

qui permet de s'assurer rapidement de la possibilité d'une extirpation complète ou incomplète; dans ce dernier cas, je suis d'avis de fermer purement et simplement la plaie. Les statistiques sont en faveur de la voie lombaire. Siegriest (1), sur 61 cas, trouve 57 pour 100 de mortalité par la néphrectomie transpéritonéale et 25 pour 100 par la voie lombaire. Mais les récidives sont plus fréquentes après l'opération extra-péritonéale (41 pour 100), tandis qu'elles ne seraient que de 5,26 pour 100 après la néphrectomie transpéritonéale. Chevalier trouve à peu près les mêmes chiffres de mortalité, 24 pour 100, par la voie lombaire, 59 pour 100 par la voie abdominale. L'ablation par voie abdominale a cependant le grand avantage de permettre une exploration plus large du hile et l'extirpation des ganglions. Le procédé de morcellement que j'ai décrit n'est guère applicable ici; il donnerait trop de chances de greffes cancéreuses au cours de l'affection.

Restent à poser les *indications et les contre-indications de l'intervention*. Ce que j'écrivais dans la première édition de ce traité sur la néphrectomie pour tumeurs malignes du rein chez l'enfant n'est plus tout à fait vrai aujourd'hui. Tout en restant une opération très grave, la néphrectomie a donné, dans ces dernières années, des succès opératoires beaucoup plus nombreux qu'auparavant. Sur une statistique de 97 cas relevés par Albarran (2) la mortalité n'est plus que de 50 pour 100. Or, il y a quelques années (1891), Chevalier (3) donnait encore 19 morts sur 27 opérations. En 1894, la statistique de Döderlein et Birsch (4) comprenant 47 cas, ne donnait déjà plus que 19 morts sur 47 cas (40 pour 100). La contre-indication tirée du bas âge du malade n'est donc plus aussi exclusive; pour ma part, je considère avec M. Brun (5) que la néphrectomie est justifiée en présence d'une affection qui, non seulement conduit fatalement à la mort, mais dont l'évolution est tellement rapide qu'elle dépasse rarement quelques mois.

L'état cachectique, l'apparition des ganglions en un point éloigné, au pli de l'aîne par exemple, ou de signes de compression de la veine cave inférieure indiquant une dégénérescence ganglionnaire, nous paraissent des contre-indications absolues. Dans les tumeurs de moyen et de gros volume, s'accompagnant d'hématuries, la conduite à tenir me semble la suivante: incision exploratrice; si on ne trouve ni adhérences aux viscères voisins, ni engorgement ganglionnaire au niveau du hile, extirpation; dans le cas contraire, refermer la plaie. Il en sera de même si on trouve une tumeur molle, fluctuante, indice d'une malignité toute spéciale (Le Dentu). Dans ce cas, le malade bénéficie de cette intervention incomplète, du *débridement* (Reliquet) (6). Malheureusement, la néphrectomie effectuée et la mortalité opératoire étant évitée, le malade est loin d'être sauf, car aux faits rares publiés par Terrillon (7), Israël (8), Kuster (9), qui ont été suivis de guérison définitive, nous devons opposer d'autres statistiques: Czerny (10) a perdu un opéré après deux ans, Kuster et Israël ne les ont

(1) SIEGRIEST, Thèse de Zürich, 1880.

(2) ALBARRAN, *Traité des maladies de l'enfance*, t. III, p. 567.

(3) CHEVALIER, *De l'interv. chirurgicale dans les tumeurs du rein*. Thèse de Paris, 1891.

(4) HIRSCHFELD, *Centralbl. für die Krankh. der Harn und Sexual-org.*, 1894.

(5) BRUN, *Presse médicale*, 1898, p. 98.

(6) RELIQUET, Thèse de Brodeur, 1886.

(7) TERRILLON, *Bull. de la Soc. de chir.*, 4 juin 1890, p. 451.

(8) ISRAËL, *Bull. de la Soc. méd. de Berlin*, 11 juin 1890.

(9) KUSTER, Thèse de Siegriest.

(10) CZERNY, *Arch. für Kinderh.* Stuttgart, 1889-1890, p. 247-250.

pas suivis plus de vingt-trois mois. Siegriest rapporte un seul fait datant de quatre ans (1).

« Si nous plaçons en regard de ces résultats l'évolution normale de la maladie, qui dure quelquefois six ans après l'apparition des premiers symptômes, nous sommes en droit de conclure que l'efficacité thérapeutique de la néphrectomie dans les tumeurs malignes du rein ne peut être définitivement jugée. Ce n'est qu'une opération palliative contre la douleur et l'hématurie; mais nous espérons que les interventions maintenant plus précoces démontreront son influence curative. » Voilà ce que j'écrivais dans la première édition de ce traité. Depuis dix ans, grâce aux progrès qu'on a faits dans le diagnostic de ces tumeurs, ces interventions plus hâtives et mieux dirigées ont pu reculer la récurrence ou la généralisation. Il n'y a qu'à lire à ce sujet la Thèse de Heresco (2) sur « *l'Intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein* ». Cet auteur, réunissant tous les cas (au nombre de 165) publiés de 1890 à 1898, a pu dresser la statistique suivante :

A. *Résultats immédiats*. Sur les 165 observations de néphrectomie pour cancer qui ont pu être rassemblées, on trouve 52 morts (l'auteur a considéré comme morts de l'opération ceux qui ont succombé dans le 1<sup>er</sup> mois qui a suivi cette opération), soit une mortalité opératoire globale de 19,55 pour 100.

