

étendues ; néanmoins, le traitement chirurgical est tout aussi impuissant que le traitement médical. Et les opérations de curettage, de grattage, d'excisions ou de résections ne doivent avoir aucunement la prétention d'être radicales. Pour réussir, il faudrait qu'elles soient précoces et étendues, deux conditions qu'il est difficile de réaliser.

Indications et contre-indications. — La base de la thérapeutique des tuberculoses vésicales est le traitement général ; le traitement local n'intervient qu'en seconde ligne pour modifier la lésion ou prévenir des complications. Mais, avant tout, il convient de traiter la cystite tuberculeuse par le traitement général.

Pour le traitement local, nous donnons la préférence au sublimé et au gaiacol. Lorsque, malgré l'emploi méthodique de ces agents, l'aggravation survient, il faut en venir, en dernier ressort, aux opérations. Le curettage de la vessie, le drainage par l'urètre chez la femme, ou par le périnée chez l'homme, doivent commencer la série de ces opérations : la taille hypogastrique doit être réservée aux cas complexes, dans lesquels il s'agit plus de mettre la vessie au repos que d'assurer un arrêt dans l'extension et les progrès de la maladie.

VII

DES TUMEURS DE LA VESSIE

Depuis une vingtaine d'années, tout au plus, les tumeurs de la vessie sont sorties du domaine de l'anatomie pathologique, dans lequel elles furent longtemps confinées. Aujourd'hui, on sait les reconnaître et les opérer de bonne heure. Ce progrès considérable est dû presque tout entier à M. le professeur Guyon ; déjà, à l'étranger, Thompson, Billroth, Volkmann, Czerny avaient opéré quelques-unes de ces tumeurs, lorsque M. Guyon (1) apporta à l'étude de cette question son esprit de méthode et d'observation. Par ses travaux personnels, par ceux qu'il inspira à ses élèves, Féré, Pousson, Bazy, Albarran, il a élucidé complètement ce point, jusque-là si obscur, de la pathologie vésicale, et, dans ses leçons cliniques, il écrivit, en 1888, un chapitre auquel, au point de vue clinique, on n'a depuis lors rien ajouté.

En 1891, Albarran (2), s'inspirant de la pratique de notre maître, écrivait sur les tumeurs de la vessie une monographie de grande valeur ; et depuis, Clado (3), en 1895, a publié, en l'amplifiant, un

(1) F. GUYON, Leçons cliniques sur les aff. chirurg. de la vessie et de la prostate, 1888.

(2) ALBARRAN, Les tumeurs de la vessie. Paris, 1892.

(3) CLADO, Traité des tumeurs de la vessie. Paris, 1895.

mémoire qu'il avait commencé en 1886, dans le service de Necker.

Les tumeurs de la vessie sont *secondaires* ou *primitives*.

Secondaires, elles résultent de la propagation d'une tumeur de voisinage ; le cancer de l'utérus, du vagin, de la prostate, le cancer de l'intestin s'étendent souvent à la vessie et l'envahissent de proche en proche.

D'autres fois, c'est par *généralisation* d'une tumeur éloignée que des noyaux secondaires apparaissent dans la vessie. Dans un cas de Hénocque, un cancer de l'ovaire s'était généralisé à la plèvre, au péritoine et à la muqueuse vésicale. De même, Franck, Hillemand, Bouisson et Hallé, cités par Albarran, ont vu la formation de dépôts mélaniques secondaires dans la vessie, et ces faits sont d'autant plus curieux, que jamais on n'a observé la localisation primitive d'une tumeur mélanique sur la vessie.

Seules, les *tumeurs primitives* nous intéressent en ce moment.

Anatomie pathologique. — Une seule classification s'impose pour les tumeurs de la vessie, c'est celle qui est basée sur leurs caractères histologiques. L'observation, en effet, a montré que rien dans la forme extérieure de ces tumeurs n'est vraiment caractéristique ; la pédiculation, qu'on croyait le caractère propre du papillome, n'est pas spéciale à la tumeur bénigne : une tumeur pédiculée est quelquefois un cancer et peut toujours le devenir.

Il est donc nécessaire de dissocier, la forme de ces tumeurs de leur structure, leur conformation extérieure de leur histologie. Et, au point de vue purement anatomique, la classification proposée par Albarran, qui est basée exclusivement sur la structure de ces tumeurs, me paraît la seule rationnelle, et je l'adopte.

