

quelques mois. Ce dérangement mental, nous a dit le mari, serait venu à la suite de vives et intolérables souffrances éprouvées par la malade.

Ces douleurs sont apparues il y a huit mois; c'est à l'époque ou un peu avant la cessation des règles qu'elles ont été observées pour la première fois. D'abord peu intenses, elles sont devenues depuis très vives au point d'entraîner une insomnie presque complète. Elles siègent dans la région hypogastrique, se propagent vers la racine des cuisses et surtout dans la région lombaire. Elles sont constantes, mais sujettes à des exacerbations fréquentes. La malade a remarqué que chaque jour elles redoublaient d'intensité vers quatre heures du soir, pour se calmer un peu le matin vers six heures. Pendant tout ce temps, la malade souffre affreusement au point de pousser des cris. Elle s'agite dans son lit, ne peut tenir en repos, se lève, marche, se couche sur le côté, sur le dos sans pouvoir trouver de soulagement dans une attitude quelconque. C'est surtout au moment ou plutôt après la miction que les douleurs sont intolérables. Au début, les mictions fréquentes le jour étaient assez rares la nuit; la malade se levait seulement 4 ou 5 fois, mais actuellement elles sont devenues beaucoup plus fréquentes et aussi plus impérieuses, si bien que la malade urine à peu près toutes les cinq minutes au prix des plus vives souffrances. Elle ne peut uriner dans le décubitus dorsal et prend parfois des attitudes singulières, nous l'avons vue s'appuyer sur les genoux et les coudes et faire des efforts considérables pour uriner sans pouvoir y parvenir. C'est qu'en effet ses urines contiennent souvent des caillots sanguins ou des masses glutineuses qui forment bouchons et qui, en se présentant au col, arrêtent momentanément le cours des urines. Sous l'influence de ces efforts, des hémorrhoides se sont développées et donnent lieu à un essor de ténésme rectal très douloureux et à de faux besoins de défécation. Depuis quelques jours la diarrhée a remplacé une constipation opiniâtre.

Le malade est tourmenté depuis cinq ou six jours par de l'incontinence d'urine. L'urine s'échappe spontanément, aussi est-il impossible de la recueillir en totalité, pour apprécier la quantité de l'excrétion quotidienne. Cette urine est jaune verdâtre, visqueuse, assez semblable à de la bile, elle présente une odeur fortement ammoniacale. Souvent elle est colorée en rouge, parfois même la malade a uriné du sang pur. Ces hématuries se sont montrées pour la première fois il y a environ quatre mois; elles se sont reproduites à des intervalles plus ou moins rapprochés. A l'heure présente, on les observe chaque jour. Elles n'ont jamais été très abondantes et le mari de la malade estime à environ un verre de sang les hématuries les plus abondantes qui se sont produites.

L'analyse de l'urine montre qu'elle est très alcaline et très ammonia-

cale; qu'elle contient du sang et conséquemment de l'albumine en notable quantité. Elle ne renferme pas de mucus.

La malade est très cachectique, elle a maigri considérablement, elle a perdu ses forces et se traîne avec peine, le corps fléchi en avant, les jambes écartées. Jusqu'à ces derniers temps l'appétit était conservé, mais depuis quinze jours environ la malade a cessé de manger, en même temps qu'une diarrhée rebelle s'est montrée et que les hématuries sont devenues plus abondantes.

Depuis le début de sa maladie, M^{me} P... a été soumise à de nombreux traitements, soit locaux, soit généraux: le bromure de potassium à hautes doses, la térébenthine et les divers balsamiques, les diurétiques sous toutes leurs formes lui ont été administrés. L'emploi de liniments calmants sur l'abdomen et à la vulve qui est le siège de démangeaisons incessantes, lui a été très utile. Il n'en est pas de même des lavages intravésicaux, qui ont été essayés à diverses reprises et qui ont toujours réveillé les plus vives douleurs.

