

VII

TUMEURS DE L'URETÈRE ET DU BASSINET

Nous les diviserons en : *tumeurs malignes*, très fréquentes, et *tumeurs bénignes*, rares.

I. — TUMEURS MALIGNES

Anatomie pathologique. — Les observations de *cancer du bassin* ou de

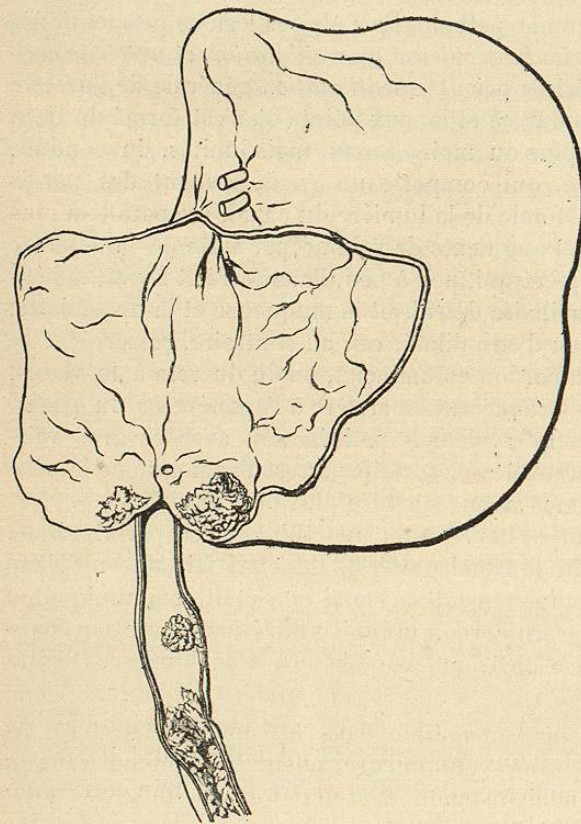


FIG. 126. — Tumeur de l'uretère et du bassin.
(Musée Dupuytren, Toupet et Guéniot.)

Le rein, ouvert sur son bord concave, est distendu par une hémationéphrose. Les végétations occupent le bassin et l'uretère.

Waldenstromm⁽⁵⁾ et Litten⁽⁶⁾. Les faits de Cattani⁽⁷⁾ et de Ribbert⁽⁸⁾ sont

- (¹) GAUCHER, *Bull. de la Soc. anat.*, 1881, p. 40.
(²) ISRAËL, *Virchow's Archiv*, 1881, t. LXXXVI, p. 557.
(³) HARTMANN, *Bull. de la Soc. anat.*, 1886, p. 576.
(⁴) WISING et BLIN, *Hygiæa*, Stockholm, 1876, p. 468.
(⁵) WALDENSTROMM, *Upsala læk. forhandl.*
(⁶) LITTEN, *Charité Annalen*, 1879, p. 100.
(⁷) CATTANI, *Arch. per le Sc. medic.*, t. VII, p. 1885.
(⁸) RIBBERT, *Arch. f. path. Anat.*, Bd. CVI, Heft 2, 1886.

l'uretère consécutif à un cancer du rein ne sont pas rares; au contraire le *cancer primitif du bassin* et de l'uretère est exceptionnel. Au point de vue *anatomopathologique*, ces cancers, qu'ils soient limités au bassin ou qu'ils aient envahi le rein, présentent une structure commune. Au point de vue *clinique*, l'épithélioma limité au bassin et à l'uretère a, au contraire, une physionomie spéciale. Parmi les observations signalées, le plus grand nombre a trait à des cancers du rein avec généralisation plus ou moins étendue dans laquelle le bassin et l'uretère sont plus ou moins envahis. C'est seulement par la structure de l'épithélioma dont les cellules sont des cellules proliférées de l'épithélium du bassin que le diagnostic pourrait être fait. Dans cette catégorie rentrent les cas de Gaucher⁽¹⁾, Israël⁽²⁾, Hartmann⁽³⁾, Wising et Blin⁽⁴⁾,

