

Certaines formes de cystite sont plus que d'autres susceptibles de prêter à l'erreur.

Certaines *cystites blennorragiques* s'accompagnent d'hémorragies tellement abondantes qu'on les a qualifiées du terme d'« hémorragiques » (Guyon); mais la marche de la maladie est bien différente dans les deux cas.

La cystite a débuté à l'occasion d'une blennorragie, le néoplasme a été précédé d'une longue période pendant laquelle il n'y avait ou que de l'hématurie seule, ou que de la fréquence de la douleur. C'est dans ces cas que l'examen microscopique des urines et la recherche des cellules épithéliales desquamées ont une grande valeur. L'exploration du malade ne donne le plus souvent rien de précis; car la péricystite, fréquente autour de ces vessies anciennement enflammées, donne un empâtement qui donnerait facilement l'impression d'un néoplasme.

La *cystite tuberculeuse* s'accompagne rarement de grandes hémorragies; mais même dans sa forme classique, elle peut être confondue avec un néoplasme infiltré. L'âge a ici une certaine valeur: la cystite tuberculeuse est plus fréquente chez l'adulte ou l'adolescent; de petites hématuries pré-tuberculeuses la précèdent, mais elles sont légères; et la fréquence des mictions, la suppuration des urines paraissent de bonne heure. L'examen des vésicules séminales, de la prostate, des testicules, donnera, en cas de tuberculose, des indications positives, et l'examen bactériologique y montrera souvent, mais pas toujours, le bacille de Koch.

Les *ulcérations* de la vessie sont presque toujours dues à la cystite: c'est la vessie congestionnée qui saigne plutôt que l'ulcération. Et en somme le diagnostic n'est pas à faire entre un néoplasme et une ulcération de la vessie. Seule l'endoscopie permettrait de distinguer l'une de l'autre.

Diagnostic de la variété et de la nature. — Le diagnostic de néoplasme vésical est établi; peut-on aller plus loin? définir le siège, le volume, les rapports avec la paroi?

Pour cela, il faut avoir recours à l'exploration du malade; celle-ci devient le complément indispensable du diagnostic, et les renseignements qu'elle fournira s'ajouteront à ceux déjà fournis par l'étude des signes fonctionnels pour les confirmer, les contrôler.

Le *cathétérisme avec la sonde molle* doit toujours être fait: il montre d'abord si la vessie se vide ou ne se vide pas, il révèle le caractère terminal d'une hématurie sur laquelle on n'est pas encore fixé. Il arrive que le néoplasme obture la sonde, lorsque la vessie commence à se vider: c'est encore une indication. Mais avec les sondes molles, il est vrai, l'obturation de la sonde n'est pas produite seulement par le néoplasme, des caillots peuvent aussi oblitérer son calibre. Aussi ne peut-on toujours tirer de ces incidents une

valeur diagnostique. L'épreuve est toujours plus convaincante, lorsqu'on se sert de la grosse sonde évacuatrice de la lithotritie pour évacuer des caillots accumulés. J'ai vu souvent la sonde portée à droite ou à gauche s'oblitérer d'un côté ou de l'autre, et avec cette grosse sonde, lorsqu'on sait la vessie vide de caillots, l'épreuve de l'oblitération alternante est très caractéristique.

Le cathétérisme *avec l'explorateur métallique* n'est pas très utile: si la tumeur est petite et molle, l'explorateur n'en donnera jamais la sensation. Si la tumeur est dure et grosse, les sensations fournies par l'explorateur auront seulement quelque valeur: l'instrument ne tourne pas facilement d'un côté, alors que de l'autre il manœuvre aisément. Au contact, la paroi paraît épaissie, dure, alors qu'en avant ou en arrière elle l'est moins. Enfin, l'explorateur indiquerait, à la rigueur, qu'il y a des calculs ou que la tumeur est incrustée.

