

β. L'épithélioma atypique représente la variété la plus fréquente des tumeurs malignes de la vessie.

1° *Étude microscopique.* L'épithélioma atypique est caractérisé par un stroma, de nature variable, contenant des cellules, pavimenteuses ou cylindriques, disposées de façon à figurer des tubes pleins ou bien des lobules ou encore des apparences glandulaires (Clado). Suivant la forme des éléments épithéliaux qui entrent dans sa constitution, cellules pavimenteuses et cellules cylindriques, on distingue un épithélioma pavimenteux et un épithélioma cylindrique.

L'épithélioma pavimenteux se présente lui-même sous deux aspects : épithélioma tubulé, épithélioma lobulé. L'épithélioma tubulé, de beaucoup le plus fré-

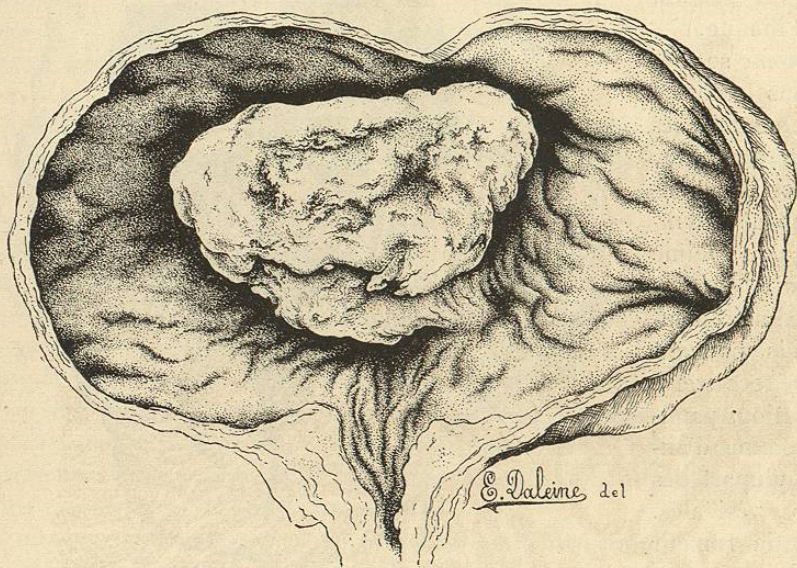


FIG. 160. — Carcinome.

quent, est composé d'une série de colonnes épithéliales affectant la forme de cordons plus ou moins irréguliers et anastomosés entre eux. Les cordons sont constitués par des cellules pavimenteuses, volumineuses, à un ou plusieurs noyaux entourés d'un stroma de tissu conjonctif fibrillaire ou condensé présentant souvent des infiltrations abondantes de cellules embryonnaires et, sur certains points, de cellules piriformes. — Les exemples d'épithélioma lobulé de la vessie sont rares. Dans cette forme les éléments épithéliaux, au lieu de se grouper en tubes ou colonnes, se groupent en amas plus ou moins considérables limités par des travées conjonctives. — A propos de l'épithélioma lobulé je rappellerai qu'il doit parfois son origine à cette *leucoplasie* bien décrite par Hallé et qui, comme nous l'avons vu plus haut (voy. CYSTITES CHRONIQUES. *Anatomie pathologique*, p. 555, et *Pjélo-néphrite*, p. 258), peut se transformer en *cancroïde*. Ce *cancroïde* se présenterait sous l'aspect suivant : « Développé à l'intérieur de la paroi qui est infiltrée, le néoplasme se détruit par la surface en même temps qu'il ronge dans la profondeur; il forme un ulcère à centre creux déprimé dont le fond est déchiqueté, rendu irrégulier par des fragments flottants, à demi détachés; les bords sont plus ou moins surélevés. Au point de vue histologique, à la périphérie du néoplasme on retrouve la paroi muscu-

laire pénétrée et envahie; dans la profondeur on a l'aspect de cancer alvéolaire; les globes n'apparaissent que vers la surface. Sur une coupe de la masse épaissie centrale, on ne voit plus trace du tissu vésical; on voit de grandes alvéoles irrégulières, limitées par des travées conjonctives peu épaisses, où se distinguent de petits faisceaux de fibres musculaires lisses. Ces alvéoles renferment des cellules polymorphes, plates, rondes, polygonales, disposées sans ordre, peu cohérentes et séparées çà et là par des espaces libres, remplies d'un exsudat amorphe finement granuleux; chaque alvéole contient des formations

