

## CHAPITRE XIII

### TRAITEMENT DU CANCER DU REIN

PAR

A. CHANDELUX

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

#### I

##### Indications générales.

Sous le nom de cancer du rein on comprend en clinique toutes les tumeurs malignes de cet organe, c'est-à-dire toutes celles qui ont de la tendance à prendre une extension de plus en plus grande, à se propager aux parties voisines et à se généraliser dans d'autres organes plus ou moins éloignés. Cette dénomination générale s'appliquera donc aux différentes formes histologiques possédant les caractères de la malignité, c'est-à-dire qu'elle englobera les épithéliomes, les carcinomes, les sarcomes, les myxomes, etc., qu'il s'agisse d'ailleurs d'une tumeur appartenant exclusivement à l'une quelconque de ces variétés ou bien résultant, au contraire, de la combinaison de deux ou plusieurs d'entre elles. Dans ce dernier cas, il s'agit de tumeurs mixtes, dont le myxosarcome est un exemple.

Il est absolument indispensable, si l'on veut arriver à établir comment doit être dirigé le traitement d'une façon convenable dans une affection de ce genre, de rappeler son mode d'évolution, les symptômes par lesquels elle se traduit, les

signes permettant de la différencier d'autres maladies avec lesquelles on pourrait la confondre et d'examiner enfin quel pronostic elle comporte.

#### A. — FORMES CLINIQUES ET MARCHE DES DIVERSES VARIÉTÉS DE CANCER DU REIN

Tout d'abord, on doit distinguer deux sorte de cancer du rein : 1° le *cancer primitif*, presque toujours unilatéral; 2° le *cancer secondaire*, atteignant assez fréquemment les deux reins et s'y développant comme manifestation de généralisation d'un cancer dont le développement premier et le point de départ se trouvent dans d'autres organes ou tissus. Mais dans l'un comme dans l'autre cas la tumeur, en évoluant dans le rein, arrivera peu à peu à le détruire, soit en se développant d'emblée, pour ainsi dire, dans tout le parenchyme (tumeur par infiltration ou totale), soit en y apparaissant sous forme d'un îlot néoplasique unique ou, plus ordinairement, de nodules multiples séparés les uns des autres par des portions saines du rein qu'ils envahissent progressivement (tumeurs limitées ou partielles).

On sait que, d'une façon générale, les *sarcomes* et les *myxomes* ont leur point de départ dans l'atmosphère conjonctive du rein, tandis que les *épithéliomes* et les *carcinomes* ont une origine épithéliale et prennent naissance sur la paroi même des tubes urinifères. Quels que soient d'ailleurs la nature et le lieu d'origine de la tumeur, par le fait seul de son caractère de malignité, elle se substituera peu à peu au stroma de l'organe qu'elle détruira au fur et à mesure des progrès de son développement. L'organe ainsi altéré augmentera de volume; mais en même temps sa capsule propre s'épaissira et résistera, souvent pendant une longue période, au processus néoplasique destructeur. Par le fait d'une irritation de voisinage, la capsule adipeuse éprouvera fréquemment d'importantes modifications dans sa texture, lesquelles aboutiront à des formations conjonctives denses et résistantes,

pouvant donner lieu à de grandes difficultés pour énucléer le rein si l'on vient à pratiquer la néphrectomie et pouvant ainsi devenir le point de départ d'adhérences solides et étendues entre le rein et les gros vaisseaux (veine cave inférieure, aorte) situés au voisinage de son hile. On comprend aisément les dangers opératoires qu'une pareille disposition peut faire naître.

Lorsque la capsule propre du rein a été détruite en un point par le néoplasme, immédiatement on voit celui-ci prendre un accroissement extrêmement rapide et la tumeur augmenter brusquement de volume en quelques jours. La barrière qui jusque-là comprimait son essor étant désormais supprimée, ce néoplasme bourgeonne et végète avec une vigueur et une puissance nouvelles. Il peut atteindre l'intestin, l'envahir et le perforer en un point; d'où péritonite aiguë par perforation. Il peut s'étendre au foie ou aux divers autres organes situés dans son voisinage, comme il peut aussi (tout à fait exceptionnellement, il est vrai), se propager à la paroi abdominale, la détruire et venir apparaître à l'extérieur, sous forme de bourgeons ulcérés et sanieux.

