

et les phénomènes névropathiques peuvent s'aggraver. J'ai publié l'observation d'une malade hystérique chez qui, à la suite de la néphrorraphie, survinrent des vomissements incoercibles; le faciès grippé, le pouls extrêmement rapide et à peine perceptible, des lipothymies répétées nous inquiétèrent beaucoup pendant trois jours, lorsque, brusquement, la scène changea et les vomissements s'arrêtèrent à la suite de l'ingestion d'un grog très chaud. J'ai observé un autre cas analogue au précédent.

De tels accidents ne peuvent s'expliquer que par l'hystéro-traumatisme, et je crois qu'il faut interpréter dans le même sens les observations où l'on voit la névrose se développer consécutivement à l'opération: tel fut le cas chez trois malades opérées par Tillmans. La même interprétation permet de comprendre l'anesthésie du membre inférieur droit et de la cicatrice que Stonham observa après la néphrorraphie.

En résumé, je pense qu'on doit:

1° Lors d'accidents douloureux ou digestifs d'ordre mécanique, essayer le bandage. Si les accidents disparaissent par l'appareil orthopédique, donner au malade le choix entre l'opération et la ceinture. Si le bandage ne donne pas un résultat complet, opérer;

2° Dans les accidents de névrose hystérique ou neurasthénique, essayer le bandage et n'opérer que lorsque celui-ci ne donne pas de résultats;

3° Dans les cas d'entéroptose, s'en tenir à la ceinture et n'opérer que si le rein mobile détermine par lui-même des accidents sérieux, au-dessus des ressources de l'orthopédie. Même après l'opération il faudra, dans ces cas, conseiller le port d'une ceinture sans pelote;

4° Lorsqu'un rein mobile ne détermine pas d'accidents, conseiller le port d'une ceinture.

III

NÉOPLASMES DU REIN

Nous étudierons séparément les *néoplasmes du parenchyme rénal*, ceux qui naissent de sa capsule et ceux qui se développent primitivement dans le *bassinnet*.

Dans l'étude des néoplasies du parenchyme rénal nous distinguerons, en nous plaçant à un point de vue exclusivement pratique, le cancer, comprenant les tumeurs épithéliales et les sarcomes, les kystes du rein et des tumeurs variées de moindre importance (lipomes, fibromes, etc).

NÉOPLASMES DU PARENCHYME RÉNAL.

I. — CANCER DU REIN.

Étiologie. Le cancer du rein est relativement beaucoup plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte: il présente chez le premier des caractères assez particuliers pour que je croie utile de l'étudier séparément dans un paragraphe spécial. Chez l'adulte le maximum de fréquence est de trente à soixante ans. Le cancer primitif du rein est un peu plus fréquent chez l'homme que chez la femme (64 hommes sur 99 cas de Guillet). Dans quelques observations on a invoqué le traumatisme comme cause occasionnelle. D'autres fois on a constaté le développement d'un épithéliome du rein consécutivement à la lithiase; dans les observations d'Israël (1) et de Hartmann (2), il s'agit de cancers du bassinet coexistant avec des calculs; d'un carcinome du rein lui-même dans celles de Pollard (3), de Shattock (4) et de Newmann (5). On a invoqué dans ces cas l'irritation déterminée par le calcul comme point de départ du néoplasme. Plus rarement encore on peut observer la lithiase phosphatique secondaire dans les néoplasmes du rein (deuxième cas de Newmann).

Anatomie pathologique. — Les néoplasies du rein qui méritent le nom clinique de cancer peuvent être distinguées, au point de vue anatomique, suivant leur nature épithéliale ou mésodermique. Les néoplasies *épithéliales* comprennent les *adénomes* et les *épithéliomes*, qu'il est indispensable d'étudier dans le même chapitre pour comprendre, au point de vue pathogénique, les formes de transition; la clinique, d'ailleurs, est encore plus incapable que l'anatomie pathologique de séparer l'adénome du carcinome. Les néoplasmes *mésodermiques* comprennent les *sarcomes*, purs ou associés à des fibres musculaires lisses ou striées, au chondrome ou à l'angiome. Dans un certain nombre de cas, le néoplasme présente, mélangées en proportions diverses, la prolifération conjonctive et la prolifération épithéliale, ce sont les *adéno-sarcomes*.