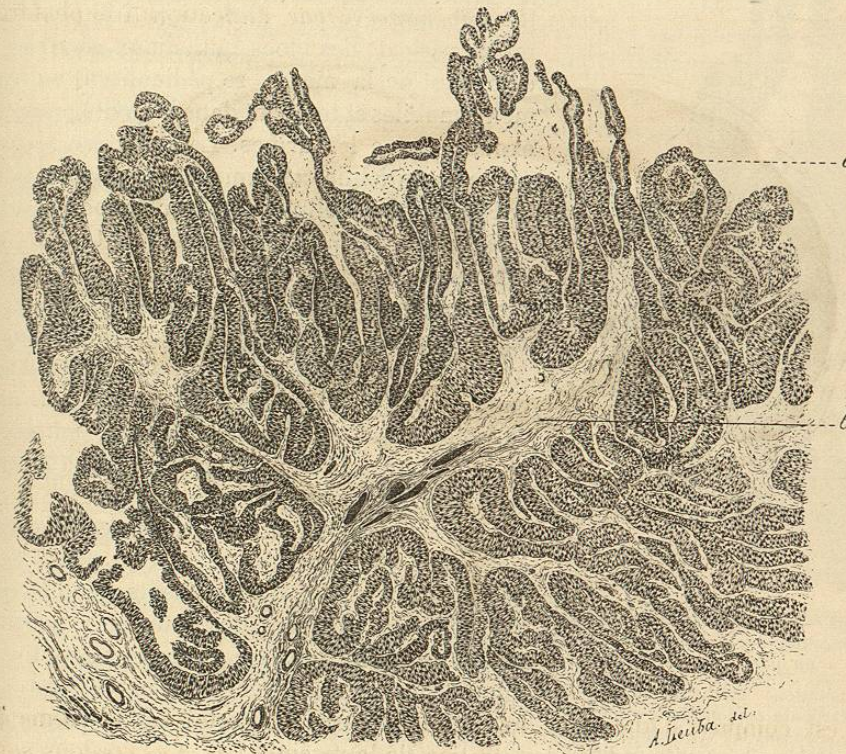


FIG. 161. — Tumeur de la vessie à un faible grossissement. (Préparation de Brault.)
a, végétation épithéliomateuse. — b, charpente conjonctive.

en globes multiples. Tantôt ce sont des globes épidermiques simples avec leur structure concentrique ordinaire; tantôt des formations cellulaires singulières, sortes de globes composés et compliqués où les cellules plates se disposent concentriquement autour de plusieurs points centraux. A la périphérie des globes, quelques grandes cellules polygonales montrent des filaments d'union. Au centre des globes, il y a de grandes vacuoles remplies de débris granuleux » (1). La friabilité du tissu dans ces épithéliomes pavimenteux lobulés explique leur ulcération facile et profonde. Dans ces tumeurs, la prolifération épithéliale est énorme, excessive; les cellules, en amas serrés, constituent à elles seules presque toute la masse du néoplasme. A l'intérieur, l'étude histologique montre de vastes alvéoles remplies d'énormes amas épithéliaux que ne

(1) HALLÉ, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, juillet 1896, p. 598.

pénètre aucun vaisseau. Les cloisons conjonctives encore épaisses et vasculaires dans la profondeur, au niveau des points récemment envahis, deviennent de plus en plus minces à mesure qu'on s'avance vers la surface du néoplasme. Aussi les amas épithéliaux formés de cellules plates *kératinisées*, caduques par leur nature épidermique même, sont-ils, comme les couches cornées de l'épiderme, dans un état de nutrition inférieure et voués à une *destruction nécessaire*.

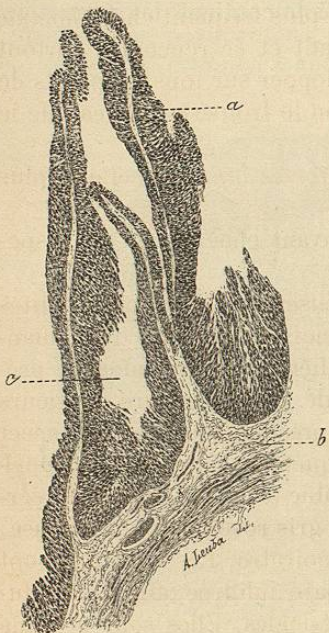


FIG. 162. — Épithélioma de la vessie; préparation de la figure précédente vue à un plus fort grossissement.

a, végétation épithéliomateuse. — b, charpente conjonctive. — c, espace libre séparant les végétations épithéliomateuses. (Préparation de Brault.)