La capsule propre, avons-nous dit, résiste pendant longtemps et la période durant laquelle la tumeur présente son développement intra-parenchymateux offre, à son tour, des particularités anatomo-pathologiques importantes à connaître. Fréquemment, le néoplasme pousse des prolongements sous forme de bourgeons vers la cavité du bassin et l'on voit ces bourgeons s'y développer et s'y multiplier à leur aise. Leur surface venant à s'ulcérer, on conçoit que des vaisseaux plus ou moins nombreux, plus ou moins importants puissent être ouverts et, dès lors, on s'explique les hématuries abondantes remarquables par leur spontanéité, leur durée, leur répétition, que l'on observe dans un peu plus de la moitié des cas et qui deviennent de plus en plus graves par la quantité de sang rendu avec les urines et par la fréquence de leurs retours à mesure que la tumeur augmente de volume. Même sans envahissement du bassin par les bourgeons néoplas-

siques on peut avoir des hématuries; mais il s'agit alors de véritables épistaxis rénales, peu abondantes en général, déterminées simplement par des phénomènes congestifs, survenant dans le parenchyme rénal sain sur les limites de la tumeur, par le fait de la compression qu'exerce parfois le néoplasme sur la veine rénale (d'où gêne de la circulation et hyperémie passive), ou bien, au contraire, liées simplement à l'hyperémie active qui se manifeste dans la zone d'envahissement.

Du côté des vaisseaux veineux du hile, d'autres modifications très importantes sont assez fréquemment observées. Les bourgeons de la tumeur peuvent venir faire saillie à l'intérieur de la veine, tantôt en refoulant la paroi du vaisseau et en restant, par conséquent, recouverts par l'endothélium, tantôt, au contraire, en détruisant la paroi et venant ainsi se mettre en contact direct avec le sang. Dans le premier cas, une thrombose latérale ou totale de la veine rénale peut résulter de l'effacement partiel de sa lumière sous l'influence du refoulement de ses parois par les bourgeons du néoplasme. Ce caillot une fois formé a de la tendance à se prolonger dans la veine cave inférieure et peut y devenir le point de départ d'une coagulation partielle latérale diminuant le calibre du vaisseau, sans y interrompre la circulation; ou bien il détermine une thrombose totale, avec arrêt complet de la circulation dans son intérieur, ayant pour conséquence une infiltration œdémateuse considérable de toutes les parties situées au-dessous du point où siège l'obstruction, mais avec possibilité du rétablissement de la circulation par les voies collatérales, c'est-à-dire par l'intermédiaire des veines de la paroi abdominale: veines épigastriques et mammaires internes dilatées, ainsi que le professeur Lépine en a publié un exemple<sup>1</sup>, le cours du sang se faisant alors en sens inverse dans les premières, c'est-à-dire de bas en haut. Qu'il s'agisse de thrombose partielle ou totale, à un moment donné un caillot peut se détacher, donnant lieu soit à une embolie mortelle, soit, s'il

1. LÉPINE. — *Lyon médical*, 13 octobre 1882.

est de petite dimension, à des noyaux d'infarctus pulmonaire.

D'autres fois, les bourgeons de la tumeur envahissent les parois des veines, en les dissociant et les détruisant, et viennent alors se mettre en contact direct avec le liquide sanguin. Dans de telles conditions, fréquemment de petites portions de ces bourgeons se fragmentent, s'effritent, puis sont entraînés par le courant sanguin et vont se fixer dans le poumon ou dans d'autres organes, où ils vont se développer ultérieurement sous forme de tumeurs secondaires de généralisation. Ordinairement, les sarcomes se généralisent de cette façon; car leur développement s'accompagne presque toujours de formations vasculaires, nombreuses et larges, avec des parois à peine ébauchées et réduites le plus souvent à une mince couche endothéliale (vaisseaux lacunaires). Une telle disposition favorise singulièrement, on le voit, la pénétration des bourgeons néoplasiques dans l'intérieur même des vaisseaux et le transport à distance de parcelles minimales de la tumeur se produit alors fréquemment.