Le *palper abdominal*, à lui seul, ne donne le plus souvent rien de net: il faut une tumeur énorme, et elles le sont rarement, pour être sentie au palper abdominal. Ce sont alors, le plus souvent, des tumeurs périvésicales (Guyon). Le *palper combiné*, au contraire, est indispensable. Lorsqu'une fois la vessie vidée, on sent au palper bimanuel une augmentation de volume de la vessie, c'est une tumeur; cette constatation acquiert une plus grande valeur lorsque l'augmentation de volume est unilatérale. Quand la tumeur est petite et nettement pédiculée, on ne sent rien, le pronostic n'en est pas plus favorable: si la paroi est infiltrée, on sent à ce niveau une induration appréciable de la paroi, une moindre souplesse, d'autant plus appréciable que du côté opposé les sensations sont tout autres. Donc, volume de la tumeur, étendue de ses rapports avec la paroi, voilà ce que donne le palper de la vessie, et les sensations fournies par cette exploration sont en raison inverse du degré de gravité des lésions: les cas les meilleurs pour l'opération sont ceux dans lesquels on ne sent rien à l'exploration.

Le palper n'induit en erreur que lorsqu'il y a une péricystite: celle-ci donne l'impression d'une tumeur volumineuse, infiltrée, et le diagnostic est parfois d'autant plus difficile que l'endoscopie est impossible dans ces vessies anciennement altérées.

Est-il possible de définir la *nature* de la tumeur? Bénigne ou maligne, on peut le dire, mais cependant pas en toute certitude. La longue évolution d'une tumeur n'est même pas un caractère de bénignité, puisqu'à un certain moment cette tumeur peut se transformer, sans que cette modification se traduise autrement qu'à l'examen histologique.

Cependant, en clinique, on doit considérer toute tumeur infiltrée comme maligne; au contraire, toute tumeur dont on ne sent pas le

point d'attache peut être considérée comme bénigne. Voilà pour les tumeurs épithéliales.

Les *sarcomes* sont fréquents au-dessous de quarante ans; ils existent à peu près seuls chez les enfants avec le myxome; cette variété de tumeur se reconnaît à des signes assez particuliers. Au début, elles ne se manifestent que par des troubles de la miction, de la dysurie, de l'incontinence d'urine, rarement par des hématuries. Ce sont les symptômes d'une cystite, que l'on distingue facilement de la cystite calculeuse et de la cystite tuberculeuse. La situation haute de la vessie permet de reconnaître facilement la tumeur, qui vient souvent chez les petites filles faire saillie au niveau du méat.

Chez l'adulte, l'hématurie est rare; en outre, la marche est, comme chez l'enfant, beaucoup plus rapide. Ce sont toujours des tumeurs très malignes, la récurrence est constante.

Le diagnostic des *myomes* (1) se fait à l'aide de quelques signes particuliers: les myomes excentriques ne se caractérisent, il est vrai, par aucun signe vésical; il n'y a ni hématurie ni cystite. Le myome ne trahit sa présence que par le développement lent et progressif d'un néoplasme, qui gêne simplement par sa présence le fonctionnement des organes voisins; dans le cas de Polaillon, on avait hésité entre une tumeur fibreuse de l'utérus et un kyste multiloculaire de l'ovaire, et, même une fois l'abdomen ouvert, on crut encore à un myome utérin.

Le diagnostic des myomes cavitaires est plus simple; l'hématurie est un des signes les plus fréquemment observés; on note en même temps des mictions fréquentes, pressantes, douloureuses ou difficiles. Dans un cas, Volkmann a remarqué la variation des symptômes suivant la position prise par le malade: les mictions, d'ordinaire difficiles, se produisaient quelquefois d'une manière inespérée lorsque le malade se couchait sur le côté gauche. Au palper, la tumeur est arrondie ou lobulée, ferme et mobile.

Examen cystoscopique. — Nous avons vu que, grâce à la méthode clinique introduite par notre maître M. Guyon, dans l'étude des tumeurs de la vessie, le diagnostic dans la grande majorité des cas pouvait s'établir avec certitude. L'endoscope confirme l'existence de la tumeur, en précise le siège, indique le mode d'implantation.

L'instrument dont je me sers est celui de Nitze, modifié par Collin; celui de Boisseau du Rocher me paraît également très avantageux, mais je n'en ai pas l'expérience. Quant aux cystoscopes à lumière externe, ils ne sont pour ainsi dire d'aucun secours en matière de tumeurs.