Dans la constitution de la vessie, trois éléments entrent en jeu ; un épithélium, du tissu conjonctif, du tissu musculaire. Chacun de ces tissus est susceptible de donner naissance à des néoplasmes, de nature et de genre très différents. Au point de vue histologique pur, il y a donc trois groupes de tumeurs à étudier : des tumeurs *épithéliales*, des tumeurs *conjonctives*, des tumeurs *musculaires*, dont la texture rappelle plus ou moins le tissu normal adulte ou embryonnaire. Il faut y joindre quelques tumeurs hétérotopiques, telles que les kystes dermoïdes, par exemple.

Les tumeurs d'origine épithéliale sont de beaucoup les plus fréquentes : elles constituent la grande majorité des tumeurs qu'on opère. Les tumeurs conjonctives sont plus rares, sauf chez l'enfant, où elles existent à peu près seules.

1° Tumeurs épithéliales.

a. Caractères macroscopiques. — Leur *siège* de prédilection est la zone inférieure de la vessie (Guyon) : elles affectionnent tout

particulièrement les faces latérales, le voisinage des orifices uretéraux. La paroi antérieure n'est que rarement atteinte, et le sommet ne l'est presque jamais.

Souvent les tumeurs sont multiples, dans un quart des cas, d'après Albarran : il en est ainsi souvent avec les tumeurs villeuses, auxquelles les Anglais ont donné le nom de « maladie villeuse ».

D'autres fois, les tumeurs multiples n'ont pas toutes les mêmes caractères : on trouve une tumeur sessile à côté de plusieurs qui sont pédiculées ; et ces tumeurs de forme différente ne répondent pas toujours au même type anatomique.

Leur aspect extérieur, leur configuration présentent encore de grandes variations ; elles sont cependant, plus que dans tout autre organe, papillaires, villeuses ou frangées à leur surface (fig. 49), et l'origine allantoïdienne de la vessie expliquerait cette tendance papillaire.

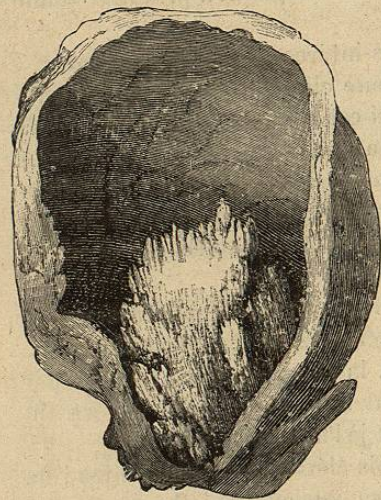


Fig. 49. — Papillome frangé ou « vil-
leux », d'après la pièce n° 2005 du
Musée du « Royal College of Sur-
geons ».

Ces irrégularités de la surface se manifestent de diverses façons ; tantôt ce sont de petits mamelons, comme ceux d'une framboise ou d'un chou-fleur ; tantôt ce sont des prolongements villeux, implantés comme les touffes d'une aigrette. Rarement la tumeur est lisse et régulière à sa surface ; Civiale, Horteloup, Albarran en ont cependant observé des exemples.

La couleur est gris rosé ; suivant l'état ou de congestion d'anémie du néoplasme, la teinte est plus sombre ou plus claire.

Plus importants sont les rapports qu'affecte la tumeur avec la paroi vésicale : à ce point de vue, on les divise en trois catégories : elles sont *pédiculées*, *sessiles*, ou *infiltrées*.

A. LES TUMEURS PÉDICULÉES ont pour caractère de s'implanter sur la paroi par l'intermédiaire d'une portion rétrécie qui lui sert de pédicule. Ce pédicule est cylindrique, lamelleux ou membrani-forme. Son épaisseur est en raison inverse de sa longueur. Quand il est très long, quand il dépasse 2 à 3 centimètres, il laisse à la tumeur une grande mobilité, et lui permet de se déplacer, de flotter dans le milieu vésical. Du côté de la tumeur, le pédicule se continue directement avec le néoplasme, qui semble être un bourgeonnement étalé de son extrémité ; du côté de la vessie le pédicule s'attache à la muqueuse par une base élargie, au niveau de laquelle il est diffi-

cile, à l'œil nu, de dire le point où commence la tumeur et où finit la muqueuse. Celle-ci, en effet, se laisse étirer, soulever de la couche musculaire ; cette laxité de la muqueuse est d'ailleurs très utile, elle permet, au cours d'une opération, de sectionner le pédicule relativement loin de son insertion, en plein tissu sain. Quelquefois, cependant, la muqueuse, au point d'implantation, a perdu sa mobilité, le pédicule ne se laisse pas étirer : c'est qu'il contient une plus grande quantité de tissu fibreux, et ce fait ne comporte pas toujours par lui-même un caractère de malignité.