A. Tumeurs épithéliales. Je distinguerai: 1° les *adénomes* et *tumeurs adénoïdes*; 2° les *cancers épithéliaux*.

1° Adénomes et tumeurs adénoïdes. Ces productions épithéliales se présentent, au point de vue macroscopique, sous deux formes principales:

a) LES NÉOFORMATIONS ÉPITHÉLIALES CONSÉCUTIVES A LA NÉPHRITE SONT des trouvailles d'autopsie assez fréquentes. Dans des reins manifestement atteints de néphrite interstitielle on rencontre à la surface, immé-

(1) ISRAËL, *Virchow's Arch. für pathol. Anat.*, 1881, p. 359. — (2) HARTMANN, *Bull. de la Soc. anat.*, 1886, p. 576. — (3) POLLARD, *Pathol. Soc. of London*, 1885, p. 272. — (4) SHATTOCK, *Deutsche med. Wochenschrift*, 1888, p. 260. — (5) NEWMANN, *Glasgow med. Journ.*, mars 1896.

diatement au-dessous de la capsule, un ou plusieurs noyaux gris ou rougeâtres, dont la grosseur varie de celle d'une tête d'épingle à celle d'une noisette. Dans la plupart des cas, on ne voit qu'une ou deux de ces petites tumeurs; certains reins peuvent en présenter un grand nombre à différents degrés de développement, et il n'est pas exceptionnel d'en rencontrer dans les deux reins. Ces petites tumeurs pénètrent à une profondeur variable dans l'épaisseur de la substance corticale et sont généralement plus ou moins nettement encapsulées; leur tissu est homogène, tantôt assez ferme, tantôt friable et même hémorragique.

b) LES ADÉNOMES ISOLÉS se voient dans des reins sains en apparence. Sur un point quelconque de la surface de l'organe, au-dessous de la capsule qu'elle soulève, se trouvent une et plus rarement deux ou trois tumeurs isolées qui pénètrent plus ou moins profondément dans l'intérieur du parenchyme. Parfois, la tumeur peut se trouver tout entière incluse dans le rein dont le tissu l'entoure de tous côtés. Le volume de ces tumeurs est très variable; souvent elles ont la grosseur d'une cerise, mais il en est d'aussi petites qu'un grain de chènevis (Albarran) et d'autres qui dépassent le volume d'une mandarine. Ces tumeurs paraissent avoir été formées entre la capsule propre et le parenchyme rénal; une capsule, souvent fort épaisse, les sépare du rein et on constate à la coupe que des tractus blanchâtres partis de cette capsule divisent la tumeur en lobes arrondis indépendants les uns des autres. Le tissu propre de la tumeur est gris blanchâtre, mou, friable; fréquemment on trouve des infiltrations sanguines dans l'intérieur de l'adénome ou encore des formations kystiques plus ou moins régulières.

Structure (1). — Au point de vue de la structure, j'ai distingué trois variétés de ces tumeurs adénoïdes: ce sont les types canaliculaire, cavitaire et alvéolaire.

Le *type canaliculaire* est le plus rare des trois. La tumeur reproduit le type des canalicules rénaux complètement développés ou en voie de formation et se trouve constituée par une série de tubes et de masses épithéliales pleines que sépare un délicat stroma. Le tissu rénal qui avoisine la tumeur peut être sain ou atteint de sclérose.

Le *type cavitaire* comprend les adénomes papillaires de Weischelbaum et Greenisch (2), les adénomes à cellules cubiques de Sabourin (3) et des formes non décrites par ces auteurs. Ces tumeurs sont formées par des cavités en forme de boyaux plus ou moins irréguliers, tapissées par un épithélium cubique avec ou sans formations papillaires endogènes. Les adénomes cavitaires sont généralement multiples, très petits et correspondent aux productions adénoïdes des néphrites

(1) ALBARRAN, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1897, p. 243. — (2) WEISCHELBAUM et GREENICH, *Wiener med. Jahrb.*, 1883, p. 213. — (3) SABOURIN, *Arch. de physiol.*, 1882, p. 57, et *Revue de méd.*, 1884, p. 441, et *Ibid.*, p. 873.

chroniques. Exceptionnellement on constate la structure cavitaire dans un adénome solitaire (Obs X de Manassé).