L'ulcération à la surface est donc fatale et constante; dès que ce travail de désagrégation a débuté, il marche vite vers la profondeur, entretenu et aggravé par l'infection fréquente du milieu vésical; des blocs épithéliaux nécrosés se détachent de la masse, se pédiculisent en fragments mobiles et tombent dans la cavité pour être expulsés avec les urines. Le caractère histologique essentiel de ces tumeurs est donc la kératinisation des cellules et leur disposition en *globes épidermiques*. Cependant toutes ces tumeurs n'ont pas toutes une structure histologique identique. Dans certaines tumeurs on voit très peu de globes épidermiques (Hallé)⁽¹⁾. Au point de vue *clinique*, on trouve chez ces malades des *antécédents de cystite, tenace, chronique*. Les urines sont brunes, ammoniacales, lavure de chair et présentent l'horrible fétidité des macérations anatomiques. L'hématurie n'est ni abondante ni prévue, comme dans toutes les tumeurs infiltrées de la paroi de la vessie. L'expulsion de fragments néoplasiques est fréquente; ce sont des grumeaux grisâtres caséux qui doivent être dissociés et étudiés au microscope. L'engorgement ganglionnaire est la règle et le toucher rectal fait constater l'infiltration de la vessie.

L'*épithélioma cylindrique* est formé de cellules cylindriques ou, moins souvent, cubiques, qui, disposées sur 2 couches, tapissent des cavités circulaires ou un peu ovales, entre lesquelles il existe un stroma composé de tissu conjonctif fibrillaire contenant également quelques fibres élastiques, et infiltré d'éléments jeunes du tissu conjonctif (éléments embryonnaires et cellules fusiformes). L'élément musculaire peut prendre la place du tissu conjonctif et constituer le stroma dans sa presque totalité (*épithélioma à stroma musculaire*). L'*épithélioma cylindrique* est très vasculaire. Il a une structure très analogue à celle de l'adénome, d'où le nom d'*adéno-épithélioma*, d'*adénome malin* qu'on lui a donné. L'adénome et l'adéno-épithélioma représentent deux formes d'une même tumeur évoluant, pour le premier dans le sens de la formation exogène (à la surface de la muqueuse sans infiltrer les parois vésicales), pour le second dans l'ordre de la formation endogène (c'est-à-dire dans l'épaisseur des parois vésicales) (Clado). Quant à l'*épithélioma*

(¹) HALLÉ, *loc. cit.*

réticulé, cette tumeur, très rare, est formée par un très fin réticulum dans les mailles duquel se trouvent contenues des cellules épithéliales. Les mailles du réticulum, très étroites, ne contiennent souvent qu'une seule ou deux cellules. Quant aux trabécules elles-mêmes, elles sont toutes très fines et de nature conjonctive. Les cellules sont polymorphes et plus ou moins épithélioïdes comme dans le carcinome (Albarran)⁽¹⁾.

2^o *Aspect macroscopique*. L'*épithélioma atypique* dont nous venons d'étudier les différentes variétés histologiques est beaucoup plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Il est exceptionnel chez l'enfant et se rencontre surtout dans l'*âge mûr* et dans l'*âge avancé*. Il peut se développer sur tous les points de la paroi vésicale; néanmoins, il est assez rare qu'on le trouve au niveau de la base.

Il affecte deux formes: la *forme végétante* et la *forme infiltrée*, celle-ci plus fréquente.

