanc jaune et tellement imprégnés de matière tuberculeuse qu'on ne distinguait aucune de leurs fibres; en avançant vers l'extérieur du rein, cette matière était déposée en petites traînées globuleuses et plus souvent en nappes. Autour des

tubercules, la substance du rein était injectée. L'uretère, double de son volume ordinaire, formait une corde solide, disposition qui était due à l'imprégnation de sa membrane interne par la matière tuberculeuse. La membrane fibro-celluleuse était saine.

» La vessie offrait une altération analogue à celle de l'uretère; 1° de petits points blancs semblables aux grains tuberculeux des intestins; 2° de petites ulcérations superficielles comme de petits aphthes, les unes uniques et d'une demi-ligne de diamètre environ, les autres un peu plus grandes, d'autres irrégulières, évidemment formées par plusieurs petites ulcérations réunies. Ces ulcérations n'intéressaient pas la membrane musculieuse. Le bas-fond de la vessie et la portion qui correspond à l'orifice de l'uretère droit étaient enduits d'une matière jaune qui, comme dans l'uretère et dans le bassinet, faisaient corps avec la membrane muqueuse. La membrane muqueuse du canal de l'urètre offrait une semblable altération. Le bas-fond de la vessie était en outre plus injecté que dans l'état sain. Le rein et l'uretère gauches étaient sains, ainsi que l'utérus et ses dépendances.

» Les poumons parsemés de tubercules offraient des cavernes à leur sommet. Quelques ulcérations dans la trachée-artère. Les ganglions du mésentère tuberculeux. Foie gras. » (Rayer, *ouvr. cit.*, t. III, p. 644.)

Il y a des cas, mais nous devons dire qu'ils sont très-rares, où la sécrétion et l'excrétion urinaires se font bien, malgré une altération profonde causée par des tubercules nombreux des reins et de la vessie. Dans des cas de cette espèce, il est, on le voit, absolument impossible d'arriver à un diagnostic même approximatif.

Obs. 3. « Extrait d'une observation de tuberculisation générale de l'appareil urinaire surtout, avec perforation de l'appendice cœcal. (Obs. recueillie par M. Pasquet.) »

» Gouffin, âgé de douze ans, né de parents sains, ayant rendu, huit mois avant son entrée, plusieurs aunes de ténia, malade depuis onze mois, entra à

l'hôpital des Enfants le 26 mars 1858, dans un état de marasme prononcé, et avec tous les signes d'une phthisie pulmonaire très-avancée. Sa diarrhée datait de huit mois, mais depuis trois mois elle était continue et plus intense. On sentait à travers les parois abdominales, à droite et un peu au-dessus de l'ombilic, une tumeur dure, arrondie, du volume d'un petit œuf de poule, qu'on soupçonna n'être qu'une tumeur tuberculeuse du mésentère. Jamais de convulsions, ni aucun symptôme du côté de l'appareil encéphalique ou des organes urinaux.

» Le 2 avril, le malade est pris subitement, sans cause appréciable et pour la première fois de sa vie, d'une attaque de convulsions avec perte de connaissance complète; abolition de la sensibilité de la peau, de la vue, de l'ouïe, etc. Pupilles égales, immobiles, médiocrement dilatées; mouvements convulsifs très-prononcés du côté droit du corps, rares et moindres du côté gauche. Le soir, les mouvements convulsifs cessent, du délire survient. Pendant les trois jours suivants, les divers symptômes disparaissent graduellement. Le 5, le malade était absolument dans le même état qu'avant l'attaque, lorsque, le 16 au soir, il fut pris soudainement des symptômes d'une péritonite suraiguë. Mort le lendemain à midi.

» *Autopsie cadavérique.* L'autopsie montre qu'on avait eu affaire à un de ces cas de tuberculisation générale, dans lesquels on a peine à trouver un organe qui en soit exempt.

» *Cerveau.* L'hémisphère gauche présente de nombreux tubercules à différents états; granulations grises, tubercules miliaires, tubercules crus volumineux, tubercules ramollis, etc. Les granulations avaient principalement leur siège dans la scissure de Sylvius gauche, et dans le fond des anfractuosités qui l'avoisinent. La pie-mère, dans le tissu de laquelle elles se trouvaient, ne présentait nulle trace de travail inflammatoire. Les tubercules les plus volumineux s'enfonçaient plus ou moins profondément dans la substance cérébrale; mais ceux mêmes qui semblaient en être enveloppés de

toutes parts, tenaient encore à la pie-mère.

» *Poitrine.* Cavernes dans les poumons, adhérences des plèvres, etc.

» *Abdomen.* Pas d'épanchement dans le péritoine. Dans la fosse iliaque droite, une couche purulente mince tapissait le péritoine vésical et pariétal, dont l'inflammation limitée presque à ce point était annoncée par un réseau capillaire sanguin très-développé. Ulcération tuberculeuse de deux à trois lignes de diamètre, qui avait détruit et perforé l'appendice cœcal, au niveau de la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur, ainsi que le petit mésentère qui le soutient. Il y avait ainsi une communication libre entre la cavité péritonéale et celle du cœcum; de là l'épanchement qui explique la péritonite mortelle.

» *Appareil urinaire.* Nulle part, la dégénérescence tuberculeuse n'était aussi avancée que dans cet appareil. Cette tumeur, qu'on avait sentie à travers la paroi abdominale et attribuée au mésentère, était formée par l'extrémité inférieure du rein droit recourbé en avant. Dans celui-ci, tous les cônes de la substance tuberculeuse, sauf une partie de l'un d'eux, étaient entièrement convertis en matière tuberculeuse avec conservation de leur forme normale, surtout à la base des cônes, où la matière tuberculeuse était ferme, tandis que du côté des calices, elle était ramollie, diffuse en quelques points, avec destruction d'une partie des mamelons et de la totalité de la membrane des calices et du bassinnet, qui contenait encore de l'urine, dans laquelle nageaient des flocons de matière tuberculeuse. L'altération était infiniment moins avancée dans la substance corticale de ce même rein, ainsi que dans l'autre, où deux cônes seulement étaient convertis en matière tuberculeuse. De l'inspection minutieuse des points où l'altération moins avancée laisse distinguer des degrés dans l'infractus tuberculeux, il est résulté pour moi que ces masses informes, où l'on ne reconnaissait plus de la substance tubuleuse que la forme, avaient dû être le résultat de granulations confluentes qui sont venues à se toucher, ont englobé et enfin atrophié

le tissu normal du rein, que ces granulations paraissent s'être déposées entre les tubes de Bellini, et sur leurs parois, d'autant mieux qu'en certains points, où il semblait n'en rester aucune trace, on pouvait la retrouver encore en les énucléant de la matière tuberculisée. J'ajouterai encore que la déchirure des cônes tuberculisés ne se faisait facilement et régulièrement que dans le sens de leur axe, et alors elle présentait de nombreuses stries convergentes vers les mamelons; ce qui rappelait la disposition des tubes de Bellini. Enfin j'ai pu manifestement faire suinter de l'urine du mamelon des cônes qui n'étaient pas entièrement tuberculisés, tandis que ce suintement est resté douteux pour les cônes qui présentaient une complète dégénérescence.