douteux. Rayer a figuré dans son atlas, sous le nom de cancer du bassin, une sorte de végétation adipeuse suspendue à la face interne de cet organe; malheureusement cette pièce manque d'examen histologique. Enfin récemment Hecktœn⁽¹⁾ a cité un cancer primitif de l'uretère pris pour un ostéosarcome de l'os iliaque : il s'agissait d'un carcinome médullaire typique de l'uretère droit avec hydronéphrose et atrophie du rein correspondant. — Pour ma part, j'ai vu trois cas de cancer du bassin. Le premier a trait à un cancer primitif constaté pendant une opération : il s'agissait d'un malade atteint d'une hémationéphrose intermittente, chez lequel l'incision de la partie hydronéphrotique me fit tomber sur une surface

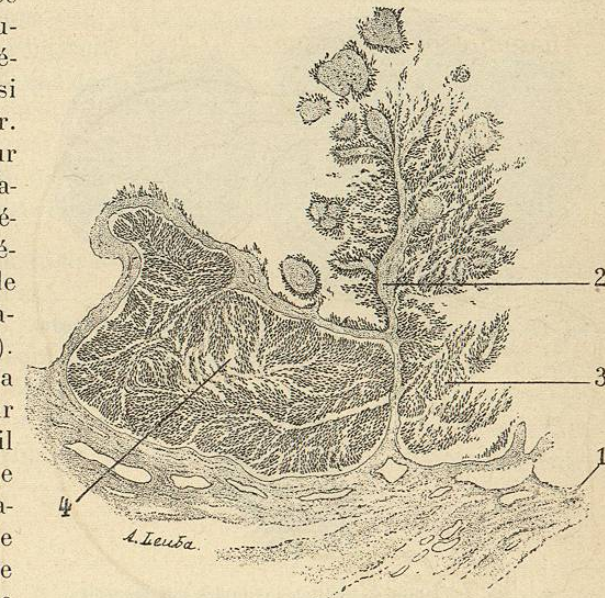


FIG. 127. — Épithélioma dendritique de l'uretère
(faible grossissement).

1. Paroi de l'uretère. 2. Trame conjonctive de la végétation.
3. Couches épithéliales multiples recouvrant la végétation conjonctive. — 4. Végétation coupée perpendiculairement à son axe.

végétante et indurée occupant le bassin et déjà adhérente aux gros vaisseaux, si bien que je ne pus l'extirper. Dans le second la tumeur paraissait être rénale; il s'agissait encore d'une uro-hémationéphrose avec épithélioma inopérable : le malade succomba à une généralisation cancéreuse (Tuffier⁽²⁾). Dans le troisième cas, à la suite d'une néphrotomie pour pyélonéphrite calculeuse, il se développa un myxome qui, par l'examen direct, paraissait bien être né dans le bassin. Au point de vue anatomopathologique, une pièce des plus probantes est celle qui est dessinée figure 126; elle montre la distension produite par l'hémationéphrose, le point de départ de la tumeur sur le bassin et sa propagation dans le canal de l'uretère. Au cours de l'examen, on trouva une volumineuse poche à contenu sanguin qui n'était autre que le rein gauche distendu. L'uretère formait un gros cordon cylindrique, dur, du volume du petit doigt et rempli d'une masse blanchâtre cancéreuse qui l'oblitérait. Cette portion cancéreuse de l'uretère se terminait en haut par une région souple, au-dessus de laquelle on trouvait une végétation bourgeonnante en chou-fleur, saillante dans le bassin et au centre de laquelle il y avait un infime pertuis représentant l'ouverture de l'uretère. Il n'existait aucune autre production cancéreuse ni dans le rein, ni dans la poche rénale, ni dans le reste de l'organisme. L'uretère était rempli par des cavités alvéolaires, dont la structure générale rappelait l'épithélioma mucoïde de l'ovaire ou de la mamelle (fig. 127 et 128). Les cellules qui tapissaient les végétations ainsi que les cavités alvéolaires étaient des cellules d'épithélium cylindrique,

