

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-

rait peut-être simplement exploratrice. Ces réserves étaient prudentes. L'incision faite sur le bord externe du grand droit antérieur de l'abdomen conduisit rapidement sur une tumeur intra-péritonéale, d'aspect rougeâtre, se reliant à la face inférieure du foie par une portion plus étroite, pédiculée, au devant de laquelle passait librement le côlon transverse qui se trouvait ainsi interposé au foie et au lobe principal de la tumeur, laquelle, dans son ensemble, avait l'aspect en battant de cloche. Lorsque de telles conditions se trouvent réalisées, il devient impossible de reconnaître et de localiser exactement l'affection; seule, la laparotomie permet de vérifier dans quel organe elle a pris naissance.

Nous venons de parler de la zone de sonorité transversale située au-dessus des tumeurs du rein droit et séparant leur matité de la matité fournie par le foie. On trouve souvent aussi une zone de sonorité étroite, rubanaire, passant obliquement en écharpe sur la partie inférieure de la surface mate fournie par la tumeur du rein droit. Elle est déterminée par le côlon ascendant. A gauche, au contraire, elle descendra verticalement sur la portion antérieure mate de la tumeur qu'elle partagera en deux parties à peu près égales et sera due à la présence du côlon descendant.

Dans les *tumeurs du mésentère*, qui sont très mobiles, à siège surtout médian, et se déplacent dans tous les sens comme si elles ne tenaient à aucun organe (Panas), on pourrait parfois croire à un néoplasme né sur un rein flottant. Mais ces tumeurs présentent à leur surface une matité en damier, c'est-à-dire une alternance de zones mates et sonores, ces dernières étant fournies par les anses de l'intestin grêle qui recouvrent la tumeur en avant, par suite de son développement à l'intérieur du feuillet mésentérique, tandis que, dans la tumeur du rein, on trouve simplement la bande de sonorité des côlons.

Toutes les *tumeurs du petit bassin* se reconnaîtront par leur développement se faisant de bas en haut, en sens inverse de celui que l'on observe pour le rein, puis par le volume et

la fluctuation, quand il s'agit de tumeurs kystiques de l'ovaire, par les pertes sanguines et la transmission au col utérin des mouvements imprimés à la tumeur, quand on a affaire à des *tumeurs fibreuses de l'utérus*.

Enfin on devra se rappeler que les *tumeurs de l'épiploon*, très mobiles, sont généralement multiples, apparaissent dans la zone périombilicale et nullement dans le flanc, et sont uniformément mates à leur surface, aucune anse intestinale ne pouvant se trouver au-devant d'elles.

2° *Diagnostic de la nature de la tumeur.* — Avec ces données, on pourra dans la plupart des cas établir qu'une tumeur s'est développée aux dépens du rein, mais il faut maintenant arriver à en reconnaître la nature et voir si bien réellement elle appartient à la catégorie des cancers. Tout d'abord, la palpation profonde permet souvent d'apprécier s'il existe de la fluctuation. Au besoin, on arriverait à trancher la question par une ponction exploratrice, offrant ici peu de danger, puisque le trajet de l'aiguille reste extrapéritonéal. D'ailleurs, la notion que la tumeur n'a jamais présenté de brusque diminution de volume à la suite d'une débâcle urinaire ou purulente; qu'elle n'a jamais été précédée d'une période où l'on a constaté la présence du pus dans les urines; qu'elle ne s'est pas accompagnée de phénomènes fébriles, cette notion, disons-nous, est absolument contraire à l'idée d'une *hydronéphrose* ou d'une *lésion inflammatoire* avec collection purulente et doit faire pencher plutôt en faveur d'un néoplasme.

Ajoutons encore que les hydronéphroses fermées et les *kystes hydatiques* du rein sont précisément les collections liquides où la fluctuation se reconnaîtra le plus facilement, en raison du peu d'épaisseur de la poche, de telle sorte qu'on pourra ainsi les différencier aisément d'une tumeur néoplasique du rein, souvent sans être obligé de recourir à la ponction exploratrice, malgré les quelques analogies qu'elles ont pu présenter avec cette dernière dans leur développement, telles, par exemple, que l'apyrexie, l'absence de pus dans les urines

et de toute diminution brusque et temporaire de leur volume.

