

X

NÉOPLASMES DU REIN

I. TUMEURS BÉNIGNES

Elles sont rares et peu communes, les tumeurs du rein en dehors du cancer; les néoplasmes bénins ne sont le plus souvent que des trouvailles d'autopsie, et on compte encore de nos jours les quelques exemples de tumeurs bénignes opérées par la néphrectomie. L'évolution latente et insidieuse de ces tumeurs, leur faible réaction sur l'appareil urinaire, l'absence de douleurs et d'hématurie expliquent comment elles restent longtemps inaperçues: d'autre part, le gros volume qu'elles acquièrent parfois les a fait confondre presque toujours avec des tumeurs de l'ovaire, avec des kystes hydatiques ou d'autres tumeurs abdominales.

Aussi les opérations ne sont-elles pas nombreuses. Langenbuch¹, Bruntzel², Wahl³ ont opéré avec succès des fibromes du rein; Thomas⁴, Claus⁵,

1. LANGENBUCH, *Berl. klin. Woch.*, n° 24, 1877.
2. BRUNTZEL, *Berl. klin. Woch.*, p. 475, 1882.
3. WAHL, *Sanct-Petersburger Med. Woch.*, 1885.
4. *New York med. News*, vol. I, 1882.
5. CLAUS, *Centralbl. für Chirurgie*, n° 24, 1885.

Park¹ ont enlevé des tumeurs fibro-kystiques, Monod² a traité par la laparotomie un lipome capsulaire.

L'ablation du rein est en général la seule opération applicable à ces sortes de tumeurs dont le volume oblige presque toujours à la néphrectomie abdominale; les résultats ont été toujours de beaucoup supérieurs à ce qu'ils sont dans le cancer.

Si l'on trouvait une tumeur nettement limitée et partielle avec intégrité absolue du reste du parenchyme, il suffirait peut-être d'exciser la tumeur après dissection; des opérations partielles ont été faites deux fois et avec succès dans ces conditions par Spencer Wells et par Czerny: ce ne sont que de très rares exceptions.

Une mention spéciale est à faire pour la syphilis; deux observations récentes d'Israël³ montrent que la syphilis doit entrer en ligne de compte dans les affections chirurgicales du rein au point de vue du diagnostic et du traitement. Dans un cas, pour la confirmation du diagnostic, Israël fit l'incision exploratrice; le rein était couvert de nodosités saillantes, il l'enleva; le contenu des gommages ramollies avait passé dans les urines qui avaient pris un aspect purulent. Dans l'autre, on crut à de la tu-

1. PARK, *New York med. J.*, 15 mai 1886.
2. MONOD, *Bull. soc. chirurgie*, t. XVIII, p. 681.
3. ISRAEL, *Deutsche med. Woch.*, 1892.

berculose, et la néphrectomie montra qu'ils s'agissait d'une dégénérescence gommeuse syphilitique complète.

II. TUMEURS MALIGNES¹

Elle est bien peu brillante, la chirurgie des cancers du rein; c'est là qu'on trouve les statistiques les plus mauvaises et les résultats les plus décourageants, une mortalité opératoire énorme et des récurrences fréquentes et rapides. On a tendance à opérer trop tard : si l'on intervenait de bonne heure, on trouverait une tumeur moins volumineuse et sans propagations, un état général meilleur, et on verrait sans doute aucun s'élever la proportion des succès opératoires et des guérisons à la suite de la néphrectomie. Il y a donc un grand avantage à

1. Dans le groupe des tumeurs malignes, je range le sarcome et le cancer. Bien que certains auteurs aient cru devoir faire une étude distincte de ces sortes de tumeurs, je ne crois pas qu'au point de vue spécial du diagnostic et du traitement qui nous occupe, il y ait lieu d'établir une délimitation tranchée.

Avec les tumeurs malignes du rein, se confondent aussi les tumeurs épithéliales du bassinet : celles-ci sont très rares. Il en existe une pièce au musée Guyon à Necker, qui fut enlevée par la néphrectomie par le Dr Thomas, de Tours ; dernièrement Giordano a publié dans les *Annales génito-urinaires* de 1892 une autre observation de néphrectomie pour cancer du bassinet. Au point de vue clinique et opératoire, il n'y a pas non plus à établir une différence entre les tumeurs villeuses du bassinet et le cancer du rein, et le chapitre qui suit concerne les tumeurs malignes du rein et du bassinet dans leur ensemble.

chercher à établir de bonne heure un diagnostic précis et à proposer de suite une opération radicale. La précocité de l'intervention est la condition du succès immédiat et la seule garantie du malade contre la récurrence.

