

gique des tumeurs du type allantoïdien. Au-dessus d'un axe conjonctif revêtu d'un derme muqueux, est étalée une couche de cellules épithéliales stratifiées. Les cellules superficielles, c'est là la caractéristique de ces tumeurs, sont plus claires, nettement cylindriques, et présentent à leur extrémité terminale un plateau cuticulaire; leur extrémité profonde est plus ou moins allongée, et le noyau siège un peu au-dessous de la partie moyenne de la cellule. Albarran a observé deux fois ce genre de tumeurs.

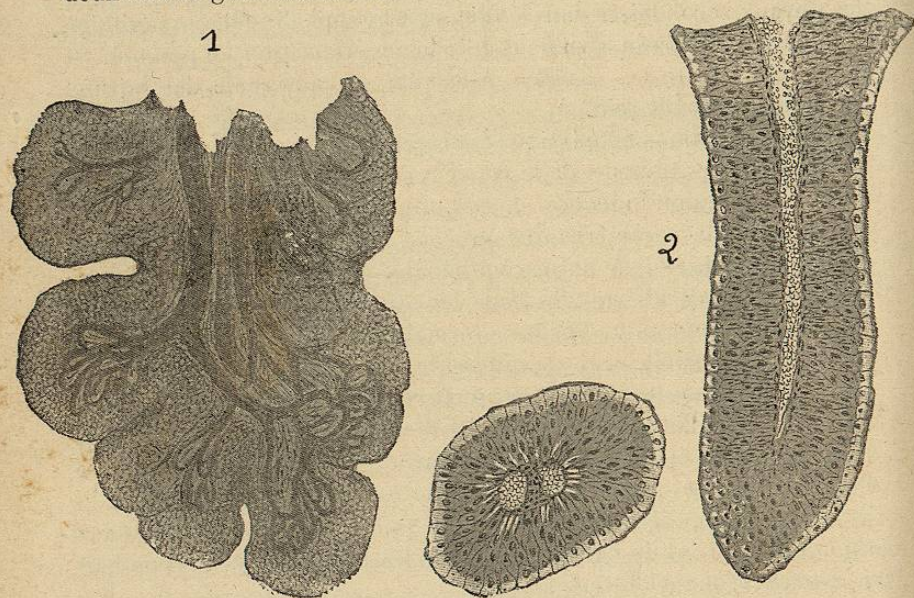


Fig. 52 et 53. — Fragments de tumeurs, examinés au microscope. — 1, fragment d'épithélioma papillaire typique (papillome montrant la riche vascularisation. Gross. 100 diam.). 2, deux franges de papillome, coupées l'une en long, l'autre en travers, montrant le revêtement épithélial typique les vaisseaux nucléaux accompagnés de cellules rondes et fusiformes de tissu conjonctif. Gross. 800 diam. (N. HALLÉ).

2° GROUPE VÉSICAL ADULTE. — Ici la tumeur représente le tissu normal de la vessie adulte plus ou moins différencié. Elle se présente sous l'aspect d'une *papille* ou sous l'aspect d'une *glande*. Le premier type correspond au papillome et rappelle plus ou moins les formations papillaires normales de la vessie, le second correspond à l'adénome et rappelle les glandes de la vessie d'où il dérive.

*a.* Les tumeurs du type *papillaire* constituent la grande majorité des tumeurs pédiculées, appelées polypes, papillomes. Elles sont constituées par un axe conjonctif et par une couche épithéliale (fig. 52 et 53).

L'axe est formé par du tissu conjonctif; des ramifications secondaires s'en détachent et donnent à la tumeur l'aspect papillaire qui lui est propre.

A sa base, on voit souvent quelques rares fibres lisses; celles-ci se

prolongent parfois jusque dans les papilles secondaires. On y voit aussi des vaisseaux artériels, qui parfois adoptent une disposition cavernueuse. Ces vaisseaux aboutissent à des capillaires qui se terminent en anse au sommet de chaque papille; dans les villosités les plus petites, le capillaire fait le centre, et l'épithélium repose non pas directement sur la paroi du capillaire, comme le soutient Rindfleisch, mais sur la substance amorphe qui entoure sa paroi (Albarran).