» L'uretère droit était converti en un tube de matière tuberculeuse de cinq à six lignes de diamètre, sur lequel on trouvait une membrane qui m'a paru être la tunique externe propre, tandis qu'à l'intérieur, où le ramollissement était plus avancé, on ne retrouvait pas de traces de muqueuse. Pareille disposition se rencontre dans l'étendue de six lignes à la partie moyenne de l'uretère gauche.

» *Même état dans toute l'étendue du trigone vésical, du col de la vessie et du commencement de l'urètre, où la muqueuse est remplacée par une couche beaucoup plus épaisse de matière tuberculeuse.* Il eût été curieux de voir jusqu'où cette altération s'étendait dans le canal, mais il n'a pas été possible d'examiner l'urètre, qu'on n'avait pas enlevé, ne soupçonnant pas une pareille extension de la maladie. (Bullet. Soc. anat., 1858, p. 149.)

Quelquefois, chez les sujets en proie à une diathèse tuberculeuse, il arrive que par suite du ramollissement inflammatoire des tubercules contenus dans les reins, la vessie prédisposée qu'elle est elle-même à contracter une inflammation aiguë, par l'altération tuberculeuse dont elle est également atteinte, s'enflamme aussi. C'est ce qui a été principalement observé dans les cas où il existe simultanément (et M. Rayer regarde cette coïncidence comme fréquente) tuberculisation

de l'appareil urinaire et tuberculisation des vertèbres avec carie de ces os.

Obs. 4. « *Cystite et pyélite tuberculeuses, consécutives à une carie vertébrale avec paralysie des membres inférieurs.*

» Marie-Françoise Périer, âgée de cinquante-six ans, sans état, veuve depuis quatre ans, entra à l'hôpital de la Charité le 5 avril 1856.

» Cette femme a eu quatorze enfants, et les a tous nourris, ainsi que trois autres enfants qui ne lui appartenaient pas. Trois de ses enfants sont vivants. Sa constitution paraît avoir été robuste; elle ne se souvient point d'avoir jamais été malade. Elle n'est plus réglée depuis quatre ans; depuis dix-sept mois, elle éprouve des douleurs dans le dos.

» Elle prétend qu'elle a fait une chute sur le dos, il y a neuf mois, et qu'à cette époque, elle commença à avoir des douleurs dans les lombes, dans les jambes avec un peu de faiblesse des extrémités inférieures. Survinrent des vertiges, de la céphalalgie avec rougeur de la face. Elle fut saignée et se trouva soulagée. Les douleurs furent prises au commencement pour des rhumatismes, et traitées par les sangsues et les vésicatoires.

» Depuis cinq mois, cette faiblesse des membres inférieurs a augmenté, la constipation qui existe depuis quatre à cinq ans (quelquefois onze jours se passaient sans garde-ropes) continue; l'excrétion de l'urine est également difficile, quelquefois involontaire. Les urines coulent goutte à goutte. Parfois, au contraire, il faut les évacuer avec la sonde.

» Cette femme est alitée depuis trois mois; elle est couchée dans son lit en zigzag. Elle soulève difficilement les extrémités inférieures. Douleurs dans les cuisses. En examinant la colonne vertébrale on aperçoit une saillie dans la portion dorsale, vers la sixième vertèbre. Ce point est douloureux à la pression, et paraît être le siège d'une carie.

» Douleurs dans la région du rein droit; les urines sont alcalines, d'une odeur fétide, troubles, et donnent un sédiment formé de mucus et de sang. L'excrétion est fréquente (dix à quinze fois par jour), accompagnée d'épreintes et de ténésme à la vessie. L'abdomen est

sensible, surtout vers la vessie, et dans la direction du colon transverse (à l'autopsie du cadavre, cystite, ulcérations intestinales). Peu d'appétit, digestions lentes. Bronchite chronique (hémoptysie, pendant trois mois, il y a deux ans). Matité et faiblesse de la respiration du côté droit. Tous les symptômes que nous venons d'énumérer persistent jusqu'à la mort, en augmentant d'intensité.

» Les douleurs dans les lombes et dans les jambes étaient presque intolérables; l'abdomen et surtout la région de la vessie étaient extrêmement sensibles (deux applications de sangsues). On était obligé d'avoir recours au cathétérisme et parfois les urines coulaient par regorgement. L'odeur en était infecte, la couleur d'un rouge sale; elles étaient épaisses, mêlées de pus et de sang. Une diarrhée opiniâtre se déclara, et, ajoutée aux autres lésions, dont les progrès étaient croissants, elle amena un épuisement qui termina la vie de la malade.

» Autopsie du cadavre le 18 mai. Le cerveau ne présente rien de particulier, si ce n'est un peu d'engorgement dans le système veineux de la base du crâne.

» On constate une carie de la sixième et de la septième vertèbres dorsales. Leur tissu spongieux est ramolli et réduit à une matière semblable à de la lie de vin. Les membranes de la moelle épinière, dans le point correspondant à la désorganisation des vertèbres, sont recouvertes extérieurement d'une couche tuberculeuse épaisse. Les membranes elles-mêmes offrent peu d'altération. Leur épaisseur, leur consistance, sont normales; à peine y a-t-il un peu d'injection à leur surface. La moelle épinière présente un étranglement très-prononcé. Cet étranglement est, non pas brusque, mais assez analogue, par la forme, à celui qu'on produirait avec un tube de verre en l'effilant à la lampe. En divisant la moelle dans le sens de sa longueur, on reconnaît qu'au point comprimé la substance blanche est sensiblement ramollie, sans changement appréciable de coloration: la substance grise n'est pas altérée.

» Au sommet du poumon gauche, il y a des tubercules creux et quelques petites cavernes. Le poumon droit a son som-

met parsemé de granulations tuberculeuses non ramollies. Tout le reste du poumon est infiltré de sérosité, qu'on fait écouler à flots en le comprimant. Le cœur est sain et un peu grasseux.