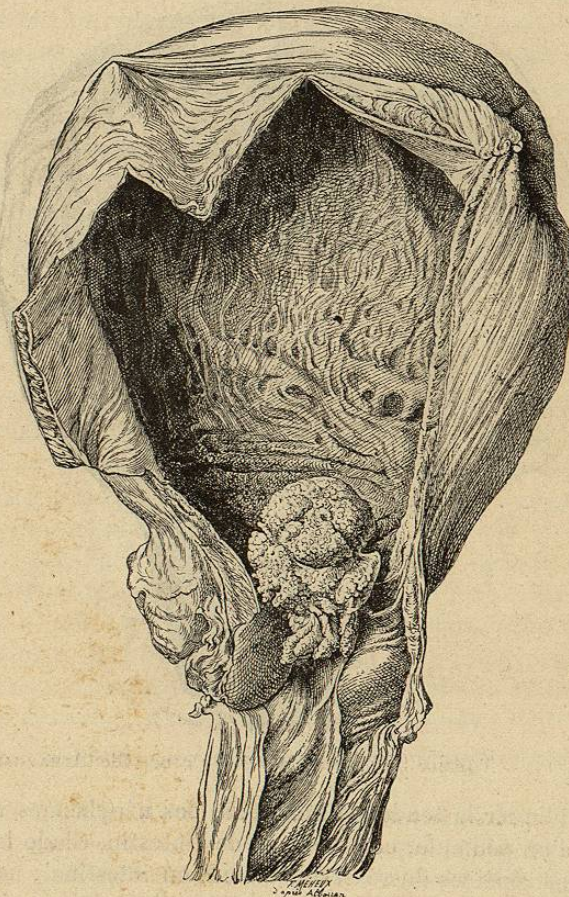


Fig. 50. — Papillome lobulé : tumeur épithéliale de type vésical adulte, forme glandulaire (ALBARRAN).

Ces tumeurs pédiculées sont en outre particulièrement friables, elles s'écrasent sous le doigt, se déchirent sous la pince avec une extrême facilité.

Ce sont celles que l'on observe le plus souvent : sur 78 tumeurs, il

est vrai, Albarran n'en trouve que 28 pédiculées. Mais il ne compte que les observations dans lesquelles la tumeur pédiculée existait seule et il est commun d'observer, à côté d'une tumeur sessile, plusieurs autres tumeurs nettement pédiculées.

Elles correspondent à ce qu'on a appelé le *papillome* de la vessie (fig. 50); cependant elles ne sont pas toujours, quoi qu'on ait dit, des tumeurs bénignes: sur vingt-huit tumeurs pédiculées examinées par Albarran, il y a treize tumeurs typiques, c'est-à-dire bénignes, et quinze épithéliomes atypiques, c'est-à-dire malins.

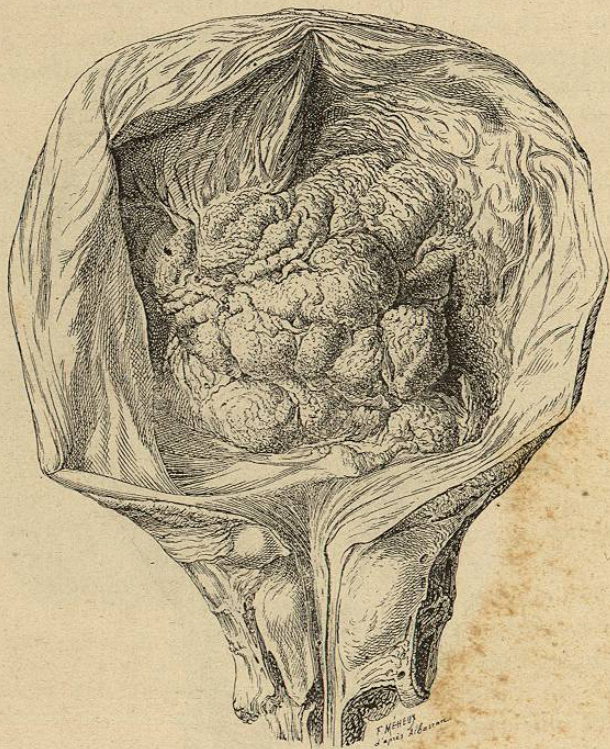


Fig. 51. — Tumeur infiltrée de la vessie: cancroïde (ALBARRAN).