L'*aspect macroscopique* de l'*épithélioma* varie suivant chacune de ces dispositions.

a. *Forme végétante*. — Les tumeurs épithéliomateuses sont d'ordinaire petites ou de volume moyen, allant des dimensions d'une noisette à celles d'une mandarine. Elles sont généralement saillantes, irrégulièrement arrondies et présentent une tendance à la pédiculisation; le pédicule peut atteindre plusieurs centimètres de long. La surface de ces tumeurs a presque toujours un aspect mûriforme dû à une lobulisation plus ou moins marquée de cette surface. Quelquefois elle est chargée de villosités d'aspect variable (*cancers villex* de certains auteurs). La *coloration* du néoplasme varie du gris rosé au rouge intense; dans les cas d'infiltrations sanguines elle devient noirâtre. Les tumeurs sont d'une très grande friabilité en général, mais leur base infiltrée offre une induration qui contraste avec la souplesse des parois vésicales. Elles sont presque toujours multiples et du même volume; rarement il n'y a qu'une seule tumeur.

b. *Forme infiltrée*. Elle se caractérise par un épaississement des parois vésicales occupant ordinairement une bonne partie de la vessie (trigone, base ou l'une des parois). La face interne de la vessie est habituellement garnie de mamelons légèrement saillants qui, par leur ensemble, donnent à la muqueuse vésicale un aspect verruqueux. Ici encore on peut constater un état villex de la muqueuse, mais ces villosités sont beaucoup plus fines et plus délicates que dans le carcinome (Clado). L'infiltration néoplasique se traduit par un épaississement des parois tel (3, 4, 5 centimètres) que la palpation hypogastrique jointe au toucher rectal suffit parfois seule à poser le diagnostic. À la coupe, la forme infiltrée présente, comme la forme végétante, une coloration grisâtre ou rosée.

L'*épithélioma vésical s'effrite* facilement, mais s'ulcère rarement. L'ulcération peut détruire tout ou partie seulement du néoplasme; elle présente toujours un fossé et des bords végétants reposant sur une base indurée. Quelquefois l'ulcération siège à une certaine distance de la tumeur sur des parties de la vessie simplement infiltrées par le néoplasme. Son évolution est en général assez lente; il amène souvent la mort avant d'avoir atteint un volume considérable ou de se généraliser. Toutefois, cette généralisation est plus fréquente qu'on ne l'a cru au début. La vessie présente des lymphatiques qui expliquent cette propagation.

(¹) ALBARRAN, *Tumeurs de la vessie*, Paris, 1895.

Barling a fait à cet égard un relevé intéressant. Sur 27 cas d'*épithélioma* dont l'autopsie complète a été pratiquée, il a trouvé 26 faits de propagation ou d'infection extra-vésicale, se répartissant ainsi : 11 fois engorgements ganglionnaires iliaques ou abdominaux; 6 fois généralisation au rein, au poumon ou au foie. Dans tous ces faits, l'affection remontait à deux et trois ans.

γ. Tout ce que nous venons de dire au point de vue macroscopique de l'*épithélioma* de la vessie peut s'appliquer au *carcinome* de cet organe. Ces deux néoplasies se ressemblent en effet tellement au point de vue de la configuration extérieure qu'il est souvent difficile de les distinguer entre eux à l'œil nu. Si nous ajoutons qu'au point de vue histogénique la ressemblance est également grande, puisqu'il est à peu près universellement admis aujourd'hui que le *carcinome* est d'origine épithéliale, on comprendra pourquoi nous le rangeons à la suite de l'*épithélioma* dans la série des *épithéliomas atypiques*.

Le *carcinome de la vessie* se présente sous trois formes : l'encéphaloïde, le squirrhe et le cancer colloïde, cette dernière est exceptionnelle. Les deux premiers offrent à peu près les mêmes caractères macroscopiques; aussi ce qui va suivre s'applique-t-il à l'un et à l'autre. — Le *carcinome de la vessie*, plus fréquent chez l'homme que chez la femme, siège le plus souvent à la base de la vessie (bas-fond et trigone), contrairement à ce qui a lieu pour l'*épithélioma* proprement dit, qui, comme nous l'avons vu, occupe surtout les autres parois de l'organe. Il se présente tantôt sous l'aspect de plaques ou de tumeurs saillantes dans la cavité vésicale, tantôt sous celui d'une infiltration étendue de la paroi. Les *tumeurs carcinomateuses* offrent des caractères tellement semblables aux tumeurs épithéliomateuses que nous renvoyons pour leur description à ce que nous avons dit plus haut de ces dernières. Leur nombre cependant et aussi leur volume est parfois plus considérable. — Dans le *cancer en plaques*, beaucoup plus rare que le précédent, le néoplasme affecte la forme de plaques plus ou moins dures, saillantes et irrégulières qui s'étalent sur la paroi vésicale dans une étendue plus ou moins longue (3, 4 centimètres et quelquefois la moitié de la vessie et plus). Ces plaques présentent à leur surface tantôt des fongosités, tantôt des villosités parfois très longues, tantôt des verrues, des tubérosités plus ou moins volumineuses : Ferré a vu de véritables tumeurs polypoides implantées sur les plaques cancéreuses. — Dans l'*infiltration cancéreuse* il n'existe pas de tumeur évidente à la surface de la vessie. Les parois vésicales sont plus ou moins hypertrophiées et indurées dans leur totalité ou sur une grande étendue, surtout au niveau de la base de l'organe. Le toucher et la palpation dans ces cas renseignent plus sur la nature de la lésion que la vue elle-même : il est en effet souvent très difficile de distinguer au cystoscope les végétations cancéreuses des villosités bénignes, simples lésions irritatives de la muqueuse vésicale, et du cancroïde consécutif à la leucoplasie urinale.