Les conditions qui permettent de faire l'endoscopie ne sont pas toujours facilement réalisées: les cas les meilleurs à ce point de vue sont les néoplasmes pédiculés: la vessie est saine et tolérante, on

(1) TERRIER et HARTMANN, *loc. cit.*, p. 236.

choisit une période interhématurique, et on voit à merveille la tumeur, petite ou grosse, flottant dans le liquide (fig. 62). Avec les néoplasmes infiltrés, il n'en va plus de même: la vessie est intolérante, elle saigne au moindre contact, le milieu se trouble et l'examen est impossible.

A l'examen cystoscopique, il est dans la vessie certains états pathologiques, certaines manières d'être de la muqueuse, qui peuvent en imposer à un œil peu exercé pour une tumeur.

D'abord le *col de la vessie* se reconnaît à sa forme en croissant, à son siège, à sa surface souvent régulière. Le *lobe moyen* de la prostate se distingue par son siège anatomique, par sa surface lisse et régulière; c'est un peu l'aspect des myomes, mais ceux-ci ne peuvent être différenciés que lorsqu'ils sont loin de la prostate.

Le *prolapsus* de la muqueuse *urétérale* est surmonté d'un orifice par où se fait l'éjaculation intermittente de l'urine; les *plis* de la muqueuse normale, lorsqu'ils sont vus de profil, ressemblent à des bourgeons en tumeurs; il suffit de changer l'orientation de l'instrument pour reconnaître sa continuité par une base large avec la tumeur.

Les *caillots* ont une coloration noire; ils se déplacent sous l'influence de l'irrigation. Les *flocons* de pus et de mucus agglomérés ont une couleur blanche; par le lavage on les détache de la paroi.

Dans les *cystites*, il se produit souvent des productions fongueuses, papillaires ou végétantes, qui peuvent être prises pour des tumeurs: elles sont en général de petit volume, elles sont nombreuses. Quoi qu'il en soit, si on n'en voit qu'une, si elle paraît assez volumineuse, l'erreur est à peu près inévitable.

Les *hématuries d'origine rénale* se reconnaissent très facilement: l'urètre saigne, on voit un tourbillon de sang agiter le liquide au voisinage du conduit, et cette vision se fait dans ces cas d'une façon d'autant plus nette et distincte que la vessie intacte ne saigne pas et se laisse mieux examiner.

Les *tumeurs pédiculées* se présentent sous forme de masses mamelonnées en framboise, pâles, quelquefois comme transparentes, et cette pâleur, cet état d'anémie de la tumeur est à opposer, comme le fait M. Guyon, à l'importance des hémorragies que ces tumeurs provoquent cependant. La tumeur s'agite dans le liquide, et c'est un bon signe de sa pédiculisation.

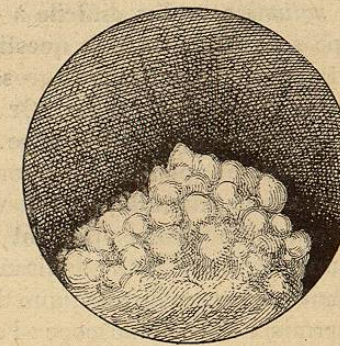


Fig. 62. — Tumeur de vessie vue au cystoscope (Legueu).

La *tumeur infiltrée* se montre sous forme d'une plaque ulcérée, villose, irrégulière. Au niveau de ses bords, on apprécie son relief, on compare mieux l'altération de sa surface à l'intégrité des parties adjacentes de la tumeur. C'est en variant la direction du cystoscope, en cherchant à aborder et à voir la tumeur de certains côtés, que l'on arrive à bien se rendre compte du mode d'implantation à la paroi.

Le *siège* de la tumeur est facile à déterminer, lorsqu'on a cherché le col et précisé le point où se trouve l'uretère.

Le *volume* est plus difficile à définir : sous ce rapport, on se trompe souvent, c'est une question d'habitude. Quand on est près de la tumeur, elle paraît plus grosse qu'elle ne l'est ; quand on en est loin, elle paraît plus petite. Or on ne sait pas, en examinant, à quelle distance de la tumeur se trouve la glace, et on est exposé ainsi à faire une appréciation erronée. Mais avec un peu d'habitude on se tire de cette difficulté, on fait varier de place son instrument, on modifie ainsi le volume apparent de la tumeur, et, en prenant une moyenne, on arrive à une suffisante approximation.