» L'estomac est pâle, ainsi que la presque totalité de l'intestin grêle; mais, vers la terminaison de l'ilion, il y a trois ulcérations à fond grisâtre, à bords d'un rouge violacé, de la largeur d'une lentille et d'une à deux lignes de profondeur. Une grande quantité d'ulcérations, ayant les mêmes caractères, existent dans le cœcum et dans le colon, jusqu'à la moitié environ de l'S iliaque. Dans leurs intervalles, la membrane intestinale est semée d'arborisations vasculaires. Tout le rectum et la fin de l'S iliaque sont d'une pâleur qui contraste avec la teinte rouge des autres parties de l'intestin.

» Le foie est un peu gras; sa couleur offre deux nuances bien tranchées, représentées par des granulations d'un violet foncé, sur un fond jaune-acanthe. La vésicule du fiel renferme un calcul de cholestérine, de la grosseur et de la forme d'une noix de muscade de la plus forte dimension. La rate est petite et de consistance normale.

» Le rein gauche, généralement pâle, a une forme et un volume ordinaires. Ses membranes lui sont assez adhérentes pour entraîner avec elles quelques portions de la substance corticale, lorsqu'on cherche à les détacher. Sur sa face postérieure et vers son bord concave, on trouve une plaque d'un rouge très-foncé, circulaire, de deux à trois lignes de diamètre, au centre de laquelle on voit trois à quatre petits points blancs. En pratiquant une incision sur cette plaque, on voit que ces petits points blancs sont formés par du pus. A la partie supérieure du rein et sur son bord convexe, on voit aussi trois points blancs de la grosseur d'une tête d'épingle. En exerçant, sur cette partie du rein, une pression un peu forte, on voit ces points blancs se transformer en autant de gouttelettes de pus. En fendant le rein par son bord convexe, on trouve à l'intérieur la même teinte anémique qu'à l'extérieur. A l'extrémité supérieure du rein, existe un abcès de la capacité d'un noyau d'abri-

cot, il est rempli d'un pus crémeux, blanchâtre. La substance rénale qui l'environne est très-sensiblement ramollie. Cet abcès communie avec les trois points blancs situés au bord convexe de l'extrémité supérieure du rein. Le bassinnet a subi une dilatation qui lui permettrait de recevoir un œuf de poule ordinaire. Il est rempli par une urine purulente. Les parois sont épaisses. La membrane muqueuse, ramollie, offre une arborisation assez serrée, parsemée d'ecchymoses; elle est enduite, çà et là, d'une légère couche de lymphé plastique, qui, vers l'infundibulum de l'urètre, a au moins une ligne d'épaisseur. L'urètre, légèrement dilaté dans toute sa longueur, et plus dans sa moitié inférieure que dans sa supérieure, est aussi rempli d'urine purulente. Ses parois sont épaisses, et sa membrane muqueuse, qui est injectée, l'est davantage dans sa partie inférieure, où elle présente quelques ecchymoses et une bride transversale de la forme d'un croissant, analogue à certains rétrécissements rares de l'urètre. Le rein droit a une grosseur et une forme naturelles; ses membranes se détachent facilement; sa surface est plus injectée que celle du rein gauche. A la partie moyenne de la face postérieure existent plusieurs points tuberculeux. La substance corticale environnante est ecchymosée et jaunâtre. On fend le rein et on trouve un petit abcès tuberculeux dans sa partie supérieure. En général, le tissu de ce rein n'est pas anémique, comme celui de son congénère. Le bassinnet droit est plus dilaté que le gauche. La membrane muqueuse, imprégnée çà et là de matière tuberculeuse, est épaissie, réticulée et très-injectée. L'urètre, considérablement dilaté, est distendu par un liquide purulent, d'un blanc jaunâtre; son volume égale celui de la veine cave inférieure. La membrane muqueuse de ce conduit est injectée, mais moins que celle de l'urètre gauche.

» La vessie est distendue par un liquide alcalin, de même nature, mais plus purulent, chargé de débris de tubercules et de fausses membranes. Les parois de cet organe ont acquis une grande épaisseur, par suite de l'hypertrophie de la mem-

brane musculieuse. A la partie postérieure de ce réservoir, on trouve un abcès situé entre cette membrane et la membrane péritonéale. La membrane muqueuse, épaissie, ramollie, et plus ecchymosée qu'injectée, offre, aux environs du col, une teinte ardoisée. Dans quelques points, elle est recouverte de fausses membranes demi-transparentes, ressemblant à des débris membraneux, et qui sont chargées d'incrustations salines d'un blanc grisâtre, ce qui leur donne l'aspect de certaines toiles d'araignées appendues aux vieilles murailles. » (Rayer, ouvrage cité, t. III, p. 656.)

Cette observation est curieuse, outre la coexistence de la carie vertébrale et de l'affection tuberculeuse de l'appareil urinaire, parce qu'elle est un exemple de l'expulsion par les urines de ces fausses membranes que nous avons signalées plus haut.

M. Rayer a vu, dans un cas, la tuberculisation de la vessie et des reins coïncider avec un abcès par congestion, dans la gaine membraneuse des muscles psoas et iliaque. Cette observation est des plus intéressantes, sous le rapport des nombreuses complications qu'a présentées la maladie.

Obs. 5. » Affection cérébrale, paralysie, imbécillité. Inflammation du rein gauche. Cystite. Mort. Tuberculisation de l'appareil urinaire. Abcès par congestion dans la gaine membraneuse des psoas et iliaque.

« Le 1^{er} septembre 1855, on fit passer du service de chirurgie dans mon service la nommée Moccurg, âgée de trente et un ans, ouvrière en linge, qui avait une paralysie et présentait des signes de maladie des voies urinaires. Vaccinée dans son enfance, elle a eu la rougeole et la scarlatine. Il y a sept ans, elle a eu mal à l'estomac et à la poitrine. Il y a deux ans, elle a eu une maladie du genou droit, qui fut traitée par des saignées, des sangsues, des cataplasmes, des bains, et ensuite par des vésicatoires et trois moxas. Elle a toujours été bien réglée, excepté de l'âge de vingt à vingt et un ans; elle est devenue enceinte il y a seize mois; l'accouchement s'est fait à

terme, sans difficulté; bien que, deux jours auparavant, elle eût éprouvé une attaque de paralysie du côté gauche. Elle sevrà son enfant. Depuis six mois (un mois après l'attaque de paralysie) elle a toujours souffert au bas-ventre. Elle urinait souvent, peu à la fois, et avec douleur. Elle dit avoir uriné du sang avec de l'humeur; elle a souffert dans la région des reins, notamment du côté gauche; elle a éprouvé des douleurs dans la cuisse gauche. Jamais elle n'a eu de vomissements.

