

## CHAPITRE X

## TUMEURS DU REIN

La question des tumeurs du rein a passé par les trois stades classiques des affections chirurgicales. La symptomatologie a été établie par les travaux de Rayet, de Dickinson et de Roberts, de Guillet; l'anatomie pathologique ébauchée par ces auteurs a été complétée par les recherches de Newmann, Lanceraux<sup>(1)</sup>, Gravitz, et plus récemment par Sabourin<sup>(2)</sup> et Oettinger<sup>(3)</sup>, Pilliet<sup>(4)</sup>, Albarran, qui en ont étudié les différentes formes histologiques. Enfin les néphrectomies se sont multipliées, et la thérapeutique a été discutée dans les leçons de M. Guyon, les mémoires de Guillet, Tuffier, Chevalier et Heresco, en France, les travaux de Gross, Billroth, Siegriest, à l'étranger.

Les tumeurs du rein peuvent se diviser, au point de vue clinique, en tumeurs malignes et en tumeurs bénignes.

## I

## TUMEURS MALIGNES DU REIN

CRUVEILHIER, Anatomie pathologique, 1829-1855. — RAYER, Maladies des reins. — LEBERT, Traité pratique des maladies cancéreuses. Paris, 1851. — WALDEYER, *Virchow's Arch.*, 1867, p. 410. — ROSENSTEIN, Traduction française. Paris, 1874. — BOHRER, Thèse de Zürich, 1874. — PATINO-LUNA, Thèse de Paris, 1884. — GUILLET, Thèse de Paris, 1888. — GUYON, Leçons cliniques. *Annales génito-urinaires*, 1888. — TUFFIER, *Annales génito-urinaires*, 1888. — CHEVALIER, Thèse de Paris, 1891. — RIVIÈRE, *Lyon méd.*, 12 mars 1895. — HEIDEMANN, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1895, p. 154. — SCHMIDT, *Ibid.*, 1895, p. 865. — TÉMOIN, *Ibid.*, 1895, p. 953, et *Arch. prov. de Chir.*, II, p. 10. — SÜDECK, *Arch. f. path. Anat.*, CXXXIII, 5. — DEPAGE, *Ann. Soc. belge de chir.*, 11 juin 1895. — RIEFFEL, *Rev. gén. de chir.*, XXIX, p. 450. — TILLAUX, *Union méd.*, 5 sept. 1895. — LUBARSCH, *Arch. f. path. Anat.*, CXXXV, 2, 1894. — BROCK, *Ibid.*, CXL, 5, 1895. — KAHLDEN, Sur un adénome congénital des deux reins. *Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XV, p. 626, 1895. — LEGUEU, Le varicocèle symptomatique des tumeurs du rein. *Presse méd.*, 17 août 1895. — CHARLES LEIR et CLAUDE, Adéno-épithéliome hémorragique du rein droit. *Soc. anat.*, 1895. — HAUSHALTER, Cancer du rein chez l'enfant. *Revue méd. de l'Est*, 1<sup>er</sup> mars 1895. — KAYSER, Tumeur maligne du rein. *Diagnostic. Hygiea (Suède)*, juillet 1895. — WEINBERG, Épithélioma primitif tubulé du rein avec envahissement de l'uretère. *Soc. anat.*, juillet 1896. — LANTZENBERG, *Soc. anat.*, 12 juillet 1895. — PAWLICK, *Archiv. f. klin. Chir.*, 1896, p. 571. — MAC WIENEY, *Brit. med. Journ.*, 8 févr. 1897. — DURANTO-DURANTE, Sarcome du rein chez l'enfant. *La Pediatria*, n° 8, p. 237, et *Annales génito-urinaires*, avril 1897. — LEGUEU, Valeur pronostique du varicocèle dans les tumeurs du rein. *Assoc. franc. d'urologie*, 2<sup>e</sup> session, 1897. — CARLIER (de Lille), Les grosses tumeurs du rein. *Assoc. franc. d'urologie*, 2<sup>e</sup> session, 1897. — LOURNEAU, Cancer du rein. *Ann. de la polyclin. de Bordeaux*, 1897. — ALBARRAN, Résultats de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du rein. *Annales génito-urin.*, avril 1897, p. 785. — DAVID NEWMANN, Cancer primitif du rein.