Les *calculs du rein* ou du *bassin*, la *tuberculose* peuvent amener l'apparition d'une tumeur offrant parfois des signes objectifs assez semblables à ceux du néoplasme. Mais on devra se rappeler, d'une part, que dans les calculs du rein le malade accuse généralement l'existence de coliques néphrétiques antérieures et que les hématuries se montrent à la suite d'un exercice violent, d'une fatigue, d'une course à cheval ou en voiture, tandis que, dans le néoplasme, ces hématuries sont spontanées, sans cause déterminante appréciable, et, d'autre part, que la tuberculose rénale se traduit par la présence d'une petite quantité d'albumine dans les urines qui restent claires, limpides et acides pendant fort longtemps, et que les hématuries en pareil cas sont presque toujours peu abondantes. Enfin, la tuberculose rénale apparaît de préférence dans l'adolescence, c'est-à-dire à l'âge où les néoplasmes du rein sont surtout rares, et elle se développe chez les individus offrant une tare tuberculeuse héréditaire ou acquise et présentant parfois d'autres lésions tuberculeuses dans le poumon ou les organes génitaux, principalement le testicule. En dernier lieu, un signe pathognomonique de cette affection est fourni par la présence du bacille de Koch dans les urines ou par les inoculations faites au cobaye avec le liquide urinaire, inoculations suivies d'un résultat positif dans les poumons ou ailleurs.

Nous croyons inutile de signaler les hématuries névropathiques ou les néphralgies hématuriques, l'absence de toute tumeur ne permettant pas de supposer que l'hématurie est symptomatique d'un néoplasme rénal.

II

Traitement du cancer du rein.

Par ce qui précède, nous avons appris à connaître sommairement les différentes formes de cancers du rein, les symp-

tômes par lesquels elles se manifestent, les signes qui permettent de les séparer d'autres affections de cet organe. Maintenant, nous sommes en mesure d'aborder le traitement de cette grave maladie et d'examiner les ressources que peut offrir contre elle la chirurgie.

1° *Traitement chirurgical.* — Qui dit cancer dit affection incurable, devant fatalement amener la mort dans un délai plus ou moins rapproché, lorsque la lésion est abandonnée à son évolution naturelle. Aussi semble-t-il, de prime abord, qu'aussitôt la dégénérescence néoplasique reconnue, un seul traitement lui soit applicable : l'ablation de l'organe, la *néphrectomie*. Ainsi comprise, la thérapeutique serait grandement simplifiée, la même intervention devant convenir pour tous les cas. Mais il n'en va pas tout à fait ainsi; car la néphrectomie est, il ne faut pas l'oublier, une opération grave, lorsqu'elle est pratiquée pour des cancers du rein. La mortalité atteint alors le chiffre très élevé de 60 à 65 p. 100. En outre, le succès opératoire obtenu, les récidives sont très fréquentes et l'on connaît seulement un petit nombre de cas où les malades, revus deux ou trois années après l'extirpation du rein, étaient encore en bonne santé et n'offraient aucun signe de récidive.

Par contre, on admet que la survie moyenne est d'environ trois années chez les adultes, à partir du moment où le néoplasme a été constaté jusqu'au jour où il détermine la mort par les progrès de son développement. Si donc on venait à dresser, d'après un assez grand nombre de cas, ce que j'appellerai le *bilan vital*, c'est-à-dire le nombre de jours de survie des malades à partir de la constatation du néoplasme, aussi bien chez les néphrectomisés que chez les autres, et que l'on vint à diviser ce nombre, d'une part, par celui des malades chez lesquels on n'est pas intervenu et, d'autre part, par celui des malades ayant subi la néphrectomie, on obtiendrait ainsi un *coefficient de survie* probablement en faveur de l'abstention. Tout au moins cela paraît ressortir de l'examen des observations qui ont été publiées, mais il faudrait un contrôle

sérieux, reposant sur des faits plus nombreux encore, pour permettre d'établir si bien réellement il en est ainsi. La question se trouverait alors définitivement résolue en faveur de la non-intervention. En l'absence de documents assez précis, on doit encore provisoirement rester dans l'incertitude; mais il est possible, néanmoins, de formuler certaines règles d'après les opinions le plus généralement acceptées.

En principe, chez le vieillard et chez l'enfant au-dessous de huit ans, on s'abstiendra de toute intervention, en raison de la gravité redoutable de la néphrectomie aux âges extrêmes de la vie.

