

car seul il pourra en fixer la nature exacte. C'est dans le dépôt des urines et dans les calculs de la vessie ou de la prostate qu'on devra rechercher le plus souvent les produits caractéristiques, et si cet examen ne donne aucun résultat, dans les selles ou dans le pus des divers foyers. Il ne faudrait cependant pas trop escompter la valeur de cette épreuve et infirmer un diagnostic parce qu'elle s'est trouvée sans résultats : l'actinomyces peut, en effet, passer facilement inaperçu dans le dépôt des urines, dans les calculs ou dans les selles, surtout si l'on n'a pas soin de les examiner fraîchement obtenus ; le champignon s'allère très vite et, au bout de vingt-quatre heures, on peut ne plus retrouver l'aspect caractéristique des massues. Il faudra donc pratiquer des examens minutieux et ne pas se décourager si les premiers restent négatifs.

Les cas sont nombreux dans lesquels l'ensemble des phénomènes des troubles urinaires et intestinaux du début ont fait confondre l'actinomyose des voies urinaires avec une paramétrite, une péritonite chronique, une entérite, des calculs de la vessie, une cystite tuberculeuse. Mais l'état général du malade, ses antécédents personnels et héréditaires et surtout l'évolution ultérieure des accidents ne sauraient prolonger l'erreur.

Avec le temps, en effet, l'infiltration actinomycosique s'étend ; des tuméfactions se produisent par places dans le flanc, dans l'hypocondre et surtout dans l'hypogastre, avec ramollissement irrégulier de la peau et coloration livide ; puis les foyers s'ouvrent au dehors par des fistules multiples d'où s'écoule un liquide purulent, granuleux, mélangé ou non d'urine et de matières fécales et contenant des petits grains jaunâtres caractéristiques qui suffisent, avec le secours du microscope, à assurer le diagnostic.

**Pronostic.** — L'actinomyose des voies urinaires s'est terminée par la mort dans le plus grand nombre des cas observés. La terminaison fatale est arrivée par généralisation ou par cachexie, celle-ci accélérée toujours par la dégénérescence amyloïde des autres viscères abdominaux qui survient inévitablement. La durée de la maladie est des plus variable : elle peut aller de quelques mois à plusieurs années. Les cas les plus anciens sont habituellement les plus graves, car ils exposent davantage aux métastases et aux propagations dans divers sens. De vastes collections suppurées surviennent, dues surtout à des infections secondaires (par les streptocoques et les staphylocoques), qui épuisent les malades et les mènent rapidement à la cachexie et au marasme. Dans certains cas cependant les lésions mycosiques peuvent se limiter à la vessie, au rein et à une petite portion de l'intestin adjacent ; dans ces conditions, elles sont réparables spontanément (cas de Ransom)<sup>(1)</sup> ou tout au moins peuvent être améliorées par une intervention chirurgicale (Poncet, Billroth). Il ne faudra pas, en effet, considérer la maladie comme éteinte du jour où les accidents en évolution auront cessé, car la récidive jusqu'ici a été la plupart du temps inévitable.

**Traitement.** — Le traitement causal est illusoire : on en est revenu de la prétendue spécificité de l'iode de potassium (Poncet et Bérard)<sup>(2)</sup>. Quant à l'action de la tuberculine qui aurait donné des succès à Billroth et à Kahler<sup>(3)</sup> nous croyons qu'il faut attendre, pour juger de la valeur de cet agent théra-

(1) RANSOM, *Medico-Chirurg. Trans.*, LXXV, p. 85, 1892.

(2) A. PONCET et L. BÉRARD, *Actinomyose humaine*. Paris, 1898.

(3) KAHLER, cité par MICHAÏLOFF, *loc. cit.*, p. 60.

peutique, que de nouvelles observations soient venues confirmer le succès des deux premières. En réalité, c'est au traitement chirurgical qu'il faudra recourir, mais toutes les fois que la localisation nette des lésions et l'état général du malade permettront d'espérer une éradication totale du foyer actinomycosique.