» La prononciation de cette femme et la construction de ses phrases annoncent qu'elle a eu une affection cérébrale. Depuis quelque temps elle peut marcher; auparavant elle était obligée de rester au lit.

» Elle urine vingt fois au moins dans les vingt-quatre heures; aussi, peu d'urines à la fois. Elle souffre encore dans la région du rein gauche, où l'on sent une tumeur arrondie et dure, sur laquelle la main glisse. L'urine est bourbeuse, jaune et acide, et si on la laisse reposer, on observe, à la partie inférieure du vase, un dépôt blanc et comme pulvérulent, occupant le tiers de la hauteur de la colonne de liquide, (tisane de chiendent, émulsion; un quart d'aliments). Le 8 septembre, douleurs au bas-ventre (quinze sangsues *loco dolenti*). Le 9, vingt autres sangsues sont appliquées à l'épigastre. Soulagement.

» Le 17, urine trouble, acide, un peu coagulable par la chaleur, contenant beaucoup de mucus et de grumeaux. Envies d'uriner moins fréquentes. Quelques jours après, cette femme quitta l'hôpital; elle y fut admise de nouveau le 4 février 1856, dans un état complet d'imbécillité. Elle répond mal aux questions qui lui sont adressées. Impossibilité complète de mouvoir les membres inférieurs. Douleur sourde à la région iliaque gauche, s'irradiant vers le pli de l'aîne et dans la cuisse correspondante. Œdème aux membres inférieurs. La douleur de la fosse iliaque gauche augmente par la pression, surtout à quelques lignes au-dessus de l'arcade crurale. Cuisson pendant l'émission des urines, qui sont rougeâtres, sanguinolentes. Par le repos, elles laissent

déposer une couche assez abondante et épaisse de matière purulente, grumeleuse, dans laquelle on distingue, au microscope, des globules de pus et des grains et grumeaux d'une matière animale amorphe. La chaleur et l'acide nitrique y indiquent peu d'albumine. Dévoiement, maigreur, faiblesse.

» Les sept ou huit premiers jours, point de changement notable; puis la douleur au-dessus du pli de l'aîne augmenta. La peau de cette partie devint tendue, luisante (*émollients*). Bientôt apparut, à quelques lignes au-dessus du pli de l'aîne, une tumeur circonscrite, ovoïde, très-douloureuse au toucher, sans changement de couleur à la peau. Cette tumeur, située parallèlement à l'arcade crurale, acquit, en quelques jours, le volume d'un œuf de pigeon, et on put y sentir de la fluctuation.

» L'urine est moins rouge, moins trouble; mais elle contient toujours du pus et de petits grumeaux que l'autopsie a montrés être des fragments de matière tuberculeuse. Plus tard l'urine redevient sanguinolente, comme dans les premiers jours, et conserve ce caractère jusqu'à la mort.

» Le 18 février, la tumeur fut ouverte avec le bistouri. Il en jaillit une énorme quantité de pus d'une odeur infecte et stercorale. Le pus continua à couler les jours suivants, et souillait promptement l'appareil et le lit de la malade. Dépression complète des forces, dévoiement colliquatif, mort le 7 mars 1856.

» Autopsie du cadavre. L'abdomen ouvert, il ne s'écoule point de sérosité; dans le péritoine, point de pus, ni de fausses membranes, ni aucune autre trace d'inflammation. Une bride celluleuse partait de l'épiploon pour se porter dans la fosse iliaque gauche; la moitié gauche du colon transverse et le colon descendant étaient adhérents à la tumeur. La membrane muqueuse de cette portion de l'intestin était rouge, enduite d'une matière purulente. On aperçoit au niveau de la région rénale une ouverture à bord lisses et arrondis, à travers laquelle un stylet moussu pénètre dans une poche pleine de liquide purulent, qu'on peut faire sourdre par la fistule. Sur le bord an-

térieur du psoas, on sent de la fluctuation, et on y découvre un foyer énorme qui occupe tout le corps des muscles psoas et iliaque. Le foyer purulent se prolonge en bas jusqu'au petit trochanter; en haut, il remonte jusqu'aux insertions supérieures du psoas. Ces deux muscles sont atrophiés et ne sont plus représentés par leur gaine.

» Cet abcès a en haut deux embranchements, l'un qui passe derrière le rein; c'est le vaste foyer dont nous avons parlé; l'autre se prolonge en poche allongée, aplatie, qui passe derrière la partie antérieure du rein, en sorte que le rein se trouve logé entre deux abcès (l'antérieur, très-peu considérable, s'ouvre dans le colon), et qu'il communique lui-même avec ces abcès par des fistules. Les tuniques externes du colon, le tissu cellulaire qui l'environne, sont indurés, épaissis: ces parties, sur la face antérieure du rein, sont ramollies dans plusieurs points. On y rencontre également des masses tuberculeuses, blanchâtres, semblables pour l'aspect à une matière crétacée. Le ramollissement est très-considérable vers la scissure, où l'enveloppe du rein, en partie détruite, se déchire lorsque l'on verse de l'eau dessus, et se résout en un débris blanc. Les masses tuberculeuses déposées dans ces enveloppes étaient depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une amande. Lorsque nous eûmes dépouillé le rein de l'espèce de coque tuberculeuse qui l'entourait, nous reconnûmes dans la substance corticale, beaucoup moins altérée qu'on ne l'avait d'abord supposé, quelques petites masses tuberculeuses. En arrière il y en avait trois ou quatre qui ressemblaient, par leur teinte d'un blanc jaunâtre, à de grosses croûtes de favus. Dans les intervalles, la substance du rein était peu injectée; plusieurs de ces tubercules, déposés dans la substance corticale, n'étaient recouverts que par la membrane propre du rein. Plusieurs points de la substance corticale sont durs et denses, et ont une teinte ardoisée. La substance corticale et la substance tuberculeuse sont bien distinctes à la coupe; le volume du rein, dépouillé de ses membranes, est moins considérable que dans

l'état normal; le bassin était perforé vers la scissure, sa face interne et celle des calices et de l'uretère étaient grenues et d'un blanc grisâtre. Les mamelons étaient affaissés; la membrane interne du bassin et des calices était infiltrée de matière tuberculeuse.

» L'uretère est presque double de volume, ses parois sont épaissies et solides, sa cavité laisse pénétrer le tuyau d'une petite seringue.

» Dans ce cas, la matière tuberculeuse était donc déposée en grande partie dans les membranes extérieures du rein. Ces membranes, infiltrées de tubercules, s'étaient ramollies sur la face antérieure du rein, adhérente avec le colon transverse descendant, dans lequel une ouverture fistuleuse s'était pratiquée; en arrière, la matière tuberculeuse s'était fait voie par de nombreuses fistules au milieu des fibres musculaires du psoas, et ce travail d'élimination et ce ramollissement ont donné lieu à une vaste collection purulente, qui a disséqué et atrophié les muscles psoas et iliaque.

