

Il est possible d'attaquer et de détruire des portions de tumeur, soit par l'ablation que je viens de décrire, soit par le grattage, soit enfin en déterminant le sphacèle et la mortification de la masse<sup>1</sup>. On s'est demandé si, dans certains cas, il n'était pas indiqué de recourir à l'application de divers agents chimiques de nature astringente : leur réelle efficacité me semble un peu douteuse. Sans doute, une solution de perchlorure de fer aide à arrêter l'hémorragie, presque toujours assez abondante pendant les quelques heures qui suivent l'ablation d'une tumeur largement implantée; mais en outre elle peut contribuer, dans une certaine mesure, à détruire la portion qui reste, lorsque le forceps a fini son œuvre. Dans ce but, j'ai imaginé une seringue de verre étroite et courbée, contenant une petite éponge imbibée de cette solution; l'éponge, pressée par le piston, laisse écouler, à travers les fins pertuis dont l'extrémité de l'instrument est perforée, trente à soixante gouttes de la solution astringente, et cela au point précis où l'on désire appliquer l'agent médicamenteux.

Il y a un fait important à noter, particulièrement lorsqu'il s'agit de masses morbides peu proéminentes : c'est l'effet d'une vigoureuse pression pratiquée à la région sus-pubienne par un aide. Celle-ci, en effet, peut modifier à la fois et la situation réelle de la tumeur, et l'estimation vraie

vie : ces deux buts ont été atteints, puisque le malade n'a succombé que six mois après l'opération. (Voy. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1882, pages 621 et 661). (R. J.)

1. C'est peut-être ainsi que les choses se passèrent dans le cas de Covillard, auquel sir Henry Thompson faisait allusion plus haut (page 43). Voici en effet dans quels termes s'exprime l'auteur lui-même de l'opération, quand il rapporte qu'il ouvrit à bon escient par la taille périnéale la vessie d'un homme atteint d'une tumeur polypoïde du volume d'une noix : « Je la mouchai, dit-il, avec les tenettes, ce qui réussit; de sorte qu'en moins de huit à dix jours, ladite tumeur termina par suppuration. » (R. J.)

de son volume et de sa forme, et enfin la manière dont elle se présente au doigt de l'opérateur, engagé en ce moment dans la vessie qu'il explore. Si cette pression est trop énergique, la paroi vésicale antéro-supérieure est refoulée dans l'intérieur de la cavité; de cette façon, la tumeur semble offrir une surface plus large que celle qu'elle possède, et elle paraît beaucoup plus saillante qu'elle ne l'est en réalité. Un opérateur inexpérimenté ou non prévenu des effets de cette vigoureuse pression sus-pubienne serait peut-être conduit à saisir avec son forceps toute la masse qui se présente ainsi sous l'influence de la pression, en pensant qu'il a affaire à une volumineuse tumeur. On risquerait par là même de produire un traumatisme fatal, en écrasant un pli de la paroi vésicale et en déterminant par conséquent une plaie du péritoine. Pour éviter une semblable catastrophe, vous vous refuserez à toute tentative de destruction, lorsqu'il n'est pas clairement prouvé que la tumeur est suffisamment proéminente pour comporter une ablation complète ou presque complète; ensuite, ne vous servez jamais du forceps pendant qu'une pression exagérée est pratiquée à la région sus-pubienne; et enfin, ne laissez jamais dépasser à cette pression les limites simplement nécessaires pour fixer et maintenir la vessie et les parties voisines.

*Résultats.* — Avant de terminer, il nous reste encore à examiner les résultats obtenus par l'opération périnéale appliquée aux tumeurs de la vessie.

Parmi mes vingt cas, deux ont trait à des femmes. L'une d'elles a succombé en trois jours à une anurie complète : l'autopsie a démontré qu'elle avait des lésions avancées des deux reins (dont l'un contenait un volumineux calcul) et en outre que l'opération n'avait produit aucun traumatisme extra-vésical. L'autre jouit actuellement



d'une excellente santé et ses douleurs ont entièrement disparu; de loin en loin cependant, elle remarque quelques gouttes de sang dans son urine, mais seulement après un exercice plus violent que de coutume : l'opération date de deux ans passés.