Quand les lésions seront trop étendues et l'état général du malade trop précaire, le chirurgien bornera son intervention à ouvrir largement des collections péricystiques ou périrénales et à instituer un traitement palliatif, symptomatique contre la cystite (injections antiseptiques), les calculs de la vessie (lithotritie, cystotomie). En même temps il lui adjoindra une médication tonique et reconstituante, mettant le malade dans les conditions hygiéniques les meilleures (on a recommandé les cures d'air)<sup>(1)</sup>, car elles peuvent rendre les plus grands services dans le cours et dans la convalescence de l'actinomyose.

## CHAPITRE X

### TUMEURS DE LA VESSIE

HACHE, art. VESSIE du *Dict. Dechambre*. — BAZY et JAMIN, art. VESSIE du *Dict. Jaccoud*. — KÜMMEL, *Sammlung klin. Vorträge*, n° 267 et 268. — HASENCKLEVER, Inaug. Dissert. Berlin, 1880. — FÉRE, *Progrès méd.*, 1881. — WHITEHEAD, *Lancet*, 1885, t. II, p. 582, 629, 675. — POUSSON, Thèse de Paris, 1884, et *Annales génito-urinaires*, 1885, p. 528. — GEZA VON ANTAL, *Wiener med. Woch.*, 1885, p. 1117 et 1212. — GRUNFELD, *Wiener med. Presse*, 1885, p. 158 et 1285. — GUTERBOCK, *Krankheiten der Harnblase*. Leipzig und Wien, 1890. — GUYON, *Leçons clin.*, 1885. — HARRISON, *Med. Times and Gaz.*, 1885, t. II, p. 142. — NITZE, *Arch. für klin. Chir.*, t. XXXVI. — ROLLIN, Thèse de Paris, 1885. — SABATIER, *Revue de chir.*, 1885, p. 575 et 672. — STEIN, *New-York med. Record*, 1885, t. XXVII, p. 281. — THOMPSON, Traduction Jamin. Paris, 1885. — ZAUSCH, Inaugural Dissert. Munich, 1887. — KÜSTER, *Centr. für Chir.*, 1888. — FENWICK, *Pathol. Soc. of London*, 1888, p. 171-178, et *Brit. med. Journal*, 1889, t. I, p. 952 et 1201. — BARLING, *Annals of Surgery*, 1889, t. X. — BAZY, *Bull. méd.*, 1889, p. 67. — SOUTHAM et RAILTON, *Med. Chronicle*. Manchester, mai 1889. — FINNEAS O' CONNER, *Annals of Surgery*, 1890, t. XII, p. 1. — ALBARRAN, Les tumeurs de la vessie. 1 vol. Paris, 1892. — LEWANDOWSKI, Papillomes multiples de la vessie. *Wiener med. Presse*, 1895, p. 157. — GUYON, Tumeur de la vessie. *Ann. gén.-urin.*, janv. 1894. — ROCHET, De l'association des calculs avec les tumeurs de la vessie. *Arch. prov. de chir.*, 1894, 4. — VERHOOGEN, Fibromyomes de la vessie. Soc. des sciences méd. de Bruxelles, juin 1894. — HEGER, *Ibid.* — VAN FRISCH, Ablation chirurgicale des tumeurs de la vessie. *Bull. méd.*, 31 janv. 1894. — FENWICK, Les tumeurs de la vessie. *Brit. med. Journal*, 10 juin 1895. — LEGUEU, Résection du sommet de la vessie pour un néoplasme infiltré. *Soc. anat.*, 6 avril 1894. — GUYON, Des troubles de la miction dans les néoplasmes vésicales. *Gaz. des hôp.*, 28 juin 1894. — STANKIEWICZ, Contribution à l'étude des néoplasmes de la vessie. *Medycyna*, 1894, n° 21. — DEEVER, Symptômes et traitements des tumeurs de la vessie. *Journal Amer. med. Assoc.*, 14 juillet 1894. — BUCKLEY, *Ibid.* — ROUTIER, De la cystostomie sus-pubienne. Soc. de chir., 1894. — POUSSON, Résultats éloignés de l'intervention chirurgicale dans les néoplasmes de la vessie. IX<sup>e</sup> Congrès franç. de chir., 1895. — NICAISE, Pétrification périphérique d'une tumeur vésicale de la vessie. *Revue de chir.*, mars 1895. — TERRIER et HARTMANN, Contribution à l'étude des myomes de la vessie. *Revue de chir.*, 1895, p. 181. — CLADO, De la résection de la vessie pour tumeurs. *Arch. gén. de méd.*, 1894, t. II. — FERRIA, Variété exceptionnelle d'hématurie dans un cas de tumeur de la vessie. *Ann. gén.-urin.*, 1895, p. 556. — POUSSON, Sur la valeur de l'intervention chirurgicale dans les néoplasmes de la vessie. *Ann. gén.-urin.*, 1895, p. 970. — GUYON, Diagnostic différentiel de certaines formes de la cystite et des néoplasmes de la vessie. *Ann. gén.-urin.*, 1895, p. 289. — FENWICK, Notes sur 70 opérations de tumeurs de la vessie. *Brit. med. Journal*, 12 oct. 1895. — CLADO, Les tumeurs de la vessie. Paris, 1895. — GOERL, Ablation d'une tumeur vésicale de la vessie avec la pince cystoscope de Nitze. *Centr. f. die Krankh. der Harn- und Sexualorg.*, 1896, p. 196. — FINK, Contribution à l'étude du traitement du cancer de la vessie chez l'homme. Thèse de Lyon, 1896-1897. — NITZE, Extirpation intra-vésicale