(1) LANCEREAUX, *Leçons cliniques*, 1887.

(2) SABOURIN, *Revue de médecine*, 1884, p. 874.

(3) SABOURIN et OETTINGER, *Revue de médecine*, 1885, p. 889.

(4) PILLIET, *Bull. de la Soc. anat.*, 1889, p. 541, et 1890, p. 404.

*The Glasgow med. Journal*, mars 1896, p. 179. — LEGUEU, Le cancer du rein mobile. *Ann. génito-urin.*, juin 1897, p. 628. — VAN DER WELDE, *Journ. méd. de Bruxelles*, 8 avril 1897. — MÜLLER, Th. de Rostock, 1897. — DE QUERVAIN, *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1897, p. 499. — FANSEL, Th. Tübingen, 1897. — LENHARTZ, *Berl. klin. Woch.*, 22 fév. 1897. — GATTI, *Morgagni*, juil. 1897. — LEGRAIN, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1898, p. 1155. — LEGUEU, *Ibid.*, p. 472. — HERESCO, *Ibid.*, 1898, p. 1286. — SANDER, Thèse de Genève, 1898. — DENNER, Thèse de Würzburg, 1898. — HAUSER, Thèse de Paris, 1898. — HERESCO, *Résultats éloignés de l'intervention dans les tumeurs du rein*. Thèse de Paris, 1898.

Nous désignerons sous ce nom tous les néoplasmes susceptibles d'augmentation rapide avec généralisation. Ils comprennent deux grandes classes : 1<sup>o</sup> les carcinomes et les épithéliomes; 2<sup>o</sup> les sarcomes.

Je ne m'occuperai ici que des tumeurs primitives vraiment chirurgicales, les tumeurs secondaires n'ayant qu'un intérêt anatomo-pathologique.

**Étiologie.** — Ces tumeurs sont fréquentes aux deux extrêmes de la vie, avant l'âge de cinq ans, ou après quarante ans. Ebstein, Dickinson avaient déjà été frappés de ce fait. Il s'explique par la nature différente des tumeurs, le sarcome se développant surtout chez l'enfant, le carcinome chez le vieillard. Les néoplasmes du rein sont plus fréquents chez l'homme (64 hommes pour 55 femmes) (Guillet). — Les causes déterminantes sont toutes obscures. Les auteurs anglais insistent sur les traumatismes; c'est là une cause indéniable très fréquemment invoquée dans la genèse de toutes les tumeurs, et particulièrement des tumeurs du rein; mais sa valeur est contingente. (Voy. *Contusions du rein, complications*, p. 176). L'irritation déterminée par la lithiase rénale peut avoir quelque influence : il en existe des preuves indiscutables, là comme pour la vésicule biliaire, mais ce sont des exceptions. J'ai vu un exemple bien net de cette coïncidence sur un homme de soixante ans, à qui j'avais enlevé un énorme calcul phosphatique : six mois après il présentait un myxome du rein qui fit hernie par la cicatrice. Boinet et Slamann<sup>(1)</sup> ont cité un cas de fibrosarcome kystique du rein ayant oblitéré l'uretère et produit secondairement de la lithiase en branche de corail du calice et des bassinets et une vaste pyonéphrose. Il en est de même de ces inflammations chroniques qui, au dire de Sabourin et Oettinger<sup>(2)</sup>, pourraient transformer un adénome du rein en épithéliome. La cause des tumeurs du rein est entourée du même nuage que l'étiologie des tumeurs en général.