» Le rein droit, augmenté de volume, surtout dans sa moitié inférieure, est déformé et situé deux pouces plus bas qu'à l'ordinaire. Il n'offre, du reste, d'autre altération qu'une anémie assez prononcée; les calices et le bassin sont sains.

» L'intestin présente des rougeurs plus marquées à sa partie inférieure, qui donnaient passage à la matière purulente.

» Le foie, de couleur bistre, a son volume ordinaire; les veines hépatiques sont très-gorgées de sang; bile épaisse et noirâtre dans la vésicule. La rate présente une tache bleuâtre à sa partie convexe. Point de tubercules dans les ganglions abdominaux ni dans ceux du mésentère. Estomac sain.

» La membrane muqueuse de la vessie est parsemée de rougeurs et de points noirâtres; elle est rugueuse et imprégnée, dans la plus grande partie de son étendue, d'une matière tuberculeuse, semblable à celle de l'uretère; vers la paroi postérieure de la vessie est une loge profonde, arrondie, où la membrane muqueuse est parfaitement saine.

» Poitrine. Le péricarde est sain; légère hypertrophie du ventricule gauche;

la valvule auriculo-ventriculaire du même côté est insuffisante.

» Les poumons sont parfaitement sains, à part deux petites granulations miliaires, situées au sommet du poumon gauche. La membrane muqueuse des bronches est d'un rose pâle.

» *Tête.* Rien de remarquable, si ce n'est dans un point, vers le tiers postérieur du centre ovale de Vieussens, du côté gauche, où la substance est molle et d'un blanc plus sale que la substance environnante. » (Rayer, t. III, p. 664.)

Nous terminerons cette exposition des faits de tuberculisation de la vessie par l'observation suivante, dans laquelle une cystite tuberculeuse fut accompagnée d'une entérite et d'une péritonite de même nature. Cette observation a été recueillie par M. le docteur Vernois, à l'hôpital des Enfants, en 1856.

« Obs. 6. *Tubercules du rein, de l'uretère et de la vessie. Cystite, hypertrophie des parois de la vessie. Péritonite et entérite tuberculeuse. Double pneumonie mortelle.*

» Jousset, âgé de douze ans, cheveux châtain, yeux bruns, peau brune, système musculaire grêle, très-adonné à la masturbation, entre à l'hôpital des Enfants malades, le 6 juillet 1856, pour s'y faire traiter d'une diarrhée qui durait depuis plusieurs mois, accompagnée de douleurs de ventre très-vives, surtout à la pression. Cet enfant avait beaucoup maigri depuis quelque temps. On diagnostiqua une péritonite tuberculeuse, avec ulcérations de même nature dans l'intestin. Il n'y avait pas d'infiltration des membres inférieurs et point de signes de tubercules dans la poitrine. Le petit malade paraissait uriner facilement et naturellement : on n'examina pas les urines. Le 21 juillet, il fut pris d'une pneumonie du côté droit, et bientôt après d'une pneumonie du côté gauche, et succomba le 29 juillet, à six heures du soir.

» L'ouverture du cadavre fut faite par M. Vernois, le 30, à six heures du matin, par un temps sec et frais. On observa un ramollissement rouge des deux tiers postérieurs et inférieurs des deux poumons, dans lesquels on ne put découvrir de tu-

bercules; il n'y en avait pas non plus dans les ganglions bronchiques. Le cœur était sain. Il n'y avait pas de liquide épanché dans la cavité du péritoine, mais on distinguait sur cette membrane un grand nombre de granulations très-fines, plus nombreuses à la fin de l'iléon et sur le cœcum (péritonite tuberculeuse). Les ganglions mésentériques étaient très-volumineux et tuberculeux; la membrane muqueuse intestinale, deux pieds au-dessus et au-dessous du cœcum, était couverte d'ulcérations, à la base desquelles on trouvait de la matière tuberculeuse.

» M. Vernois détacha le rein gauche avec l'uretère et la vessie, et nous en fîmes l'examen. Le rein gauche était très-volumineux; incisé verticalement, il s'échappa de sa partie inférieure un liquide grisâtre, épais, qui remplissait une cavité en communication avec le bassin. Ce rein, farci de tubercules, marbré de blanc et de rouge (mélange d'anémie et d'hypérémie), avait la forme et la dimension d'un rein d'adulte: il pesait quatre onces après avoir été incisé. Lorsqu'on en détacha les membranes extérieures, une certaine quantité de matière tuberculeuse resta adhérente à leur face interne. La face antérieure du rein était semée de points blancs, les uns saillants, les autres non saillants, presque tous arrondis, de la dimension d'un grain de millet, la plupart solides à la coupe, quelques-uns entourés d'une aréole comme des points purulents; les autres, surtout ceux qui étaient dans les points anémiques, sans aréole; sur la face postérieure du rein, fortement injectée, et surtout sur la moitié supérieure et vers le bord convexe, on voyait également des points blancs, saillants et solides. A la loupe, cette rougeur paraissait due à un piqueté très-fin et à des arborisations très-déliées. A la partie inférieure du rein, on voyait trois tubercules plus volumineux que les précédents, et qui correspondaient à une véritable caverne tuberculeuse et à trois cônes affaissés ou détruits.

» La substance corticale, d'apparence marbrée, par l'effet d'un mélange d'anémie et d'hypérémie, contenait également un grand nombre de grains tuberculeux, dont le centre était plus mou que

l'extrémité, mais qui ne pouvaient être enlevés, et qu'on ne pouvait séparer de la substance du rein sans la déchirer. La substance corticale, vers le bord convexe du rein, était en plusieurs points fortement tuméfiée et un peu ramollie. Dans les points anémiques, elle était beaucoup plus consistante. Les mamelons des cônes étaient presque tous affaissés ou détruits; les calices, encroûtés de matière tuberculeuse, étaient dilatés; leur cavité et celle du bassin, tout-à-fait méconnaissables, d'un blanc jaunâtre, inégales, avaient l'apparence d'une caverne tuberculeuse, étaient jaunâtres, inégales, et les parois de ces conduits étaient triplées ou quadruplées d'épaisseur. La veine rénale était saine.

» Le rein droit n'offrait point d'altération, et l'uretère était peu dilaté.

» La vessie contenait très-peu d'urine; sa face interne présentait un grand nombre de petites lignes circulaires ecchymotiques et noirâtres. Vers l'orifice de l'uretère gauche, on remarquait de légères traces de tubercules. La membrane musculieuse était très-épaisse. » (Id., *ibid.*, p. 672.)