Pour expliquer la tendance manifeste des néoplasmes vésicaux à se munir d'un pédicule, comme ceux de l'intestin, Clado invoque les contractions répétées du réservoir vésical ou intestinal; une tumeur d'abord développée dans la muqueuse si mobile de ces organes, est sans cesse « exprimée » en quelque sorte vers la cavité par la contraction de la paroi. La tumeur devient de plus en plus saillante à la surface de la paroi, et le courant de l'urine contribue encore à déplacer la tumeur, à la mobiliser, et à allonger par tiraillement son point d'implantation, son pédicule.

B. LES TUMEURS SESSILES s'implantent largement sur la paroi avec

laquelle elles font corps: elles sont encore mobiles sur le plan musculaire, on peut les soulever, mais c'est toute la masse qu'on soulève aux dépens de la muqueuse.

Ces tumeurs, plus rares que les autres, ont une surface irrégulière ou même villose: elles sont souvent, en même temps que sessiles, infiltrées dans la couche musculaire ou le deviennent.

C. LES TUMEURS INFILTRÉES (fig. 51) sont celles qui ont envahi une partie ou toute l'épaisseur de la paroi vésicale; un épaissement appréciable au toucher, une propagation reconnaissable à la coupe, caractérisent nettement cette infiltration dans la paroi. Mais d'autres fois, l'infiltration est purement histologique. Au-dessous de la tumeur, la paroi paraît saine à l'œil nu, alors que le microscope y révèle des traînées épithéliales diffuses. Ces infiltrations *larvées*, suivant l'expression de M. Guyon, sont très importantes à connaître pour l'interprétation des récidives qui suivent rapidement une ablation de néoplasme, qu'on avait crue très largement effectuée parce que la masse principale avait été enlevée.

Les tumeurs infiltrées sont toujours malignes; suivant qu'elles font ou non saillie dans la cavité vésicale, elles se présentent avec des caractères différents.

Les tumeurs *saillantes* dans la cavité vésicale se présentent sous forme de masses cérébriformes ou encéphaloïdes. Elles sont de consistance molle, de couleur rouge; le doigt, la curette les entament. Une fois détachées de la paroi, elles laissent à leur point d'implantation une surface rugueuse, inégale, d'où l'infiltration se propage et s'étend souvent jusqu' autour de la vessie. Histologiquement ce sont toujours des épithéliomes atypiques.

Les tumeurs infiltrées *ne faisant pas saillie* dans la cavité de la vessie méritent le nom de cancroïdales par leur ressemblance macroscopique avec les cancroïdes de la peau (Albarran). Elles apparaissent mamelonnées, bosselées, irrégulières, fronçant à leur niveau la muqueuse, ou encore sous la forme de tumeurs ulcérées à bords surélevés, à surface grenue, irrégulière. La vessie est toujours profondément infiltrée, et il existe à son pourtour des propagations néoplasiques.

b. **Propagation des néoplasmes épithéliaux.** — Plus rarement que les néoplasmes épithéliaux des autres organes, les tumeurs de la vessie se propagent aux organes voisins ou se généralisent. Sous ce rapport, les tumeurs pédiculées sont ordinairement les plus bénignes; elles ont presque toujours une évolution exclusivement intravésicale, et sont moins que les autres exposées aux propagations, à l'extension. Cependant, on les voit quelquefois récidiver après l'ablation, sous forme de tumeur sessile ou infiltrée: elles n'échappent pas à la loi commune de la propagation des tumeurs épithéliales.

La propagation se fait de proche en proche, par *continuité* ou par

greffe; ou elle se fait à distance par *voie lymphatique* ou *sanguine*.

1° LA PROPAGATION PAR GREFFE est très fréquente; on trouve souvent une tumeur de même nature développée sur un point de la vessie, qui était directement en contact avec le néoplasme primitif. Albarran, se fondant sur ces rapports de contiguïté, sur l'intégrité de l'épithélium dans l'intervalle qui sépare le pédicule de la tumeur principale de la surface de l'autre, admet que ce sont des greffes. Les petits papillomes que l'on voit souvent autour de la base des cancers seraient aussi pour lui des greffes épithéliales.

2° PAR CONTINUITÉ: la tumeur se propage aux conduits et aux organes voisins, à la prostate rarement, aux vésicules séminales, à la partie postérieure de l'urètre plus souvent, enfin exceptionnellement au vagin. Dans une observation de Adenot, la tumeur s'était propagée à toute la longueur de l'urètre jusqu'au méat; cette propagation avait suivi de près une urétrotomie interne, comme si le couteau avait disséminé sur son trajet la trainée épithéliale (1).

L'urètre reste le plus souvent indemne; dans un cas de Fenwick (2), le cancer, après avoir franchi les limites de la vessie, remontait le long de l'urètre, entourant le manchon comme d'un conduit.