**Anatomie pathologique.** — 1<sup>o</sup> Étude macroscopique. — La tumeur maligne du rein primitive est longtemps et presque indéfiniment unilatérale; cette unilatéralité des lésions est un fait assez rare dans la pathologie rénale pour que j'y insiste. Les exemples de bilatéralité — 7 sur 78 (Guillet)<sup>(3)</sup> — ont presque tous trait à des autopsies, et, dans ces cas, la généralisation au rein du côté opposé n'est qu'un phénomène de localisation banale. Ces néoplasmes sont souvent énormes, surtout chez l'enfant<sup>(4)</sup>. Dickinson rapporte une observation dans laquelle la tumeur pesait le tiers du poids total du corps; j'en ai vu une qui remplissait l'abdomen. Leur forme est arrondie, lisse ou lobulée, mais ne présente pas le bord tranchant caractéristique des tumeurs hépatiques ou splé-

(1) BOINET et SLAMANN, *Revue de méd.*, août 1895.

(2) SABOURIN et OETTINGER, *Revue de méd.*, 1885, p. 889.

(3) GUILLET, Thèse de Paris, 1888.

(4) JESSOP, *Saint-Bartholomew's hosp. Rep.*, 1886, p. 100. — HARTMANN, *Bull. de la Soc. anat.*, 1886, p. 576. — BILTON-POLLARD, *Transact. of the pathol. Society of London*, 1885, p. 272. — WALSHAM, *Saint-Barthol. hosp. Rep.*, 1885, p. 125.



niques. Ce volumineux néoplasme est abdominal et rétro-colique, en connexion avec les gros vaisseaux de l'abdomen (veine cave, aorte) qu'il peut comprimer. Il est recouvert en avant par le côlon ascendant à droite, descendant à gauche, signe diagnostique de première importance, mais qui peut parfois manquer (3 cas, Guillet) lorsque la tumeur est très volumineuse. Trèves<sup>(1)</sup>, puis Guillet<sup>(2)</sup> ont étudié les rapports du gros intestin avec le rein et ont démontré que dans les cas de tumeur du rein droit, le côlon ascendant était refoulé en dedans avec la masse d'intestin grêle, tandis qu'à gauche le côlon descendant était déjeté en dehors. Ce que j'ai vu moi-même ne me permet pas de conclure

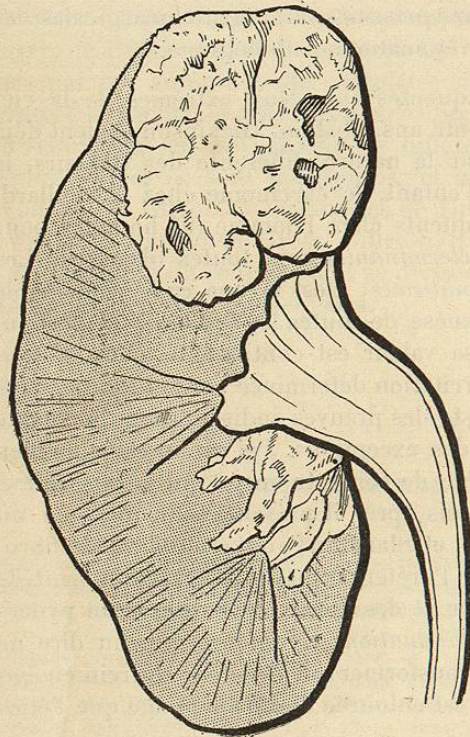


FIG. 102. — Néoplasme du rein occupant la partie supérieure de l'organe et noyau siégeant au-dessous du bassinnet. (Musée Dupuytren.)

d'une façon aussi absolue. Le néoplasme rénal est généralement enkysté par la capsule propre du rein qui le limite de tous côtés; cette capsule, souvent épaissie, est couverte de veines nombreuses; sa partie profonde envoie dans l'épaisseur du tissu pathologique des tractus fibreux qui rendent impossible la néphrectomie sous-capsulaire. La vascularisation de la capsule graisseuse du rein, quand on a quelque habitude de la chirurgie rénale, permet déjà le diagnostic à première vue. (La fig. 102 montre un type de néoplasme.)