(1) MICHAÏLOFF, *loc. cit.*, p. 61.

des tumeurs de la vessie. *Centr. f. die Krankh. der Harn- u. Sexualorg.*, 1896, p. 377 et 470. — LUCCHIARDI, Sur l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie. Thèse de Bordeaux. 1896. — SCHUCKHARDT, Guérison spontanée d'une tumeur bénigne inopérable de la vessie. *Deutsche med. Woch.*, 27 fév. 1896. — DU MÊME, Des tumeurs villeuses, bénignes et cancéreuses de la vessie. *Arch. f. klin. Chir.*, 1896, LII, p. 1. — NOGUÈS et PASTEAU, Remarques cliniques et anatomo-pathologiques sur les néoplasmes infiltrés de la vessie. *Ann. gén.-urin.*, 1897, p. 225. — BÉNSA, De l'extirpation totale de la vessie pour cancer. Thèse de Paris, 1896. — HALLÉ, Leucoplasies et cancroïdes dans l'appareil urinaire. *Ann. gén.-urin.*, 1896. — VELIANINOFF, Résection partielle de la vessie cancéreuse. *Revue de chir.*, fév. 1897. — ALBARRAN, Résultats de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs. *Ann. gén.-urin.*, août 1897. — DESNOS, Fragmentation et expulsion spontanée des tumeurs de la vessie. (II<sup>e</sup> Congrès d'urologie. Paris, 1897. — HOGGE, Ablation de la vessie, de la prostate, des vésicules séminales, de l'urètre entier, de la verge, des bourses et de leur contenu pour tumeur de la vessie. *Soc. méd.-chir. de Liège*, déc. 1897. — MOTZ, Examen histologique de 87 néoplasmes vésicaux. III<sup>e</sup> Congrès franç. d'urologie. Paris, oct. 1898. — DÜVELIUS, Étude histologique sur le cancer de la vessie. Thèse de Würzburg, 1897. — GUYON, Sur les néoplasmes infiltrés de la vessie. *Ann. gén.-urin.*, mars 1897. — TUFFIER et DUJARRIER, De l'extirpation totale de la vessie pour néoplasmes. *Revue de chir.*, avril 1898. — FREYER, tumeur rare de la vessie contenant deux calculs. *Brit. med. Journal*, nov. 1898. — M. PAVONE, Rhabdomyome de la vessie. *Il Policlinico*, 1898, vol. V.-C. — MORESTIN, DE GENNES, GRIFFON, Cancers frustes de la vessie. *Soc. anat.*, juillet 1898.

Les néoplasmes de la vessie furent longtemps du seul domaine de l'anatomie pathologique, et les traditions anciennes sur la gravité des plaies vésicales faisaient repousser toute tentative chirurgicale pratiquée dans le but d'extirper ces tumeurs. Après que Frère Come eut réglementé la taille, Varner (1750) enleva bien un polype vésical, mais ce sont les recherches de Civiale et de Leroy d'Étiolles qui permirent d'extirper les tumeurs au moyen d'un porte-ligature ou du trilabe.