Sur les dix-huit hommes que j'ai opérés, cinq sont morts dans un espace de trois semaines; trois autres ont survécu plusieurs mois, et parmi ceux-ci deux ont succombé à une généralisation néoplasique. Les dix autres sont vivants. L'un d'eux, auquel j'avais enlevé une tumeur dans l'automne de 1882, a été de nouveau opéré au mois de février dernier, et cette fois je lui ai pratiqué l'ablation d'une tumeur beaucoup plus volumineuse que la première : il a d'ailleurs encore parfaitement guéri. Dans quatre cas, l'opération n'a pas été entreprise en vue de l'ablation totale, qui était reconnue manifestement impossible, mais en vue d'une résection aussi étendue que le permettait la prudence; tous ces malades ont guéri et sont maintenant beaucoup mieux portants qu'avant l'intervention. De mes quatre derniers malades, l'un n'a eu aucune apparence de récurrence depuis quatre ans. Le deuxième a eu de nouveau quelques légers symptômes quinze mois après l'opération; cependant, il gagne sa vie par un travail manuel et il est âgé de soixante-quatre ans. Le troisième, qui comme le précédent était presque mourant par suite de ses pertes de sang lorsque je l'ai opéré, a été considérablement soulagé et mène aujourd'hui une vie assez active; dernièrement néanmoins il a eu quelque disposition à avoir un peu de sang dans son urine après l'exercice; l'opération date d'un an environ. Le quatrième a éprouvé aussi un énorme soulagement et a pu reprendre des habitudes très actives, auxquelles auparavant il était absolument impropre. Les autres ont été trop récemment

opérés pour qu'on puisse en déduire des conclusions valables. De plus amples détails sur chacun de ces cas sont rapportés dans le Tableau qui termine cette leçon.

Pour chacun de ces malades, porteur d'une tumeur vésicale, dans l'ordre naturel des choses, un seul résultat était possible. Sans intervention chirurgicale, leur mort était inévitable, et cette terminaison fatale impliquait nécessairement une prolongation de leurs souffrances.

Tout ce que la chirurgie a pu obtenir en vue de sauver la vie à quelques-uns de ces malades est évidemment un réel bénéfice. Je suis donc satisfait de ce qui a été accompli dans ces vingt premiers cas; j'aurais naturellement désiré un succès plus complet; néanmoins, j'ai tout lieu d'espérer qu'il s'accroîtra dans les vingt prochains cas. J'ai en effet acquis maintenant une certaine somme d'expérience dont j'essayerai, autant que possible, de faire profiter les autres.

Vous pouvez certainement avoir l'espoir de sauver la vie dans quelques cas, ainsi que je vous l'ai montré tout à l'heure; en outre, vous procurerez souvent une survie considérable : c'est là un fait démontré par un certain nombre de cas, dus soit à moi-même, soit à d'autres chirurgiens<sup>1</sup>.

1. Outre le cas de M. Bazy, rapporté dans une note précédente (pages 83 et 86), et où l'opéré bénéficia d'une survie de six mois, alors qu'au moment de l'intervention chirurgicale il était épuisé par les douleurs et les hémorragies dues à son épithélioma vésical, nous pouvons citer plusieurs cas du professeur F. Guyon, dans lesquels le résultat palliatif fut aussi remarquable. Trois malades, atteints de tumeur épithéliomateuse de la vessie, subirent une résection aussi complète que possible de leur néoplasme, deux hommes après la cystotomie sus-pubienne, une femme après la dilatation urétrale. Ces opérés succombèrent ultérieurement à une récurrence de la tumeur; mais, immédiatement après l'opération et pendant plusieurs mois, ils furent débarrassés de leurs douleurs atroces et de leurs hématuries persistantes. (Voy. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1884, pages 141 et 458.) (R. J.)