Sur les 165 néphrectomies, nous en trouvons 55 pratiquées chez l'enfant avec 9 morts, soit une mortalité de 17 pour 100 et 112 pratiquées chez l'adulte, avec 25 morts, soit une mortalité de 20,50 pour 100.

Quant à la voie suivie, nous avons des détails dans 144 cas. La voie transpéritonéale, sur ces 144 cas, a été suivie chez l'adulte et chez l'enfant dans 74 cas avec 16 morts, soit 21,50 pour 100 de mortalité. La voie extra-péritonéale a été suivie dans 70 cas avec 14 morts (enfants et adultes), soit une mortalité de 20 pour 100. En étudiant la mortalité séparément, pour chaque voie, chez l'enfant et chez l'adulte, nous trouvons :

a. CHEZ L'ENFANT. 1<sup>o</sup> Voie transpéritonéale, 54 cas avec 7 morts, soit une mortalité de 20,60 pour 100; 2<sup>o</sup> Voie extra-péritonéale, 6 cas avec 0 mort, donc mortalité 0.

b. CHEZ L'ADULTE. 1<sup>o</sup> Voie transpéritonéale: 40 cas avec 9 morts, soit une mortalité de 22,50 pour 100; 2<sup>o</sup> Voie extra-péritonéale, 64 cas, avec 14 morts, soit une mortalité de 21,90 pour 100.

B. *Résultats éloignés*. Il a été impossible de les avoir dans tous les cas, aussi cette statistique est-elle moins probante que la précédente.

a. Chez l'enfant. Sur 55 enfants opérés nous connaissons les résultats éloignés de 24 cas.

De ces 24 cas, 8 n'ont pas présenté de récurrence, 16 sont morts.

Sur les 8 n'ayant pas présenté de récurrence, les opérés ont été revus bien portants et sans récurrence au bout d'un intervalle de temps variant de 9 mois à 6 ans et demi.

Les 16 autres enfants opérés sont morts de récurrence dans un laps de temps variant de 2 mois et demi à 5 ans et demi.

b. Chez l'adulte. Sur 112 opérés, 89 ont survécu à l'opération. Nous trouvons des renseignements ultérieurs sur 62 de ces malades. Sur ces 62 malades il y en a 56 qui ont été revus bien portants après un temps allant de 2 mois à 7 ans.

(1) SIEGRIEST, Thèse de Zürich, 1880.

(2) HERESCO, Thèse de Paris, 1899.

4 sont morts d'affection intercurrente sans avoir présenté de récurrence (6 semaines, 6 mois, 1 an, 4 ans et demi), 22 enfin sont morts de récurrence au bout d'un temps variant de 3 mois à 5 ans et demi.

On voit donc bien par cette statistique combien s'est abaissée, dans ces 10 dernières années, la mortalité opératoire dans les néphrectomies pour tumeurs malignes du rein, mais la survie définitive est encore de bien faible durée.

## II

## TUMEURS BÉNIGNES DU REIN

SPENCER WELLS, *Brit. med. Journal*, 1884, t. I, p. 758. — G. THOMAS, *Med. News*, 1882, t. I. — GUILLET, *Gaz. des hôp.*, 1888, p. 401. — HEYDEN, *Arch. für Gynäk.*, 1890, p. 501. — OLSHAUSEN, *Centralblatt für Gynäk.*, 1890, n° 10.

Autant les tumeurs malignes du rein ont été à juste titre étudiées, autant les tumeurs bénignes sont généralement délaissées, ce qui tient à leur rareté et à la difficulté de les distinguer cliniquement des tumeurs malignes.

**Anatomie pathologique.** — Ces tumeurs se développent soit aux dépens des éléments nobles du rein, soit aux dépens des éléments interstitiels ou de la capsule propre.

**Adénomes.** — Grawitz et Israël ont décrit, à la face profonde de la capsule propre de la glande, des follicules clos qui seraient une aberration de développement de la capsule surrénale et donneraient naissance à ces néoplasmes. Les adénomes du rein ont donné lieu à une série de travaux récents. Sabourin a décrit sous ce nom de petits néoplasmes du volume d'un grain de blé à celui d'une petite noisette; ces néoplasmes, fréquents dans la néphrite interstitielle, n'ont jamais été découverts qu'aux autopsies. Puis ayant rencontré les mêmes formes anatomiques dans des tumeurs de gros volume avec hémorragies, on arriva à décrire un adénome, véritable néoplasme du rein, susceptible d'augmentation, de destruction du parenchyme ambiant et de généralisation, ayant, en un mot, les caractères d'une tumeur maligne. Les examens histologiques de Brault, de Toupet, de Pilliet<sup>(1)</sup>, ont montré qu'il n'y avait aucune différence histologique entre cet adénome et l'épithéliome. Il nous faut donc admettre ici une forme anatomique, l'*adénome*, susceptible de rester à l'état latent dans le rein, mais capable de se transformer sous une influence indéterminée en une tumeur maligne véritable, *épithéliome*; la forme anatomique reste la même, mais l'évolution clinique est absolument différente dans les deux cas.