Dans les épithéliomes et les carcinomes, au contraire, le tissu pathologique se développe surtout de façon à se mettre en rapport avec les espaces lymphatiques. Rarement, dans ce cas, les proliférations vasculaires sont importantes. Aussi voit-on la généralisation s'effectuer alors par la voie lymphatique. De bonne heure les ganglions du hile et de la chaîne lombaire sont envahis. La néphrectomie donne donc peu de chances d'une guérison durable, puisque la propagation ganglionnaire est déjà réalisée lorsque la dégénérescence du rein peut être reconnue avec quelque certitude et que, par conséquent, l'ablation de l'organe laissera toujours persister, dans son voisinage plus ou moins immédiat, des parties où la tumeur a envoyé des germes prêts à se développer dans la suite.

Rappelons que le cancer du rein s'observe surtout aux extrêmes de la vie : dans l'enfance et la vieillesse. L'âge adulte, l'adolescence, n'en présentent qu'un nombre bien plus restreint de cas, la prédisposition existant surtout, dans cette période, pour les suppurations ou les lésions tuberculeuses du

rein. Enfin, chez l'enfant, il s'agit presque toujours de sarcomes ou de myxomes à développement rapide, à généralisation viscérale ou splanchnique précoce, tandis que, chez le vieillard ou l'adulte, on a surtout affaire à des carcinomes ou des épithéliomes, dans lesquels l'infection ganglionnaire est la règle.

#### B. — SYMPTOMATOLOGIE DU CANCER RÉNAL

Parmi les symptômes appartenant au cancer du rein, il en est d'ordre fonctionnel et, parmi eux, nous devons citer la douleur et les hématuries.

1° Rien de plus variable que la *douleur*. Certaines tumeurs du rein évoluent et atteignent un développement considérable, sans donner lieu à autre chose qu'à une sensation de pesanteur ou de picotement au niveau du flanc, avec tiraillements se faisant sentir vers la région lombaire et la partie correspondante de la colonne vertébrale. Par contre, on voit des tumeurs de petite dimension être l'origine de douleurs presque continues, occupant le flanc et irradiant de là vers les lombes, ou bien se faisant sentir sur le trajet de l'uretère, jusqu'au testicule ou à la grande lèvre. D'autres fois, elles affectent l'allure des douleurs de sciatique ou de névralgie crurale et l'on constate nettement les points douloureux de Valleix existant dans ces affections.

Par moments, des *crises* surviennent; les malades marchent courbés en avant, poussent des gémissements et des plaintes, tandis que leurs traits contractés expriment une vive souffrance. Ces paroxysmes, parfois, sont sous la dépendance d'une obstruction momentanée de l'uretère par un caillot sanguin et revêtent les caractères de la colique néphrétique, c'est-à-dire s'accompagnent de nausées, de vomissements, d'envies fréquentes d'uriner avec expulsion de quelques gouttes d'urine seulement. Lorsqu'il en est ainsi, on les voit cesser brusquement et leur disparition coïncide avec l'émission d'une quantité assez considérable d'urine et l'expulsion d'un caillot

moulé sur l'uretère, dont l'arrêt momentané dans ce conduit avait été la cause déterminante de la rétention rénale et de l'accès néphrétique par lequel elle se traduit. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Parfois ces mêmes paroxysmes, même à un haut degré d'intensité, surviennent sans le moindre obstacle siégeant dans l'uretère. Très vraisemblablement, ils sont alors sous la dépendance de phénomènes congestifs se manifestant, soit sur les limites de la tumeur, soit même à distance de celle-ci, et donnant lieu à des phénomènes de compression ou d'étranglement des filets nerveux qui se distribuent dans l'organe.