L'épithélium est formé de plusieurs couches de cellules cylindriques: les plus superficielles de ces cellules prennent la forme aplatie des cellules correspondantes de l'épithélium vésical.

Comment se forment les villosités qui hérissent souvent la surface de ces tumeurs? Doit-on, avec Billroth et Klebs, admettre que l'anse vasculaire se forme d'abord et que le tissu conjonctif paraît ensuite? ou avec Virchow reconnaître que la prolifération cellulaire est la première en date, et qu'à son début la villosité est avasculaire? Sur les villosités principales, on voit des villosités secondaires à différents stades de développement: les plus simples apparaissent comme de simples bourgeons formés d'une substance hyaline et sans éléments figurés. A leur niveau le capillaire central de la villosité-mère présente une dilatation fusiforme; plus tard le bourgeon s'allonge, et le capillaire pénètre dans son intérieur. C'est donc un bourgeonnement qui, dans cette néoformation, procède au développement des vaisseaux comme cela se voit chez l'embryon.

*b.* Les tumeurs du type *glandulaire* constituent le groupe des adénomes; elles prennent naissance dans les glandes qui existent non seulement autour du col de la vessie, mais aussi sur le bas-fond et sur la paroi antérieure.

La tumeur est constituée par des tubes glandulaires revêtus d'épithélium cylindrique. Ces tubes contiennent dans leur intérieur des débris cellulaires, et sont séparés les uns des autres par du tissu conjonctif, plus ou moins infiltré de leucocytes.

D'après quelques observations de Cahen, de Audry, de Rochet et Martel (1), la tumeur pourrait affecter aussi la forme diffuse: dans le cas de Cahen, la vessie était semée de petites végétations papillaires, dont les plus petites avaient la forme et la grosseur d'une tête d'épingle, donnant au toucher une surface veloutée.

3° GROUPE ATYPIQUE. — Toutes les tumeurs de ce groupe sont des tumeurs malignes, mais leur structure histologique n'est pas en rapport avec leur apparence microscopique: elles sont pédiculées, sessiles ou infiltrées, elles prennent l'apparence d'un papillome bénin ou du cancroïde ulcéré.

Elles présentent, au point de vue histologique pur, plusieurs types différents.

(1) ROCHET et MARTEL, L'adénome vésical (*Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1898, p. 337).

On observe surtout l'*épithélioma lobulé* ou *tubulé* : la première variété est plus fréquente, elle correspond à ce que l'on désigne sous le nom de *cancroïde*. Histologiquement la tumeur est constituée par

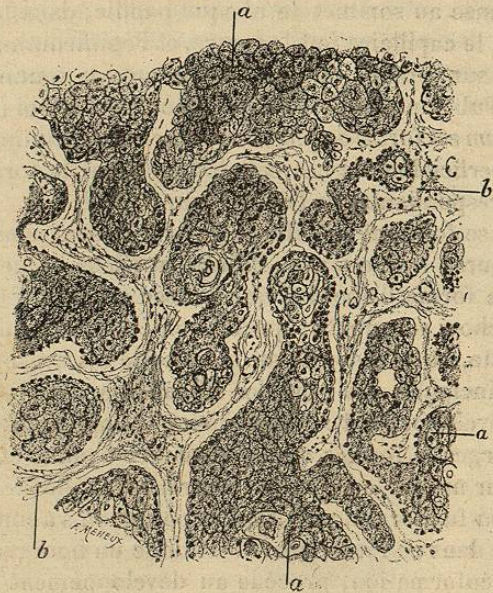


Fig. 54. — Cancroïde vésical (HALLÉ). — *a*, lobules épithéliaux avec globes épidermiques; *b*, stroma conjonctif.