- (¹) HECKTÖEN, *Médecin*, juin 1896, et *Rev. des sc. méd. de Hayem*, 1896, p. 650.
(²) TUFFIER, *Société de chirurgie*, 1895.

disposées sur trois ou quatre couches avec des noyaux allongés et fortement colorés. La surface externe de l'uretère était normale. Il s'agit donc bien d'un épithélioma des conduits excréteurs et non pas du rein. M. Letulle fit avec raison remarquer que le foyer cancéreux primitif devait être dans le bassin et que les productions cancéreuses de l'uretère étaient des greffes secondaires. Il en donna comme preuve l'absence de dilatation de l'uretère opposée à l'extrême distension du rein (fig. 127, 128, 129).

Je crois utile de rappeler ici la pathogénie possible de certains néoplasmes de l'uretère et du bassin. J'ai dit plus haut (voy. *Urétérite*, p. 427) que l'inflam-

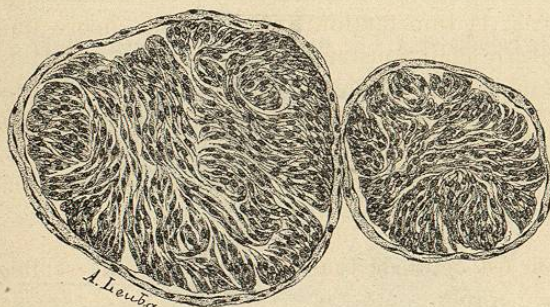


FIG. 128. — Une des masses épithéliales de la figure 127 à un plus fort grossissement.

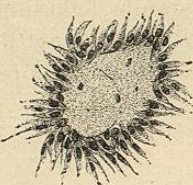


FIG. 129. — Cellules épithéliales d'un des lobules isolés et très grossi.

mation chronique simple ou calculeuse peut provoquer, dans la muqueuse urinaire, des lésions de transformation épithéliale : le revêtement normal se transforme en un épithélium pavimenteux stratifié, à caractères épidermiques; cette lésion est constamment accompagnée de sclérose dermique; c'est la *leucoplasie urinaire*. Or, dans certains cas, la leucoplasie peut être le point de départ du développement d'un néoplasme — épithélioma pavimenteux lobulé à caractères épidermiques; c'est le *cancroïde*.... Nous avons vu que la leucoplasie des uretères et des bassins n'est pas très

rare, soit qu'elle complique des lésions semblables siégeant sur la vessie, soit qu'elle soit développée primitivement dans les voies urinaires supérieures. Au contraire, je viens de dire que les cas de cancer primitif du bassin et de l'uretère sont rares. Le néoplasme, dans ces cas, succède-t-il toujours à la leucoplasie? Il est difficile de le dire. Notons cependant que dans les observations d'Israël⁽¹⁾ et de Hartmann⁽²⁾, il existait en même temps que le néoplasme une pyélite calculeuse : le cancer semblait s'être développé secondairement dans les bassins chroniquement enflammés, suppurés autour de calculs; les lésions de périnéphrite adipeuse étaient très marquées. Dans le cas de Hartmann, en particulier, il existait des lésions étendues, disséminées, de la muqueuse, du bassin et de l'uretère : épaissement, nodules et plaques exulcérées, aspect réticulé, qui font penser à la leucoplasie; mais rien, dans la description histologique, n'autorise à ce rapprochement. Enfin, dans une importante communication à la Société des médecins de Vienne, Kundrat⁽³⁾ rapporte 5 cas de cancers épidermiques ayant leur point de départ dans l'épithélium du bassin et des

(1) ISRAËL, *Virchow's Archiv*, 1881, p. 559.

(2) HARTMANN, *Bull. de la Soc. anat.*, 1886, p. 576.

(3) KUNDRAT, *Soc. des méd. de Vienne. Anal. in Semaine médicale*, 9 déc. 1891.

calices. Dans l'un de ces cas, le rein, très volumineux, gros comme la tête, avait ses calices dilatés; à la partie inférieure existait un calcul, point de départ de l'irritation, et, à l'entour, un néoplasme blanc, dont on pouvait faire sortir par la pression les bouchons épithéliaux caractéristiques des cancers épidermiques.