Un mot avant de terminer sur les causes de cette affection. Suivant M. Rayer, on ne peut, là comme ailleurs, lui assigner d'autres causes que la disposition constitutionnelle, héréditaire ou acquise, que l'on désigne, dans l'ignorance où l'on est de sa nature, par le nom de diathèse tuberculeuse. Toutefois, les tubercules ne se développent dans l'appareil urinaire des phthisiques que dans une proportion peu considérable. Elle est plus forte chez les enfants, et plus encore chez certains animaux.

Bien qu'il n'entre pas dans notre plan de faire de la pathologie comparée, les travaux de M. Rayer ont assez montré, dans ces dernières années, à quels résultats pourrait mener cette étude, chez les animaux, des maladies qui existent chez l'homme, pour que nous ne croyions pas déplacé de rapporter une observation curieuse de tubercules dans la vessie chez un singe, publiée dans les Archives, par M. Reynaud, dans un travail relatif à la comparaison de l'affection tuberculeuse chez l'homme et chez le singe.

Obs. 7. « Le sujet de cette observation était un singe du sexe masculin, du genre macaque, et mort à la ménagerie dans les premiers jours du mois d'août 1828.

Le côté gauche du thorax était notablement rétréci, comparé à celui du côté droit. Lorsque le thorax fut ouvert, je fus frappé de l'état du poumon gauche; il était tout à fait revenu sur lui-même, occupait un espace bien moins considérable que celui qu'il occupe d'ordinaire, entièrement vide d'air, et tel enfin qu'on le rencontre dans les cas où un liquide, épanché en grande quantité dans un côté de la poitrine, l'a tenu long-temps refoulé contre la colonne vertébrale. Cependant, il n'existait aucune trace de liquide, la plèvre était saine; aucune adhérence, ancienne ou récente, ne se voyait à sa surface.

» Ayant voulu insuffler les poumons au moyen d'un tube introduit dans la trachée, je vis un seul poumon, le droit, se dilater, et un effort considérable ne put faire parvenir l'air dans celui du côté opposé. Une sonde introduite dans la bronche gauche était arrêtée par un obstacle infranchissable, à peu de distance de son origine. Une masse arrondie de ganglions bronchiques entièrement tuberculeux entourait la bronche dans toute sa circonférence, à peu près de la même manière que la prostate entoure le canal de l'urètre à son origine. Cette masse tuberculeuse avait aplati la bronche au point d'en effacer complètement la cavité.

» Au delà de ce point oblitéré, la bronche avait son calibre normal; mais elle contenait, au lieu d'un mucus peu consistant et spumeux, un mucus glaireux, consistant, rougeâtre, privé d'air, et rappelant celui que l'on trouve souvent dans le col de l'utérus ou dans le corps de cet organe sur un grand nombre de cadavres de femmes. D'autres ganglions bronchiques se montraient également de l'autre côté, tuméfiés et transformés en matière tuberculeuse.

» Des tubercules en grand nombre existaient dans les deux poumons. Le plus grand nombre avaient le volume d'un pois, et il existait autour d'eux

beaucoup de tissu pulmonaire, perméable à l'air; cependant, dans plusieurs points, ils formaient par leur réunion des masses plus volumineuses. A peu près tous étaient à l'état de tubercules crus. Nulle part je n'ai vu de granulations proprement dites.

» En incisant les bronches on voyait un grand nombre de tubercules à travers leurs parois et situés immédiatement au-dessus d'elles. Du côté droit et près du point où la bronche se subdivise en plusieurs troncs, qui vont ensuite se ramifier dans les diverses parties du poumon, une masse tuberculeuse existait près de l'un de ces troncs, et en avait légèrement perforé les parois, de sorte que la matière tuberculeuse, à cet état grumeleux qui n'est point encore le ramollissement, se voyait à nu dans sa cavité. Du même côté, les bronches m'ont paru dilatées.

» Un petit amas de matière tuberculeuse, sous forme arrondie, existait dans l'intérieur du péricarde, dans le point où le feuillet séreux de celui-ci recouvre l'aorte à son origine. Le foie contenait un assez grand nombre de tubercules d'un petit volume, isolés, à l'état de crudité, les uns visibles sous sa membrane externe, d'autres plus profondément situés.

» Les reins en contenaient également plusieurs. J'en ai trouvé un isolé dans l'épaisseur de la membrane interne de la vessie.

» Le mésentère, l'épiploon en contenaient une assez grande quantité. La rate était bosselée par un assez grand nombre de masses tuberculeuses arrondies, du volume d'une petite aveline, développées dans son intérieur plus ou moins près de sa surface. Ces masses arrondies étaient presque toutes ramollies vers leur centre. Les intestins étaient sains. Il n'existait de tubercules ni dans le cerveau, ni dans les testicules, ni dans les os. » (*Arch. de méd.*, 1851, t. xxv, p. 507.)

ARTICLE XXIII.

Cancer de la vessie.

Comme tous les autres organes de l'économie, la vessie peut être atteinte de

cancer, et les nombreux exemples qui en ont été rapportés par les pathologistes ne laissent aucun doute sur son existence. Il nous est donc permis de nous étonner que des auteurs et des plus distingués, qui ont écrit sur les maladies des voies urinaires aient nié cette affection. Cela tient vraisemblablement à ce qu'ils ont confondu sous une même dénomination, comme nous nous sommes efforcé de le prouver plus haut, toutes les tumeurs de cet organe, polypes, fungus, cancers; Desault en rapporte deux exemples seulement, Chopart n'en rapporte qu'un seul auquel il attribue le nom de cancer véritable. Nous verrons dans le cours de cet article qu'un assez grand nombre des fungus dont il donne la description ne sont autre chose que de véritables carcinomes.

Sæmmering révoque positivement en doute le cancer de la vessie comme affection primitive: « Quant aux maladies que les auteurs nomment *squirrhe* et *cancer de la vessie*, dit-il, je les ai vues seulement avec celles de l'utérus; jamais je ne les ai observées chez l'homme, à moins de regarder comme telles, avec M. Nauche, les ulcères, les excroissances ou enfin l'épaississement des membranes de la vessie. » (*Ouvr. cité*, p. 15.) Morgagni a cité plusieurs faits bien authentiques de cancers de la vessie, avec ou sans complication de cancers de l'utérus, principalement dans les Lettres xxxix, 55; xlii, 15, 28; lxvi, 2, etc. Nous en rapporterons plus bas un ou deux des plus remarquables.