Chez l'enfant, la néphrectomie a toujours donné des résultats déplorables; les quelques malades qui résistent immédiatement à l'opération meurent au bout de peu de temps de récurrence ou de généralisation. Les statistiques de Tuffier¹, de Guillet², de Dumont s'accordent pour accuser une importante mortalité. Sur les 25 cas de Taylor³, il y a 15 décès immédiats et 10 cas qu'il appelle guéris, mais sur lesquels 6 sont morts de récurrence rapide, dans l'espace de cinq à dix-huit mois après l'opération, ce qui fait 60 pour 100 de mortalité opératoire et 88 pour 100 d'insuccès définitif. Fischer nous montre une mortalité opératoire de 100 pour 100 au-dessous de deux ans, de 47 pour 100 au-dessus de cet âge. Chevalier⁴, sur 27 cas, trouve 19 morts, dont 15 immédiates et 4 dans un court espace de temps; des doutes persistent sur la survivance de 7 malades, et la mortalité opératoire s'élève ainsi à 55,5 pour 100 et les insuccès thérapeutiques à 88 pour 100.

1. TUFFIER, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1888.

2. GUILLET, *Les tumeurs malignes du rein*, th. Paris, 1888.

3. TAYLOR, *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, 1888, p. 449.

4. CHEVALIER, *De l'intervention dans les tumeurs malignes du rein*. Th. Paris, 1891.

Chez l'*adulte*, les résultats de la néphrectomie, sans être brillants, sont cependant moins déplorables que chez l'enfant. Gross indique pour le cancer du rein une mortalité de 61,2 pour 100; Bergmann, sur 24 néphrectomies, relate 20 décès, soit près de 83 pour 100; Billroth, sur 55 opérés, trouve 20 morts, soit près de 60 pour 100; Siegrist¹ rapporte 61 opérations sur lesquelles il y a 52 décès, soit 52,45 pour 100 de morts. La statistique de Tuffier, celle de Chevalier parle dans le même sens : la mortalité oscille entre 55 et 65 pour 100, chiffre véritablement énorme si on le compare aux résultats de la néphrectomie dans les autres affections.

Comme causes de mort après la néphrectomie on signale le collapsus, le choc, l'hémorragie ou la péritonite; d'ailleurs les opérations sont le plus souvent incomplètes, on a laissé des propagations locales, un noyau ganglionnaire inappréciable, et la récurrence survient dans les quelques mois qui suivent l'opération.

A côté de ces désastres, on compte les quelques malades heureux qui ont bénéficié pendant quelque temps de l'opération : Terrillon a suivi pendant plusieurs années une de ses malades, et la récurrence n'est pas venue. Siegrist mentionne un de ses

1. SIEGRIST, *Ueber die Nieren-Extirpation*. Dissert. inaug. Zurich, 1889.

opérés qui vivait encore au bout de quatre ans. Czerny a perdu un opéré après deux ans, Israël et Küster après vingt-deux mois. Il y a donc des faits heureux après la néphrectomie pour cancer : ils sont rares sans doute, mais ils suffisent au moins à prouver l'efficacité de la néphrectomie toutes les fois que l'opération est pratiquée dans de bonnes conditions.

Indications et contre-indications opératoires.

— Chez l'*enfant*, presque tous les chirurgiens s'accordent pour rejeter absolument la néphrectomie. Pour légitimer l'intervention, il faudrait des cancers très jeunes, observés de bonne heure, mais ces cas favorables, on ne les voit pas à cet âge. C'est la caractéristique du cancer du rein d'évoluer chez l'enfant sans symptômes fonctionnels; ici pas d'hématurie, pas de ces douleurs spéciales qui attirent l'attention chez l'adulte. Sous les dehors d'un affaiblissement général, d'un amaigrissement rapide malgré la conservation de l'appétit, la tumeur croît, progresse et s'étend, et lorsqu'on la découvre, son volume, ses adhérences ou ses connexions la mettent déjà au-dessus des ressources ordinaires de la thérapeutique. La néphrectomie est donc impraticable, parce que le diagnostic précoce est impossible. Il n'y a cependant pas à rejeter absolument et sans appel l'opération pour tous les cas. Czerny, Taylor, Koenig, Morris et d'autres n'ont

pas hésité à tenter la néphrectomie dans certaines conditions. Israël opérât dernièrement une petite fille de six ans, qui a guéri; mais le cancer était à ses débuts; les premiers symptômes remontaient à quelques mois. Pour se décider à l'opération, il faut donc une tumeur très limitée, surprise pour ainsi dire à ses débuts, il faut un malade pas trop jeune, et un état général satisfaisant. Au-dessus de deux ans, lorsque ces conditions se trouvent réunies, la néphrectomie est à tenter; au-dessous de deux ans, dans quelque condition que la tumeur se présente, il ne faut plus songer à l'opération.