Chez l'adulte, on s'abstiendra nécessairement, s'il s'agit d'un cancer secondaire du rein, ou bien si la lésion est bilatérale, et l'on refusera également d'intervenir si le néoplasme ayant débuté par le rein s'accompagne, au moment où l'on examine le malade, de signes de généralisation ganglionnaire ou viscérale. Or, presque toujours, on a affaire à cette période de la vie à des épithéliomes ou à des carcinomes généralement propagés aux ganglions du hile ou de la chaîne lombaire, lorsque la tumeur rénale est devenue nettement appréciable, tandis que le sarcome, forme rare à cet âge, impossible à diagnostiquer avec certitude, ne présente que tardivement les phénomènes de généralisation et donnerait, par l'ablation de l'organe malade, des succès durables, peut-être définitifs. N'étaient les dangers de l'opération, dans le doute il ne faudrait point s'abstenir et l'on devrait, sans hésitation, appliquer la néphrectomie à tous les cas indistinctement, le malade devant en retirer un bénéfice si par hasard il s'agissait exceptionnellement d'un sarcome. Mais la mortalité opératoire si élevée donne à réfléchir. Faire courir à un malade des risques tels que, dans les deux tiers des cas, la mort arrive en peu de jours, sans que l'on puisse la plupart du temps espérer pour les survivants une guérison sans récurrence, c'est évidemment là une considération peu encourageante pour le chirurgien, et l'on comprend que bien souvent on doive rester inactif. Cependant, la non-intervention ne peut pas être non

plus érigée en principe. Dès que l'on a quelque raison de supposer que la tumeur est un sarcome, il faut immédiatement conseiller la néphrectomie et la pratiquer, dès qu'elle est acceptée par le malade. Il en est encore de même, lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur peu développée, de début relativement récent, pouvant par conséquent, quelle que soit sa nature, n'avoir point eu jusque-là de retentissement sur les ganglions du voisinage. Puis enfin, quand un cancer du rein menace prochainement la vie par l'abondance des hémorragies qu'il provoque ou bien lorsqu'il rend l'existence insupportable par l'intensité des douleurs dont il est l'origine, alors le chirurgien doit s'armer du bistouri et supprimer l'organe malade, allant ainsi au plus pressé, de façon à combattre un danger immédiat ou très prochain pour le moins.

En tout ceci, on le voit, la conduite à suivre est une question d'appréciation et de mesure. A côté des cas bien nets auxquels nous avons fait allusion, pour lesquels l'abstention doit être érigée en principe, il en est quelques-uns, au contraire, où il faut recourir à la néphrectomie; puis il en est un certain nombre d'autres, intermédiaires, où l'on peut discuter les avantages ou les inconvénients d'une intervention et se résoudre ou non à la pratiquer, suivant les conditions particulières dans lesquelles chaque cas particulier se présente, aussi suivant le désir et les intentions du malade.

Lorsque la néphrectomie est jugée nécessaire ou simplement utile, à quel procédé devra-t-on avoir recours? La règle absolue, dans le cas de néoplasme, c'est d'enlever toutes les portions de l'organe malade et de ne rien laisser au fond de la plaie, qui puisse devenir le point de départ d'une récurrence.

La *néphrectomie sous-capsulaire d'Ollier*, utile dans certains cas de tuberculose ou de suppuration rénale avec périnéphrite et adhérences, ne saurait ici être mise en pratique. Il faut, de toute nécessité, enlever la capsule propre en même temps que le rein. La voie lombaire est peu avantageuse, en raison du peu d'espace où l'on doit manœuvrer et du volume

de l'organe qui doit être enlevé. Même avec la résection sous-périostée des douzième et onzième côtes, on éprouve beaucoup de peine à extraire la tumeur et à aborder le pédicule. Nous croyons donc que l'on doit adopter la méthode transpéritonéale et inciser, suivant le procédé de Langenbach, sur le bord externe du muscle droit de l'abdomen. Une fois parvenu dans la cavité abdominale, on sectionne verticalement le feuillet péritonéal pariétal postérieur recouvrant la tumeur, en dehors du côlon, de façon à éviter les artères coliques. On décolle alors cette lame péritonéale, d'abord sur la partie externe, puis sur la partie interne de la face antérieure de la tumeur, et l'on atteint bientôt le pédicule que l'on étreint dans une ligature avec un fil de soie ou un fort catgut n° 4. Au besoin, si le passage du fil offre des difficultés trop grandes, on se contente de serrer le pédicule dans une pince à pression un peu forte, qu'on aura soin de laisser en place pendant deux jours. Le pédicule est alors sectionné à une certaine distance du point où les vaisseaux sont saisis par la pince ou liés au moyen du fil, et l'énucléation se poursuit alors assez facilement dans presque tous les cas. Un coup de ciseau sur l'uretère termine l'opération. Celle-ci achevée, il n'est pas utile de cautériser l'extrémité sectionnée de l'uretère et de la fixer à la paroi abdominale ou, au moyen d'une contre-ouverture, à la région lombaire, puisque ce conduit n'est pas infecté. Cette précaution serait prise dans le cas seulement où il existerait de la pyélo-néphrite. Puis, on doit se comporter de deux façons différentes. Si l'on a laissé une pince à demeure ou un tamponnement à la gaze iodoformée, ou bien si l'on craint une hémorragie secondaire, il faut, comme l'a conseillé Terrier, suturer de chaque côté le bord de l'incision du feuillet pariétal péritonéal postérieur au bord correspondant de l'incision du feuillet pariétal péritonéal antérieur. La cavité péritonéale se trouve ainsi complètement isolée et l'on a un trajet extra-péritonéal, conduisant de l'ouverture abdominale au pédicule du rein et à la fosse lombaire. Lorsque au contraire aucun tamponnement ou mise en place d'une pince à demeure