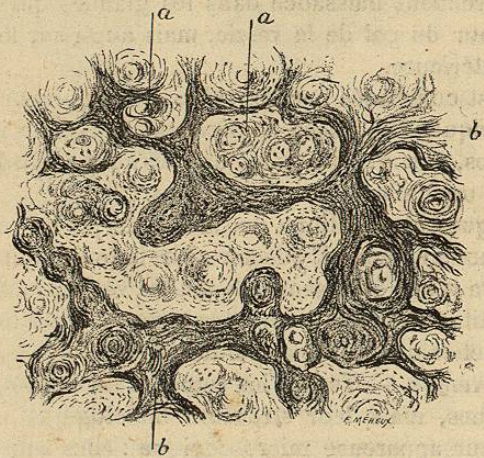


Fig. 55. — Fragment superficiel de la tumeur entièrement kératinisée (HALLÉ). — *a*, globes épidermiques confluent; *b*, travées de cellules plates, pas de stroma conjonctif.

la kératinisation des cellules épithéliales et la formation de globes épidermiques (fig. 54 et 55). Dans certaines tumeurs, la transformation épithéliale est si complète, que l'on ne voit plus que des globes épider-

miques en contact les uns avec les autres. Ces tumeurs sont rapidement ulcérées, toujours sessiles. Elles se développent toujours sur une vessie depuis longtemps malade et enflammée. La transformation de l'épithélium en épiderme corné est expliquée par Albarran par l'hétérotomie; Hallé (1), au contraire, a montré que cette transformation d'un épithélium endodermique en un épithélium ectodermique, pouvait être dans certains cas le résultat d'une inflammation banale, mais lente et chronique. La constatation, sur des vessies profondément altérées par l'inflammation, de plaques de leucoplasie, l'observation de quelques points de ces plaques en voie de dégénérescence, lui a permis de saisir les degrés de transition entre l'inflammation simple, la leucoplasie et le cancroïde (fig. 54 et 55).

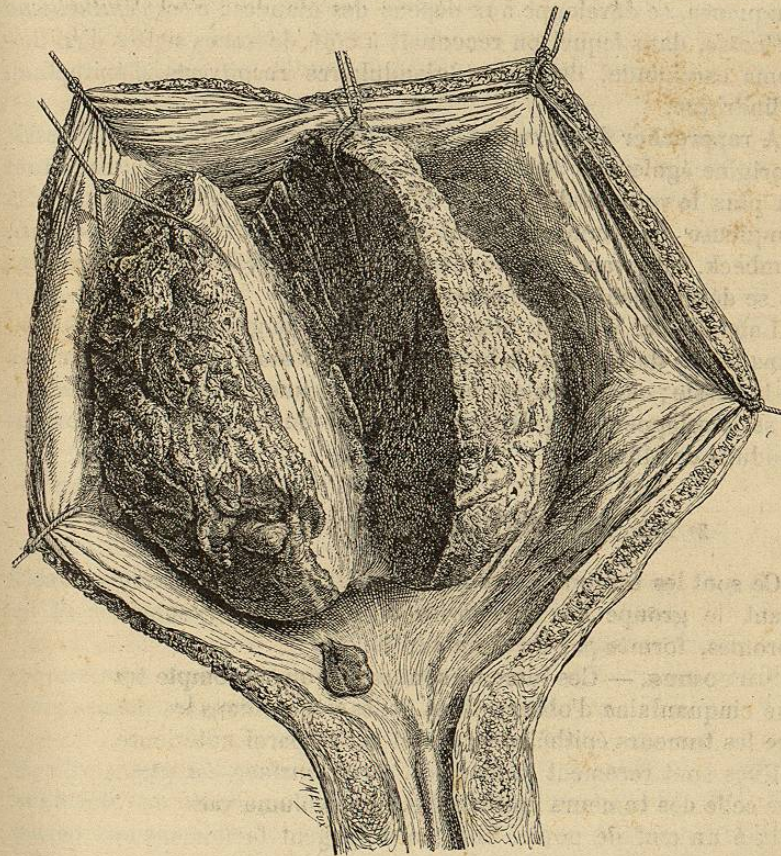


Fig. 56. — Tumeur énorme pédiculée. Épithélioma carcinoïde (ALBARRAN).

