

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⁽¹⁾, 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-

⁽¹⁾ 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⁽¹⁾. 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)⁽²⁾. 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⁽³⁾.

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.

⁽¹⁾ GODARD, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1858, p. 261.

⁽²⁾ BRUNTZEL, *Berl. klin. Woch.*, 1882, p. 745.

⁽³⁾ TUFFIER, *De la néphrectomie partielle*. Congrès de chirurgie, 1890.

Angiomes. — On trouve dans le rein des tumeurs érectiles, analogues à celles qu'on rencontre dans le foie ou la parotide. Rayer en a observé un cas, Virchow en a vu de sous-capsulaires. Ces tumeurs n'ont qu'un intérêt anatomo-pathologique. Les autres cas cités depuis, tels que l'observation de Bailly, nous semblent se rapporter à des tumeurs vasculaires connues sous le nom de sarcomes télangiectasiques.

Tumeurs mixtes. — On peut trouver dans le rein des néoplasmes à structure complexe, rappelant ceux qui sont bien connus dans l'ovaire, le testicule, la parotide. On les rencontre généralement chez des enfants; ils affectent l'allure des sarcomes et contiennent, au milieu d'un groupe formé de cellules embryonnaires, des éléments musculaires, des vaisseaux de nouvelle formation. Johnston (de Bradford) cite un angio-myosarcome de ce genre. Il s'agit là de ces *tératomes* peut-être développés aux dépens du corps de Wolff⁽¹⁾.

Lymphangiomes. — Leur existence est contestée : les faits décrits sous ce nom par Heschl⁽²⁾ sont rangés par Klebs parmi les adénomes.

Gliomes. — Virchow donne ce nom à des petites tumeurs transparentes, contenant des éléments épithéliaux et passant d'ailleurs souvent inaperçues même à l'autopsie.

Syphilomes. — Moxon a trouvé dans un cas une tumeur arrondie, du volume d'une petite pomme, occupant le parenchyme. Cette tumeur, qu'il considère comme une gomme, avait été constatée pendant la vie du malade. Israël en a récemment publié deux nouvelles observations (voy. *Syphilis rénale*).

Tumeurs villeuses. — La tumeur villeuse du bassin, surtout étudiée par les auteurs anglais, est formée de touffes à pédicule mince, insérées sur la muqueuse du bassin. Ces touffes molles, allongées, formant un véritable chevelu, sont composées de cellules nucléées rondes et d'un stroma fibreux délicat, le tout revêtu d'épithélium. Elles donnent souvent lieu à des hémorragies abondantes. Dickinson⁽³⁾ parle d'un cas où cette lésion existait sous la même forme dans le rein et dans la vessie, et dans une préparation de King's College, on voit la tumeur coïncider avec une mélanose (voy. *Tumeurs de l'uretère et du bassin*, p. 448).

Symptômes et diagnostic. — L'ensemble des tumeurs bénignes du rein, quelle que soit leur nature, se traduit par des symptômes qui leur sont communs. Un grand nombre d'entre elles sont latentes, et ne sont révélées que par l'autopsie : cette classe comprend toutes les tumeurs dont le volume n'est pas suffisant pour rendre le rein perceptible au malade et au chirurgien. Les douleurs et les hématuries manquent dans tous ces cas de tumeurs bénignes développées aux dépens de la capsule propre du rein. La gêne occasionnée par leur volume considérable est leur seul signe. Aussi le diagnostic est-il extrêmement difficile, et sur les 22 observations que nous avons pu réunir, nous trouvons presque toujours le diagnostic de tumeur de l'ovaire, de kyste hyda-

⁽¹⁾ JOHNSTON, *Brit. med. Journal*, 25 avril 1898.

⁽²⁾ HESCHL, *Arch. gén. de méd.*, 1866, t. I, p. 617.

⁽³⁾ DICKINSON, *On renal and urinary infections*, vol. III, p. 759.

tique, et une fois seulement celui de tumeur rénale. Quelquefois même, c'est au cours de l'opération, en pédiculisant la tumeur, que l'on a reconnu son origine.

Leur *pronostic* est bénin lorsqu'il s'agit de fibromes et de lipomes vrais; mais bien plus souvent l'on a affaire à des fibro-sarcomes ou à des myxo-lipomes, et dans ces cas la récurrence est fréquente.

Une *tumeur rénale* sans autres signes fonctionnels que ceux qui résultent de son poids et de son volume, telle est la seule caractéristique ces néoplasmes. Une exception doit être faite pour les *tumeurs villeuses du bassin*. Ce sont là des productions qui nous paraissent encore au-dessus de nos moyens de diagnostic. Elles se caractérisent par des hématuries profuses, affectant tous les caractères des hémorragies dues aux tumeurs malignes du rein, mais sans aucune augmentation de volume de l'organe.