Type alvéolaire (fig. 83). Presque toujours, il s'agit de tumeurs solitaires et plus grosses que dans les variétés précédentes; elles correspon-

dent aux *strumæ lipomatodes aberratæ* de Grawitz (1). Le néoplasme est formé par une capsule d'enveloppe d'où partent de grosses travées conjonctives contenant parfois quelques fibres musculaires lisses; de ces grandes travées se détachent directement de très fines cloisons qui divisent chaque grand alvéole en un très grand nombre de petits alvéoles secondaires très réguliers (fig. 83 et 85). Dans le stroma on voit de très nombreux capillaires formant parfois des sinus. Les cellules épithéliales contenues dans les alvéoles se rapprochent, dans leur polymorphisme, de la forme cylindrique et sont pour la plupart infiltrées de graisse; dans les préparations dégraissées les cellules apparaissent comme des vésicules limitées par une fine cuticule. Certaines cellules sont granuleuses et non graisseuses. Souvent on trouve dans les cellules du glycogène (Driessen (2), Askanassy (3), Hildebrandt (4), Lubarsch) (5).

2° Cancres épithéliaux. — On ne peut établir de limite précise entre les adénomes et les épithéliomes et qu'il existe de nombreux intermédiaires; les adénomes ne constituent souvent que le début d'un épithélioma.

CARACTÈRES MACROSCOPIQUES. — Il est rare que la tumeur se soit complètement substituée au rein qui a disparu en entier; peu fréquemment aussi on se trouve en présence d'une infiltration cancéreuse diffuse du rein qui paraît simplement augmenté de volume

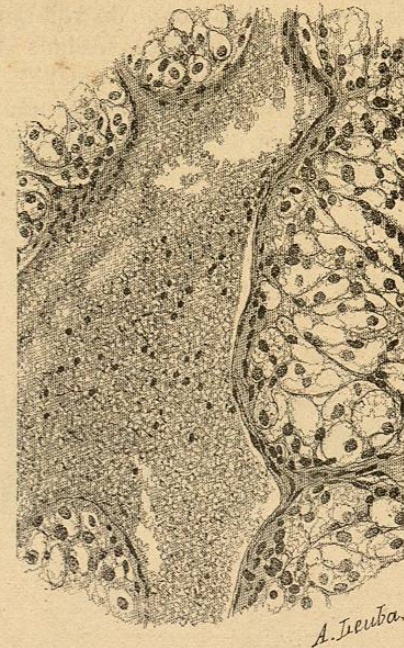


Fig. 83. — Adénome alvéolaire à cellules claires. Les cellules du néoplasme sont en contact avec l'endothélium d'un vaisseau capillaire très dilaté.

(1) GRAWITZ, *Virchow's Arch.*, Bd XCIII, et *Langenbeck's Arch. für klin. Chir.*, vol. 30. — (2) DRIESSEN, *Ziegler's Beitr.*, Bd VIII, 1890. — (3) ASKANASSY, *Ziegler's Beiträge*, Bd XIV. — (4) HILDEBRANDT, *Langenbeck's Arch. für klin. Chir.*, 1894, vol. 47, p. 224. — (5) LUBARSCH, *Virchow's Arch.*, 1894, vol. 135, p. 324.

(Israël). Presque toujours on trouve une tumeur qui a détruit une partie plus ou moins considérable du rein, souvent une de ses moitiés supérieure ou inférieure, mais une grande portion de l'organe est encore reconnaissable et paraît peu ou pas altérée à l'œil nu (fig. 84). La capsule propre du rein, souvent épaissie, se continue au-dessus du néoplasme, et à la coupe on voit que les portions de la tumeur qui touchent au rein s'emboîtent dans le parenchyme par des surfaces régulières, arrondies, et qu'elles paraissent entourées par une capsule; cette capsule manque souvent dans certaines portions de la tumeur, ou même complètement, et on voit alors le néoplasme s'infiltrer dans le rein sans limite précise.