Ce n'étaient là que des essais. Les progrès de la méthode antiseptique moderne permirent seuls d'aborder chirurgicalement ces néoplasmes.

Les succès de Billroth, Volkmann et Kocher (1875) nous montrèrent tout le parti qu'on pouvait tirer de la taille hypogastrique réhabilitée à cet effet. En même temps, de nouvelles études cliniques s'imposèrent; elles furent exclusivement faites en France par l'école de Necker et c'est à M. le professeur Guyon que nous sommes redevables de bien connaître aujourd'hui les symptômes et le diagnostic de ces tumeurs: c'est l'enseignement de notre maître que nous nous sommes efforcé de reproduire dans ce chapitre.

**Anatomie pathologique.** — Ce point de l'étude des tumeurs vésicales, très longtemps obscur, commence à s'éclaircir grâce aux travaux de Kuster, Barling, Fenwick, Albarran, Clado. Ce dernier a particulièrement bien exposé tout ce que nous savons à ce sujet; aussi est-ce lui surtout que nous avons suivi pour la rédaction de ce chapitre. — Pour l'exposer un peu clairement il faut d'abord bien se pénétrer de cette vérité générale que ni le point de départ histologique d'une tumeur, ni sa variété élémentaire n'ont une valeur clinique et pronostique; il faut ensuite étudier le néoplasme en lui-même, en faire l'histoire naturelle et ne pas vouloir superposer la clinique et l'anatomie pathologique. Le papillome le plus simple peut tuer un malade par hémorragie aussi bien que l'épithélioma ou le cancer.

#### 1<sup>o</sup> CARACTÈRES GÉNÉRAUX

Pour apporter quelque clarté à ce chapitre, j'exposerai successivement les caractères généraux des tumeurs vésicales, puis les caractères présentés par chaque espèce en particulier.

On a proposé diverses classifications de ces tumeurs: classification clinique (tumeurs bénignes, malignes), classification chirurgicale (tumeurs implantées, pédiculées, infiltrées) (Guyon), etc. Nous adopterons, au point de vue anatomo-pathologique, la classification histogénique, basée à la fois sur l'origine et sur la nature histologique des néoplasies vésicales.

Pour bien comprendre les variétés de tumeurs vésicales il faut se rapporter à la structure normale des parois de cette cavité. Elle comprend essentiellement deux couches: une muqueuse et une musculieuse. 1<sup>o</sup> La muqueuse a un épithélium formé d'une partie profonde, épaisse, à plusieurs couches de cellules se rapprochant du type cylindrique, mais allongées en raquettes, et d'une partie superficielle, mince, formée

d'une ou deux couches d'énormes cellules plates contenant de 1 à 12 noyaux granuleux à leur face profonde, homogènes à leur face superficielle, et des glandes. Son chorion est de nature conjonctive: il est papillaire dans le trigone et contient autour du col des enfoncements épithéliaux, véritables glandes en grappe. Il est pourvu de lymphatiques. 2<sup>o</sup> La musculieuse est à fibres lisses; enfin le tout contient des vaisseaux sanguins et lymphatiques et des nerfs. Chacun de ces éléments peut devenir le point de départ d'un néoplasme. La muqueuse en est l'origine la plus fréquente et donne naissance par son épithélium à

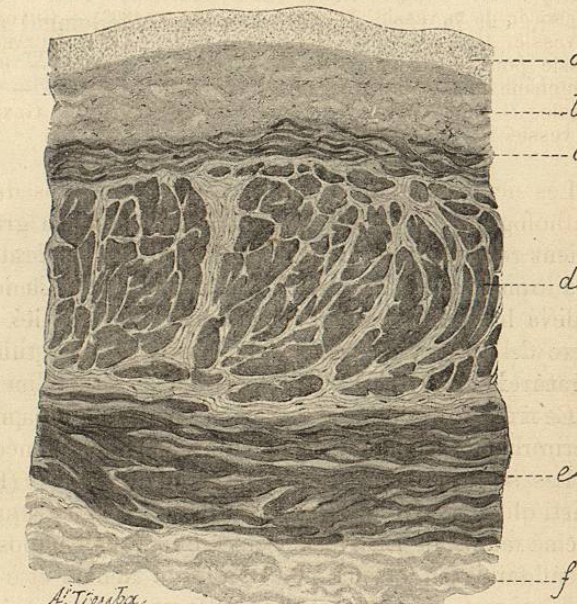


FIG. 157. — Coupe longitudinale de la vessie d'un enfant de cinq mois.