2° Avec les *hématuries*, nous nous trouvons en présence d'un signe que la plupart des affections du rein peuvent présenter et qui s'observe également dans un grand nombre d'affections vésicales. Il importe donc, tout d'abord, en présence d'urines renfermant du sang, d'établir si ce sang a une origine vésicale ou rénale. Or, on peut dire que le sang fourni par le rein se mélange à la totalité des urines, c'est-à-dire qu'en faisant uriner le malade dans trois verres à pied d'égale dimension, la coloration du liquide sera la même dans le dernier verre que dans le premier. Lorsqu'il s'agit de sang émané de la vessie, la coloration augmente du premier au troisième verre et, dans celui-ci, le liquide offre une teinte beaucoup plus foncée en couleur. Enfin, dans les hématuries rénales, on constate souvent l'apparition de coliques néphrétiques concordant avec le brusque retour des urines à la limpidité; puis, de nouveau, l'urine redevient sanglante quand la colique cesse, et l'on peut souvent découvrir dans le liquide un caillot sanguin, moulé sur l'uretère, qui revêt alors un caractère pathognomonique et s'inscrit comme véritable signature anatomique sur le lieu d'origine de l'écoulement sanguin. Notons en dernier lieu que, lorsque le sang provient de la vessie, un lavage de la cavité vésicale étant fait avec la solution boriquée froide à 40 p. 1000, si l'on vient, après avoir évacué le liquide injecté, à promener sur les parois de la vessie, en exerçant un frottement un peu rude, l'extrémité de l'explorateur métallique au moyen duquel

la première injection a été poussée, on verra immédiatement sortir, fortement colorée par du sang, une nouvelle injection qu'on a soin d'y faire pénétrer. Le liquide de la seconde injection ressort, au contraire, presque sans coloration si l'hématurie a son point de départ dans le rein. Comme dernière ressource, l'examen cystoscopique montrerait, d'une façon certaine, si l'urine est colorée ou non par du sang au sortir de l'un ou de l'autre uretère et, du même coup, l'on apprendrait quel est le rein qui la fournit.

L'origine rénale du sang étant établie, il reste à savoir si le cancer du rein donne lieu à des hématuries ayant des caractères un peu spéciaux. A cet égard, on a reconnu qu'en pareil cas l'hématurie se manifestait en dehors de toute cause déterminante, en l'absence de tout choc, exercice violent, longue course ou travail pénible; qu'elle apparaissait brusquement et cessait de même; qu'elle était remarquable par sa répétition, sa durée, son abondance et sa fréquence. *Spontanéité, durée, abondance, répétition*, sont donc des signes importants; car nous verrons ultérieurement qu'ils font défaut ou sont profondément modifiés dans les autres affections des reins accompagnées d'hémorragie. L'hématurie, d'ailleurs, n'est pas un phénomène constant dans le cas de cancer du rein. Guillet<sup>1</sup> a montré qu'elle fait défaut dans près de la moitié des cas chez l'adulte et dans les deux tiers chez l'enfant.

Ajoutons, enfin, que la coloration noire de l'urine, signalée plus particulièrement par certains auteurs comme caractérisant les hématuries rénales d'origine veineuse et se rencontrant presque toujours dans le cas de tumeur maligne, n'a aucune importance. Cette coloration est en rapport avec une proportion considérable de sang mélangée à l'urine, mais ne peut renseigner, en aucune façon, sur son origine et la source d'où il provient; car on l'observe aussi bien dans les hématuries vésicales que dans celles où le sang est fourni par le rein.

1. GUILLET. — Des tumeurs malignes du rein. *Thèse de Paris*, 1888.

3° Des *symptômes locaux* révèlent, la plupart du temps, les néoplasmes du rein. Ils sont constitués par l'apparition d'une *tumeur* abdominale et par le développement d'un *varicocèle* symptomatique, sur la valeur duquel le professeur Guyon a appelé l'attention.