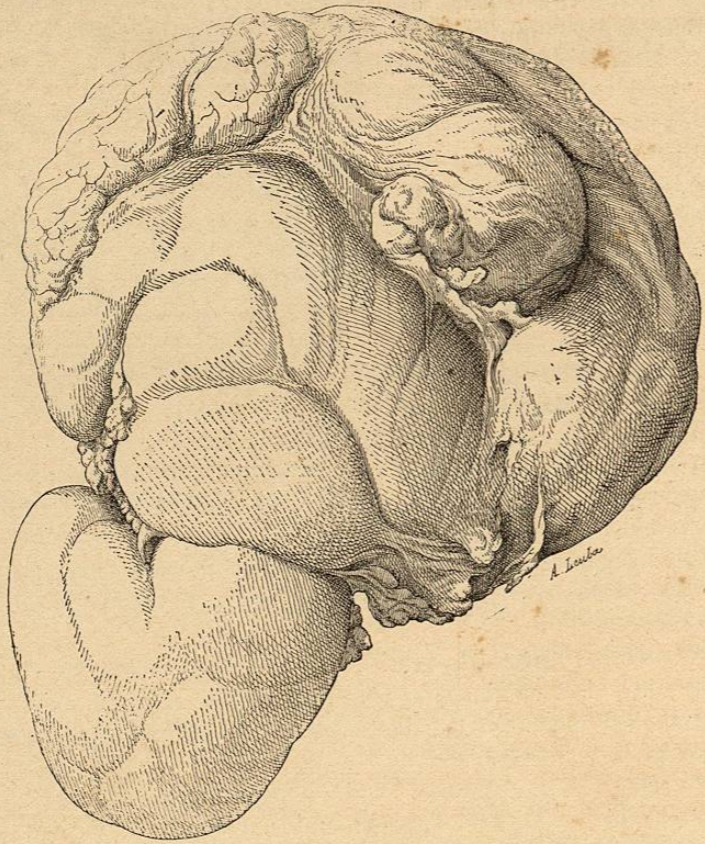


Fig. 84. — Epithéliome de l'extrémité supérieure du rein, développé aux dépens de la capsule surrénale.

Le *volume* des épithéliomas est très variable; on voit parfois des tumeurs plus petites qu'une noix qui en présentent tous les caractères,

y compris la généralisation, d'autres acquièrent le volume d'une tête d'adulte. D'une manière générale on peut dire qu'il est rare qu'un épithélioma du rein acquière le volume de certains sarcomes. La *forme* de la tumeur est souvent irrégulière, bosselée; lorsque le néoplasme est petit, la forme rénale, allongée, est généralement assez bien conservée; dans les très grosses tumeurs ce caractère manque souvent.

Les *rappports* de la tumeur avec les organes voisins sont très importants à connaître. La capsule adipeuse adhère plus ou moins intimement à la tumeur sur laquelle rampent de larges veines. Dans son accroissement, la tumeur reste lombaire pendant un temps, puis, en grossissant, elle devient franchement abdominale et repousse le côlon en bas et en dedans lorsqu'elle siège à droite, en dehors lorsqu'elle se développe du côté gauche. Lorsque la tumeur est volumineuse, le mésocôlon se trouve étalé au-devant d'elle; ce déplissement du mésocôlon se fait surtout aux dépens du feuillet externe de ce repli péritonéal, et il en résulte que le point le plus externe de réflexion du péritoine se trouve reporté plus en avant qu'à l'état normal: c'est là un détail qui doit être mis en lumière, parce qu'il rend plus aisée l'extirpation extrapéritonéale de ces grosses tumeurs lorsqu'on les attaque par une large incision lombo-abdominale. En grossissant, la tumeur se met en rapport et adhère aux organes voisins, foie, rate, aorte, veine cave inférieure: les adhérences à la veine cave dans les tumeurs du côté droit sont particulièrement dangereuses; certains opérateurs ont déchiré cette veine pendant la néphrectomie.

A la *coupe* on voit de larges bandes fibreuses parties de la capsule séparer la tumeur en une série de lobes formés par une substance jaune blanchâtre qui se désagrège facilement; on voit aussi de grandes zones hémorragiques; parfois des cavités kystiques contenant du sang ou une substance semi-gélatineuse. Dans quelques cas, la tumeur paraît constituée par la réunion d'une série de lobes arrondis nettement séparés les uns des autres; d'autres fois les cloisons sont plus fines, moins régulières et le néoplasme prend un aspect vaguement alvéolaire, gaufré par places; le tissu de la tumeur est alors plus ferme. On trouve aussi des épithéliomas à surface plus ou moins lisse et qui, à la coupe, *paraissent ne former qu'un grand kyste* à parois tomenteuses contenant du sang mélangé à des fragments néoplasiques qui ressemblent à des caillots plus ou moins altérés (Observations de Hom, Strubing, Le Dentu, Albarran, Legueu, Quenu).