Afin de compléter l'examen, M. Guyon a fait administrer du chloroforme à la malade et a pu ainsi pratiquer l'exploration de la vessie par le vagin d'abord, puis à l'aide d'un cathéter introduit dans la vessie. Le toucher vaginal montre que la paroi inférieure de la vessie dans toute la partie accessible en arrière et sur les côtés, est notablement indurée et épaissie. Elle est assez égale cependant et ne présente pas de bosselures bien nettes. L'utérus est mobile et sain. En combinant le palper abdominal au toucher par le vagin, on ne trouve point de tumeur nettement appréciable et saisissable entre les deux mains. A l'orifice de l'urètre, on trouve une petite végétation polypiforme, mais ce conduit est d'ailleurs sain.

Le cathéter explorateur métallique introduit dans la vessie, trouve celle-ci très étroite, peu dilatable. Ses parois sont indurées, rugueuses, surtout à gauche, mais on n'y rencontre point de tumeur pédiculée. Il s'agit évidemment d'un néoplasme vésical, mais il est diffus et s'étale dans l'épaisseur de la paroi inférieure. L'explorateur, à sa sortie, entraîne une masse grisâtre, sorte de débris mou, qui se laisse facilement écraser sous le doigt et exhale une odeur infecte. L'examen microscopique de ces débris pratiqué par M. Launois a révélé qu'ils provenaient d'un épithélioma.

En présence des symptômes très douloureux présentés par la malade et qui rendaient son existence tout à fait intolérable, M. Guyon se décida à intervenir. Après avoir discuté dans une de ses cliniques la meilleure voie à suivre pour arriver par le néoplasme, il se décida pour ce cas particulier à dilater l'urètre et à placer ensuite deux tubes accolés en canon de fusil dans son intérieur; l'incision hypogastrique également recommandable chez la femme, parce qu'elle assure c omm

chez l'homme mieux que toute autre opération, l'extirpation des tumeurs de la vessie et le repos de l'organe, était impraticable chez cette malade indocile et agitée. Elle aurait assurément défait son pansement et facilité ainsi l'écllosion de complications redoutables (cellulite pelvienne, infiltration d'urine).

Opération. — Le 12 mars, la malade est endormie. L'urèthre est dilaté au moyen de l'instrument de M. le professeur Guyon, qui introduit successivement tous les mandrins. Le doigt conduit alors dans la vessie s'assure de l'exactitude du diagnostic. Alors à plusieurs reprises on gratte la surface du néoplasme à l'aide de la curette de Volkman et on retire une certaine quantité d'un tissu fongöide, gris rougeâtre. L'opération est conduite prudemment et le doigt introduit souvent dans la vessie rend possible le travail de la curette. On s'arrête lorsqu'on juge, qu'il y aurait danger à continuer plus longtemps le curage. Il ne s'écoule qu'une quantité minime de sang, et après quelques lavages à l'acide borique, le liquide revenait parfaitement incolore du réservoir. On plaça à ce moment les deux tubes accolés dans l'urèthre et ils furent maintenus par un bandage approprié dans la cavité de la vessie.

Dans la journée la malade fut plus calme; elle souffrait moins qu'avant l'opération et semblait devoir être plus raisonnable. Elle n'eut du reste pas de fièvre le soir.

13 mars. — Nuit un peu agitée; la malade recommence à se tourmenter; elle avoue cependant avoir moins de douleur: Les urines ne contiennent plus de sang. Les tubes fonctionnent très bien.

Le 15. La malade est devenue aussi indocile qu'avant l'opération, elle exige l'enlèvement des tubes, les urines dès lors s'écoulèrent continuellement, souillèrent ses vêtements et devinrent une nouvelle cause de tourment. Toutefois elles ne contenaient plus de sang et la malade n'avait pas ces grandes douleurs, qui autrefois accompagnaient chaque miction. La malade était incontestablement améliorée, mais elle s'enuyait à l'hôpital, loin de son mari, son état mental ne s'était nullement modifié et le 25 mars, elle voulut quitter l'hôpital.