Il est encore un dernier résultat qui ne doit pas être oublié. Certes, la valeur des progrès accomplis dans les moyens de sauver ou de prolonger la vie de quelques malades est incalculable ; mais, en outre, je me félicite d'avoir eu l'occasion, en opérant sur un champ d'études d'une étendue inconnue jusqu'alors, de rechercher avec soin les caractères physiques extérieurs et les éléments histologiques des tumeurs vésicales. Cette recherche a été méthodiquement poursuivie, et, avec l'aide de précieux collaborateurs, j'ai pu vous en exposer les résultats dans cette leçon. J'ai essayé également de vous présenter un plan de classification de ces tumeurs. Ainsi ma contribution personnelle, quoique modeste, aura peut-être accru la somme de vos connaissances sur cet important sujet.

*Je publie ci-dessous cinq de mes observations, qui méritent plus que les autres d'être exposées dans tous leurs développements : chacune d'elles en effet se rapporte à un type particulier de tumeurs, dont les antécédents cliniques, la marche et les symptômes sont relatés. De plus, j'indique avec des détails suffisants quel a été le traitement ultérieurement suivi et ce qu'il est advenu du malade par la suite. Le numéro de chacune de ces cinq observations correspond à celui qui désigne les vingt cas résumés dans le Tableau qu'on trouvera plus loin.*

OBSERVATION 1. — T. H., âgé de 29 ans. — *Fibro-Papillôme* ou *tumeur du type de transition* (?).

1880. 26 juillet. — Je vois le malade pour la première fois et j'apprends qu'il a rendu, il y a huit ans, un petit gravier de la grosseur d'un pois. Pendant cinq ans, il n'éprouva ni ne remarqua rien de particulier, quand, il y a environ trois ans, les mictions devinrent plus fréquentes et

il commença à ressentir de la douleur au bout de la verge ; en même temps, l'urine contenait parfois du sang, surtout après l'exercice.

En présence de ces symptômes, j'explore sa vessie avec la sonde et je trouve un petit calcul dont je le débarrasse facilement par la lithotritie le 5 août. Ce calcul était composé d'oxalate de chaux.

Cette opération ne procura au malade que peu de soulagement, car sa vessie ne se vidait pas complètement d'elle-même. Aussi se servait-il chaque jour d'une sonde en gomme et celle-ci, à deux reprises différentes, donna la sensation d'un corps étranger qu'une exploration consécutive avec le lithotriteur ne fit pas découvrir. Un tel résultat était assez étrange et quelque peu embarrassant. Néanmoins le malade, se trouvant mieux, reprit ses occupations et parfois, au milieu de périodes de calme, il observa divers symptômes qui allèrent en augmentant graduellement.

Le 5 octobre, j'explore de nouveau sa vessie avec le lithotriteur et j'extrait une certaine quantité de dépôts phosphatiques. Puis, je saisis quelque chose que je prends d'abord pour un petit calcul et que je broie en partie. Mais bientôt ce corps me semble sans aucun doute adhérer à la paroi vésicale et me donne la sensation d'un fragment de pierre partiellement enchatonnée qui, par conséquent, échappait à mon action.

1880. 6 octobre. — Je pratique l'exploration de la vessie, après incision médiane de l'urètre, en présence du Dr Seegen (de Carlsbad) et du Dr Paggi (de Florence), et de M. Ceeley (d'Aylesbury). Après avoir introduit mon doigt dans la vessie, en opérant une pression à la région sus-pubienne, je constate de suite la présence d'une tumeur ayant à peu près la grosseur d'une noisette et ayant évidemment pris naissance sur la paroi postérieure ou le fond de la vessie, vers la gauche du malade ; elle est complètement adhérente et encroûtée de matière phosphatique. C'était cette enveloppe de sable que j'avais saisie avec le lithotriteur, en dénudant ainsi la tumeur. Prenant alors un petit forceps, je pince fortement la masse que je tords sans difficulté ; un ou deux petits morceaux sont ensuite extraits ; en somme, la tumeur semble avoir été enlevée en totalité et l'hémorragie est insignifiante. Tout se passe bien ; le malade guérit rapidement et retrouve bientôt une excellente santé sans aucune récurrence des symptômes antérieurs depuis cette opération qui date aujourd'hui de quatre ans environ. Il se portait parfaitement bien en juin 1884.