La *propagation* du néoplasme se fait par continuité et la tumeur contracte des *adhérences* avec les organes voisins. Il faut savoir pourtant que certaines tumeurs très volumineuses peuvent être dépourvues d'adhérences; il en était ainsi dans une observation récente de Le

Dentu (1). L'atmosphère périrénale et les vaisseaux du kyste sont souvent envahis. Le *bassin* et l'*uretère* peuvent être atteints par le néoplasme; dans certains cas, un bourgeon de la tumeur obstrue un calice ou le bassin lui-même et il en résulte une *hydronéphrose* plus ou moins développée. J'ai pratiqué la néphrectomie avec succès chez un malade dont le rein paraissait simplement atteint d'hydronéphrose; l'incision exploratrice du parenchyme confirmait le diagnostic d'hydronéphrose ainsi que le liquide clair qui s'écoula par la plaie du rein; le doigt introduit dans le bassin ne constata que sa dilatation et je ramenai un petit fragment qui paraissait une fausse membrane. Le diagnostic d'uronéphrose paraissait si évident que je fermai la plaie rénale et fis la néphropexie. L'examen histologique de la fausse membrane m'ayant révélé la structure caractéristique d'un épithélioma du rein à cellules claires, je pratiquai, trente jours après, la néphrectomie, et je pus constater l'existence d'un néoplasme central, siégeant au-dessous de mon incision de néphrotomie, et dont un petit fragment avait incomplètement oblitéré l'uretère. Hildebrandt (2) a publié un cas analogue.

La *généralisation* de la tumeur se fait par les lymphatiques et par les veines. Les noyaux de généralisation se voient de préférence dans le poumon et dans le foie: on les constate parfois, alors que la tumeur rénale est de petite dimension et lorsqu'elle présente la structure adénoïde. Les *ganglions* du hile sont pris assez souvent, même avec des tumeurs peu considérables; la masse qu'ils forment peut, dans certains cas, comme je l'ai vu, être beaucoup plus considérable que le rein lui-même et se trouver séparée de celui-ci par un sillon qui peut conduire à enlever le rein en laissant toute la masse ganglionnaire. D'autre fois, les ganglions sont fusionnés à la tumeur. La *veine rénale* est assez souvent envahie par le néoplasme qui pousse des bourgeons dans son intérieur; on peut même voir, comme dans l'observation de Coyne et de Troisier (3), un bourgeon de la tumeur pénétrer dans la veine cave et se développer jusque dans l'oreillette. Les veines *spermatiques* peuvent être comprimées par la tumeur elle-même ou par la masse ganglionnaire; il en résulte le développement d'un varicocèle que nous étudierons bientôt en détail.

Structure. — On rencontre dans le rein: 1° des épithéliomas à structure vulgaire de carcinome; 2° d'autres tumeurs que j'ai nommées épithéliomas à cellules claires, très caractéristiques.

1° *Épithéliomas ordinaires.* — Ces tumeurs sont formées par une trame conjonctive alvéolaire qui contient dans ses mailles des cellules polymorphes se rapprochant souvent de la forme cubique ou cylin-

(1) LE DENTU, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1894, p. 295.

(2) HILDEBRANDT, *Arch. für klin. Chir.*, Bd. LVII, 1896, p. 224.

(3) COYNE ET TROISIÈRE, *Bull. de la Soc. anat.*, 1871, p. 239.

drique. Dans les points où la tumeur est en contact avec le rein, on voit souvent une zone de sclérose qui constitue la capsule du néoplasme. Dans d'autres endroits l'envahissement du rein se fait directement: on voit parfois des tubes urinifères, dilatés par prolifération de leur épithélium, se continuer avec les noyaux épithéliaux de la tumeur (fig. 86).

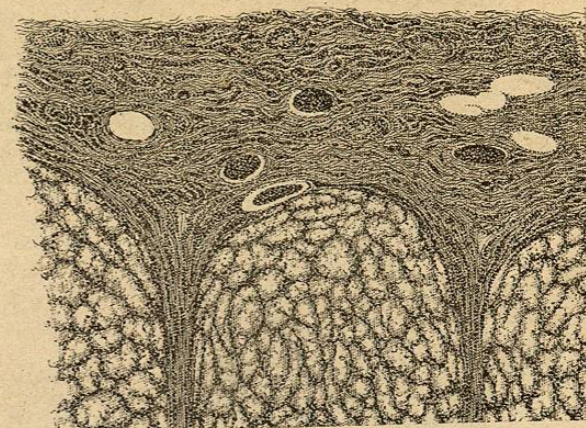


Fig. 85. — Épithélioma alvéolaire à cellules claires. Le tissu rénal sclérosé forme la capsule de la tumeur et s'insinue entre ses lobes.

2° *Épithélioma à cellules claires* (fig. 83 et 85). — Un grand nombre de néoplasmes du rein présentent la structure alvéolaire si caractéristique et les cellules claires que j'ai décrites en parlant des adénomes cavitaires. Certaines tumeurs, même très volumineuses, présentent uniformément cette structure, mais sur d'autres on trouve des portions à structure tubulaire ou carcinoïde tout à fait analogue à celle des épithéliomas vulgaires (fig. 87).

