

urinaires. Dans ce cas seulement on pourra penser avec certitude à un kyste hémétique des capsules surrénales.

II. Avec Robert <sup>(1)</sup>, nous distinguerons deux formes de *cancer* des capsules surrénales :

1<sup>o</sup> L'une, à *généralisation rapide*, se traduisant par des localisations multiples pouvant siéger dans tous les organes, en particulier à la peau et dans les centres nerveux, répondant fréquemment à une lésion bilatérale et entraînant, par suite de la multiplicité et du développement des nodules secondaires, un ensemble de symptômes qui masquent ceux de l'affection primitive. Cette forme évolue dans un délai qui varie de quelques semaines à quelques mois et se termine toujours par la mort.

2<sup>o</sup> La seconde forme, la plus fréquente, comprend les cancers *sans généralisation* ou à *généralisation lente*. La durée de son évolution est en moyenne de 8 mois. Jusqu'ici son pronostic a toujours été fatal. Les symptômes auxquels elle donne naissance sont, suivant leur ordre d'apparition : une *asthénie* profonde et un *amaigrissement* rapide; une *douleur* à caractères irréguliers, siégeant dans la région lombaire et l'irradiant à l'épigastre et dans le thorax; l'apparition enfin d'une *tumeur* à contours assez nets, pouvant atteindre le volume d'une tête d'enfant, de consistance généralement ferme au début mais capable de donner plus tard une sensation de *fluctuation* par suite de sa structure vasculaire ou de sa transformation kystique. Cette tumeur est située à la partie supérieure de l'un des flancs, faisant saillie à l'épigastre et refoulant le diaphragme dont elle suit parfois les mouvements. Elle est ordinairement assez mobile et produit l'impression de ballottement. Comme, en outre, elle est parfois sonore à sa partie antérieure (intestin), mate, au contraire, à sa partie postérieure, on voit qu'elle s'accompagne de tous les signes des tumeurs du rein et on comprend ainsi qu'on les ait si souvent confondues avec elle. On rencontre, dans cette forme de cancer sans généralisation ou plutôt à généralisation lente, les différents symptômes de la maladie d'Addison, à l'exception de la coloration bronzée. Son évolution s'accompagne quelquefois d'hypothermie, mais rarement de fièvre. Il y a de la dyspnée, des phénomènes de tachycardie paralytique se traduisant par des palpitations et un pouls rapide, mou, petit, dépressible. Bientôt survient une cachexie profonde spéciale, suivie de coma dans lequel succombent les malades.

Les complications auxquelles donne lieu le cancer sont : d'abord la *généralisation* constatée 16 fois sur 22 observations (Robert), portant sur tous les organes mais en particulier sur le *rein*, le *poumon*, le *foie*. On rencontre également des *thromboses de la veine cave inférieure* soit par compression, soit par propagation du néoplasme. Il faut citer enfin, mais comme complication plus rare, de la *néphrite* et l'apparition d'une *pneumonie* souvent mortelle.

**Pronostic.** — En somme, l'évolution des tumeurs des capsules surrénales est assez rapide, ne dépassant guère en moyenne un an. Aussi leur pronostic doit-il être considéré comme *fatal*.

**Traitement.** — L'*extirpation de la tumeur* est donc la seule chance de salut. Mais pour cela il faut : 1<sup>o</sup> que le *diagnostic ait été porté à temps*; 2<sup>o</sup> que la

<sup>(1)</sup> ROBERT, *loc. cit.*, p. 120.

*tumeur soit unilatérale*. Or nous avons vu que, malheureusement, le diagnostic n'était guère possible au moment du début de la néoplasie, alors que son petit volume, sa capsulisation, l'absence d'infiltration ganglionnaire et d'adhérences, l'intégrité enfin des organes voisins permettent une éradication totale, facile, sans crainte de récurrence. Le diagnostic n'est généralement porté — et encore avec combien de tâtonnements et d'erreurs! — que lorsque la tumeur a acquis un développement tel qu'elle devient perceptible et tangible au chirurgien; mais alors il est le plus souvent trop tard pour intervenir; le plus sage est de s'abstenir. L'abstention est de règle absolue lorsqu'il existe des signes de *généralisation*. Une autre contre-indication formelle est tirée de la *bilatéralité des lésions*. Si, en effet, l'ablation d'une seule capsule surrénale n'est pas incompatible avec l'existence, l'hypertrophie compensatrice de la glande laissée en place venant suppléer aux fonctions de la glande disparue, il n'en serait pas de même si l'on supprimait les deux glandes; il est certain qu'on provoquerait un dénouement fatal et que l'individu, comme l'animal des expériences biologiques, ne tarderait pas à mourir.

L'extirpation de la tumeur étant possible et décidée, comment abordera-t-on cette tumeur? Évidemment ici, comme dans les tumeurs rénales, c'est à la voie lombaire qu'il faudrait donner la préférence parce qu'elle épargne le péritoine; mais outre que cette voie est insuffisante dans les cas de tumeur très volumineuse, je ne crois pas qu'elle permette, dans la majorité des cas, d'énucléer complètement même les tumeurs de moyen volume qui, outre qu'elles sont très profondément situées, sont le plus souvent, nous l'avons vu, fortement adhérentes à la paroi postérieure de l'abdomen et aux viscères voisins. Il vaudra donc mieux, je crois, en présence d'une tumeur surrénale diagnostiquée telle, recourir à la *voie transpéritonéale*. Elle est plus dangereuse certes que la précédente, mais elle a ce grand avantage de permettre au chirurgien de se rendre compte des connexions de la tumeur et de la dégager sur toutes ses faces. Il va de soi que toutes les fois que le rein, reconnu indemne, pourra être ménagé, il faudra l'énucléer soigneusement de la masse néoplasique environnante et le laisser en place. Mais, dans la grande majorité des cas, cette précaution sera inutile, le rein étant le plus souvent envahi secondairement ou du moins englobé si intimement par la tumeur qu'il faudra l'enlever en même temps.

Je ne connais d'ailleurs pas d'exemple d'extirpation de tumeur surrénale : la seule intervention mentionnée est celle de Poncet <sup>(1)</sup>. Il s'agissait d'un homme qui portait dans le flanc droit une grosse tumeur dure, proéminente en avant et en arrière et donnant une sensation nette de ballottement, qu'on diagnostiqua *tumeur probable du rein*. Incision lombaire au niveau du point le plus saillant. Au-dessous du plan musculaire on tomba sur une tumeur friable dont le doigt ramena des fragments grisâtres. Il se produisit une hémorragie très abondante obligeant à un tamponnement immédiat. M. Poncet pensa alors à une *tumeur du foie*. La mort survint au bout de dix jours : l'autopsie montra qu'il s'agissait d'un cancer surrénal ayant envahi le rein.

Il me reste, pour terminer, à signaler un autre mode opératoire qui peut être de mise dans certaines *tumeurs liquides* des capsules surrénales : je veux parler de l'*incision suivie de marsupialisation* qui a été employée dans les kystes. C'est évidemment la meilleure façon d'agir dans ces cas : c'est celle qu'ont suivie

<sup>(1)</sup> ROBERT, Thèse de Lyon, 1899, p. 81.