M. Stanley Boyd, autrefois chargé de recueillir les observations chirurgicales à « University College Hospital », a examiné un morceau de la tumeur dont je viens de parler, et voici la note qu'il m'a remise : « Un petit morceau, détaché de la surface de la tumeur, m'est confié pour être examiné. Il est profondément encroûté de phosphates et, sous cette couche, la surface est finement granuleuse. A la coupe, la tumeur est ferme et de consistance uniforme, et sa structure macroscopique permet de soupçonner sa nature fibreuse.

« Au microscope, elle est constituée par des faisceaux de tissu fibreux, dirigé en général perpendiculairement à la surface. De petits



groupes de cellules sont disséminés assez abondamment par places, particulièrement vers la surface libre, mais sans affecter aucune régularité dans leur distribution.

« Il peut donc être permis de regarder cette tumeur comme un « fibro-papillôme. »

OBSERVATION 2. — M<sup>me</sup> F., âgée de 30 ans. *Fibro-papillôme.*

1882. 5 mai. — Je la vois pour la première fois avec le Dr Philson (de Cheltenham) et j'apprends qu'en 1877 elle commença à observer du sang dans son urine, mais les mictions n'étaient aucunement douloureuses.

En juin 1879, cystite intense qui devient chronique.

Pendant les années 1880 et 1881, la fréquence des mictions augmente, mais sans poussées intenses; de temps en temps l'urine est sanglante.

En février 1882, le sang augmente, et dans le mois de mars la cystite, s'aggravant, contraint la malade à garder la chambre depuis cette époque.

9 mai 1882. — Je dilate l'urètre après éthérisation préalable, et je trouve une tumeur (dont le diagramme est reproduit dans le tableau qu'on trouvera plus loin), située au centre de la paroi postérieure de la vessie, en arrière et au-dessus du trigone; je l'enlève en trois morceaux considérables avec le forceps. Écoulement de sang assez abondant tout d'abord, et qui continue pendant un jour. Une sonde est placée à demeure et maintenue pendant quarante-huit heures. L'opérée guérit rapidement et nous quitte, pouvant rester cinq heures sans uriner, à la fin de la troisième semaine.

La tumeur a été examinée par M. Stanley Boyd, ainsi qu'on le verra plus loin.

Février 1883. — Il y a eu un peu de sang dans l'urine tout dernièrement, et sur sa demande la malade vient me voir avec le Dr Philson. Je trouve près du col de la vessie une tumeur grosse comme une cerise que j'enlève à l'aide d'un forceps courbé latéralement. Lors de la première opération, je n'avais qu'un forceps-tenette de la forme habituellement employée pour la taille, et je ne pouvais pas agir sur une tumeur ainsi placée, et c'est seulement à propos d'un cas récent que j'ai été obligé de faire fabriquer ce nouveau forceps. L'opérée s'en retourne au bout de peu de temps en très bonne santé.

1884. 17 avril. — J'ai appris que les mictions n'étaient ni fréquentes, ni douloureuses, mais que, de loin en loin après l'exercice, l'urine contenait parfois quelques gouttes de sang.

M. Stanley Boyd a examiné la tumeur enlevée, et voici ce qu'il dit : « La tumeur se compose : 1<sup>o</sup> de trois masses principales, de forme régulièrement sphérique, ayant environ un demi-pouce ou trois quarts de pouce de diamètre, avec un pédicule mince et étroit; 2<sup>o</sup> de deux ou trois petites masses sessiles de même apparence. Au microscope, on distingue des éléments consistant presque entièrement en une ou deux