Traitement. — L'ablation du néoplasme et du rein est applicable à tous les cas où la glande est dissociée par le tissu pathologique. La résection de la tumeur, en respectant le parenchyme, serait la méthode de choix pour les variétés bien localisées. J'ai ainsi enlevé un fibrome et un adénome du rein avec succès, et j'ai décrit dans la thèse de mon élève De Rouville, et au Congrès de chirurgie de 1895, l'historique de ces néphrectomies partielles.

Résultats opératoires. — 16 néphrectomies abdominales ont donné 8 guérisons et 8 morts.

III

TUMEURS PARANÉPHRÉTIQUES

Ces néoplasmes n'ont de commun que ce fait, qu'ils se développent *autour du rein*. Ils revêtent comme *caractère clinique général* celui des tumeurs rénales, et ils ont comme *caractère anatomique* leur origine dans la capsule fibreuse ou graisseuse de l'atmosphère péri-rénale : c'est dire qu'ils sont généralement d'ordre conjonctif. Mais leur pronostic varie absolument avec leur variété. Cestan⁽¹⁾, qui a relevé la statistique la plus complète, en compte 40 cas auxquels je puis ajouter trois faits personnels.

Anatomie pathologique. — *Lipomes.* — Ce sont les plus fréquents. Ils naissent dans la capsule graisseuse et peuvent gagner le rein. Mais une division s'impose ici entre le *lipome vrai* et la *périnéphrite fibro-lipomateuse* de Godard (1858). Quand on lit les observations publiées sous cette étiquette « lipome » on voit, en effet, qu'il s'agit de néoplasies développées autour d'un rein malade, infecté (pyélo-néphrite). Ces productions graisseuses sont analogues aux péri-adénites. Elles peuvent devenir énormes et remplir tout l'abdomen. J'en ai vu qui avaient le volume d'une tête de fœtus et qui contenaient à leur centre un petit abcès rénal. Ces masses lobulées sont plus dures et plus diffuses que le lipome classique. Dans un cas de Thiriart la tumeur pesait 11 kilogrammes. Ce

⁽¹⁾ ET. CESTAN, *Les tumeurs paranéphrétiques*. *Gaz. des hôp.* Voy. Index bibliographique, 9 avril 1898, p. 591.

qui fait leur intérêt c'est que le rein lui-même peut être dégénéré, envahi par la graisse, et le point de départ infectieux peut alors passer inaperçu.

Fibromes. — Ce sont des productions développées aux dépens de la capsule propre du rein et refoulant la glande. On trouve quelquefois dans les autopsies de petits fibromes sans importance du volume d'un pois. Ils n'acquièrent de valeur chirurgicale que par leur volume : Jeanel en signale un exemple de 2500 grammes; Reverdin en a vu un autre qui pesait 48 livres. La structure de ces tumeurs est celle des *fibromyomes* utérins avec développement veineux considérable; comme ces derniers, ils évoluent lentement et peuvent présenter des dégénérescences kystiques. Ils peuvent également se pédiculiser en dehors de la glande.

Sarcomes. — Ils sont aussi fréquents que les fibromes, et naissent de l'un quelconque des éléments anatomiques qui constituent l'atmosphère péri-rénale. Ils peuvent acquérir un volume énorme, 18, 55 livres. Leurs éléments plus vivaces et plus envahissants que ceux des fibromes peuvent pénétrer dans le rein, dans les muscles et les aponévroses de voisinage, et se comporter comme de vraies tumeurs malignes. Cette allure n'est pas fatale, mais elle est fréquente. Les éléments constitutifs du sarcome sont tantôt purs, tantôt associés à du *fibrome* ou à du *myxome* : Gould et Jeanne⁽¹⁾, ont cité un bel exemple de sarcome tégangiectasique secondaire à une tumeur du testicule enlevée 8 mois auparavant.

Tumeurs mixtes. — Elles ont surtout été étudiées par Wollstein⁽²⁾ et Hildebrand. Ce sont des rhabdomyo-sarcomes, ou fibro-myo-ostéo-sarcomes, qui se rencontrent là comme dans la parotide, l'ovaire, le testicule. Elles se voient surtout chez l'enfant, ce qui cadre bien avec l'hypothèse généralement admise que ce sont des tumeurs développées aux dépens d'éléments embryonnaires aberrants. Leur aspect clinique est celui des sarcomes.

Kystes. — Ils sont d'ordre très différent :

1° *Kystes urinaux d'origine traumatique dus à une rupture de l'uretère ou du bassin.* — Je les ai étudiés au chapitre des *Traumatismes du rein (complications)*. Ils peuvent persister très longtemps et contenir de l'urine, ou un mélange urohématique.

2° *Kystes hydatiques.* — J'en ai vu deux cas : ils étaient développés l'un dans l'atmosphère rétrorénale — il avait refoulé le rein, — l'autre au niveau de la capsule surrénale entre son bord supérieur et le rein, ainsi que mon collègue Roger a pu s'en assurer.