A la coupe, on constate quelquefois que la tumeur, bien localisée, occupe une des extrémités du rein, le reste de l'organe paraissant indemne: elle est alors sous-capsulaire. D'autres fois, au contraire, le parenchyme tout entier est comme infiltré de néoplasme. Sa consistance est molle; il est creusé de cavités irrégulières, remplies de sang ou de matière cérébriforme grisâtre. Souvent les calices et le bassinnet sont envahis, soit par continuité, soit par perforation; il en est de même de l'uretère, qui peut être alors oblitéré<sup>(3)</sup>. On cite même des cas de propagation du néoplasme sous forme de bourgeons dans la lumière de l'uretère (Israël<sup>(4)</sup>, Penrose<sup>(5)</sup>, Tuffier) (voy. fig. 105). Les altérations de l'artère rénale n'ont pas été étudiées au point de vue des modifications de son calibre, cependant je l'ai toujours trouvée volumineuse et paraissant dilatée; des veines sont fréquemment envahies dans le cas de sarcome et souvent même des bourgeons pénètrent dans leur intérieur et de là dans la veine cave, d'où ils peuvent

(1) TRÈVES, *British med. Journal*, 1885, t. I, p. 580.

(2) GUILLET, Thèse de Paris, 1888, p. 18.

(3) BOINET et SLAMAN, *loc. cit.*

(4) *Berl. klin. Woch.*, 1892, n° 59.

(5) *Pathol. Soc. of London*, 20 déc. 1892.

faire des embolies et des greffes. Rayet en a représenté un bel exemple que j'avais fait dessiner dans la première édition de cet ouvrage. Les ganglions lymphatiques sont presque toujours infiltrés, tantôt adhérents au hile, tantôt séparés et pouvant être méconnus pendant une intervention. Les cas de propagation et de généralisation indiquent comme maximum de fréquence les ganglions (25 fois sur 72) (Guillet), les poumons (21 cas) et le foie (26 cas). Le point de départ de ces néoplasmes est la région corticale, exceptionnellement les calices et le bassinnet: c'était l'opinion de Rayet, opinion admise encore par tous les auteurs.

2° Étude microscopique. — J'étudierai successivement l'épithéliome et le sarcome.

I. L'origine des tumeurs épithéliales du rein a été très discutée. On s'accorde actuellement à leur reconnaître une double. Elles naissent: 1° aux dépens de l'épithélium canaliculaire des tubes urinaires (Robin, 1855); 2° aux dépens de noyaux aberrants des capsules surrénales inclus dans la capsule propre du rein (Grawitz, 1885). Le groupement des cellules épithéliales fit d'abord croire qu'elles formaient le type unique carcinome. Sturm, en 1875, nous apprit qu'elles pouvaient revêtir le type adénome constitué par une véritable prolifération des tubes contournés, lequel pouvait ultérieurement se transformer en cancer. Sabourin (1882) montra que ces adénomes sont très fréquents dans les néphrites interstitielles où ils sont microscopiques, que souvent dans les autopsies on rencontre de ces productions ayant le volume d'un pois à celui d'une cerise et n'ayant joué aucun rôle dans le passé pathologique du malade (véritables trouvailles d'autopsies), mais que ces néoplasmes de faible volume sont susceptibles de devenir énormes, ou de se transformer en cancer. C'est alors seulement que ces adénomes deviennent cliniquement et chirurgicalement intéressants. Sabourin en décrit deux variétés: 1° à cellules cylindriques, et 2° cubiques. Grawitz admet que ces adénomes à cellules cubiques naissent bien des canalicules urinaires, mais pour lui les adénomes à cellules cylindriques prennent origine dans les lobules aberrants des capsules surrénales. Ses arguments sont: 1° l'isolement de la tumeur, qui est séparée du rein par une capsule conjonctive, et son siège au-dessous de la capsule du rein, semblable à celui des noyaux aberrants des capsules surrénales; 2° la disposition caractéristique des cellules de la tumeur