trainées de vaisseaux à parois minces, mais de gros calibre : quelques-uns sont infiltrés d'une grande quantité de cellules arrondies. Ils sont recouverts d'une épaisse couche d'épithélium dont les cellules sont cylindriques, très longues et minces; cet épithélium se détache d'ailleurs avec la plus grande facilité. La masse de la tumeur est composée de fibres de tissu conjonctif jeunes et déliées, contenant par places des agglomérations de cellules arrondies. Il n'existe aucun élément glandulaire. Dans le corps de la tumeur, les vaisseaux sont nombreux, de large calibre et pourvus d'une paroi épaisse; dans les éléments de la périphérie, comme il a été dit plus haut, ces vaisseaux sont également larges, mais à parois minces. Ils n'ont pas de fibres musculaires dans leurs parois. La surface de la tumeur entre les éléments sus-décrits est revêtue d'un épithélium semblable à celui des villosités. A la base d'une des petites masses accessoires, on trouve quelques faisceaux de fibres musculaires lisses de la vessie; mais ce tissu n'entre pas dans la composition de la tumeur.

OBSERVATION 7. — W. W., âgé de 63 ans. — *Papillôme frangé.*

1883. 24 janvier. — Je le vois pour la première fois. Il est batelier sur la Tamise. A eu sa première hématurie il y a sept ans environ; elle fut très abondante, et les caillots déterminèrent une rétention d'urine. Plusieurs hématuries, à intervalles assez longs, pendant cinq ou six ans.

Depuis l'année dernière, le sang est plus abondant et, le mois dernier, il a existé presque continuellement dans l'urine. Pendant tout ce temps, cet homme a continué de manœuvrer l'aviron; quand il reste en repos, le sang diminue; néanmoins la miction est un peu douloureuse; celle-ci se répète toutes les deux ou trois heures, la nuit comme le jour. L'urine est quelquefois tout à fait claire au commencement du jet et devient rouge foncé à la fin.

Ce malade est très faible et évidemment anémié par ses pertes de sang.

Quand je le vois, il expulse avec l'urine un petit débris que le microscope démontre être un fragment très caractéristique de papillôme frangé. Je décide le malade à se laisser opérer.

8 février. — Le Dr Georges Johnson et d'autres confrères assistaient à l'opération. Je trouve une tumeur proéminente et à base assez large; elle est implantée sur la face postérieure de la vessie, un peu à droite. J'enlève la portion saillante, laissant une petite parcelle adhérente au point d'implantation. Un tube est introduit et laissé à demeure pendant cinq jours.

20 février. — Toute l'urine s'écoule par la plaie; il y a d'ordinaire un peu de sang dans l'urine, que semblent faire disparaître quelques faibles injections quotidiennes de perchlorure de fer.

2 mars. — Il essaye de se lever. L'urine contient un peu de sang et passe en grande partie par l'urètre.

12 mars. — Pas de sang depuis une semaine. Le malade peut garder



son urine pendant trois heures. Il fait une promenade d'une heure chaque jour. Toute l'urine passe par l'urètre.

3 avril. — L'opéré est plus vigoureux qu'il ne l'était depuis plusieurs mois : il retourne à son travail.

1<sup>er</sup> novembre. — Il a travaillé tout l'été et l'automne, et de loin en loin il a remarqué un peu de sang dans l'urine quand il avait fait des efforts violents.

1884. 16 avril. — Je le fais venir. Il a toujours continué son travail : les mictions ne sont ni fatigantes, ni douloureuses; parfois l'urine est légèrement teintée d'un peu de sang.

Le Dr Gibbes a examiné cette tumeur et voici ce qu'il en dit : « La tumeur est constituée par un grand nombre de filaments très déliés; chacun d'eux se compose d'une tige centrale de laquelle partent des rameaux secondaires. Ceux-ci sont formés au centre de tissu conjonctif très fin, infiltré de petites cellules arrondies et sont tapissées par une couche stratifiée d'épithélium cylindrique qui ressemble à celui de la vessie. La couche sous-jacente à cet épithélium contient des noyaux. Un gros vaisseau sanguin pénètre dans la base de chaque villosité et se ramifie comme celle-ci, jusqu'à ce qu'il se résolve en un réseau capillaire qui rampe dans la couche sous-épithéliale. Par places, on voit que ces capillaires ont été rompus à la périphérie. En somme, l'ensemble de la tumeur est très vasculaire. Plusieurs cellules épithéliales cylindriques sont distendues par du mucus. Dans quelques endroits, il existe une couche profonde d'épithélium cylindrique, semblable à celui qui revêt la surface de la tumeur.