Quant à la nature histologique de la tumeur, il ne faut pas compter la déterminer avec l'endoscope : l'endoscope ne fournit que des apparences, et celles-ci sont parfois trompeuses. Les tumeurs pédiculées sont en général bénignes ; les sessiles sont en général irrégulières, lobulées, ce sont des cancers. Entre ces types accentués, les intermédiaires sont bien difficiles à apprécier.

L'aspect régulier et lisse, le gros volume des sarcomes, les myomes, les feraient sans doute reconnaître ; mais, dans les grosses tumeurs, le diagnostic se fait en dehors de l'endoscope et sans lui.

Voilà ce que donne l'endoscope : est-il indispensable ? Assurément non : dans la grande majorité des cas, on peut s'en passer ; dans bien des cas il est même impraticable, ou ne donne rien, parce que la vessie est sensible, ou que l'hémorragie est continue. On doit donc savoir s'en passer ; mais comme l'endoscope est un excellent moyen de contrôle, on doit l'utiliser dans tous les cas pour confirmer le diagnostic établi et ajouter à ce dernier quelques notions sur la forme, le nombre, le siège des tumeurs. Il est une seule circonstance où il est absolument indispensable : c'est quand il s'agit de dire l'origine rénale ou vésicale d'une hémorragie incertaine.

Lorsque le diagnostic reste douteux, lorsque l'endoscopie ne donne rien ou est impraticable, il faut faire une *opération exploratrice*. Le *toucher intra-vésical*, qu'on pratiquait autrefois chez l'homme à travers une incision périnéale (Thompson), ou chez la femme à travers l'uretère préalablement dilaté est abandonné. La taille périnéale est encore conservée comme opération palliative, mais, quand il est besoin d'une incision pour explorer, c'est à la taille haute, qu'on a toujours recours.

Traitement. — Les néoplasmes de la vessie n'échappent pas aux

grandes lois qui régissent la thérapeutique des tumeurs. En principe, elles doivent toutes être enlevées : ni la bénignité de ces tumeurs, ni la longue durée de leur évolution ne sont des arguments contre l'opération. Celle-ci doit même être précoce, pour que la tumeur n'ait pas le temps de se transformer, ou le malade d'être affaibli et anémié. De plus l'ablation doit être large, pour éviter dans l'avenir toutes chances de récurrence.

Les contre-indications de l'opération ne résident que dans la trop grande étendue de la tumeur ; si la vessie tout entière est envahie, si les ganglions sont pris, le sacrifice serait trop grand, les risques trop sérieux pour un bénéfice illusoire ; le mieux est alors de s'en tenir au traitement palliatif.

1° **Traitement curatif.** — On a cherché à extirper les néoplasmes de la vessie par les voies naturelles ; chez la femme, des tumeurs ont été enlevées, cautérisées ou grattées à travers l'uretère dilaté. Chez l'homme, Grünfeld, Nitze, Boisseau du Rocher ont proposé des *cystoscopes opérateurs*, à l'extrémité desquels une anse métallique ou une pince coupante permet de saisir le néoplasme et de l'enlever. Pour qui connaît les tendances de ces néoplasmes à la récurrence et la nécessité d'une éradication large, ces procédés n'ont aucun intérêt.

L'ablation du néoplasme doit être faite largement et à découvert. Suivant les connexions de la tumeur avec la paroi, on peut enlever la tumeur seule, ou bien on y ajoute la résection d'une partie de la paroi vésicale.

a. **ABLATION SANS RÉSECTION.** — Aujourd'hui, tous les chirurgiens considèrent la taille hypogastrique comme la seule voie d'accès pour l'extirpation des néoplasmes de la vessie. Dans la grande majorité des cas, la taille longitudinale sus-pubienne donne un jour suffisant, et cela surtout depuis que l'on a pris l'habitude d'opérer, comme Trendelenburg, les malades en situation déclive. Cette pratique a constitué un progrès très important. Cependant, pour d'autres tumeurs, il est nécessaire de se donner plus de jour ; il est alors besoin de certaines opérations préliminaires.