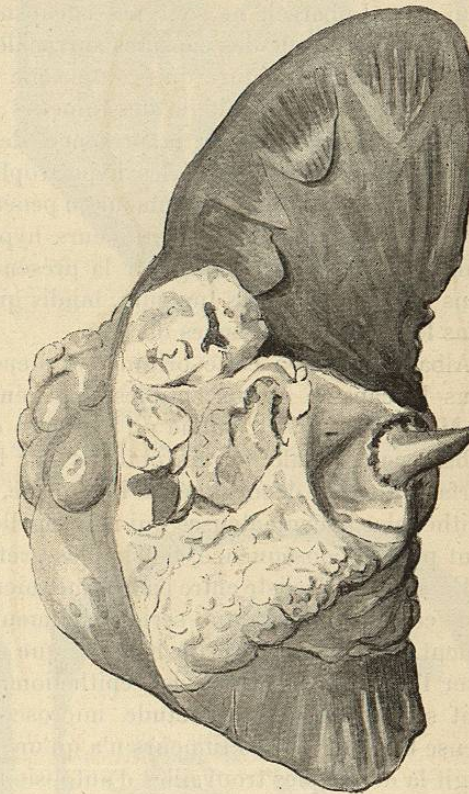


FIG. 105. — Tumeur du rein avec prolongement du néoplasme dans la cavité du bassinnet (Épithélioma). L'extrémité inférieure du rein est normale, ainsi que les deux tiers supérieurs. Néphrectomie. Malade bien portant un an après l'opération. (Tuffier.)



en simple ou double rangée, chaque rangée étant séparée de sa voisine par des vaisseaux capillaires; disposition analogue à celle de la substance corticale des capsules surrénales; 3° la présence de nombreuses gouttelettes de graisse dans les cellules de la tumeur comme dans celles des capsules surrénales, auxquelles elles ressemblent morphologiquement; 4° la ressemblance des tumeurs des capsules surrénales avec les tumeurs du rein. Lubarsch, en 1894, confirme les idées de Grawitz. Son opinion s'appuie: 1° sur les ressemblances morphologiques déjà exposées par Grawitz; 2° sur la forme et la couleur des corpuscules nucléaires des cellules de la tumeur qui, avec les méthodes de Weigert et de Russell, se colorent diversement; ce fait, qui se retrouve dans beaucoup d'épithéliomes divers, manque dans l'épithéliome du rein et dans les adénomes vrais (qui pour Lubarsch ne sont pas encapsulés), tandis qu'il est très net dans la substance corticale des capsules surrénales et dans les noyaux aberrants de ces capsules; 3° la structure du protoplasme cellulaire qui contient de la graisse et du glycogène; 4° l'analogie des tumeurs envahissantes des capsules surrénales avec ces néoplasmes; 5° la présence de cellules géantes dans ces tumeurs, cellules qui existent dans les hypertrophies simples des capsules surrénales; 6° enfin la tendance de ces tumeurs à pénétrer dans les veines, tendance analogue à celle que présentent les tumeurs hyperplasiques des capsules surrénales. Lubarsch insiste beaucoup sur la présence du glycogène, qui serait constante dans les cellules de ces tumeurs, tandis qu'on ne trouverait pas cette substance dans les autres néoplasmes du rein.

Albarran joint à cette origine l'existence de *lobules rénaux aberrants* perdus dans la capsule et susceptibles de dégénérer en épithélioma. Mais voici que R. Marie, en 1899<sup>(1)</sup>, publie un mémoire où il montre que des fragments de la substance corticale de rein obtenus par biopsie, et introduits ensuite entre la surface du rein décortiqué et la capsule, donnent naissance à des productions épithéliales adénomateuses qui ne rappellent en rien la structure du rein et ne sont pas, en conséquence, de simples greffes au sens propre du mot.

En somme, il existe entre l'adénome microscopique de la néphrite interstitielle et le cancer du rein une série de tumeurs épithéliales intermédiaires qui les relient, mais si cette vérité histologique est indiscutable, si elle permet de préciser l'origine, la genèse de l'épithélioma, elle prouve une fois de plus qu'il faut séparer nettement l'étude microscopique de la clinique, puisque l'immense majorité de ces tumeurs n'a qu'un intérêt absolument théorique, et qu'il s'agit là de simples trouvailles d'autopsie (fig. 104 à 109).