Pathogénie. — Ces tumeurs que je viens de décrire comme des adénomes et des épithéliomas sont regardées par les uns comme les endothéliomas; d'autres pensent qu'elles proviennent des noyaux aberrants des capsules surrénales, tandis que certains auteurs les font naître des épithéliums rénaux; enfin j'ai fait intervenir dans leur genèse les canalicules para-rénaux embryonnaires aberrants.

De Paoli (1), Driessen (2), ont décrit les tumeurs à cellules claires comme des *endothéliomas*, en se basant d'un côté sur les rapports des cellules avec les capillaires et de l'autre côté sur l'analogie qui existerait entre ces néoplasmes et certaines tumeurs osseuses (Driessen). Sabourin (3) démontre que les adénomes, aussi bien ceux qui accompagnent le mal de Bright que les adénomes isolés, naissent des

(1) DE PAOLI, *Ziegler's Beiträge*, Bd. VIII, 1890. — (2) DRIESSEN, *Ibid.*, Bd. XII, 1892. — (3) SABOURIN, *Arch. de physiol.*, 1882, p. 57, et *Revue de méd.*, 1884, p. 441 et 873.

canalicules rénaux : la cirrhose rénale est pour lui la cause de la prolifération épithéliale.

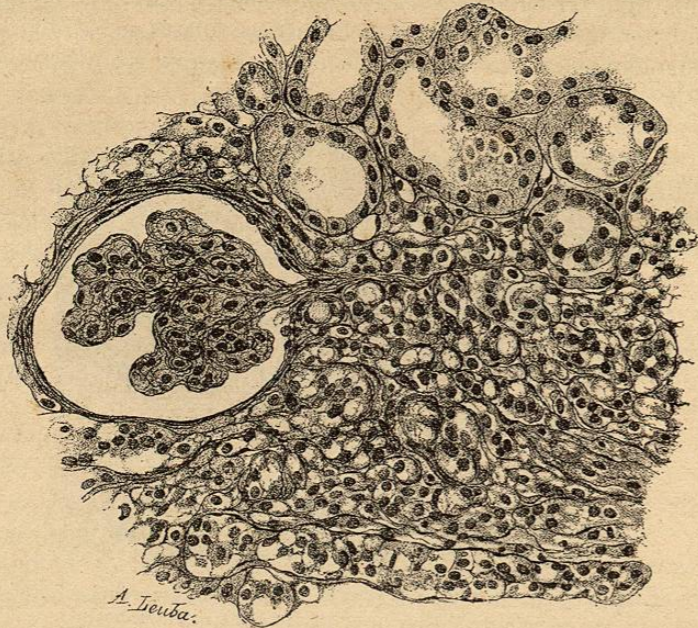


Fig. 86. — Épithélioma alvéolaire au niveau de la zone d'invasion du rein, dans un point où la capsule manque. On voit la transformation des cellules épithéliales normales en cellules néoplasiques.

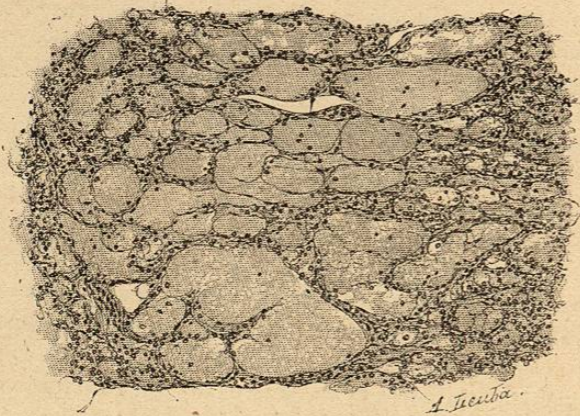


Fig. 87. — Alvéoles d'un épithélioma à cellules claires remplies de sang.

Ch. Robin, Lancereaux, Sturm, Waldeyer, Perewerseff, Brault, Sudeck, Depage, Bellatti, pensent que les épithéliomas naissent par prolifération des épithéliums des canalicules, surtout des ca-

naux contournés ; ces auteurs auraient vu des formes de transition entre les canalicules normaux et les alvéoles néoplasiques (1).