La tumeur ordinairement reste pendant longtemps peu développée et, durant toute cette période, la palpation profonde reste impuissante à la déceler; seul, le *ballotement rénal*, découvert par Guyon, permettra à ce moment de reconnaître l'augmentation de volume du rein. Ce ballotement s'obtient, on le sait, en faisant placer le malade dans le décubitus horizontal, les cuisses et les jambes allongées et tout le corps reposant inerte, sans la moindre contraction musculaire. Une main est alors appliquée verticalement, par la face palmaire, sur la paroi abdominale antéro-latérale, à partir du bord externe du muscle droit, dans la région de l'hypocondre; puis, deux doigts de l'autre main glissés en arrière au niveau de la région iliaque, dans le sinus costo-iliaque, impriment à cette région de petits soulèvements brusques et saccadés. Si le rein est augmenté de volume, il vient par sa face antérieure frapper contre la main appliquée sur l'abdomen, en donnant la sensation caractéristique du ballotement.

Plus tard, la tumeur augmente et son développement se fait en avant et en dedans pour le rein droit, surtout en haut pour le gauche. On peut alors, par la palpation combinée et profonde, apprécier sa forme, sa consistance, son volume approximatif; reconnaître la disposition de ses bords qui ressemblent mousses et convexes et ne se présentent point avec l'aspect anguleux et tranchant. On peut aussi se rendre compte de la mobilité de la tumeur dans les différents sens et il en résulte des indications sur l'existence ou l'absence probables d'adhérences aux organes voisins; puis, on distinguera parfois des parties fluctuantes, alternant avec d'autres portions de consistance ferme. Enfin, on verra aussi que cette tumeur, toute volumineuse qu'elle soit, pourra être refoulée dans la loge rénale si, dans les progrès de son développe-

ment, elle l'a abandonnée, et cette constatation sera précieuse; car elle pourra éclairer le diagnostic dans les cas difficiles. Fait à noter: jamais une tumeur néoplasique du rein ne présentera les brusques diminutions de volume que l'on observe dans les hydronéphroses intermittentes, à la suite de débâcle urinaire, ou dans les pyonéphroses, à la suite de pyurie.

Le *varicocèle* symptomatique n'a de valeur que lorsqu'il s'est récemment développé et qu'il n'en existait précédemment aucune trace. Il est déterminé par la compression qu'exerce une tumeur du rein, même de volume restreint parfois, sur la portion terminale des veines spermaticques. Sa présence, à droite surtout, mérite d'être prise en très sérieuse considération.

4° Les *phénomènes généraux* qui surviennent à l'occasion d'un néoplasme en cours d'évolution sont représentés par une *cachexie*, faisant chaque jour des progrès, cachexie déterminée, soit par des hématuries répétées et profuses, soit par la généralisation organique ou ganglionnaire du néoplasme. En dehors des périodes où les urines renferment du sang, elles sont presque toujours dépourvues d'albumine et de pus.

L'affection restant généralement unilatérale (dans le cas de tumeur primitive, tout au moins), et le second rein étant presque toujours sain, en l'absence de lésions vésicales ayant pu devenir le point de départ d'une pyélo-néphrite ascendante, la *fonction urinaire* s'accomplit, dans la plupart des cas, d'une façon très satisfaisante, et il est extrêmement rare de voir succomber le malade à des accidents urémiques. La mort est amenée, le plus souvent, par la cachexie progressive que les progrès de la tumeur maligne doivent nécessairement entraîner. Mais on la voit survenir aussi, soit brusquement par embolie, soit par propagation du néoplasme à l'intestin, déterminant une occlusion intestinale ou une péritonite par perforation.