Plus récemment, M. Lallemand, dans ses *Observations sur les maladies des organes génito-urinaires*, a rapporté un fait de cancer de la vessie chez un homme, et a présenté quelques considérations que nous mettrons à contribution en traçant l'histoire de cette affection. M. Mercier, dans ses *Recherches anatomiques*, en a consigné un cas, et les *Bulletins de la Société anatomique* en renferment quelques-uns aussi. Nous admettrons donc comme chose prouvée et démontrée l'existence du cancer de la vessie, comme affection primitive et indépendante du cancer d'un organe voisin. Mais, en raison de la fréquence de

cette coexistence du cancer de la vessie et de celui de l'utérus ou d'une portion de l'intestin, nous devons établir une division dans cette histoire. La première section sera relative au cancer primitif ou développé indépendamment d'une affection d'un organe voisin. La seconde comprendra au contraire le cancer secondaire.

§ I. Cancer de la vessie indépendant d'une affection cancéreuse d'un organe voisin.

Le cancer de la vessie est extrêmement rare chez l'homme, dit M. Lallemand. Selon nous il aurait dû ajouter, lorsqu'il se développe primitivement, car nous verrons plus tard qu'il est assez commun quand il est consécutif à une hypertrophie ou à une dégénérescence squirrheuse de la prostate. La forme la plus fréquente du cancer de la vessie est celle qui succède à une tumeur dite fongueuse, et c'est sur cette observation que nous nous sommes fondé pour établir la définition que nous avons donnée plus haut du fungus. M. Mercier ne partage pas complètement l'opinion de Lallemand. « Les cancers primitivement développés dans la vessie, sans être fréquents, le sont cependant plus que les polypes et les fungus. » (*Ouvr. cité*, p. 155.) M. Civiale le regarde comme très-fréquent, tous dissentiments qui ne proviennent que de ceci, à savoir que l'on ne s'est point entendu sur les définitions. Howship (*Pract. treatise on the complaints that affect the secretion of urine*, London, 1825, p. 196-198) rapporte deux cas de ce cancer primitif: dans l'un de ces cas, le sujet était une femme; mais l'utérus n'était pas malade.

Nous dirons avec MM. Lallemand et Mercier que le cancer de la vessie primitif n'est pas fréquent, sans cependant être aussi rare que les anciens auteurs l'ont affirmé.

Les tumeurs cancéreuses de la vessie peuvent offrir tous les caractères propres à cette affection, depuis la simple dégénérescence squirrheuse jusqu'à la consistance encéphaloïde et l'ulcération. En général, elles offrent plutôt la consistance squirrheuse seulement, quand elles sont liées à un état squirrheux de la

prostate. Dans le fait suivant, raconté par M. Lallemand, il n'y avait qu'état squirrheux, sans dégénérescence très-avancée. C'est le plus remarquable que nous connaissions.

Obs. 1^{re}. « Un négociant de Hambourg, d'une constitution délicate, d'un caractère triste, issu d'un père mort d'un catarrhe chronique de la vessie, ayant une sœur affectée de la même maladie, contracta, à l'âge de vingt-cinq ans, un écoulement qui, traité comme une blennorrhagie ordinaire, cessa au bout de quelques mois. Depuis cette époque, il éprouva de la difficulté à uriner et même plusieurs rétentions d'urine pour lesquelles on fut obligé de le sonder. Après quatre ans de traitements infructueux, il vint à Montpellier, où il fut de nouveau sondé avec assez de facilité. Un régime sévère, l'usage des préparations balsamiques, des lavements émollients ou narcotiques, un régime lacté, l'application fréquente d'un petit nombre de sangsues avaient tellement amélioré son état, qu'il parlait de projets de mariage, lorsqu'il vint de rechute qu'on attribua à un écart de régime. Depuis ce moment il dépérit de jour en jour, perdit presque entièrement le sommeil, n'urina plus qu'avec la plus grande difficulté, fut même plusieurs fois menacé d'une rétention complète. C'est dans cet état de choses que je fus appelé en consultation vers la fin de 1825, six ans après l'apparition de l'écoulement. Je trouvai le malade d'une maigreur squelettique, urinant à chaque instant et très-peu chaque fois, avec des efforts violents et une contraction comme spasmodique de presque tous les muscles du corps. Ces efforts, continuellement renouvelés, avaient fini par produire deux hernies inguinales. Les urines, bourbeuses, sanguinolentes, tombaient presque goutte à goutte, et ne tardaient pas à se décomposer, en exhalant une odeur de chairs pourries; elles produisaient en passant dans le canal, des douleurs violentes qui se prolongeaient encore long-temps après. Le pourtour et l'intérieur du rectum étaient garnis d'hémorroïdes volumineuses.

» Une sonde d'un petit calibre, arrêtée un peu au delà de la courbure du canal,

ne nous laissait aucun doute sur l'existence d'un rétrécissement produit par une ancienne blennorrhagie; nous le regardâmes comme la cause de tous les accidents. Je venais de lire l'ouvrage de Ducamp. Je proposai sa méthode, et il fut convenu que je l'emploierais, de concert avec le médecin ordinaire du malade.

» Le lendemain, je voulus prendre l'empreinte du rétrécissement; mais l'instrument, arrêté à sept pouces, sortit tout déformé; la cire, aplatie en forme de massue, faisait un coude avec la sonde. Je passai un mandrin dans la sonde d'un autre porte-empreinte, pour lui donner de la solidité; mais je ne fus pas plus heureux. Une troisième empreinte me donna enfin une tige très-fine et très-courte, située et recourbée sur elle-même. Le malade souffrant beaucoup et ayant rendu du sang, je me bornai à cette exploration. Le lendemain, j'essayai vainement de passer une bougie au moyen d'un conducteur à saillie. Je ne fus pas plus heureux les jours suivants.

» En explorant les parties à travers le rectum, je reconnus derrière le bec de la sonde d'argent qui remplissait la partie libre du canal, une dureté qui me parut du volume d'une noisette, et à un pouce et demi plus loin une tumeur de la grosseur du poing. Je me rappelai alors les cas de rétrécissements compliqués d'affection de la prostate, si heureusement traités par Ducamp. Cependant ayant tenté vainement, pendant plusieurs jours, de passer une sonde à travers l'obstacle, ou d'y faire pénétrer la tige d'un porte-caustique à saillie, je me décidai à cautériser d'avant en arrière, à l'aide d'une bougie armée d'un petit cône de nitrate d'argent, conduite dans une sonde d'argent ordinaire, ouverte à son extrémité.