Les trois variétés de cancer que nous venons de décrire peuvent s'ulcérer. L'ulcération qui, ajoutons-le, est assez rare, peut se faire (Clado) : 1° par dégénérescence granulo-graisseuse; 2° par hémorragie interstitielle; 3° par gangrène. Nous laissons de côté, bien entendu, les cas où une lésion traumatique, telle que l'introduction d'une sonde ou la présence d'un calcul, a été la cause de la déchirure. L'ulcération se rencontre surtout dans la forme infiltrée; elle a une base plus ou moins indurée, un fond et des bords irréguliers, bourgeonnants. En marchant vers la profondeur elle peut amener la perforation de la vessie. Dans

les lignes qui précèdent nous avons confondu l'encéphaloïde et le squirrhe dans la même description : néanmoins ils présentent des caractères différentiels qui permettent de les distinguer même à l'œil nu. L'encéphaloïde affecte de préférence l'aspect d'une tumeur molle, souvent kystique, bourgeonnante, rarement ulcérée. Le squirrhe, au contraire, s'étale en plaque ou infiltre la paroi vésicale en profondeur; sa consistance est ferme et élastique; il s'ulcère facilement. — Le *carcinome colloïde* de la vessie, que nous avons laissé de côté jusqu'ici, est rare. Il forme des tumeurs parfois énormes (tête d'enfant) dont le siège de prédilection est le bas-fond de la vessie, et qui ont un aspect et une consistance *gélatiniformes*. Ces tumeurs ont une marche rapide, envahissant de bonne heure les organes voisins.

L'étude de la *structure histologique* du *carcinome de la vessie* montre qu'il est formé essentiellement par un stroma fibreux circonscrivant des alvéoles communiquant entre elles et contenant des cellules épithéliales atypiques ou *épithélioïdes*. Cette structure étant en tous points analogue à celle du *carcinome* en général, ne mérite donc pas de nous retenir davantage.

II. *Tumeurs d'origine conjonctive*. — Ce sont les *sarcomes*, les *myxomes*, les *fibromes*. Les *sarcomes* et les *myxomes* sont du *type dit embryonnaire*, les *fibromes* sont du *type adulte*.

1° *Sarcomes*. — Confondus autrefois avec les épithéliomas et les carcinomes sous le titre général de « cancer de la vessie », les *sarcomes* forment aujourd'hui une classe de tumeurs bien distincte dont nous allons rapidement énumérer les principaux caractères.