Symptômes et diagnostic. — Au point de vue clinique, il est bien difficile de tracer ici un tableau d'ensemble de ces tumeurs. Les deux cas que nous avons observés revêtaient les caractères d'une *uro-hématonéphrose*. Dans le premier cas, on trouvait une énorme tumeur du flanc droit avec hématurie noire, intermittente; on voyait très nettement la tumeur diminuer quand l'hématurie apparaissait. Dans le deuxième cas, la tuméfaction du rein était encore une uro-hématonéphrose, mais l'hématurie était constante. L'oblitération rapide de l'uretère peut, comme dans le cas de Toupet et Guéniot⁽¹⁾, donner l'aspect d'une tumeur rénale sans hématurie et faire porter le diagnostic d'hydronéphrose. En somme, le symptôme sur lequel j'ai insisté, *l'uro-hématonéphrose intermittente*, resterait le meilleur signe du cancer de l'uretère. Le cathétérisme urétéral permettrait également de localiser les lésions à l'embouchure du bassin.

Le **pronostic** de cette affection est celui de tous les cancers; elle semble même marcher assez rapidement.

Traitement. — Les faits sont trop peu nombreux pour permettre de poser des règles thérapeutiques. L'ablation pure et simple de la tumeur après néphrotomie me paraît un idéal qu'un diagnostic particulièrement précoce permettrait de réaliser. Dans tous les autres cas, la néphrectomie avec urétérectomie semble s'imposer.

II. — PAPILLOMES

Historique. — Lancereaux⁽²⁾ a décrit des papillomes du bassin sous forme de végétations papilliformes, véritables petits polypes qui se rapprochent de l'urétérite et de la pyélite kystiques ou polypeuses dont nous avons parlé et qui ont été également étudiées par Litten⁽³⁾. Cornil et Rousseau⁽⁴⁾ ont rapporté un fait analogue. Ce qui fait le mérite de Lancereaux, c'est qu'il a bien vu que ces végétations papilliformes pouvaient amener d'énormes hydronéphroses s'accompagnant d'hématuries. Il cite des observations de Roberts et Morgan⁽⁵⁾ et de Murchison⁽⁶⁾, auxquels nous pouvons ajouter celles de Neelsen⁽⁷⁾, Battle⁽⁸⁾ et Kohlhardt⁽⁹⁾. Plus récemment Hallé, Tuffier ont insisté sur diffé-

(1) TOUPET et GUÉNIOT, *Bull. de la Soc. anat.*, nov. 1898.

(2) LANCEREAUX, art. REIN du *Dict. encycl. des sciences méd.* Paris, 1876, 5^e série, t. III, p. 247-248.

(3) LITTEN, *Virchow's Arch.*, Bd. LXVI, p. 159.

(4) CORNIL et ROUSSEAU, *Journal de l'anat.*, 1868, p. 570.

(5) ROBERTS et MORGAN, Affection villeuse du rein. *Trans. of the path. Soc. of London*, 1870, XXI, p. 259-241.

(6) MURCHISON, *Transact. of the pathol. Soc. of London*, 1870, XXI, p. 241-244.

(7) NEELSEN, *Ziegler's Beiträge zur path. Anat. und Phys.*, 1888, III, p. 279-284 (fig.).

(8) BATTLE, *Trans. clin. Soc. London*, 1895, XXVIII, p. 255-259.

(9) KOHLHARDT, *Arch. für pathol. Anat. und Phys. und für klin. Med.* Berlin, 1897, CXLVIII, p. 565-572.

rents faits anatomo-pathologiques et cliniques que Pantaloni⁽¹⁾ a repris sans tenir compte de leurs travaux sur l'uro-hématonéphrose et la leucoplasie.