n'a été nécessaire, on peut, comme le recommande Spencer Wells, pratiquer une contre-ouverture à la région lombaire, par laquelle viendra sortir le fil à ligature du pédicule. Un drain pourra même y être placé. Puis, on suture l'une à l'autre les deux lèvres de l'incision du feuillet pariétal péritonéal postérieur et la cavité péritonéale se trouve ainsi complètement fermée en arrière. En avant, trois plans de suture réunissent successivement le péritoine, l'aponévrose, la peau, et assurent une union solide propre à éviter une éventration ultérieure. En cas de choc opératoire, on réchauffe le malade par des frictions, des boissons chaudes et, au besoin, on emploie les piqûres d'éther.

2° *Traitement médical.* — Pour les cas où l'abstention a été décidée, le traitement devient exclusivement médical. On doit alors conseiller l'usage du *phosphore de zinc*, en granules, à la dose de 12 ou 15 milligrammes par jour; puis de la *liqueur de Fowler*, prise au commencement des deux principaux repas, depuis dix gouttes par jour jusqu'à seize ou dix-huit gouttes, moitié le matin, moitié le soir, suivant la tolérance du malade. Cette médication peut avoir une certaine efficacité s'il s'agit, par exemple, d'un lymphadénome du rein.

Contre les *hématuries*, on prescrira des pilules renfermant dix centigrammes d'*ergotine* et autant de *tannin*, dont on fera prendre deux le matin et deux le soir. Leur usage pourra être continué pendant fort longtemps, sans que l'on ait à craindre des accidents d'ergotisme; j'ai pu moi-même, pour d'autres affections, y soumettre les malades d'une façon absolument continue pendant deux et même trois années, sans avoir eu à constater des phénomènes d'intolérance stomacale ou de gangrène des membres. On pourra aussi administrer la solution normale de *perchlorure de fer*, dont on fera prendre six gouttes le matin et six gouttes le soir dans un peu d'eau sucrée, loin des repas. Enfin, dans les hématuries abondantes et graves, on recommandera tout d'abord le *séjour au lit* et l'immobilité dans le *décubitus horizontal*, et l'on appliquera en perma-

nence une *vessie de glace* au niveau du flanc correspondant au rein malade.

Les *douleurs* doivent être combattues par les injections de *morphine*, renouvelées aussi souvent qu'il sera nécessaire. Il importe, en effet, de donner au malade le calme et de supprimer ses souffrances, cause puissante d'affaiblissement rapide par les insomnies qu'elles déterminent.

En réglant ainsi sa conduite, on se conformera à ce vieux principe : soulager toujours quand on ne peut guérir.

CHAPITRE XIV

TRAITEMENT DE L'URÉMIE

PAR

J. RENAUT

Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

I

Considérations générales sur l'urémie.

Dans l'état actuel de la science, on doit désigner sous le nom d'urémie l'intoxication qui résulte de l'insuffisance de la dépuratation rénale tombée au-dessous du taux tolérable. On a cru longtemps, avec Wilson, que l'urémie consistait purement et simplement dans la non-élimination de l'urée, résultat ultime des modifications éprouvées au sein de l'organisme par la portion assimilable et assimilée des ingesta azotés.

Cette manière de voir a pris naissance de ce fait d'ailleurs certain que, lorsque la perméabilité du rein se trouve diminuée, en règle on voit baisser le taux de l'urée. De même lorsque, pour une cause quelconque, le rein demeure quelque temps imperméable, puis qu'à un moment donné sa perméabilité lui est restituée, on peut voir d'énormes quantités d'urée s'éliminer, même pendant une période de diète, par les urines redevenues abondantes. C'est bien là une preuve que l'urée peut être retenue et s'emmagasiner dans les tissus. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Chez nombre de malades réalisant