*Adénomes.* — Ils se présentent sous la forme tantôt d'un nodule gris ou rouge perdu dans une néphrite interstitielle, tantôt d'un petit noyau blanchâtre, friable, allant du volume d'un pois à celui d'une cerise, soulevant la capsule rénale ou incluse dans le parenchyme. Leur périphérie est encapsulée. Au microscope, on peut voir une série de tubes pleins à cellules cylindriques en une seule rangée, limitant une étroite lumière, cellules dont le noyau est près de la base, ou bien des cavités avec ou sans végétations papillaires endogènes (fig. 104 et 105).

Ce ne sont jusqu'ici que des *curiosités anatomo-pathologiques*. Les adénomes cylindriques de Sabourin, qui ne sont que les tumeurs provenant des capsules surrénales aberrantes de Grawitz, sont plus intéressants. Ces adénomes, qui sont généralement *solitaires* et *plus gros* que ceux des précédentes variétés, sont con-

<sup>(1)</sup> R. MARIE, Soc. anat., févr. 1889, p. 115.

stitués par une trame conjonctive disposée en forme de travées limitant des alvéoles régulières. Les plus grosses travées sont formées de tissu conjonctif dense mélangé de quelques fibres lisses; elles divisent la tumeur en lobes. Les cloisons les plus fines sont extrêmement riches en capillaires, à tel point qu'en



FIG. 104. — Adénome trabéculé encapsulé par du tissu scléreux: type du petit adénome de Sabourin. (Pilliet.)

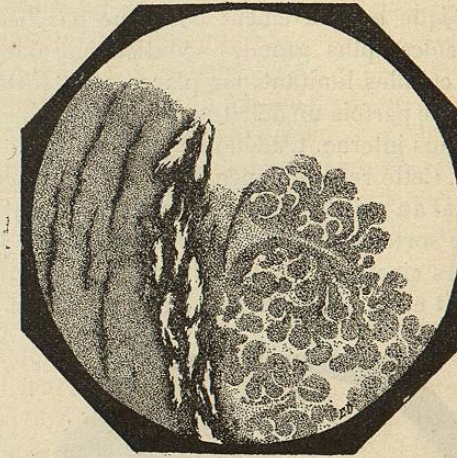


FIG. 105. — Adénome. — Enkystement et sclérose. (Pilliet.)

certaines parties du néoplasme, ils constituent presque à eux seuls toute la trame. Dans l'intérieur des alvéoles se trouvent de grandes cellules épithéliales polymorphes, mais en général du type cylindrique. Ces cellules possèdent une



FIG. 106. — Adénome végétant, à petites ramifications conjonctives. (Pilliet.)

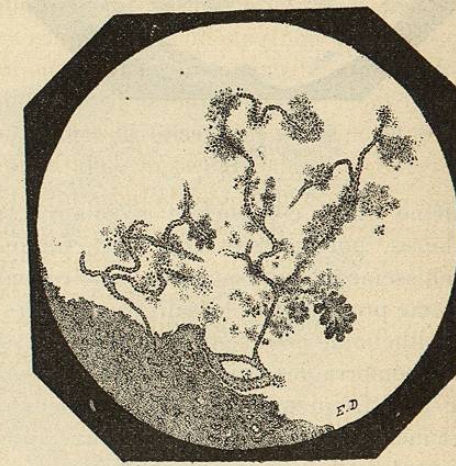


FIG. 107. — Adénome végétant, à grandes arborisations conjonctives, rappelant les kystes malins de l'ovaire. (Pilliet.)

mince membrane d'enveloppe et un ou deux noyaux situés vers la base de la cellule au milieu d'un protoplasme, le plus souvent clair, mais parfois fortement infiltré de graisse. Presque toutes les cellules contiennent du glycogène, fait sur lequel Lubarsch s'est appuyé, ainsi que je l'ai dit, pour prétendre que les