Anatomie pathologique. — Ces tumeurs affectent soit la forme de tumeurs vilieuses, soit la forme de papillomes, véritables épithéliomas végétants. Elles sont unilatérales; elles peuvent être bilatérales, tel le cas de Murchison, où les tumeurs occupaient l'extrémité inférieure des deux uretères, les deux bassinets et les deux calices.

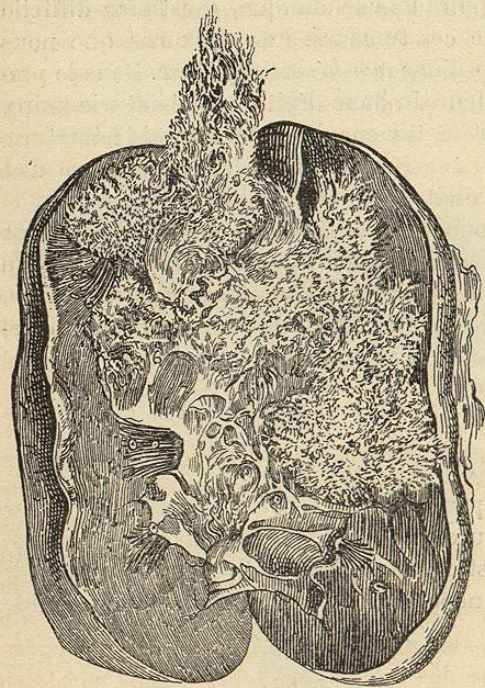


FIG. 150. — Tumeur vilieuse du bassinnet et de l'uretère. (Dickinson.)

Dans le cas curieux de Neelsen la tumeur se compliquait d'une anomalie du rein qui était double avec un double uretère; dans le cas de Battle, elle coïncidait avec un calcul.

Tantôt le néoplasme est libre au milieu du bassinnet; dans d'autres cas il se propage dans les calices et jusqu'à la périphérie du rein. Les noyaux peuvent être alors multiples, disséminés et aller des calices au tiers supérieur de l'uretère (cas de Kohlhardt).

La nature intime de ces tumeurs, il faut l'avouer, nous est encore totalement inconnue à l'heure actuelle. Kohlhardt⁽²⁾, dans le cas qui lui est personnel et qui offrait cependant toutes les apparences du cancer, n'a trouvé en aucun point

de véritables nodules épithéliaux; « nulle part il n'existait d'indices d'une invagination vers la profondeur; nulle part les portions de tissu conjonctif, adjacentes aux soi-disant nodules épithéliaux, ne présentaient de prolifération cellulaire réactionnelle; de même l'épithélium de ces nodules ne présentait aucune modification dans sa constitution morphologique, modifications que Hauser a réunies sous le terme d'induration cancéreuse propre ». Kohlhardt en conclut que, dans son cas au moins, il ne s'agissait pas de carcinome vilieux, mais d'une *prolifération papillomateuse* de la muqueuse. Ce sont les conclusions auxquelles s'arrêtent d'ailleurs la majorité des auteurs qui estiment que, presque toujours, histologiquement parlant, on a affaire à des tumeurs *benignes*. Cependant il en existe manifestement de *malignes* (Pantaloni). En réalité, il est probable qu'il doit y avoir des papillomes des deux ordres, que les uns sont *malins* (épithélioma, etc.) et les autres *benins* (fibromes diffus, etc.); qu'en outre la tumeur *benigne* peut à un moment donné, sous des influences que nous ignorons, devenir *maligne*.

Pathogénie et étiologie. — Comment se forment ces tumeurs? Henle pense

⁽¹⁾ PANTALONI, *Arch. prov. de Chir.*, janv. 1899, p. 1.