OBSERVATION 10. — J. S., âgé de 53 ans. — *Fibro-sarcome* ou *tumeur de transition* (?).

1881. 24 août. — Je le vois pour la première fois. Il mène habituellement une vie très active et habite le pays de Galles. Il m'est adressé par le Dr Maguire d'Holyhead. Depuis six mois, mictions fréquentes, un peu douloureuses avant et après; de temps en temps, un peu de sang dans l'urine. Celle-ci paraît normale; on n'y découvre aucun dépôt de matière organique; au microscope quelques globules sanguins.

1882. 8 mai. — Il vient me voir. Les symptômes ont un peu empiré. Je le sonde, mais sans rien trouver qui vaille la peine d'être noté; prostate assez grosse; un peu plus de sang dans l'urine.

Août. — La douleur augmente légèrement; quelques gouttes de sang vermeil apparaissent à la fin de la miction.

Novembre. — Aggravation de la douleur; il reste rarement trois jours sans voir un peu de sang rouge : l'appétit est bon; il fait des promenades de plus de 4 kilomètres et il n'a pas remarqué que cet exercice amenât quelque changement notable dans son état. Rien de particulier dans l'urine.

1883. 2 mars. — Depuis deux mois l'urine a été chaque jour chargée de sang; et les mictions se répètent toutes les heures, jour et nuit, avec

douleur locale très marquée; pas de douleurs dans les jambes ni dans le dos.

3 mars. — Exploration digitale en présence de M. Coward et d'autres assistants. Je trouve une énorme masse remplissant plus de la moitié de la vessie et beaucoup plus dure que les tumeurs qu'on rencontre habituellement en cette région. Je suis forcé de me servir d'un forceps à mors coupants, avec lequel j'enlève une portion considérable de la tumeur, morceau par morceau, et avec grand soin, en explorant de nouveau avec le doigt après chaque morceau enlevé. Hémorragie assez abondante pendant vingt-quatre heures.

5 mars. — Le sang diminue. Grande faiblesse; ventre sensible.

6 mars. — L'urine passe librement par le tube; suintement sanguinolent.

7 mars. — Mort vers midi.

8 mars. — L'autopsie montre qu'une portion de la tumeur au point d'implantation n'avait pas été enlevée; elle est de consistance dure et semble se continuer avec la paroi vésicale. Les deux reins sont petits et décolorés : le rein droit est manifestement atteint de pyélite.

M. Shattock a examiné très soigneusement la vessie dans le but de déterminer les connexions de la tumeur avec cet organe, et voici ce qu'il dit : « Une coupe verticale passant par le milieu de la tumeur et comprenant la paroi vésicale démontre que le néoplasme était complètement solide, blanc, de consistance dure et manifestement constitué par un stroma alvéolaire contenant des éléments définis. La tumeur ne pénètre en aucun point dans l'épaisseur de la paroi de la vessie; la couche musculaire longitudinale de celle-ci est facilement suivie sans aucune interruption au-dessous du point d'implantation, quoiqu'on ne puisse retrouver la couche de fibres musculaires transverses. Ceci est dû apparemment à un simple déplacement des fibres bien plutôt qu'à une substitution réelle des éléments morbides de la tumeur à la couche transversale du muscle vésical.

« La face adhérente de la tumeur est nettement limitée, convexe, d'aspect mamelonné ou lobulé; le tissu morbide ne s'étend pas latéralement, sa face profonde étant sa partie la plus étroite. La paroi de la vessie sous la tumeur forme, dans la cavité vésicale, un pli d'un demi-pouce environ, résultant sans aucun doute du tiraillement forcé exercé par la tumeur sur la partie correspondante de la paroi; le tissu cellulo-adipeux sous-jacent est très lâche et ne présente aucune induration ni aucune trace cicatricielle.