Ce sont des tumeurs assez rares : Fenwick (1) en a rassemblé 50 observations qui représentent à peine le vingtième du nombre total des néoplasies vésicales (Clado). Plus fréquent chez la femme que chez l'homme (dans la proportion de 3 femmes pour 2 hommes), le *sarcome* se rencontre de préférence chez les adultes et chez les enfants. Il est *primitif* ou *secondaire*; dans le premier cas, il semble avoir son point de départ dans le stroma de la muqueuse vésicale, stroma qui contient à l'état normal une certaine quantité de cellules rondes embryonnaires; dans le second cas, il est le résultat de la généralisation d'un *sarcome* primitivement développé en un autre point de l'organisme (cerveau, poumon, vagin surtout). Le *sarcome secondaire* est aussi fréquent que le *sarcome primitif*. Le néoplasme se présente habituellement sous la forme d'une tumeur sessile, de volume variable, allant de celui d'une noix à celui d'un œuf de poule, de surface lisse, de coloration rosée, de consistance assez ferme, implantée sur la région de la base de la vessie. Assez souvent il existe plusieurs tumeurs, l'une plus grosse, les autres plus petites, du volume d'une lentille, d'un haricot. Quelquefois le *sarcome* est pédiculé : le pédicule est toujours assez court, mais il peut s'allonger au point de permettre au corps de la tumeur d'aller obturer le col vésical. Le volume du néoplasme peut exceptionnellement atteindre des dimensions assez considérables (tête de fœtus). Sa coloration de gris rosé peut devenir rouge violacé et même noirâtre (hémorragies interstitielles). Sa consistance peut être très molle ou au contraire très dure, d'une dureté cartilagineuse. Enfin sa surface, au lieu d'être lisse, peut présenter, comme toutes les tumeurs de la vessie, des villosités plus ou moins longues. L'implantation du *sarcome* vésical se fait particulièrement au voisinage des uretères ou dans leur intervalle.

(1) FENWICK, *Path. Soc. of London*, 1888, p. 171.

Développé, comme nous l'avons dit, dans la muqueuse ou la sous muqueuse de la vessie, le néoplasme envoie des prolongements, des sortes de racines, qui s'enfoncent dans la couche musculuse, de sorte qu'il y a là une véritable infiltration néoplasique.

Au voisinage de la tumeur la vessie présente presque toujours les caractères d'une cystite intense pouvant aller jusqu'à la formation d'abcès. Le sarcome de la vessie ne reste pas localisé à cet organe : il envahit les organes voisins (urèthre, parois pelviennes, prostate, intestin), souvent en perforant la vessie, ou les organes éloignés (poumons, foie, rate) en se servant de la voie sanguine.

Au point de vue histologique, le sarcome de la vessie se présente sous trois formes différentes : 1° le sarcome *fuso-cellulaire*; 2° le sarcome *embryonnaire*; 3° le sarcome *mélanique*. Le sarcome *fuso-cellulaire* est essentiellement constitué par des cellules fusiformes, juxtaposées et intimement unies les unes aux autres par une substance granuleuse, jaunâtre ou amorphe. Le sarcome *embryonnaire* diffère simplement du précédent en ce que des cellules rondes, embryonnaires, remplacent les cellules fusiformes. Le sarcome *mélanique* enfin est constitué par la pigmentation des cellules fusiformes. Cette dernière variété est rare. Quant aux deux premières, elles se rencontrent à peu près avec une égale fréquence.

2° *Myxomes*. — Se développant de préférence dans le jeune âge, le myxome se présente généralement sous forme d'une tumeur pédiculée, plus rarement sessile, de volume variable, atteignant d'ordinaire celui d'un œuf de poule, mais pouvant également être bien plus considérable, de surface unie ou divisée en lobes ou recouverte de papilles, de coloration gris rosé, rouge foncé ou même noirâtre, de consistance molle, mais parfois dure (quand la tumeur est dégénérée), ayant son point d'implantation le plus fréquent à la base de la vessie. La tumeur est ordinairement unique; quand elle est pédiculée, le pédicule peut être très long et mince ou au contraire court et épais. Le myxome, d'ordinaire mou, demi-transparent, comme œdématié, presque tremblotant (Clado), peut devenir opaque, dense, très ferme (fibro-myxomes, myxomes dégénérés.) Les myxomes restent toujours localisés à la muqueuse vésicale. Leur ulcération est exceptionnelle.

Au point de vue histologique, les myxomes sont constitués essentiellement par une substance fondamentale jaunâtre, grenue, légèrement fibrillaire par places, ayant peu de ressemblance avec la gélatine de Warton et qui contient deux formes de cellules : des cellules rondes embryonnaires ou des cellules dites myxomateuses avec prolongements anastomosés.

Les myxomes de la vessie récidivent facilement après leur ablation.