a, épithélium vésical. — b, chorion. — c, couche musculaire interne. — d, couche musculaire moyenne. — e, couche musculaire externe. — f, tunique séreuse. (Cazin.)

des papillomes, des adénomes, des épithéliomas kystiques ou non; par son stroma à toutes les variétés de tumeurs conjonctives, sarcomes, myxomes simples ou associés, fibromes, chondromes; par ses vaisseaux à des angiomes: toutes ces tumeurs conjonctives peuvent également naître du tissu cellulaire intra-musculaire. La musculieuse donne lieu à des myomes fort intéressants. Enfin on rencontre exceptionnellement dans l'épaisseur des parois vésicales, des kystes dermoïdes et des kystes hydatiques, mais ces deux variétés sont plutôt des tumeurs para-vésicales qu'intra-vésicales.

À côté des tumeurs précédentes, formant des types bien définis, il en existe d'autres de structure plus complexe et qui méritent le nom de tumeurs mixtes. Formées par l'association de 2, de 3 ou même de 4 des tissus qui entrent dans la constitution des tumeurs types, ces tumeurs mixtes, on le conçoit, comprennent de nombreuses variétés que nous n'énumérerons point (fibro-myxomes, chondro-myxosarcomes, etc.). Enfin, les tumeurs, quelle que soit leur forme

histologique, peuvent être envahies par un élément anatomique nouveau, proliférant dans le néoplasme pour son propre compte (Clado) : on a ainsi les tumeurs dégénérées; la dégénérescence est le plus souvent épithéliomateuse.

CARACTÈRES COMMUNS DES TUMEURS DE LA VESSIE. — Avant d'étudier chacune des variétés des tumeurs vésicales, voyons leurs caractères communs qui les distinguent déjà des néoplasmes qu'on rencontre dans les autres régions. — Leur siège de beaucoup le plus fréquent est le segment inférieur de la vessie, surtout la région du trigone et le bas-fond; d'ailleurs c'est dans cette région, qui mériterait le nom de zone pathologique, que se localisent le plus volontiers les altérations vésicales. Plus rarement elles siègent sur les parties latérales et exceptionnellement sur la face antéro-supérieure. Cette localisation a son importance, car la région inférieure est difficilement accessible et la présence des orifices urétéraux rend périlleuse toute manœuvre à ce niveau. Voici à cet égard les chiffres que donne Fenwick pour les papillomes.

Au niveau de l'orifice de l'uretère droit. . . . .	45 pour 100.
Au niveau de l'orifice de l'uretère gauche. . . . .	26
Région inter-urétérienne. . . . .	10 —

Ils concordent avec ceux que Féré et tous les auteurs ont donnés. D'après Clado<sup>(1)</sup>, les conditions qui détermineraient la localisation des tumeurs à la moitié inférieure de la vessie seraient : facilité de la stase sanguine vers la base de l'organe, tendance aux productions papillaires (expliquée par l'origine allantoïdienne de la vessie), enfin, si l'on admet l'origine microbienne des tumeurs, prolifération des microbes au point le plus déclive de la vessie, c'est-à-dire là où ils tendent à s'accumuler.

Consistance. — Les tumeurs de la vessie sont presque toujours très friables, se laissant écraser très facilement avec des pinces ou même avec les doigts.

Coloration. — En général ces tumeurs ont une teinte gris rosé, mais qui, suivant leur état de vascularisation, peut aller jusqu'au rouge sombre.