« Une coupe histologique montre dans la trame alvéolaire de tissu conjonctif de larges mailles remplies de cellules épithéliales polymorphes, les unes de forme allongée, cylindrique, piriforme; quelques-unes bifides et à grand axe dirigé perpendiculairement à la paroi de l'espace qui les renferme.

« En présence de tous ces faits réunis, il est évident que la tumeur est de nature maligne. »



OBSERVATION 12. — C. C. S., âgé de 36 ans. — *Tumeur de transition.*  
1883. 11 janvier — Je le vois pour la première fois. Habitudes sédentaires. Depuis environ un an et demi, les mictions ont été parfois extrêmement douloureuses et suivies d'une irritation plus ou moins intense.

Il y a trois mois à peu près, il vit pour la première fois du sang dans son urine, après une longue marche; et celui-ci a reparu très fréquemment depuis lors.

Actuellement, les mictions sont très fréquentes, douloureuses et souvent sanglantes. Je le sonde et je ne trouve rien: la vessie se vide complètement d'elle-même. Le toucher rectal ne révèle rien de particulier; dans l'urine, on ne trouve pas trace de débris de tumeur.

Il retourne à la campagne, porteur du traitement que je lui avais conseillé; mais les symptômes deviennent plus graves et le malade revient me voir.

3 avril. — Je le sonde et je l'examine après éthérisation préalable; je ne découvre rien; cependant, en tournant la sonde, j'ai la sensation de quelque chose de mou. J'essaye des injections faibles de perchlorure de fer. Il rend quelques petites concrétions phosphatiques une ou deux semaines plus tard. Aucune amélioration ne se produisant, je me décide à pratiquer l'exploration digitale.

4 mai. — Le Dr S..., frère du malade, et d'autres confrères encore, assistent à l'opération. Je trouve une volumineuse tumeur sessile occupant le côté droit de la vessie; il me semble manifestement impossible de songer à enlever cette tumeur à cause de sa connexion évidente avec la paroi vésicale. J'enlève deux des portions les plus saillantes de la masse, la diminuant ainsi considérablement de volume, et j'installe un tube à demeure.

Je le laisse deux jours, jusqu'à ce que l'hémorragie ait cessé. La plaie étant cicatrisée, le malade, se trouvant bien, retourne à la campagne le 24 mai.

1884. 10 mai. — Il revient me voir: les mictions sont très fréquentes, douloureuses et un peu sanguinolentes: ces troubles sont dus en partie à quelques dépôts phosphatiques que j'enlève à l'aide du lithotriteur et de l'aspirateur après éthérisation. Il peut repartir très soulagé, mais souffrant encore de temps en temps, le 20 mai.

Le Dr Gibbes a examiné la tumeur, et voici le résultat de son examen: « Cette tumeur paraît être une hypertrophie de la couche sous-muqueuse de la vessie. La couche musculaire a une apparence normale, mais la substance profonde est composée de faisceaux denses de tissu fibreux, sans direction régulière, et qui semblent avoir été macérés ou bouillis, comme s'ils étaient le siège d'un œdème considérable. A mesure qu'il se rapproche de l'épithélium, ce tissu fibreux devient plus fin et immédiatement sous l'épithélium il prend un aspect réticulé, exactement semblable à la couche granuleuse qui tapisse les plaies en voie de cicatrisation. L'épithélium de la surface ressemble à celui de la muqueuse vésicale normale en tous ses points. Les vaisseaux sanguins ont, dans la

profondeur, des parois très épaisses et sont entourés par places de cellules arrondies. Les capillaires serpentent immédiatement à la surface; ils n'offrent généralement pas de ramifications, et quelques-uns sont rompus en plusieurs endroits. Un certain nombre de ceux-ci sont aussi rompus dans la profondeur des tissus, où l'on voit des traces d'extravasation sanguine. Enfin, on rencontre des groupes de cellules arrondies et de nombreuses cellules larges de forme irrégulière, ressemblant en certains points à du tissu lymphoïde, et formant des masses rondes ou ovales.

« D'après la portion de tumeur soumise à l'examen histologique, on ne peut pas dire qu'il s'agit d'une production papillomateuse ou vilieuse. »