D'après les renseignements, qui nous ont été donnés, les douleurs n'ont pas tardé à reparaitre, lorsque le sphincter récupérant ses fonctions, la vessie a repris sa contractilité. Les lésions firent d'ailleurs de rapides progrès; la malade s'affaiblit de plus en plus, maigrit, se cachectisa et finit par mourir deux mois environ après sa sortie de l'hôpital.

L'autopsie ne fut pas faite, mais voici le résultat de l'examen histologique des fongosités pratiqué par notre collègue Launois, qui a bien voulu nous communiquer la note suivante.

Des fragments ont été dissociés et examinés soit sans coloration, soit après coloration par le picro-carmin.

Dans la première série de préparations colorées on trouve des cris-

taux de phosphate ammoniaco-magnésiens et de fines granulations grisâtres d'urate de soude, des globules rouges de sang, des gouttes d'huile et enfin des éléments cellulaires aplatis à contour assez irrégulier.

Dans la seconde série, après la coloration on distingue, indépendamment des globules, des cristaux, des masses de fibrine, des noyaux fortement colorés en rouge. Ces noyaux sont plus apparents encore, si on a recours à un fort grossissement (ocul. l. obj. VIII). Ils correspondent à des cellules épithéliales plates ayant un protoplasma granuleux, elles ont en général de grandes dimensions; quelques-unes d'entre elles sont repliées sur leurs bords. Leur forme varie; quelques-unes sont en raquette; d'autres moins volumineuse sont arrondies et serrées les unes contre les autres. Quelques noyaux présentent deux nucléoles bien nets.

Il nous semble que les cellules plus petites et plus serrées proviennent des portions molles et rougeâtres des fongosités; les portions plus résistantes contenaient surtout les grandes cellules plates que nous avons décrites.

TABLEAU résumant 35 observations d'opérations de tumeurs de la vessie chez l'homme.

Nos d'ordre.	INDICATIONS bibliographiques	AGE du malade.	DATE du début de la maladie.	Principaux symptômes observés.	Nature, volume Point d'implantation supposé de la tumeur.	Voie et nature de l'opération.	Nature histologique de la tumeur.	RÉSULTATS. Observations particulières.
1	Desault cité par Jourdan à l'article ischurie du Dict. en 60.	»	»	Le malade avait un calcul, la tumeur fut reconnue au cours de l'opér.		Taille périméale.		Guérison.
2	Covillard, mentionné par Crosse in treatise on the formation of urinary Calculi, 1835.	»	»	»	»	Taille périméale.		Observation très incomplète. Crosse rapporte le texte de Covillard: « Je la touchai avec les tenettes ce qui réussit, de sorte qu'en moins de huit ou dix jours la dite tumeur termina par suppuration. » Un mois après, le malade était convalescent.
3	Crosse, Treatise on the formation of urinary Calculi, 1835.	2 ans				Taille médiane. On n'enleva que les parties superficielles de la tumeur; la base très large ne permit pas de pousser plus loin l'opération.		Mort après 44 heures de grandes souffrances.
4	Gersuny, Arch. f. klin. Chir. Bd 18, p. 131, 1872.	49				Taille périméale. La tumeur était hors d'atteinte dans un diverticulum et l'opération dut être abandonnée.	»	Les jours suivants, le malade alla mieux qu'avant l'opération; il ne se plaignit d'aucune douleur, mais refusant toute nourriture, il s'affaiblit graduellement et mourut le sixième jour.
7	Volkman, Arch. f. klin. Chir. 1876, vol. XLX, p. 682.	54	2 ans.	Dysurie et même strangurie à diverses reprises.		Taille périméale pour assurer de l'implantation, plus taille hypogastrique.	Myôme.	Mort de péritonite et de cellulite pelvienne le 3 ^e jour.
8	Kocher (de Berne), Central. blatt f. Chir. 1876, p. 193.	34	6 mois.	Miction fréquente, hématurie, odeur insupportable des urines.	Fragments rendus pendant la vie avaient fait porter le diagnostic de tumeur papillaire.	Périnéale de Nélaton avec incision supplémentaire longitudinale en T, grattage énergique de la paroi.	Tumeur papillaire.	Guérison persistait encore 15 mois après.
9	Humphry (de Cambridge), in British medical Journ. 1878, t. II, p. 369.	21		Douleurs excessives hématuries.		Taille latérale. Extirpation avec les doigts et des pinces.		Guérison se maintenait six mois après. La douleur, d'abord disparue, revint le deuxième jour après l'opération et ne fut calmée que par de fortes doses de morphine. Après un mois, la plaie se cicatrisa.
10	Davies Colley, in British med. Journ., 25 déc. 1880.	32				Tailles latérales. On ne sentit d'abord rien; ayant enfilé la tumeur, on l'attira au dehors avec une anse tenant des fils, et on comparon péti-cule aux ci-seaux.	Championnet fibreux; large d'un sixième de pouce et long de deux pouces. Surmonté de filaments con tenant des caillottes enroulées de plusieurs couches épithéliales.	Guérison. En deux semaines, la plaie du périnée se ferma. Deux mois après, le malade jouissait de la meilleure santé.