Chez l'*adulte*, il n'en va plus de même; les succès de la néphrectomie, les guérisons durables après l'opération autorisent en principe à pratiquer l'intervention sur une plus large échelle.

La néphrectomie est contre-indiquée toutes les fois que l'état général grave ou la cachexie commençante mettent le malade dans un état qui ne lui permet plus de supporter un traumatisme grave.

Les altérations de l'autre rein, l'insuffisance urinaire sont aussi des conditions qui, par elles seules, suffisent à faire rejeter la néphrectomie; on doit toujours faire la recherche et le dosage de l'urée éliminée dans les vingt-quatre heures. L'abaissement du taux de l'urée est un élément qui aggrave singulièrement le pronostic.

En général, c'est le volume de la tumeur qui constitue la base principale des indications et des

contre-indications opératoires, et à ce point de vue les conditions dans lesquelles se présente le malade sont au nombre de deux: il y a une tumeur appréciable, ou au contraire il n'y a pas de tumeur.

Il y a tumeur. — Guillet établit schématiquement trois périodes pendant lesquelles l'examen du rein est susceptible de donner des renseignements positifs; une première, où la tumeur est peu développée, perceptible au seul ballotement; une seconde, où la tumeur, moyennement développée, fait cependant un relief appréciable à la vue; une troisième, où la tumeur, très développée, est devenue abdominale.

C'est le propre de certaines formes de cancer du rein d'évoluer avec un minimum de symptômes; sans douleur, sans hématurie, si ce n'est à de rares intervalles, la tumeur augmente, et lorsqu'un jour l'attention du malade est enfin fixée par un symptôme alarmant, on trouve dans le flanc une tumeur énorme. J'ai vu à Necker un cancer du rein, qui avait atteint le volume d'une tête de fœtus sans déterminer aucune réaction et qui ne se caractérisa seulement que pendant les derniers mois de la vie par un saignement continu; dès le premier examen, le volume énorme de la tumeur contre-indiquait toute opération.

Pour ces tumeurs, quel qu'ait été leur développement, rapide ou lent, avec ou sans signes fon-

tionnels, la néphrectomie sera toujours contre-indiquée. Dès que la tumeur fait un relief sensible, à plus forte raison s'il s'agit d'une grosse tumeur, on est sûr de trouver des propagations néoplasiques ou ganglionnaires, des généralisations à distance, et il n'y a plus à intervenir. Opérer dans ces conditions, ce serait s'exposer à faire une opération forcément incomplète, et cependant très grave. Tout au plus serait-on autorisé, dans ces circonstances, à recourir à l'incision exploratrice pour se rendre un compte direct des adhérences de la tumeur; de ses propagations voisines, et terminer l'opération, comme le fit une fois Reliquet, par une incision de la capsule du rein, par une néphrotomie superficielle, dans le but d'atténuer les douleurs par le débridement du rein; le malade de Reliquet fut soulagé quelque temps, mais il succomba néanmoins au bout de deux mois.

Il est cependant certaines formes de cancer du rein sur lesquelles l'anatomie pathologique est encore peu renseignée, et dont le volume ne doit pas constituer une contre-indication absolue; il est des kystes hématiques du rein que l'on a longtemps considérés comme tels, et qui ne sont autres que des épithéliomas à forme hémorragique. Le volume de ces tumeurs, à un certain moment, prend d'énormes proportions sans que la propagation au dehors de la capsule se fasse dans d'égales conditions; la tumeur reste limitée et encapsulée, et

opérée de bonne heure, il y aurait chance de l'enlever en totalité. M. Guyon a opéré, il y a quelques mois, par la néphrectomie transpéritonéale, un malade qui portait dans le flanc une énorme tumeur kystique, à contenu hématique; les premières hématuries remontaient à trois ans, et la tumeur avait récemment pris un tel accroissement, qu'elle descendait jusque dans la fosse iliaque. L'opération fut très facile et rapidement terminée; on reconnut sur la pièce qu'il s'agissait d'un kyste hématique de nature maligne (Hallé) développé sur l'extrémité inférieure du rein dont l'extrémité supérieure était encore intacte. Le malade mourut un mois après l'opération, d'épuisement et de cachexie; il y avait un petit noyau secondaire dans le foie, et l'opération, si elle avait été plus précoce, aurait probablement donné à ce malade une survie de moins courte durée.

Il n'y a pas de tumeur. — En dehors de ces tumeurs volumineuses, l'opération est indiquée toutes les fois qu'il n'y a que des signes fonctionnels sans tumeur, ou avec ceux-ci une petite augmentation de volume du rein.