Le péritoine, d'abord soulevé par le néoplasme, est bientôt englobé; des adhérences forment des loges, dans lesquelles la vessie peut s'ouvrir.

Par l'intermédiaire de ces adhérences, l'intestin finit par être envahi. Par ordre de fréquence, les segments de l'intestin le plus souvent lésés sont l'S iliaque, l'intestin grêle, le rectum, le cæcum; au bout d'un certain temps, ils communiquent avec la vessie.

Les os eux-mêmes sont quelquefois atteints: le pubis, la cavité cotyloïde étaient envahis sur deux malades de M. Guyon.

Enfin le *tissu cellulaire* du bassin est aussi envahi directement: la tumeur se propage le long des vaisseaux iliaques, pousse même des prolongements dans leur cavité, s'échappe par la grande échancrure sciatique; dans deux cas observés par Clado, l'envahissement s'effectua par la face antérieure de la vessie, gagna les fosses iliaques et vint faire saillie au pli de l'aîne.

Dans ces cas, les ganglions sont toujours envahis en même temps, et les lymphatiques ont un rôle important dans le mécanisme de cette propagation.

3° L'ENVAHISSEMENT GANGLIONNAIRE est relativement rare dans les tumeurs de la vessie; sans doute souvent, quand on se donne la peine de les chercher, on trouve les ganglions envahis. Albarran les chercha dans 17 cas, 11 fois il les trouva altérés. Mais cependant, après les extirpations de néoplasmes, la récurrence ne se fait presque

(1) ADENOT, D'une complication très rare des tumeurs de la vessie (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1895, p. 621).

(2) FENWICK, *The Lancet*, 1889, p. 1171.

jamais dans les ganglions; et les tumeurs de la vessie à ce point de vue se distinguent très nettement des néoplasmes des autres organes. Les adénopathies ne sont jamais précoces; elles ne sont que tardives, et supposent un envahissement déjà accentué en profondeur de la paroi vésicale; elles accompagnent les tumeurs à évolution « pariétale », elles font défaut avec les tumeurs à évolution « cavitaire ».

4° LES EXEMPLES DE GÉNÉRALISATION sont rares: Holmes (1) a vu une tumeur secondaire des méninges encéphaliques; Cruveilhier (2) a vu des noyaux secondaires dans le foie, et Choupe (3) dans le péritoine et la plèvre. Albarran a vu deux fois la généralisation au poumon, et même dans trois cas (Küster, Albarran) on a signalé des noyaux secondaires dans le rein.

Ces propagations néoplasiques sont en somme relativement rares ou tardives. Les tumeurs de la vessie restent plus longtemps que dans toute autre région indemnes de ces propagations lymphatiques, qui ailleurs sont la caractéristique précoce des néoplasies épithéliales. C'est que, malgré leur nature épithéliale, ces tumeurs restent longtemps régulières et typiques dans leur texture, bénignes dans leurs allures, jusqu'au jour où une transformation anatomique leur imprime une marche nouvelle et toute différente.

c. **Étude microscopique. Structure.** — Toutes ces tumeurs sont d'origine épithéliale; ce sont des épithéliomas. Suivant la texture et la disposition des épithéliums, la tumeur rappelle la forme régulière d'un tissu adulte ou embryonnaire, elle est dite *typique*; ou bien la disposition irrégulière de son tissu en fait un de ces épithéliomas *atypiques* qui sont du cancer, alors que les premières correspondent en général à une évolution bénigne.

Cette classification, proposée par Albarran, basée sur l'histogénèse de ces tumeurs, sur leurs relations avec l'état adulte ou embryonnaire de la vessie, mérite d'être conservée: c'est elle que nous adoptons dans cette description.

TUMEURS NÉES DE L'ÉPITHÉLIUM.	Groupe atavique.	Type allantoïdien (Papillome).
		Type de revêtement commun (Papillomes).
	Groupe vésical adulte.....	Type de revêtement à cellules claires (Papillome).
		Type glandulaire (Kystes, adénomes).
		1° Lobulé ou tubulé.
Groupe atypique, épithélioma....	2° Cylindrome.	
	3° Carcinoïde.	
	4° Réticulé.	
	5° Myo-épithéliome.	

1° GROUPE ATYPIQUE. — Ces tumeurs rappellent l'épithélium de l'allantoïde d'où la vessie provient, et constituent le groupe histolo-

(1) HOLMES, *Trans. of the Path. Soc. London*, 1853, p. 181.

(2) CRUVEILHIER, *Gaz. des hôp.*, 1844, p. 211.

(3) CHOUPE, *Bull. Soc. anat.*, 1872, p. 339.