Nos ordre.	INDICATIONS bibliographiques	AGE du malade.	DATE du début de la maladie.	Principaux symptômes observés.	Nature, volume d'implantation supposée de la tumeur.	Voie et nature de l'opération.	Nature histologique de la tumeur.	RÉSULTATS. Observations particulières
11	Marcacci, la Sperimentale 1881, XLVI, p. 350.	55			Tumeur re- connue à l'aide de l'éclairage à la lumière au magnésium.	Incision hy- pogastrique. Tumeur rem- plissant toute la vessie, on fit la suture des parois.		Tout alla bien pendant quelques semaines; le ma- lade mourut deux mois après d'infiltration d'urine dans le petit bassin et de péritonite. L'auteur pense que cet accident est dû à la résorption trop rapide des fils du caoutchouc au- lieu avant la consolidation de la cicatrice.
12	Berkeley Hill, British Medical Journal, 11 mai 1881.	63				Taille laté- rale. Incision faite non dans l'espoir de gué- rir le malade, mais pour en- lever la partie la plus saillante de la tumeur.	Épithéliome.	Mort le 3 ^e jour.
13	Morgan; the Lancet, 16 sept. 1882.	65	15 ans.	Douleur après la miction, hé- maturie.	Caillot fibrineux, pas de cellules épithé- liales caracté- ristiques.	Taille péri- néale.	Papillome.	Mort? c'est probablement de ce malade que provenait la pièce que M. Morgan montra à la pathological Society of London, dans la séance du 15 mai 1883.
14	Henry Thomp- son, Communi- cation à la Royal Med and chir. So- ciety, in the Lan- cet, juin 1883, p. 1,045.	29	3 ans 1/2	Hématurie. L'opération fut entreprise pour un calcul que l'on supposait enlevé.		Boutonnaire périnéale.	Papillome, calcul d'oxalate avec enveloppe phosphatique et calcaire.	Guérison.
18	Id.	67	3 ans	Hématurie.	Nombreuses cellules fusi- formes.	Boutonnaire périnéale.	Épithélioma villeux.	Récemment signes de ré- cidive.
19	Id.	63	7 ans	Hématurie.	Signes mani- festes de tu- meur vil- leuse.	Boutonnaire périnéale.	Papillome vil- leux.	Guérison.
20	Id.	64	1 an	Hématurie.	Jamais de dé- pôt caractéris- tique dans l'u- rine.	Boutonnaire périnéale.	Tumeur for- mée du tissu normal de la vessie, avec structure vil- leuse. Rien ne rappelle la structure d'une tumeur mali- gne.	Mort deux mois après avec une tumeur secondaire maligne dans la cuisse.
21	Id.	53	2 ans 1/4	Miction fré- quente et dou- loreuse. Hé- maturie en der- nier lieu.	Jamais de dé- bris caractéris- tiques.	Boutonnaire périnéale.	Cancer vil- leux.	Mort peu de jours après l'opération.
22	Id.	65	1 an	Hématurie dans ces der- niers temps.	Nombreuses cellules lon- gues.	Boutonnaire périnéale.	Tissu sem- blable à celui des parois de la vessie; quel- ques tumeurs vil- leuses à sa surface.	Mort quatorze jours après l'opération par épuisement.
23	Id.	65	2 ans	Douleur, puis hématurie.	Rien dans les urines.	Boutonnaire périnéale. La tumeur n'est pas opérable.	Une partie enlevée et exa- minée montre qu'il s'agit d'une hyper- trophie du tissu sous-muqueux de la vessie, par de tumeurs vil- leuses.	Le malade va bien; les symptômes ont disparu, probablement à cause du drainage de la vessie.