Grawitz reconnaît que les adénomes papillaires naissent des canalicules, mais il admet que les adénomes alvéolaires, souvent décrits comme des lipomes, ainsi que les épithéliomas à cellules claires (*strumæ lipomatodes aberratæ*) naissent aux dépens de *noyaux aberrants des capsules surrénales* inclus pendant la vie fœtale au-dessous de la capsule propre du rein. La plupart des auteurs allemands (2), notamment Askanassy, Horn, Lubarsch, Ulrich, suivis par Marchiafava, Alessandri, Gatti, Strattock, Mac Weeney, admettent la théorie de Grawitz. L'isolement des noyaux de la tumeur qui sont séparés du rein par une capsule conjonctive ; l'analogie de leur structure avec celle des capsules surrénales et la dégénérescence grasseuse des cellules néoplasiques, semblable à l'infiltration grasseuse normale de la capsule surrénale ; enfin la présence du glycogène dans les cellules de la tumeur, tels sont les principaux arguments invoqués par ces auteurs.

Il suffit de lire la description histologique de ces tumeurs pour repousser d'emblée la désignation d'endothéliomes qu'on leur a appliquée ; les caractères des cellules et leur agencement réciproque classent bien ces néoplasmes parmi les épithéliomes.

Les arguments invoqués en faveur de la théorie surrénale de Grawitz ne sont pas décisifs. L'isolement de la tumeur séparée par une zone de sclérose du parenchyme rénal est un fait banal qui s'observe dans la grande majorité des tumeurs du rein, même dans celles qui, comme les sarcomes embryonnaires, naissent en plein parenchyme rénal ; au surplus, cet isolement de la tumeur cadre aussi bien avec la théorie des noyaux pararénaux que j'exposerai tout à l'heure qu'avec celle de Grawitz. La présence du glycogène dans les cellules est aussi chose banale dans toutes les variétés de néoplasmes du rein. L'aspect clair des cellules et leur infiltration par de la graisse ne constitueraient un argument valable que si les épithéliums du rein ne pouvaient présenter des modifications analogues ; or, j'ai décrit et représenté un canalicule rénal dont une partie des cellules conserve encore ses caractères normaux, tandis que d'autres cellules

(1) CH. ROBIN, Mémoire sur le cancer du rein, 1854. — STURM, *Arch. der Heilkunde*, 1875, Heft 3. — WALDEYER, *Virchow's Arch. für pathol. Anat.*, 1867, p. 491. — PEREWERSEFF, *Arch. für path. Anat. und Phys.*, 1874, p. 227. — BRAULT, *Sem. méd.*, 1891, p. 249. — SUDECK, *Virchow's Arch., für pathologische Anatomie*, 1893, p. 405. — DEPAGE, *Ann. de la Soc. belge de chir.*, 1893, p. 90. — BELLATTI, *Arch. prov. de chir.*, 1^{er} avril 1895. — GRAWITZ, *Langenbeck's Arch.*, vol. 30, et *Virchow's Arch.*, vol. 93.

(2) ASKANASSY, *Ziegler's Beiträge*, Bd XIV. — HORN, *Virchow's Arch.*, Bd CXXVI. — LUBARSCH, *Ibid.*, 1894, vol. 135, p. 324. — ULRICH, *Ziegler's Beiträge*, 1895, p. 588. — MARCHIAFAVA, *Annali de medicina navale*, avril 1896. — ALESSANDRI, *Il Policlino*, 1896, p. 393. — GATTI, *Acad. med. di Torino*, 15 novembre 1897. — SHATTOCK, *The Lancet*, 1894, vol. II, p. 1219. — MC WEENEY, *British. med. Journ.*, 1896, vol. 1, p. 323.

ont subi des modifications qui les rendent semblables à celles des tumeurs décrites (fig. 88).



Fig. 88. — Tube urinaire dont une partie des cellules a pris le type de cellules claires.

On ne peut pas dire qu'il n'existe pas de tumeurs du rein nées des capsules surrénales aberrantes, certaines tumeurs paraissent bien présenter cette origine; mais dans la grande majorité des cas les tumeurs épithéliales du rein naissent des épithéliums rénaux. Cela est démontré parce qu'on peut suivre pas à pas les modifications épithéliales du canalicule normal à l'adénome et à l'épithéliome.