» Le malade parut souffrir peu pendant la cautérisation, quoiqu'il rendit beaucoup de sang immédiatement après. Mais le lendemain, l'émission des urines devint plus douloureuse et plus difficile. Au bout de huit jours, je pris une autre empreinte qui ne m'apprit rien, tant la cire était déformée. J'essayai une sonde d'argent n° 8; et, à mon grand étonnement, je passai assez facilement à travers

le rétrécissement; mais je fus arrêté à deux pouces environ plus loin, au moment où je croyais entrer dans la vessie. J'essayai sans succès des sondes d'argent et de gomme élastique de toutes les dimensions et de toutes les courbures; j'arrivai toujours facilement au col de la vessie, sans pouvoir y pénétrer.

» Les urines coulèrent de plus en plus difficilement; enfin, il survint une rétention complète (dix sangsues; demi-bains; lavements émollients). Au bout de vingt-quatre heures la vessie faisait saillie au-dessus des pubis; la fièvre était continue, la langue rouge et sèche, la peau brûlante, la transpiration urineuse; le malade était en proie aux plus violentes douleurs; il n'y avait plus un instant à perdre, il fallait faire la ponction de la vessie, ou pénétrer à travers la prostate, au risque de faire une fausse route. Une seconde consultation eut lieu. Ce dernier moyen fut préféré et employé sur-le-champ. Arrivé au col de la vessie avec une sonde conique, dont le bec était dirigé par le doigt indicateur introduit dans le rectum, je pénétrai avec si peu de résistance que je crus avoir suivi le canal de l'urètre. La plus grande partie de l'urine qui sortit d'abord, était transparente, quoique fort colorée, et d'une odeur ammoniacale très-prononcée; le malade fut aussitôt soulagé, et nous reprîmes quelque espoir.

» Le lendemain, je remplaçai la sonde d'argent par une de gomme élastique. Deux jours après, j'en mis une très-grosse avec la même facilité; mais, huit jours après, il se forma un phlegmon au-devant du scrotum (six sangsues; cataplasmes; continuation des bains de siège, des lavements, etc.); je l'ouvris au bout de cinq jours, sans que le malade en éprouvât aucun soulagement. La présence de la sonde le fatiguait beaucoup; elle se bouchait souvent par des caillots de sang. Je pris le parti de la retirer et de répéter le cathétérisme cinq ou six fois par jour. Toujours la sonde pénétra avec la plus grande facilité, mais produisit l'écoulement d'une certaine quantité de sang; la fièvre fit de nouveaux progrès; il survint du dévoisement; le malade s'épuisa tout à fait, eut du délire,

des symptômes spasmodiques et mourut.

» *Autopsie cadavérique* (le crâne n'a point été ouvert). Membrane muqueuse de l'estomac et des gros intestins rouge, injectée, offrant de distance en distance des plaques noires, comme gangréneuses. Rein gauche sain; rein droit d'un volume double, bosselé, inégal, blanchâtre et très-mou, facile à déchirer dans tous les sens, contenant une trentaine d'abcès séparés, de volume différent; les uns enkystés, ouverts dans les bassinets et vides; d'autres, pleins de pus, réunis en foyer; d'autres enfin, à l'état de suppuration commençante, dont le pus était encore infiltré dans le parenchyme du rein; l'uretère du même côté épais, noirâtre, sans consistance. Vessie assez vaste, à parois épaisses; membrane muqueuse rouge, rugueuse et dense. A partir du col de la vessie, transformation de toutes ses membranes en une substance squirrheuse, lardacée, offrant, derrière la prostate, deux pouces d'épaisseur, s'étendant en forme d'entonnoir à trois ou quatre pouces dans tous les sens; surface interne de cette espèce de godet, inégale, hérissée de végétations très-saillantes, en forme de choux-fleurs; portion prostatique de l'urètre offrant la même altération cancéreuse, et paraissant avoir quatre pouces d'étendue, à cause de l'altération d'une partie de la vessie par la tumeur cancéreuse. Vers le milieu de ce long canal et en haut, fausse route produite par la sonde conique et entretenue par les sondes de gomme élastique, aboutissant à la vessie, à travers le carcinome, un pouce au-dessus de la véritable ouverture. Prostate parfaitement saine, petite, ferme, aplatie et collée sur la tumeur de la vessie, paraissant s'y confondre; mais mobile et isolée par un tissu cellulaire très-souple. Derrière le bulbe de l'urètre, tumeur cancéreuse du volume d'une noisette, occupant la partie inférieure du canal; membrane muqueuse correspondante détruite probablement par la cautérisation, brunâtre et peu consistante dans le reste du canal. Parois de l'abcès développé dans le scrotum converties en une fistule ouverte d'une part, à trois pouces au-devant de la tumeur, et de l'autre à quelque dis-

tance du gland. Vaisseaux hémorrhoidaux et vésicaux très-développés. (Ouvr. cité, p. 1.)

Bien qu'il fût très-avancé, le cancer dans ce cas, présentait encore la forme squirrheuse. Il n'avait pas été possible de le reconnaître pendant la vie. Cependant, et comme chose utile à noter pour la symptomatologie, l'auteur le fait suivre des réflexions suivantes :

Avant de faire imprimer l'observation qui précède, je la communiquai au médecin qui avait vu le malade pendant deux ans avant que je fusse appelé. Il me dit qu'il se rappelait très-bien que notre malade s'était plaint souvent d'une douleur vive, lancinante, derrière les pubis, qu'il y souffrait beaucoup quand on pressait la région hypogastrique, ou quand il avait marché pendant quelque temps, mais, attribuant ces douleurs à la distension de la vessie, il n'y avait point attaché d'importance. Il avait aussi remarqué dans les urines, des lambeaux de chair, qu'il avait regardés comme des caillots de sang dépouillés en partie de leur matière colorante, parce que le malade rendait souvent du sang pur. Ainsi, je ne doute pas qu'on n'eût retrouvé ici les caractères du cancer si son extrême rareté eût permis d'en soupçonner l'existence.

Les signes diagnostiques de l'affection qui nous occupe sont assez obscurs pour que nous ne croyions pas devoir en faire le sujet d'un paragraphe particulier. On en trouvera d'ailleurs la symptomatologie dans le cours des observations que nous rapportons ici. Le fait suivant de Desault mérite, sous ce point de vue, d'être cité en entier.

Obs. 2. « Un homme sain jusqu'alors, éprouve tout à coup, à la région du pubis, une douleur sourde, intermittente d'abord, bientôt continue et lancinante; il consulte; force émollients sont appliqués sur la partie malade. La douleur ne diminue pas; au contraire, elle fait chaque jour des progrès; des chirurgiens sont de nouveau consultés; ils sondent le malade, croient reconnaître une pierre, parce que la tumeur, dure et comme cartilagineuse, faisait éprouver au ma-