N ^o d'ordre.	INDICATIONS bibliographiques	AGE du malade.	DATE du début de la maladie.	Principaux symptômes observés.	Nature, volume d'implantation supposé de la tumeur.	Voie et nature de l'opération.	Nature histologique de la tumeur.	RÉSULTATS. Observations particulières.
24	Rauschenbusch. Dissert. inaugurale. Halle 1882; résumé en Centralblatt f. chir. 1883, p. 8, et dans Arch. de méd. Avril 1883, p. 490.	43	6 mois	Hématurie.	Fragments expulsés, très lacérables, formés de vaisseaux entourés de tissu cellulaire très mince et recouverts de couches épaisses d'épithélium.	Incision périméale. Tor-sion du pédicule.		La guérison se maintient un an après la guérison.
25	Rauschoff, Medical News, 10 février 1883, et Arch. gén. de méd. Août 1883, p. 217.			Tenesme vésical et rectal; miction fréquente et douloureuse. Hématurie.	Cystite intense. Urine purulente.	Taille latérale. Gratage avec la curette de Volkmann.	Papillome bégin.	Guérison. Au bout d'un an le malade allait encore bien, l'urine avait repris ses caractères normaux et les mictions étaient régulières.
26	Whitehead, The Lancet, 6, 12 et 20 oct. 1883.	70	9 ans	Hématurie. Douleur.	Fragments de tumeurs dans l'urine.	Boutonnière périméale. Extirpation de la tumeur avec les doigts et la cuillère tranchante.	Tumeurs vil-leuses multiples sur le trigone.	Guérison se maintient huit mois après l'opération.
27	Id.	57	1 an	Hématurie. Douleur et fréquence de la miction.	Pas de fragments dans les urines.	Boutonnière périméale. Extirpation avec les doigts.	Epithélioma vil-leux.	Mort trois mois après, mais cessation des hématuries.
28	Id.	44	5 ans	Hématurie, pas de douleurs, dans la dérécantation.		Boutonnière périméale, la tumeur est retirée.	Tumeur très molle ressemblant au fibrome.	Hémorragie pendant l'opération, arrêtée par la suture.
30	P. Bazy, Soc. de chir., 1883 et Annales des maladies des organes génito-urinaires, sept. et octobre 1883.	47	6 mois	Douleurs intolérables, hématurie.	Large base d'implantation sur le bas-fond et le côté gauche de la vésic.	Incision hypogastrique.	Epithélioma pavimenteux tubulé.	Cessation des hématuries et des douleurs. Mort d'affaiblissement graduel six mois et demi après l'opération.
31	Henry Thompson, C. R. de la Société pathologique de Londres, in the Lancet, 9 février 1884, page 253.	44	6 ans	Hématurie.		Boutonnière périméale.	Masses multiples.	Grande amélioration, le malade peut se lever et se promener. Récidive quel-que temps après.
32	Guyon, (inédite).	59	9 mois	Hématurie abondante. Douleurs intenses.		Incision hypogastrique. Raclage à la curette.	Myxomes.	Le malade souffre moins les jours suivants. Le sang disparaît complètement des urines, mais l'adynamie était profonde et la mort arrive sans secousses le cinquième jour.
33	Guyon, (inédite).	58	8 mois	Hématurie, pas ou très peu de douleur.	Induration de la paroi postérieure de la vésicue du côté droit. Par le cathéterisme on sent une tumeur implantée sur le côté droit du col et emplissant sur le bas-fond.	Incision hypogastrique. Raclage.		Pendant trois mois, le sang disparaît complètement des urines, qui ont repris tous leurs caractères. Le malade ayant l'illusion d'une guérison définitive a pu reprendre ses occupations. Cependant le sang reparait dans les urines; il devient abondant et le malade rentre à l'hôpital.