3° *Fibromes*. — Assez fréquents, ces néoplasmes apparaissent à tous les âges de la vie, aussi bien dans la plus tendre enfance que dans l'extrême vieillesse. Les hommes en sont plus souvent atteints que les femmes. Le fibrome de la vessie est ordinairement solitaire; exceptionnellement il est multiple. Il se présente généralement sous forme d'une tumeur pédiculée, assez petite (noix, noisette), de surface lisse, occupant de préférence la base de la vessie (trigone et bas-fond). Extérieurement le néoplasme offre la coloration de la muqueuse qui le recouvre (gris rosé, rouge intense); à la coupe il est blanchâtre ou jaunâtre. Le pédicule de la tumeur peut être court et épais ou plus souvent très long et mince; rarement la tumeur est sessile. Sa surface, au lieu d'être lisse, peut être

lobulée ou recouverte de villosités (fibro-papillomes). Dans ce dernier cas, la tumeur peut acquérir un volume assez considérable (orange, poing, etc.).

Les fibromes de la vessie se développent aux dépens de la couche sous-muqueuse de cet organe. Leur évolution se fait surtout du côté où ils rencontrent le moins de résistance, c'est-à-dire du côté de la cavité vésicale. Ils soulèvent donc peu à peu la muqueuse et s'en coiffent. Cette dernière ou bien conserve des caractères normaux et reste mobile sur le néoplasme (la tumeur est énucléable) ou bien s'enflamme, se recouvre de villosités et devient adhérente. Le tissu de la tumeur elle-même se compose ou bien de faisceaux de tissu fibreux, entre lesquels se montrent des cellules plasmatiques (*fibrome à substance amorphe*), ou bien de bandes fibreuses concentriques s'entre-croisant sous différentes incidences (*fibrome fasciculé*) alternant avec les mêmes éléments cellulaires; on aurait encore rencontré dans les fibromes des fibres élastiques et même des fibres musculaires lisses. Les fibromes sont peu vasculaires: c'est la muqueuse enveloppante qui est très vasculaire et qui nourrit le néoplasme.

III. *Tumeurs d'origine musculaire*. — *Myomes*. — Il en existe deux variétés : *myomes à fibres lisses*, *myomes à fibres striées* (rhabdomyomes). Ce sont des tumeurs assez rares : Terrier et Hartmann (1), après vérification minutieuse des cas cités, n'en retiennent que 16 observations authentiques. Aussi fréquents chez l'homme que chez la femme, ces myomes ont, tant au point de vue macroscopique qu'au point de vue microscopique, une grande analogie avec les fibro-myomes utérins. Le myome de la vessie se développe aux dépens de la couche musculaire de cet organe; de là il évolue soit du côté de la cavité vésicale (*myomes intra-vésicaux ou cavitaires*), soit dans le tissu cellulaire péri-vésical (*myomes extra-vésicaux ou excentriques*). Le myome cavitaire, le plus fréquent (10 sur 16), est ordinairement pédiculé et atteint parfois un volume considérable (tête de fœtus et plus); les myomes sessiles restent plus petits (noisette). — Rarement il existe plusieurs myomes à la fois (1 cas sur 16). Leur couleur est d'ordinaire gris rosé, leur surface lisse, leur consistance assez ferme. Ils siègent particulièrement sur le trigone et le bas-fond, surtout au voisinage des orifices de la vessie. Ils sont encapsulés la plupart du temps dans une couche de tissu conjonctif, ce qui rend leur énucléation facile. Les myomes de la vessie sont toujours composés de fibres musculaires lisses réunies en lobules, comme dans les myomes utérins ou irrégulièrement entrelacées. Ils sont riches en vaisseaux. Leur ulcération est exceptionnelle. Les *myomes extra-vésicaux* sont rares : ils prennent naissance dans la couche musculaire externe de la vessie, se portent vers l'extérieur et tendent à se pédiculiser dans le tissu cellulaire péri-vésical. Ils peuvent prendre un développement considérable. Il faut bien distinguer les myomes vésicaux excentriques des fibromyomes utérins *paravésicaux* ayant perdu contact avec l'utérus et dont j'ai opéré deux cas.

Il existe quelques cas connus de *rhabdomyomes* ou *myomes à fibres musculaires striées* : Michele Pavone (2) en signale un cas. La tumeur était constituée par des fibres musculaires striées disposées en faisceaux ou désagrégées au milieu du tissu conjonctif lâche discrètement vascularisé. A l'examen cystoscopique, cette tumeur avait la grosseur et la forme d'une amande, de couleur

(1) TERRIER ET HARTMANN, *Revue de chirurgie*, 1895, p. 181.

(2) MICHELE PAVONE, *Il Policlino*, 1898, vol. V.