## C. — PRONOSTIC ET DIAGNOSTIC DU CANCER DU REIN

La nature maligne d'une tumeur du rein ne peut permettre, d'après le sens même attribué en clinique au terme malignité, d'espérer la guérison, et l'on doit considérer les malades porteurs d'un néoplasme du rein comme voués à une mort certaine. Mais il ne faut pas oublier que, parmi tous les cancers, quel que soit leur siège, le cancer du rein est un de ceux qui permettent la survie la plus longue, et l'on peut estimer en moyenne à trois ans et demi chez l'adulte la période de temps qui s'écoulera entre le moment où la tumeur du rein a été reconnue et celui où se produira la mort. Chez l'enfant, la durée totale de l'évolution est trois fois moindre. Nous verrons, à propos du traitement, combien sont importantes ces notions fournies par les statistiques.

1° *Diagnostic du siège de la tumeur.* — En présence d'une tumeur abdominale pouvant être soupçonnée avoir son point de départ dans le rein, il faut arriver à préciser cette origine, d'après les caractères de la tumeur et d'après les signes fonctionnels dont elle s'accompagne. Nous avons vu que le néoplasme du rein, en se développant, détermine l'apparition d'une tumeur offrant généralement en dehors un bord mousse, à direction plus ou moins verticale. Si donc on trouve, dans le côté droit de l'abdomen, une tumeur à bord tranchant dirigé dans le sens transversal, on devra supposer qu'elle appartient au foie, tandis que, si elle siège à gauche et présente un bord vertical tranchant, avec une ou plusieurs incisures, on devra considérer qu'elle a eu la rate comme point de départ.

Ces notions seront d'ailleurs contrôlées par l'examen de la *mobilité* et du *déplacement*, déplacement sous l'influence des mouvements respiratoires; car on sait que toute tumeur appartenant au foie ou à la rate s'abaisse fortement pendant l'inspiration, tandis que ce même abaissement est très peu marqué lorsque le rein est en cause et que ses moyens de fixité n'ont pas été entièrement compromis (rein mobile ou flot-

tant). Enfin, à droite, la tumeur du rein, mate sur presque toute sa surface, est séparée de la matité hépatique par une zone de sonorité due à la présence du côlon transverse, tandis qu'à gauche, si l'on trouve en arrière de la matité, dans le flanc, une zone de sonorité verticale produite par la présence du côlon descendant, on doit admettre qu'il s'agit d'une tumeur développée, non point dans le rein, mais bien dans la rate.

Malgré ces différents signes, malgré la possibilité de refouler dans la loge rénale et de ramener au contact de la région lombaire une tumeur rénale qui s'en est éloignée, il est des cas où tout concourt à égarer le diagnostic. Je dois, à cet égard, citer un exemple particulièrement instructif qu'il m'a été donné d'observer. Une dame de cinquante ans se plaignait depuis quelques mois d'avoir vu apparaître dans le flanc droit une tumeur qui, dès le début, avait déterminé d'assez vives douleurs et s'était accompagnée de phénomènes dyspeptiques très marqués. En raison d'une syphilis antérieure, l'iodure de potassium avait été administré à doses élevées sans aucun résultat. Jamais on n'avait observé d'hématurie et la malade n'urinait pas plus souvent qu'à l'état normal.

La tumeur était assez grosse, globuleuse, dépassant le volume d'une tête de fœtus à terme, de consistance uniforme, à surface lisse. Une zone de *sonorité transversale* des plus nettes séparait sa matité de celle du foie. Elle était très mobile dans tous les sens, s'abaissait assez fortement pendant les mouvements inspiratoires, mais pouvait être refoulée du côté de la loge rénale et donnait, lorsqu'on l'y avait propulsée, la sensation caractéristique du ballotement rénal. Malgré le déplacement très marqué de haut en bas pendant l'inspiration, on supposa qu'il s'agissait d'un néoplasme développé dans un rein droit mobile, la zone de sonorité transversale semblant être un signe suffisant pour éliminer une tumeur d'origine hépatique. Toutefois, quelques réserves furent faites et l'on eut soin notamment de prévenir la malade que la laparotomie, désirée par elle et acceptée sans la moindre hésitation, reste-