Voici d'abord l'opération la plus simple, celle qui convient à un néoplasme pédiculé, de moyen et de petit volume :

La vessie est ouverte par une incision verticale et médiane et sur chaque lèvres on pose les fils suspenseurs. Un écarteur est, à ce moment, placé dans la vessie ; nous avons, à cette intention, fait construire un instrument spécial, destiné à déprimer le bas-fond de la vessie, et dont la forme, l'inclinaison correspondent assez bien aux besoins de la taille hypogastrique pour tumeurs (fig. 63). A l'aide de ce dépresseur, la vessie est dépliée, en quelque sorte étalée, et le néoplasme paraît.

Avec une pince courbe, dont plusieurs modèles ont été construits par Collin sur les indications de MM. Guyon et Farabeuf, la tumeur

est saisie au niveau de son pédicule; le pédicule se laisse étirer, une autre pince est placée plus loin sur la muqueuse pour que la section soit faite en tissu sain.

Si la région est accessible, la vue nette, la manœuvre facile, un bistouri sectionne la muqueuse au ras de la pince, et une plaie large, beaucoup plus large que ne l'était le pédicule de la tumeur, va succéder à l'ablation de celle-ci. La plaie saigne: on y place une ou deux ligatures, ou mieux encore, avec les grandes aiguilles de Hagedorn, on fait la suture de cette plaie en passant le fil non seulement dans les lèvres de la muqueuse incisée, mais encore dans la tunique musculaire sous-jacente, moyen d'hémostase à la fois et de suture, exécuté avec un fil résorbable de catgut, qui tient assez pour assurer la réunion et éviter l'hémorragie.

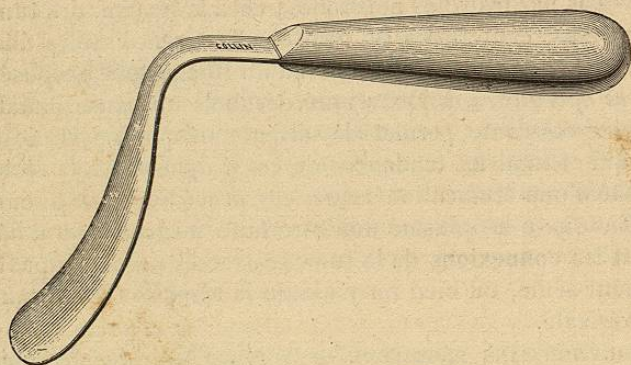


Fig. 63. — Dépresseur vésical de Legueu.

Si la tumeur est trop grosse, et son pédicule inaccessible, on la morcelle, on l'arrache par fragments et on arrive enfin à son point d'implantation. Souvent, alors, la dissection n'est guère possible, la tumeur est mal placée dans le bas-fond, près du col, sous le pubis; la vessie se laisse difficilement distendre, on voit peu et mal, et la manœuvre en somme est impossible; dans ces cas, placez une ou deux pinces sur le pédicule, comme nous l'avons déjà vu, guidez ces pinces du doigt si la vue ne peut les diriger, et passez autour de la pince le fil de platine d'une anse galvanique, qui sectionnera en faisant l'hémostase. De cette façon, il est vrai, on voit moins bien ce qu'on fait, et le bistouri est toujours préférable; mais, quand on ne peut s'en servir, l'anse de platine rend de grands services. La surface cautérisée et la vessie sera, saignante ou non, suturée de la même façon que tout à l'heure.

L'exérèse du néoplasme est effectuée; assurez-vous, par une inspection soignée, qu'il ne reste rien dans la vessie qui soit le début d'un néoplasme pour l'avenir; mettez une sonde de Pezzer à demeure (fig. 64) et terminez l'opération par la suture totale s'il n'y a pas

crainte d'hémorragie, par la suture partielle et le drainage si l'insuffisance de l'hémostase fait craindre une hémorragie; c'est la seule contre-indication de la suture.