No d'ordre	INDICATIONS bibliographiques	AGE du malade	DATE du début de la maladie	Principaux symptômes observés	Nature, volume d'implantation supposé de la tumeur.	Voie et nature de l'opération.	Nature histologique de la tumeur.	RÉSULTATS. Observations particulières.
33 bis	Guyon (inédite). Même malade que le précédent. Récidive.	»	»	»	»	Nouvelle incision hypogastrique, ablation de la tumeur avec l'anse galvanique.	Papillome.	Le malade était presque exsangue, au moment de l'opération. Il supporta toutefois bien les manœuvres; mais mourut d'épuisement le troisième jour. Le sang avait complètement disparu des urines.
34	Guyon (inédite).	68	ns	Hématurie douloureuse intolérable.	Toucher rectal négatif; cathétérisme dénote un épaississement et une induration de toute la paroi inférieure.	Incision hypogastrique. Curage.	»	Le sang disparaît des urines immédiatement après l'opération. Les douleurs cessent; mais le malade s'éteint par les progrès de l'adynamie le quatrième jour après l'intervention.
35	Guyon (inédite).	52	6 ans	Hématurie douloureuse intenses	Toucher rectal, induration de la partie latérale gauche de la vessie par le cathétérisme relief et négativité du bas-fond à gauche.	Incision hypogastrique. Curage.	Epithélioma tubulé.	Les douleurs ont cessé immédiatement après l'opération. La fistule a été maintenue pendant deux mois. Au bout de ce temps l'hématurie s'est reproduite indiquant une récidive du néoplasme. Mort par cachexie, trois mois après l'opération, sans réapparition des douleurs.
1	Warner, Cases in Surgery, 4e édit. 1784, et Philosophical Transactions, 1790.	23	3 sut.	Impossibilité d'uriner sans sonde. Hématurie.	Parfois le polype se montre à l'orifice de l'urèthre.	Incision sur le côté gauche de l'urèthre. Tumeur attirée au dehors au moyen d'un fil passé à sa base. Ligature. Le sixième jour chute de la tumeur qui est du volume d'un cent de dinde. Ouverture de la vessie? Extraction et écrasement d'un fungus avec une pince à deux prises.	Polype?	Guérison.
2	Lecat, in urinary organs de Howship, 1823.	»	»	»	»	»	Fongus?	Mort le deuxième jour après la seconde opération.
3	Pleininger, Wurttemberg. med. Corr. Blatt, n° 23, 1834.	34 mois	»	»	La tumeur faisait saillie à travers l'urèthre sous la forme d'une fraise.	Dilatation du canal et ligature de la tumeur. Après cette première opération on constata par le toucher rectal et par la sonde la présence d'une autre tumeur, mais on n'essaya pas de l'enlever.	Papillome?	Mort par péritonite. A l'autopsie nombreuses tumeurs flottantes, sous forme d'excroissance à la base et à la face postérieure de la vessie; quelques-unes de ces tumeurs avaient la consistance du cartilage et le volume d'une amande.
4	Theinemann, American Journal, med. sc., juillet 1845, p. 242.	45 ans.	»	»	Tumeur du volume d'un œuf de poule, faisait saillie à travers l'urèthre qu'elle dilatait suffisamment pour l'opér.	Ligature du pédicule par deux sondes élastiques placées aussi haut que possible. Le sixième jour la tumeur se détacha.	Polype?	Guérison complète.