L'*adénome* se présente sous forme d'une tumeur jaunâtre, du volume d'un petit pois, occupant la surface corticale; elle est arrondie, nettement délimitée, enkystée; tantôt unique, tantôt multiple, elle siège au milieu d'un rein sclérosé de néphrite interstitielle. A la coupe, on voit à la périphérie de la tumeur une membrane fibreuse limitante, constituée par un tissu de nouvelle formation et, au centre, des tubes épithéliaux réguliers, rappelant par leur forme, leur grou-

<sup>(1)</sup> Voy. *Tumeurs malignes*, p. 550.

pement, les tubuli contorti. Dans certains cas, cette tumeur s'infiltré de graisse, ce qui lui donne son aspect jaunâtre. A un degré plus élevé, on peut trouver la même tumeur présentant à sa périphérie un vaste foyer sanguin, sous forme de caillots ou de fibrine colorée par l'hématurie; on comprend qu'un pareil néoplasme siégeant au niveau du bassinet puisse donner lieu à une hémorragie dans cette cavité et par conséquent à une hématurie. De là à l'adénome volumineux avec augmentation de volume du rein et hémorragies, il n'y a qu'un pas.

**Lipomes.** — Les lipomes se présentent sous forme de noyaux graisseux infiltrant la substance corticale, situés plus rarement dans le voisinage du bassinet. Ce sont en général des complications des pyélo-néphrites; on trouve alors une dégénérescence fibro-lipomateuse péri- et intra-rénale<sup>(1)</sup>. En dehors de ces cas, Rayer, Ebstein ont rapporté des faits de *lipomes* volumineux ayant envahi tout le parenchyme rénal et la capsule adipeuse sans lésion inflammatoire et laissant encore, au milieu de la masse graisseuse intra-rénale, des vestiges des pyramides médullaires et de la zone corticale.

D'après Lancereaux, ils pourraient même envahir les deux organes et amener la mort par urémie. En général ces productions lipomateuses restent petites, localisées, et ne donnent lieu à aucun symptôme clinique. Lorsqu'ils sont volumineux, ils n'ont jamais été diagnostiqués, et c'est sous le nom de tumeurs du rein qu'ils ont été enlevés le plus souvent; on constate après l'opération que le lipome est développé aux dépens de la capsule adipeuse. D'après Heyden, les lipomes, de même que les myxo-lipomes et les fibro-lipomes, sont toujours nés dans la capsule cellulo-adipeuse.

**Fibromes.** — Les fibromes purs sont rares: ce sont en général des fibro-sarcomes; cependant Heyden, dans sa statistique, en a rassemblé 5 cas. Il s'agit ici de tumeurs essentiellement bénignes. Les fibromes se présentent sous deux formes: tantôt ce sont de petites nodosités blanches, occupant la base des pyramides, du volume d'un grain de mil à une noisette, très fermes, criant sous le scalpel et entourées d'une zone de néphrite interstitielle. Dans certains cas, ces fibromes deviennent réellement d'ordre chirurgical; ils acquièrent un volume considérable (Bruntzel)<sup>(2)</sup>. Ils se développent aux dépens de la capsule propre du rein. J'ai publié un exemple de fibrome rénal enlevé en conservant le rein dont il occupait le voisinage du pédicule<sup>(3)</sup>.

**Myxomes.** — Ils sont formés de noyaux blancs, bleuâtres, opalescents, durs en général, associés au sarcome. Un seul cas de myxome pur a été observé par Bezolde. J'en ai vu un cas dans lequel la tumeur était consécutive à une pyélo-néphrite calculeuse. Le malade succomba sans généralisation. (Congrès de Moscou, 1897.)

**Ostéomes.** — Ce sont d'ordinaire des infiltrations calcaires, que Rayer considère comme des ossifications de la capsule fibreuse, et susceptibles d'infiltrer tout le parenchyme et de le transformer en une pierre blanc mat, rugueuse. On pourrait rapprocher de ces productions ostéiformes, la dégénérescence calcaire qui suit l'évacuation de certains acéphalocystes du rein.

<sup>(1)</sup> GODARD, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1858, p. 261.

<sup>(2)</sup> BRUNTZEL, *Berl. klin. Woch.*, 1882, p. 745.

<sup>(3)</sup> TUFFIER, *De la néphrectomie partielle*. Congrès de chirurgie, 1890.