De l'opération ainsi faite, la mortalité est faible, elle atteint tout au plus 6 à 7 p. 100 dans les tumeurs bénignes; dans les opérations pour cancer, elle s'élève il est vrai à 44 p. 100 (Clado), mais cette élévation de la mortalité est peut-être imputable tout aussi bien aux mauvaises conditions dans lesquelles se trouve le malade, à l'état d'anémie extrême, en particulier, qui ne permet pas à ces malades de supporter le shok de l'opération.

Les résultats éloignés, par contre, sont moins favorables; les récurrences sont fréquentes avant la deuxième année. Sur 54 cancéreux, Albarran note 31 fois la récurrence; 9 polypes bénins sur 45 ont récidivé sous forme de tumeur maligne, sur place ou sur un autre point de la surface vésicale. Les chiffres de Clado concluent dans le même sens: pour les néoplasmes bénins, la récurrence survient dans 14 p. 100 des cas, et dans 30,7 p. 100 des tumeurs malignes; c'est donc que les extirpations larges sont nécessaires, et que l'opération doit surprendre la tumeur avant son extension et sa dissémination.

b. RÉSECTION DE LA VESSIE. — Quand la tumeur est sessile, ou infiltrée, il faut faire plus: la résection d'une partie de la vessie devient nécessaire.

La résection de la tumeur peut se faire de dedans en dehors: c'est un peu la manœuvre de tout à l'heure, la vessie est ouverte, la tumeur saisie à la pince et attirée, et son point d'implantation excisé, disséqué aussi loin qu'il le faut, au besoin en sortant des limites de la paroi de la vessie. Cette résection partielle de la vessie de dedans en dehors a été préconisée et pratiquée par M. Guyon; elle donne de bons résultats; la paroi est ensuite suturée au catgut, comme elle est fermée au point d'implantation d'un néoplasme pédiculé, ou, si la vessie n'est pas ouverte, la surface saignante est cautérisée au thermocautère; au besoin, une pince serait laissée à demeure sur un vaisseau saignant.

Ce procédé d'exérèse ne convient guère pour les parties latérales et supérieures de la vessie: là, le néoplasme est toujours mieux attaqué de dehors en dedans, en même temps que la paroi de la



Fig. 64. — Sonde de Pezzer pour taille hypogastrique.

vessie. Mais, au niveau du trigone, ce procédé est le seul qu'on puisse utiliser, puisque à ce niveau la vessie n'est pas isolable de dehors en dedans.

Les choses se compliquent lorsque le néoplasme a envahi la zone urétérale : la dissection de la tumeur peut atteindre l'extrémité de l'urètre. Celui-ci sera alors ou suturé à la plaie vésicale après isolement, comme le conseille Clado (1), ou abouché sur un autre point de la vessie, comme le fit Bazy (2), dans d'autres conditions, il est vrai, et Goldberg (3) dans une ablation de tumeur. Et pour éviter pendant quelque temps au moins le rétrécissement du conduit, on laisserait à demeure une petite sonde, réalisant, comme le fit Albarran (4), le cathétérisme permanent de l'urètre. La sonde urétérale ressortirait par l'urètre, ou mieux par la plaie hypogastrique non fermée.

La résection partielle de la vessie se pratique dans les autres régions de dehors en dedans.

La résection extrapéritonéale est encore simple : Antal (5), en 1885, l'employa le premier, et, depuis, Helferich, Guyon, Gzerny, Legueu (6) y ont eu recours. On aborde la vessie par la taille longitudinale ou transversale : si la tumeur empiète sur les faces latérales ou sur le sommet, on refoule le péritoine en le décollant. On résectionne ensuite la portion de la vessie atteinte par le néoplasme et on suture les bords de la perte de substance. Sur un malade qui portait un néoplasme infiltré à la partie supérieure de la vessie, nous avons pu séparer la tumeur du péritoine, exciser complètement la partie correspondante de la vessie : la suture totale réunit par première intention, et, dix jours après, le malade quittait l'hôpital : il s'agissait d'un épithélioma carcinoïde.