Nombre. — Les néoplasmes de la vessie ont une certaine tendance à la multiplicité, surtout s'ils sont d'origine épithéliale. Les néoplasmes qui sont exceptionnellement multiples dans les autres organes sont ici assez souvent au nombre de 3 ou 4, en général de volume inégal, si bien que la tumeur la plus volumineuse paraît avoir semé des graines ou provoqué des greffes autour d'elle. Dans des cas plus rares, toute une région de la vessie est remplie de petites végétations épithéliales indépendantes les unes des autres. Au contraire les tumeurs bénignes, telles que le fibrome ou le myome se rencontrent habituellement à l'état isolé. Un fait important à relever, c'est que les tumeurs multiples présentent toujours la même structure histologique (Clado).

La forme des néoplasmes de la vessie et leurs rapports sont extrêmement variables. Si nous les comparons à ceux des autres cavités comme la vésicule biliaire ou l'estomac, elles s'en distinguent par leur aspect arrondi et pédiculé qui se rencontre fréquemment dans la vessie alors qu'il est exceptionnel dans les autres réservoirs. Une conformation un peu spéciale aux tumeurs de la vessie, consiste dans leur disposition villose, qu'on a si longtemps considérée comme une entité morbide sous le nom de « villos tumour ». La surface du néoplasme forme un vrai chevelu plus ou moins long dont la figure ci-jointe

<sup>(1)</sup> CLADO, *Les tumeurs de la vessie*. 1 vol. Paris, 1895.

montre un bel exemple (fig. 158). Je ne vois guère que les tumeurs du rectum qui s'en rapprochent par leur aspect général; on y retrouve les mêmes formes pédiculées et arrondies du volume d'une noix à un œuf, rarement au delà, à côté des plaques infiltrées interstitielles, plus ou moins saillantes ou intra-pariétales. Les néoplasmes ulcéreux, véritables cancroïdes, sont rares dans la cavité vésicale.

Les rapports de ces tumeurs avec la paroi vésicale sont du plus haut intérêt au point de vue de l'intervention. La tumeur peut être pédiculée, sessile ou infiltrée. Dans le premier cas, c'est un véritable polype facile à extirper; dans le second, la base d'insertion est large et nécessite une résection notable de la paroi. En cas d'infiltration, l'ensemble des tuniques de la vessie est envahi par

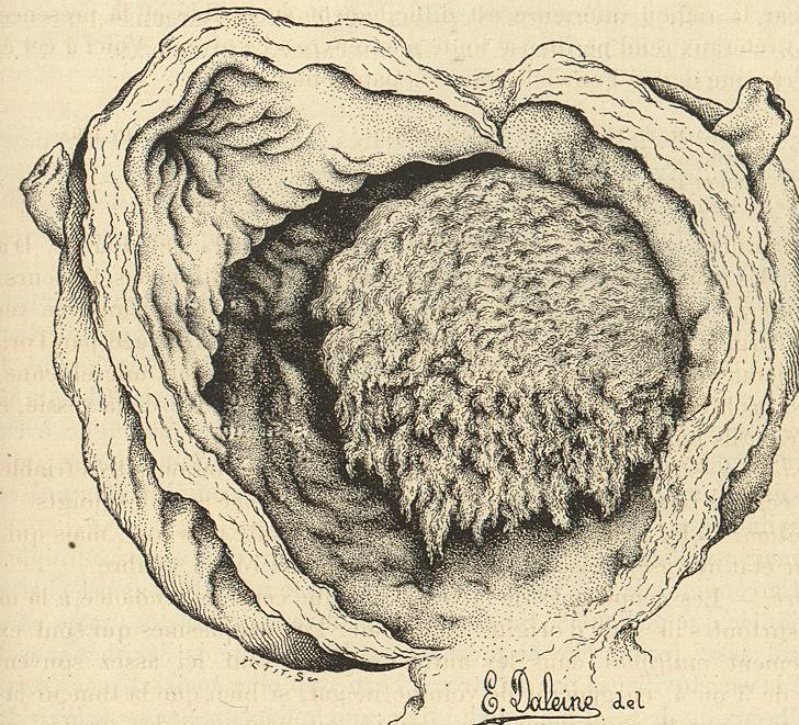


FIG. 158. — Tumeur villose. (Musée Dupuytren.)