⁽²⁾ KOHLHARDT, *loc. cit.*

qu'elles se développent aux dépens de papilles préexistantes. Par contre Virchow estime que tout épithélium peut donner naissance à des papilles, même en des endroits où il n'en existait pas auparavant, par conséquent aussi au niveau de la muqueuse du bassinnet et de l'uretère dépourvue de papilles. D'après la théorie de Henle, le papillome ne serait que l'hypertrophie d'une papille et de ses parties constituantes, tissu conjonctif et vaisseaux. Klebs et Tschistowitsch, à cause de la vascularisation prodigieuse de la base de ces tumeurs, pensent qu'elles sont dues au développement primitif des capillaires. Souvent cependant on trouve de petites formations papillaires qui sont dépourvues de vaisseaux; Virchow s'appuie sur ce fait pour affirmer, au contraire des auteurs précédents, qu'avant l'apparition des vaisseaux il existe une prolifération du tissu conjonctif et que les vaisseaux ne prennent qu'ensuite leur développement.

Quant aux causes qui produisent ces lésions de la muqueuse, du bassinnet ou de l'uretère, il faut les comprendre pour la plupart dans une *inflammation* de cette muqueuse et considérer la prolifération papillomateuse comme l'expression de cette inflammation (*pyélite vilieuse*); on peut aussi admettre une simple *irritation* de la surface épithéliale; dans ce cas, on peut considérer la tumeur comme un *fibrome papillaire diffus* (Kohlhardt).

Symptomatologie. — Au point de vue clinique, le papillome du bassinnet et de l'uretère se présente sous deux aspects bien différents, suivant qu'il évolue *rapidement* ou *lentement*.

1° Quand la tumeur a une *croissance rapide*, elle offre un complexe symptomatique en tout point semblable à celui des tumeurs malignes du rein en général. Le symptôme capital est l'*hématurie*. Intermittente au début, elle devient ensuite presque continue; son abondance est variable: d'abord légère, elle ne tarde pas en général à prendre des proportions telles qu'elle met la vie du malade en danger et constitue ainsi la principale indication à l'intervention. Comme cette intervention est le plus souvent précoce, le chirurgien a rarement l'occasion de constater, dans ces cas de tumeurs à évolution rapide, des accidents d'obstruction. Dans quelques cas, on a bien trouvé (Roberts et Morgan⁽¹⁾, Lancereaux⁽²⁾) le bassinnet très dilaté; mais *il n'était pas rempli d'urine*: ce qui l'obstruait, c'était une matière crémeuse, constituée par des *détritus* (Roberts et Morgan), ou des *végétations* (Lancereaux) de la tumeur.

2° Quand la tumeur, débutant par l'uretère ou par l'extrémité inférieure du bassinnet, s'accroît lentement, ce ne sont plus les caractères cliniques d'une tumeur maligne qu'on observe (hémorragies plus ou moins abondantes et persistantes, altération de l'état général, etc.), mais des accidents d'*obstruction urétérale*, c'est-à-dire des accès plus ou moins intenses, plus ou moins douloureux d'*hématonéphrose intermittente*; à l'autopsie on constate une dilatation plus ou moins considérable du bassinnet et des calices, dont le contenu est constitué par un mélange d'urine et de sang. (Neelsen⁽³⁾, Battle⁽⁴⁾, Kohlhardt⁽⁵⁾, Murchison⁽⁶⁾, Pantaloni⁽⁷⁾). L'hydronéphrose est intermittente « parce que, dit

⁽¹⁾ ROBERTS et MORGAN, *Trans. of the path. Soc. of London*, 1870, t. XXI, p. 259-241.

⁽²⁾ LANCEREAUX, *Dict. encyclop. des sciences méd.* Paris, 5^e série, 1876, t. III, p. 247-248.

⁽³⁾ NEELSEN, *Ziegler's Beitr. zur pathol. Anat. und Phys.*, 1888, t. III, p. 279-284.

⁽⁴⁾ BATTLE, *Trans. clin. Soc. London*, 1895, t. XXVIII, p. 255-259.

⁽⁵⁾ KOHLHARDT, *Arch. für path. Anat. und Phys. und für klin. Med.*, 1897, p. 565-572.

⁽⁶⁾ MURCHISON, *Trans. of the path. Soc. of London*, 1870, t. XXI, p. 241-244.

⁽⁷⁾ PANTALONI, *Arch. prov. de chir.*, 1899, t. VIII, p. 2-7.