Il faut reconnaître avec M. Guyon que les cas les plus favorables sont ceux où l'on ne sent rien du tout; moins on sent la tumeur, et plus on a de chances de guérir. La constatation d'une tumeur n'est nullement nécessaire pour autoriser le dia-

gnostic; il est certains caractères qui ne trompent pas; la spontanéité des hématuries, leur répétition sans provocation, leur persistance indéfinie sans aucune cause appréciable sont autant de causes qui permettent d'affirmer la nature néoplasique de l'affection. L'intégrité de la vessie, ou l'apparition d'un varicocèle, au besoin l'examen endoscopique du jet urétéral permettent toujours de localiser l'affection sur le rein droit ou sur le rein gauche.

Il est rare cependant que le palper le plus minutieux ne dénote pas une légère augmentation de volume. Israël en plusieurs circonstances est parvenu à sentir, à l'aide de son procédé de palpation bimanuelle, dans le décubitus latéral, des cancers du rein tout à fait à leur début: il a communiqué, le 18 janvier dernier, à la Société de médecine de Berlin, le cas d'une petite fille de six ans qu'il observa au moment d'une première hématurie. A ce moment le cystoscope lui montra que le rein droit était le point de départ de l'hématurie, mais le palper ne donnait encore rien. Deux mois après, la palpation lui révélait la présence d'un petit nodule à la surface du rein; il notait en même temps une résistance particulière au niveau du hile, l'opération lui donna la confirmation absolue de son diagnostic et la malade guérit parfaitement. Deux autres fois encore, Israël constata de bonne heure la présence de noyaux localisés dans le rein; il put faire la néphrectomie dans de bonnes condi-

tions, et il en conclut avec raison à la nécessité d'un diagnostic précoce.

La néphrectomie est donc amplement justifiée toutes les fois que la palpation révélera au niveau du flanc ou un noyau localisé, ou une augmentation légère de volume: à ce moment, les propagations sont rares, l'opération radicale a chance de guérir, elle est tout indiquée.

Mais sans contester la valeur de la palpation, il n'y a pas, je le répète, à compter beaucoup sur les renseignements qu'elle doit donner pour tenter l'opération; je considère que le diagnostic peut et doit être établi à l'aide des seuls signes fonctionnels avec la plus grande somme de probabilités, et ce serait une faute chirurgicale, que d'attendre en présence d'une hématurie de caractère néoplasique que le palper bimanuel vienne révéler une augmentation de volume légère ou limitée du rein. Le cas se présente d'autant plus favorable pour l'avenir, que les résultats du palper sont moins nets; et l'incision exploratrice doit être immédiatement pratiquée. Suivant les hasards de la rencontre, l'opération sera terminée par la néphrectomie, ou par l'abstention. L'incision révèle parfois des surprises; au cours d'une exploration rénale, où nous croyions trouver un néoplasme, M. Guyon constata la présence sur l'artère rénale d'une dilatation anévrysmale: la plaie fut refermée, et le malade guérit de son opération, mais mourut six mois plus

tard brusquement de la rupture de son anévrysme. C'était là une surprise bien imprévue; tous les signes plaidaient en faveur d'un néoplasme, et bien que dans ce cas l'opération dût rester forcément incomplète, il faut maintenir en principe la nécessité d'une incision hâtive pour voir et traiter la lésion, avant d'attendre la confirmation des signes objectifs.

La néphrectomie lombaire est le procédé de choix dans les cancers; elle est moins grave et plus facile que la néphrectomie abdominale. Siegrist, sur 61 néphrectomies pour tumeurs, constate 57 pour 100 de morts par la voie abdominale et seulement 25 par la voie lombaire. Il est vrai que les récurrences sont plus fréquentes après l'opération lombaire; mais ce fait est plus apparent que réel; le peu de survie des opérés par la voie antérieure ne leur laisse guère la possibilité d'une récurrence (Chevalier). Aussi les préférences de tous les chirurgiens sont-elles, en matière de cancer, pour la voie postérieure.

La voie postérieure offre incontestablement moins de danger, son exécution est aussi simple, ses conséquences plus bénignes, le témoignage invoqué des chirurgiens en fait foi, et je n'hésite pas à recommander la voie postérieure comme le procédé d'élection pour toutes les petites ou moyennes tumeurs. Avec des incisions combinées, on parvient très bien à se donner beaucoup de jour, et

à ceux qui invoquent en faveur de la néphrectomie abdominale la possibilité qu'elle donne seule d'enlever des ganglions dégénérés, je n'ai qu'à opposer l'observation d'Israël, qui, par une incision postérieure en T, put extirper un sarcome alvéolaire du rein et avec lui quatre ganglions dont trois longeaient la veine cave.

Comme le disait Trélat, c'est une erreur de diagnostic qui a engendré la néphrectomie transpéritonéale; elle ne peut convenir qu'à des cas très spéciaux. La voie lombaire reste la voie idéale pour toutes les tumeurs, qui n'ont pas un volume exagéré.