A côté de cette variété, on observe encore l'*épithélioma carcinoïde* (fig. 56), avec stroma conjonctif alvéolaire rappelant l'encéphaloïde;

(1) Noël HALLÉ, Leucoplasies et cancroïdes dans l'appareil urinaire (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1896, p. 481).

le *quirrhe*; le *cylindrome*, épithélioma alvéolaire avec envahissement myxomateux de Malassez est plus rare, de même que l'*épithélioma réticulé* dont Albarran rapporte trois observations; ce dernier est constitué par un très fin réticulum dans les mailles duquel se trouvent contenues les cellules épithéliales.

Virchow a décrit un *épithélioma à stroma musculaire* : il ne s'agissait peut-être que de la transformation secondaire d'un myôme; mais Albarran rapporte deux examens de tumeurs dans lesquelles le stroma était constitué par du tissu musculaire lisse, limitant les alvéoles cancéreux.

Enfin dans quelques cas, la prolifération épithéliale atypique qui produit la tumeur, au lieu de prendre naissance à la surface de la muqueuse, se développe aux dépens des glandes; c'est l'*épithélioma adénoïde*, dans lequel on reconnaît à côté de zones nettes d'épithélioma carcinoïde, des tubes glandulaires recouverts d'épithélium cylindrique.

A rapprocher des tumeurs épithéliales, sont les *kystes* de la vessie d'origine également épithéliale, petits et multiples, atteignant tout au plus le volume d'une tête d'épingle; on en voit souvent sur la muqueuse enflammée. Cornil et Ranvier, Silcock, Litten-Chiari, Limbeck, Albarran ont trouvé une couche épithéliale à leur surface; ils se développent aux dépens des glandes.

Laboulbène, Vincent, Segond ont décrit de grands *kystes séreux*; dans le cas de Segond, le kyste était inclus dans la paroi musculaire de la vessie; ces kystes ont probablement une origine extra-vésicale et se développent aux dépens des débris du corps de Wolf, ou des conduits de Müller.

#### 2° Tumeurs nées du tissu conjonctif et du tissu musculaire.

Ce sont les sarcomes, les myxomes et les fibro-myxomes, constituant le groupe des néoplasies ataviques, embryonnaires, et les fibromes, formés par du tissu adulte.

**Sarcomes.** — Ces tumeurs sont rares: on en compte tout au plus une cinquantaine d'observations. Elles siègent dans les mêmes zones que les tumeurs épithéliales, plutôt sur la paroi antérieure.

Elles sont rarement pédiculées. Leur surface est moins vilieuse que celle des tumeurs épithéliales. Leur volume varie de celui d'une noix à un œuf de poule. Elles se propagent facilement aux parties voisines, à la prostate, au vagin; Guyon a même vu la propagation ganglionnaire et la généralisation.

Aucun caractère macroscopique n'est spécial au sarcome; la tumeur peut ressembler à s'y méprendre à l'œil nu, à un épithélioma, et seul l'examen histologique est capable de trancher le diagnostic. La forme à petites cellules, le sarcome globo-cellulaire, est celle

qu'on observe le plus souvent; les autres variétés y sont plus rares.

Les sarcomes prennent naissance dans le tissu conjonctif sous-muqueux ou intermusculaire, ils soulèvent et repoussent la muqueuse, qui se recouvre souvent à ce niveau de papilles dans lesquelles se prolongent les cellules du sarcome.

**Myxomes.** — Bien décrits par Guyon et par Thompson, les myxomes se rapprochent beaucoup par leur configuration extérieure des polypes des fosses nasales. On les observe surtout chez l'enfant. Ce sont des tumeurs de couleur gris rosé, demi-transparentes, souvent multiples, toujours pédiculées; quelquefois plusieurs lobules réunis sur un pédicule donnent à la masse l'aspect d'une grappe de raisin. Histologiquement ce sont rarement des myxomes purs, mais presque toujours des myxosarcomes.