le néoplasme autour de sa base d'implantation et il est difficile de prévoir à quelle distance s'étend la zone malade, car, comme dans toutes les tumeurs malignes, la zone d'infiltration larvée dépasse la zone d'infiltration apparente (Guyon); cependant le processus néoplasique serait souvent limité dans la profondeur par une couche de graisse qui l'isolerait (Clado). Quant à la fréquence comparée de chacune de ces dispositions, elle est difficile à établir. Le relevé des observations actuellement publiées tend à faire renverser l'ancienne proportion établie en faveur des tumeurs bénignes, et il semble que l'épithélioma soit la variété la plus fréquente<sup>(1)</sup>.

Voyons maintenant les traits principaux de chaque variété de néoplasme, mais je tiens à prévenir de suite que les descriptions qui vont suivre sont de véritables classifications d'histoire naturelle et qu'on verra à chaque instant les diverses

<sup>(1)</sup> FENWICK, *British med. Journal*, 1889, t. I, p. 992 et 1201.

tumeurs présenter des caractères macroscopiques communs, si bien qu'il est le plus souvent impossible de les distinguer sans l'emploi du microscope, et j'ajoute que leurs signes cliniques permettent encore moins leur différenciation dans l'immense majorité des cas.

2<sup>e</sup> CARACTÈRES SPÉCIAUX A CHAQUE VARIÉTÉ  
DE TUMEURS DE LA VESSIE

Nous étudierons successivement : I. Les tumeurs épithéliales (épithéliomes et carcinomes). — II. Les tumeurs d'origine conjonctive (sarcomes, myxomes, fibromes). — III. Les tumeurs d'origine musculaire ou myomes. — IV. Les kystes de la vessie (1).

I. Tumeurs épithéliales. — Ces tumeurs, très fréquentes, ne diffèrent pas, par leur structure, du type de l'épithélioma en général :  $\alpha$ . épithélioma typique, le plus souvent bénin;  $\beta$ . épithélioma atypique, toujours grave, et carcinome.

$\alpha$ . Épithélioma typique. — L'épithélioma typique est représenté par le papillome et l'adénome.

Les papillomes sont des tumeurs exclusivement composées de villosités. Ces productions souvent multiples forment des bouquets, des houppes molles qui s'étalent sur une surface plus ou moins étendue de la vessie; elles flottent dans le liquide sous l'aspect de touffes de chevelu plus ou moins long. Chaque arborisation est constituée par un capillaire à parois minces, analogue à l'anse vasculaire d'une villosité intestinale, un stroma fibreux ou musculaire plus ou moins épais, et une couche épithéliale composée de deux ou plusieurs assises de cellules cylindriques disposées en palissades.

La tumeur papillaire est plus rare. Elle peut être unique ou multiple. Sa forme est arrondie; elle a le volume d'un pois, d'une noisette; elle est plus souvent implantée que pédiculée. Sa surface est souvent granuleuse, mais sa consistance est assez ferme; elle ne présente pas la friabilité de l'épithéliome. Elle diffère de la variété villose par un stroma beaucoup plus épais, stroma composé de tissu fibreux ou de tissu musculaire lisse; quelquefois même au milieu de ce tissu, on trouve des éléments embryonnaires (Thompson), des cellules migratrices (Kuster). L'origine et la nature des papillomes vésicaux ont fait jadis l'objet de nombreuses discussions; nous savons actuellement qu'il n'est pas besoin de surfaces pourvues normalement de papilles pour faire pousser des papillomes, et qu'il suffit de certaines conditions physiques pour donner lieu à cette variété. D'ailleurs la présence de papilles au niveau du trigone est admise par nombre d'auteurs. Le papillome n'est ni une tumeur conjonctive, ni une tumeur vasculaire, comme on le croyait autrefois, car le tissu fibreux qui entre dans sa composition, de même que les vaisseaux du néoplasme peuvent être réduits au point de passer à l'état de tissus accessoires, alors que l'épithélium persiste toujours à sa surface avec tous ses caractères de prolifération active. Enfin une autre preuve de la parenté du papillome et de l'épithélioma réside dans ce fait que la récurrence après extirpation d'un papillome se fait généralement sous forme d'épithélioma. La vascularisation des papillomes et l'étranglement