La résection intrapéritonéale, c'est-à-dire la résection d'une partie de la vessie en contact avec la séreuse péritonéale, est plus complexe, parce qu'elle expose à l'ouverture du péritoine. Sonnenburg, en 1884 (7), opéra ainsi un gros fibro-sarcome de la vessie : on dut inciser le péritoine, qui fut ensuite suturé ; le malade mourut deux mois plus tard de cachexie. De même Bruce Clarke, Marsh (8), Dittel (9), Weir ont essayé, en vain, de décoller le péritoine et ont déchiré la séreuse que Rydigier préconise même d'ouvrir délibérément.

(1) CLADO, *loc. cit.*, p. 601.

(2) BAZY, Uretérocystonéostomie (*Acad. de méd.*, déc. 1893).

(3) GOLDBERG, *Centralbl. der Krankheit des Harn und der Sexualorgane*, 1894, p. 467.

(4) ALBARRAN et LLURIA, *Soc. de biol.*, juin 1891.

(5) ANTAL, *Centralblatt für Chir.*, 1885.

(6) LEGUEU, Résection du sommet de la vessie (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, août 1894).

(7) SONNENBURG, *Berliner klin. Wochenschrift*, 1884, p. 834.

(8) BRUCE CLARKE, MARSH, *The Lancet*, 1890.

(9) DITTEL, *Wiener klin. Wochenschr.*, 1890, p. 23.

Weir (1), dans un autre cas, fut assez heureux pour décoller sans l'ouvrir la séreuse, mais tous les malades, sauf ceux de Sonnenburg et de Goldberg, sont morts rapidement : l'infection est presque inévitable dans ces opérations pour néoplasmes étendus, où la vessie est mise en communication avec la séreuse.

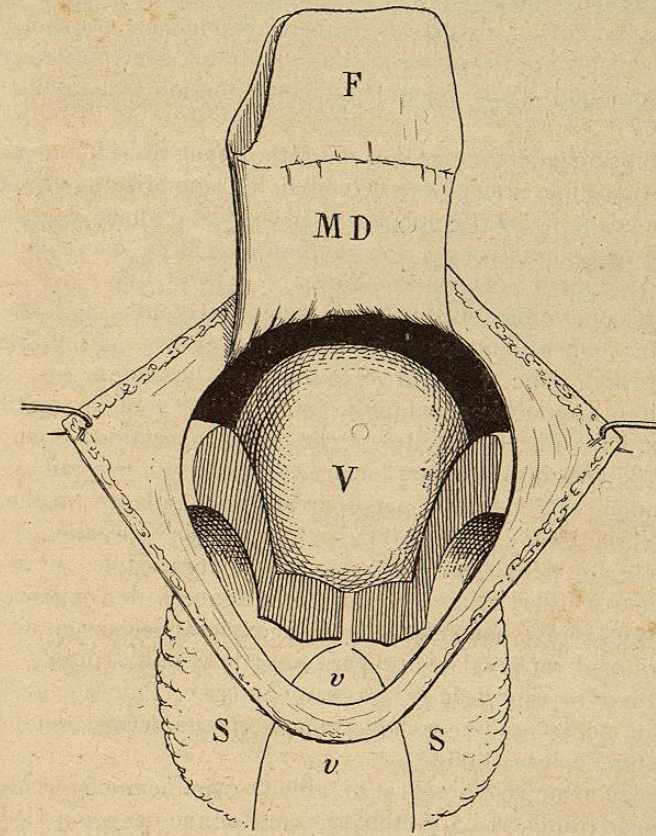


Fig. 65. — Taille transversale. — Résection osseuse : procédé de Clado.

Clado (2) a imaginé un procédé qui a pour but de remédier à cet inconvénient : la base de la tumeur est pincée entre les doigts ou les mors d'une pince, de manière que le pli comprenne toute l'épaisseur de la paroi et y compris le péritoine qui la double. Ceci fait, le péritoine est ouvert au-dessus de la vessie, et, par la plaie de

(1) WEIR, Excision of the bladder for epithelioma (*Med. Record*, vol. XLVI, n° 6, p. 162).

(2) CLADO, De la résection de la vessie pour tumeur (*Arch. gén. de méd.*, 1894, p. 272-289, et *loc. cit.*, p. 608).

(3) GOLDBERG, *Centralblatt für die Krankheit. der Harn und Sexualorgane*, 1894, p. 467.