Les *fibromyxomes* sont rares. Schatz, Brennecke, Briquet, Albarran en ont rapporté des observations; les tumeurs étaient pédiculées, lisses, de consistance ferme. Une tumeur d'Albarran était énorme, elle avait le volume d'une tête de fœtus, et s'attachait à la paroi, au niveau du bas-fond, par un pédicule large à peine d'un centimètre.

**Fibromes.** — Souvent appelés « polypes », « fibro-papillome », les fibromes de la vessie sont absolument exceptionnels. Clado en réunit 25 observations: ordinairement uniques, de petites dimensions, du volume d'une noix, recouverts par la muqueuse dont le derme est confondu avec le stroma, les fibromes sont constitués par des faisceaux de tissu fibreux sans structure apparente, avec de rares cellules plasmatiques dans l'intervalle. On y voit encore, avec des vaisseaux peu nombreux, des fibres musculaires et des fibres élastiques. Audry (1) a observé un fibro-sarcome pédiculé: le tissu conjonctif y était prédominant, il y avait aussi quelques fibres musculaires; sur quelques points on voyait des éléments sarcomateux; en outre la tumeur était infiltrée de sels calcaires venus de l'urine infectée.

**Myomes.** — Terrier et Hartmann (2) ont rassemblé 16 cas de myomes de la vessie: comparables aux fibro-myomes utérins, ces tumeurs se développent dans l'épaisseur de la couche musculaire, et de là se développent dans la cavité vésicale ou en dehors de la vessie.

Ils siègent surtout dans la région inférieure de la vessie et peuvent acquérir un volume énorme; tantôt sessiles et tantôt pédiculés, ils sont encapsulés et facilement énucléables. La muqueuse qui les recouvre est normale, ou altérée, enflammée, ulcérée. Ce sont en général des myomes purs, formés de fibres lisses disposées en tourbillon, avec une faible épaisseur de tissu conjonctif entre les fais-

(1) AUDRY, Fibrosarcome calcifié de la vessie (*Gaz. hebdomadaire*, 1895, p. 595).

(2) TERRIER et HARTMANN, Des myomes de la vessie (*Revue de chirurgie*, 1895, p. 181).

ceaux. Dans un cas de Pilliet, la tumeur avait été envahie par un épithélioma parti de la muqueuse.

Signalons enfin deux cas d'*angiomes*, dont un fut opéré à Necker, en 1891, par M. Guyon; trois cas de *lipomes* (Sée, Barth, Robin) : ces tumeurs rares ne méritent pas une description plus étendue.

### 3° Tumeurs hétérotopiques.

Elles comprennent les tumeurs qui n'ont pas leur analogue dans la structure normale de la vessie : tels sont les kystes dermoïdes, les chondromes, les rhabdomyômes.

Indépendamment des tumeurs dermoïdes, paravésicales, quelques observations relatées par Hall, par Martini, montrent que la vessie peut encore être le siège de *kystes dermoïdes* développés dans sa paroi et faisant plus ou moins saillie dans sa cavité. Blich, Thompson, Bryant, ont rapporté des exemples de ces tumeurs, qui étaient pédiculées. L'ouverture du kyste dans la vessie détermine la pili-miction, dont la pathogénie préoccupa si longtemps les cliniciens jusqu'à Rayer. Ces kystes dermoïdes sont liés au développement de la vessie.

Le *chondrome* a été rencontré une seule fois par Ordonez (1) dans la vessie, et Vicenzi Livio a observé un *myôme* strié de la vessie.

Un dernier mot sur les *kystes hydatiques* de la vessie : Tillaux et Legrand (2) dans sa thèse les ont décrits. Aucune observation n'est probante ; ce sont presque toujours des kystes hydatiques périvésicaux, développés au-dessous du péritoine et en dehors de la vessie, comme le pensait Charcot (3), et les observations de Pise et de Le Sauvage ne sont pas elles-mêmes à l'abri de ces critiques. Ces tumeurs, dont j'ai observé plusieurs exemples, ont tendance à se mettre en contact avec la paroi antérieure de l'abdomen, en refoulant la vessie, dans laquelle elles peuvent s'ouvrir, ce qui a fait croire souvent à leur origine vésicale.