(1) CLADO, loc. cit.

de leurs vaisseaux par la couche musculaire de la vessie expliquent également les hémorragies profuses qu'elles provoquent. Ces tumeurs se développent lentement; quelques-unes de leurs végétations peuvent se rompre spontanément; elles s'incrument alors quelquefois de sels calcaires et deviennent l'origine de calculs. Le papillome reste généralement localisé à la vessie. Exceptionnellement on le voit s'étendre dans l'urèthre, les uretères et même jusque dans les bassinets et les calices (Murchison) (1). Rasch (2) a cité un cas de papillome vésical compliqué de papillomatose cutanée multiple et de papillomatose du rectum et de l'S iliaque.

L'adénome se présente sous la forme d'une tumeur généralement unique, sessile ou pédiculée, pouvant atteindre jusqu'au volume d'une noix, de surface ordinairement lisse mais pouvant aussi être recouverte de végétations papillaires comme d'ailleurs la plupart des tumeurs vésicales. Lorsque la tumeur est sessile, elle paraît comme encapsulée, puisqu'elle se laisse facilement énucléer

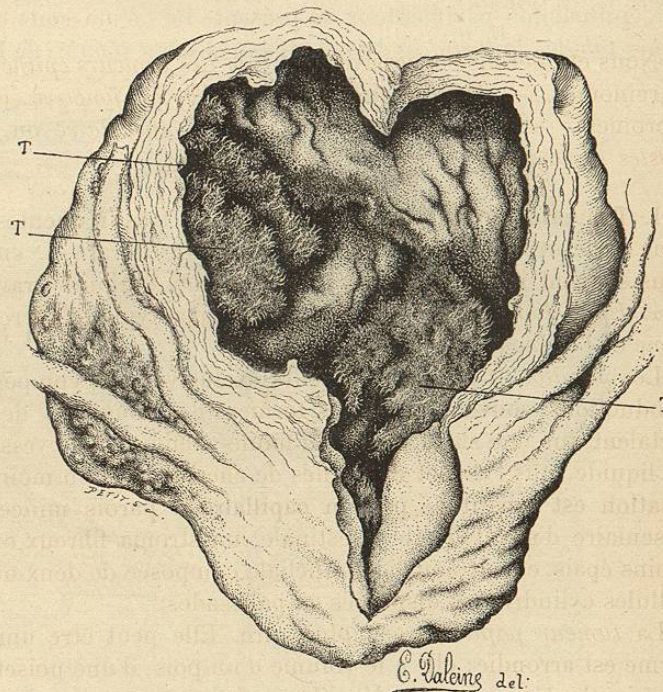


FIG. 159. — Tumeurs papillaires. (Musée Dupuytren.)

avec le doigt, sans saignement de la paroi vésicale (Wittzack). Siégeant ordinairement dans la région glandulaire de la vessie, mais pouvant également occuper le bas-fond (Wittzack), l'adénome vésical, est plus fréquent chez l'homme que chez la femme et apparaît vers l'âge moyen de la vie, entre 40 à 50 ans.

Sa nature épithéliale est démontrée par son siège de prédilection et par sa structure. Le stroma de la tumeur est en effet constitué par du tissu conjonctif à cellules embryonnaires renfermant, comme éléments caractéristiques, des tubes glandulaires, tapissés par un épithélium cylindrique. Le pédicule est formé de tissu conjonctif adulte, parcouru par les vaisseaux se rendant à la tumeur; celle-ci est très vasculaire. Le siège et la structure de l'adénome ne laissent aucun doute sur son origine: il se développe aux dépens des glandes préexistantes, normales ou anormales de la vessie. C'est un épithélioma cylindrique à végétation exogène (Clado). Comme le papillome, il peut, à un moment donné, envahir la paroi vésicale et produire la végétation endogène, c'est-à-dire de l'épithélioma cylindrique proprement dit ou adéno-épithéliome.

(1) MURCHISON, Trans. Path. Soc. of London, 1870, vol. XXI.

(2) RASCH, Arch. für Dermat. und Syph., 1896, Heft 1-2.