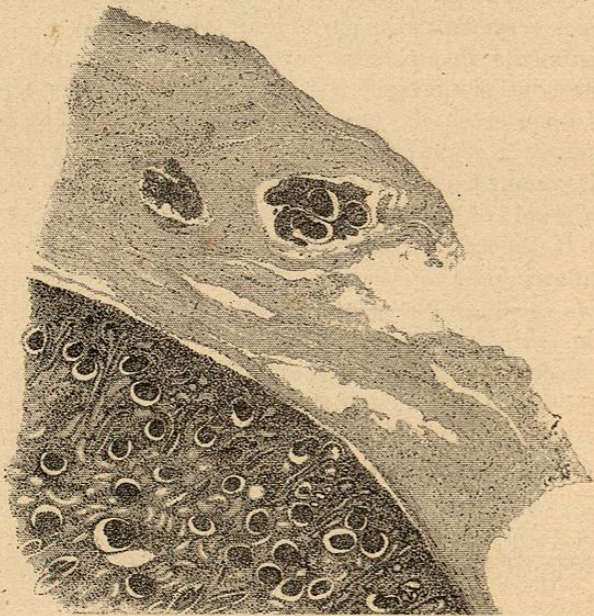


Fig. 89. — Rein d'embryon. Dans la capsule du rein non encore différenciée on voit deux noyaux pararéniaux aberrants.

A cette notion générale, d'origine épithéliale rénale, j'ai ajouté que ces tumeurs naissent, dans certains cas, de *canalicules embryonnaires aberrants pararéniaux* (fig. 89, 90, 91) persistant depuis la vie fœtale.

J'ai en effet découvert, inclus dans la capsule du rein, des amas de canalicules embryonnaires. Ces canalicules pararéniaux existent dans la plupart des fœtus; ils représentent des formations aberrantes nées par branchement des canaux contournés de l'écorce et ne se mettant pas en contact avec des glomérules. Je pense qu'à l'égal des débris épithéliaux pararentaux dans le cancer de la mâchoire et des formations canaliculaires du para-ovaire, ces canalicules pararéniaux jouent un rôle important dans la pathogénie du cancer du rein.

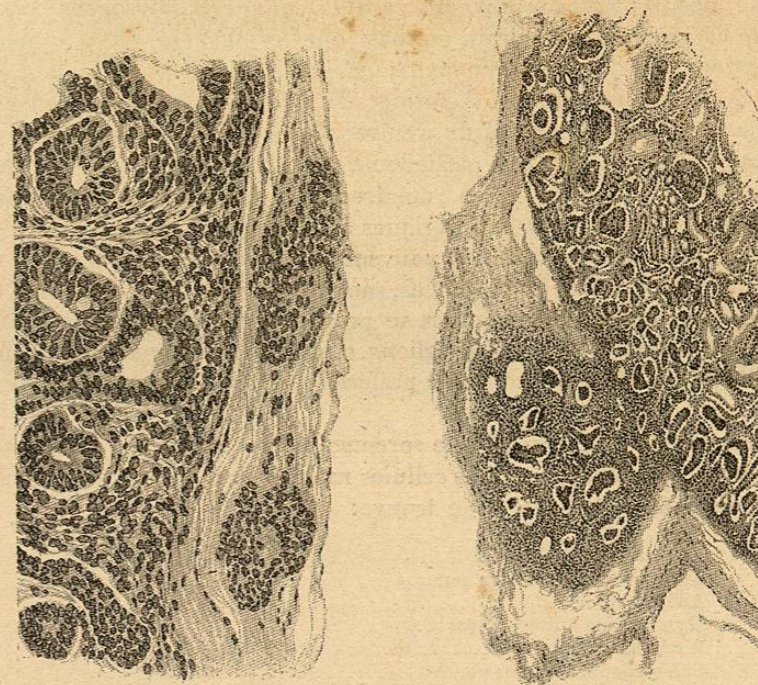


Fig. 90. — Noyau aberrant inclus dans la capsule; la coupe atteint les amas épithéliaux à leur périphérie. Fig. 91. — Rein de fœtus. A gauche un noyau pararénal aberrant dont on voit la continuité avec le rein.

B. Sarcomes. — D'après Grunow (1), Sturm le premier aurait décrit en 1855 un cas de sarcome pur du rein. Les sarcomes du rein peuvent se présenter au point de vue macroscopique sous des aspects très divers : 1° Très rarement le rein a conservé sa forme et se trouve infiltré en totalité par les éléments néoplasiques, comme dans les observations de Krause (2), de William (3), de Banti (4) et de Wehland (5);

- (1) GRUNOW, Inaugural Dissertation. Iéna, 1894.
- (2) KRAUSE, Inaugural Dissertation. Wurzburg, 1891.
- (3) WILLIAM, cité par Wehland.
- (4) BANTI, cité par Grunow.
- (5) WEHLAND, Inaugural Dissertation. Tubingen, 1895.