3° *Kystes séreux ou séro-sanguins.* — Leur origine et leur nature sont absolument inconnues. Pavlik en a cité un très bel exemple; la tumeur remplissait toute la fosse lombaire. Deroubaix, Letulle, Reclus en a rapporté d'autres faits semblables. Dickinson, César Hawkins et David Newmann⁽³⁾ ont signalé des cas de *kystes pancréatiques*. Je crois qu'il serait très utile, dans ces cas, de bien examiner si ces collections séro-sanguines ne prennent pas leur origine dans la face postérieure de la glande pancréatique. C'est l'impression qui m'est restée de la lecture des observations : on connaît maintenant des *kystes pancréatiques* qui ressemblent absolument à ces variétés de kystes dits para-rénaux, d'autant plus que dans les observations publiées, on se contente généralement de drainer la poche, ce qui laisse le point de départ inconnu.

(1) GOULD et JEANNE, Soc. Anat., 1897.

(2) New-York path. Soc., 28 déc. 1892.

(3) D. NEWMANN, *Glasg. Medic. Journ.*, 1897, t. I, p. 524, t. II, p. 42.

Étiologie. — Les sarcomes et les tumeurs mixtes se rencontrent plus souvent chez les jeunes gens, les lipomes d'origine infectieuse sont plus fréquents chez l'adulte. Mankiewicz⁽¹⁾ et Galimir⁽²⁾ citent la prédisposition particulière de la femme (16 cas sur 22).

Symptomatologie. — Après avoir vu des exemples de tumeurs paranéphrétiques, après avoir lu les observations, après avoir pris connaissance des symptômes invoqués par ceux qui ont traité cette question, je dois dire notre impuissance à porter un diagnostic exact. Les tumeurs paranéphrétiques présentent les signes et tous les signes d'une tumeur du rein. J'en excepte l'hématurie qui n'existe pas dans ces néoplasmes mais qui n'est également pas constante dans les néoplasmes du rein. Je ne m'attacherai pas à faire un diagnostic différentiel purement théorique entre les tumeurs paranéphrétiques et celles des organes voisins et je renvoie le lecteur au chapitre « *Diagnostic des tumeurs du rein*, » p. 557. Même début insidieux, même développement progressif, même rapidité suivant la nature du néoplasme, même siège lombaire, même ballonnement, même varicocèle symptomatique; mais l'hématurie fait défaut. Le diagnostic fait par Bardenheuer et Jeannel⁽³⁾ restera donc l'exception. Je ne vois guère que les lipomes péripyélitiques dont l'allure particulière permettra de hasarder une opinion. Chez un malade qui a présenté tous les signes d'une pyélite ou d'une pyélo-néphrite chronique, les accidents ont diminué ou presque disparu, la tuméfaction du flanc s'est développée lentement, sans fièvre, sans grandes douleurs, le palper bimanuel fait constater une tumeur quelquefois molle et fluctuante, mal délimitée, indolente, et dont le volume cadre mal avec l'état général satisfaisant du malade : dans ces cas on pourra penser avec quelque vraisemblance à une pyélo-néphrite avec fibro-lipomatose.

Traitement. — Les lipomes ne nécessitent de traitement actif qu'autant qu'ils gênent par leur volume et, dans ce cas, en général, la néphrectomie ne pourra être évitée, le rein, d'ailleurs malade, étant perdu dans la tumeur. Peut-être, dans certains cas, pourra-t-on se contenter de la néphrectomie partielle, quand, par exemple, la tumeur n'aura intimement englobé ou envahi qu'un des pôles du rein. Enfin il est bien entendu que toutes les fois que la conservation du rein sera reconnue possible il faudra limiter l'intervention à l'extirpation de la tumeur. Telle fut la conduite de Jeannel⁽⁴⁾ dans un cas de gros fibrome para-rénal dont les dimensions considérables exigèrent la voie transpéritonéale. La tumeur ayant été décollée de toutes parts de la capsule assez épaisse qui l'enveloppait, on lui trouva un pédicule assez mince pour être saisi entre deux pinces languettes. Ce pédicule ne contenait ni l'uretère ni les vaisseaux. Le rein de forme normale, mais légèrement augmenté de volume, était situé en bas et en dedans de la tumeur « qui lui adhérait et s'était même développée sur sa capsule propre ». Néanmoins l'organe put être complètement ménagé. Drainage de la poche, suites opératoires sans incidents.

(1) MANKIEWICZ, Thèse de Strasbourg, 1887.

(2) GALIMIR, Thèse de Paris, 1895.

(3) BARDENHEUER et JEANNEL, in Bauby et Daunic, *Midi méd.*, 1895.

(4) BAUBY et DAUNIC, *Midi méd.*, 1895, n° 45, p. 552.