### 4° Transformations. — Lésions consécutives.

Les tumeurs de la vessie, comme celles des autres régions, peuvent subir la *dégénérescence graisseuse*, la *dégénérescence colloïde*, l'*incrustation calcaire*, dont Nicaise (4) rapportait récemment un bel exemple. Rochet (5) a rencontré plusieurs fois aussi ces incrustations cal-

(1) ORDONEZ, *Gaz. méd. de Paris*, 1856, p. 872.

(2) LEGRAND, Des kystes hydatiques de la vessie, thèse de Paris, 1890.

(3) CHARCOT, Sur les kystes hydatiques du petit bassin (*Soc. de biologie*, 1852).

(4) NICAISE, Pétrification d'une tumeur villeuse de la vessie (*Revue de chir.*, 1895, p. 241).

(5) ROCHET, De l'association des calculs avec les tumeurs de la vessie (*Arch. prov. de chir.*, 1894, p. 227).

caires des tumeurs ; elles sont le plus souvent dues à la cystite ; les sels se déposent sur les villosités de la tumeur comme les dépôts d'une source pétrifiante autour des filaments d'une mousse (Nicaise).

La transformation d'une tumeur bénigne en *tumeur maligne* est ici particulièrement fréquente ; la tumeur secondaire est alors du même type blastodermique que la tumeur primitive. Cette règle ne souffre pas d'exception, et si Virchow, Billroth ont vu des myômes se transformer en cancers, ce n'était qu'un envahissement secondaire par un épithélioma venu de la muqueuse.

Lorsque l'infection est établie dans la vessie, la tumeur en reçoit le contre-coup ; l'*inflammation* de la tumeur en est la conséquence ; c'est alors qu'on voit se déposer à la surface de ces tumeurs des dépôts calcaires qui quelquefois pénètrent, comme dans un fait de Audry, jusque dans les parties centrales de la tumeur.

La tumeur à son tour réagit sur l'appareil urinaire ; des lésions se développent sur ce dernier dont elle est la cause ou l'occasion ; celles-ci sont *mécaniques* ou *infectieuses*.

Du côté de la vessie, c'est d'abord la *réten-tion d'urine* par obstacle, l'*hypertrophie des parois* par sclérose, comme chez les prostatiques ; du côté du rein, c'est la *dilatation aseptique*, l'*hydronéphrose* par compression ou oblitération de l'orifice urétéral.

Les lésions *infectieuses* viennent un jour se surajouter aux précédentes : la *cystite* est fréquente, elle s'accompagne souvent de production de végétations papillaires d'ordre inflammatoire. La *péricystite scléreuse*, *lipomateuse* ou *suppurée* n'est pas rare.

Enfin, du côté des reins, l'infection ascendante détermine les lésions de l'*uretéropyérite*, de la *pyélonéphrite* mixte, dont l'étude a été faite plus haut (t. VIII).

**Étiologie.** — Les néoplasmes de la vessie sont loin d'être rares. Par rapport aux autres affections des voies urinaires, ils représenteraient une proportion de 3,2 p. 100 d'après Ullmann. A Necker, chaque année, dans la salle des hommes, on voit passer de 20 à 30 malades atteints de cette affection.

L'homme est plus souvent affecté que la femme ; mais, toutes proportions gardées, on voit plus souvent chez la femme les tumeurs conjonctives que chez l'homme.

Rares avant trente ans, on les voit surtout de cinquante à soixante ans ; dans l'enfance, c'est le sarcome, le myxome, ou le myxosarcome qu'on observe ; plus tard, les tumeurs épithéliales dominent sensiblement.

Quelle est la proportion des tumeurs bénignes ? Les avis sont partagés (1), parce que surtout les dénominations sont différentes. Guyon insiste beaucoup sur la rareté des tumeurs bénignes, et les

(1) CLADO, *loc. cit.*, p. 32.