Nos d'ordre.	INDICATION bibliographiques.	AGE de la malade.	DATE du début de la maladie.	Symptômes fonctionnels.	Signes physiques.	Nature del'opération	Nature de la tumeur.	RÉSULTATS. Observations particulières.
5	Guillon, 1846.	>	>	>	>	Ligature avec un fil d'argent.		>
6	Birkett, in. med. chirur. Transact. vol. 1858.				Polype sortait par l'urètre.	Ligature avec un fil de soie.		L'enfant était très affaibli. La tumeur se gangréna, la fièvre s'alluma et la malade mourut. A l'autopsie on trouva d'autres tumeurs dans la vessie. Suppuration du rein droit.
7	Senffleben. Arch. f. klin. Chirur. B. 1, Heft 1, 1860.	29		Vessie irritable. Hématurie.	Masse charnue sortant par l'urètre.	Tentatives d'extrac-tion à l'aide de pinces introduites dans l'urètre dilaté par la tumeur elle-même.	Tumeur sar-comateuse à large base s'insérant sur la paroi post. et sup. de la vessie.	Hémorrhagie insignifiante. La malade mourut le qua-trième jour de péritonite purulente. A l'autopsie on trouva une large perfora-tion de la vessie, faite pen-dant les tentatives d'extrir-pation.
8	Bryant, British medical Jour. Mai 1879. Opé-ration faite en 1864.					Écraseur.		Guérison se maintenait 8 ans après.
30	Morris, British medical Journ., mai 1879.	56		Fréquent de-lamiation.		Ecraseur.		Cessation immédiate de tous les symptômes. Mor-t d'hydronéphrose.
10	Eraxton - Hicks, The lancet, mai 1868.	60		Miction fré- quente. Dou- leur très vive dans la ves-sie.	Sang et mu- cus dans l'u- rine. Tumeur reconnue par le toucher va-sal.	Ecraseur après dilatonpréalable de l'urètre.		Cessation des hématuries et des autres symptômes. Six mois après la vessie de- vint douloureuse et les uri- nes sanguinolentes. On di- late de nouveau l'urètre ; la tumeur n'avait pas recou- vré son volume.
12	A. R. Jackson, Boston med. and. chirurgical Journal, 2 avril 1870.	40				Dilatation de l'urètre avec l'é- ponge préparée ; une première fois extraction avec les doigts et les pin- ces ; une deuxième fois torsion.	Polype fi- breux sur le bas fond.	Un an après la malade al- lait encore bien ; l'incontinence qui avait duré quel- ques mois et qu'on attribuait au mode de dilatation avait disparu.
13	Simon. Arch., f. klin. Chir., vol. 18, 1875, p. 177.	70				Dilatation de l'u- rètre ; exsion de la tumeur et grat- tage de sa base avec la curette.	Polype vi- leux sur le tri- gone.	Guérison. Cinq ans après la malade se portait encore bien.
14	Winkel. Bil- roth's Hanbuch frauen krank. 177.	39				Dilatation de l'u- rètre avec le doigt attachement avec les pinces.	Papillome si- tué près de l'o- rifice de l'ure- tère droit.	Guérison. Pas de signes de récidiye deux ans après l'opération.
15	Bishop, in Gross Surgery, 2 ^e édit. Philadelphie, 1872.	56				Ligature d'une par- tie sortant par le méat le jour suivant appli- cation d'un fil d'ar- gent à la base et 48 h. après, ablation de la masse par torsion.	Polype.	Guérison.
16	Simon. (Loc. cit.)	40				On avait déjà à plu- sieurs reprises dilaté l'urètre et enlé- vé avec des pinces de petites portions de la tumeur. Deux ans après la première opé- ration la malade vint trouver Simon qui constata une tumeur occupant les deux tiers de la vessie. Il l'enleva et la gratta avec la cuillère tran- chante qui fut intro- duite 20 fois. 14 jours après l'opération fut répétée.		Guérison. A la sortie de l'hôpital, huit semaines après la première opération il n'y avait pas d'apparence de récidiye ; pas de douleur, urines acides. N. B. Cette observation est particulièrement inté- ressante, en ce qu'elle mon- tre ce qu'on peut faire con- tre les tumeurs volumineu- ses et séniles.