

Contribution à l'étude
du rein kystique

PAR LE

D^r DEPAGE

—
Extrait des

Annales de la Société belge de Chirurgie, n^o 5.

—
1895
—

H. LAMERTIN

Libraire-Editeur — Bruxelles



**Biblioteka Główna
WUM**

Biblioteka Główna WUM

Br.6785



000024945

Contribution à l'étude

DU

REIN KYSTIQUE

PAR LE

D^r A. DEPAGE, Chirurgien des Hôpitaux

Le rein polykystique est une affection assez fréquente, bien qu'on la trouve rarement décrite par les chirurgiens qui en rencontrent des exemples. Aussi la lésion anatomo-pathologique en est-elle peu connue, et n'a-t-on pas de notions assez exactes sur la pathogénie de cette affection.

Il en résulte nécessairement une grande incertitude dans la pratique chirurgicale et, à ce point de vue, il serait indispensable que chacun de nous vînt apporter les faits qu'il a eu l'occasion d'observer, afin de jeter un peu de lumière sur les points obscurs que présente encore la question.

Ce sont ces considérations qui m'engagent à vous faire la communication suivante.

M^{me} X..., 52 ans, sans profession, père mort d'affection indéterminée, mère morte, paraît-il, d'affection goutteuse, trois frères vivants bien portants, un frère mort en bas-âge, une sœur vivante bien portante, deux enfants bien portants; les couches ont été faciles; les règles disparues depuis plusieurs années, ont été toujours normales et du côté des organes génitaux, il n'y a jamais eu la moindre souffrance.

Depuis quinze ans la malade porte, dit-elle, dans le flanc droit une tumeur qui, au point de vue de ses dimensions, est restée stationnaire jusqu'à ces derniers temps. Depuis nombre d'années, elle ressent à ce

niveau des douleurs sourdes, s'accroissant parfois et se propageant dans l'épaule. Les urines ont toujours déposé un sédiment rouge.

Au mois de mars de l'année dernière s'est produite, pour la première fois, une véritable crise douloureuse, caractérisée par de forts élancements dans le ventre, surtout du côté droit et par la présence de sang dans les urines, formant un dépôt couleur café; cette première crise n'a duré que quelques jours, les douleurs ont cessé et les urines sont redevenues claires. Deuxième crise au mois de mai, présentant les mêmes caractères que la première, et enfin une troisième au mois de juin. C'est alors que nous avons examiné la malade pour la première fois. Voici le résultat de notre examen.

A l'inspection le ventre paraît normal, à part une légère proéminence dans le flanc droit. A ce niveau, par la palpation, on sent une tumeur légèrement mobile, située sur une ligne verticale passant par l'extrémité antérieure de la dixième côte. Cette tumeur, irrégulière dans sa forme et offrant en avant une partie très accessible du volume du poing, s'étend en arrière dans la région lombaire. La partie accessible dure, solide, paraît reposer sur une poche remplie de liquide dont on ne peut apprécier le volume. Le ballonnement rénal est très manifeste. Par une pression légère sur la tumeur, la malade ne ressent aucune douleur, tandis qu'elle en accuse par une pression forte.

A la percussion, le foie descend jusqu'à la dixième côte; il est normal, indépendant du néoplasme, mais en arrière, les deux matités se confondent.

Dans le côté gauche on ne sent rien d'anormal; le rein n'est pas accessible et la région n'est pas douloureuse à la pression. La percussion de la rate est normale et celle du rein, pour autant qu'on puisse y avoir confiance, n'indique aucune augmentation de l'organe.

L'état général de la malade est excellent: le pouls est régulier, le cœur et les poumons sont normaux. Toutefois il y a manque d'appétit, la constipation est habituelle, et, à notre premier examen, le gros intestin était rempli de cybales.

L'examen des urines a donné les résultats suivants:

Urines d'une coloration brun-rougeâtre avec dépôt abondant, dense, en partie cristallin.

Densité: 1019;

Réaction acide très marquée;
Présence d'albumine en quantité notable;
Absence de sucre.

Examen microscopique :

Cellules épithéliales du bassinet, du rein et de la vessie;
Globules rouges très nombreux;
Leucocytes assez rares;
Cristaux d'acide urique;
Absence de cylindres.

Il s'agissait évidemment là d'une tumeur du rein; quant à la nature du néoplasme, j'hésitai à me prononcer entre le cancer, la lithiase et le kyste; toutefois, je crus avoir affaire à la présence d'un calcul dans les conduits urinaires, avec hydronéphrose consécutive. M. le professeur Sacré et M. le Dr Van Volxem, qui furent appelés à voir la malade, partagèrent cet avis.

L'intervention fut proposée, me réservant de faire la néphrotomie ou la néphrectomie suivant les circonstances.

La malade entra à l'Institut de la rue Sans-Souci, et le 27 juin 1893, je fis l'opération sous l'asepsie la plus rigoureuse. L'incision lombaire démontra que j'avais affaire à un rein complètement kystique; en conséquence, ce fut la néphrectomie qui fut pratiquée; elle ne donna lieu à aucune complication et dura à peine un quart d'heure.

Les suites opératoires furent assez inquiétantes et méritent d'être signalées :

Une heure après l'opération : La malade se plaint de douleurs dans le flanc droit. Quelques vomissements.

Dans la soirée : T° 37,5 P. 104. Le cathétérisme donne des urines légèrement sanguinolentes. Injection de 0,01 de morphine.

Le lendemain de l'opération (28 juin 1893): T° 38 P. 72. Quelques vomissements. Quantité d'urine 400 gr., dépôt sanguinolent; globules rouges, globules blancs, cylindres granuleux.

8 heures soir : T° 38,3; P. 72.

29 juin, 8 heures matin : T° 38,2; P. 18 au 1/4. Quantité d'urine 500 grammes (albumine en petite quantité, sang moins abondant, cylindres).

8 heures soir : T° 30; P. 80.

30 juin, 8 heures matin : T° 37; P. 98. Quantité d'urine,

500 grammes (sang plus abondant, albumine, cylindres en grande quantité).

1^{er} juillet, 8 heures matin : T° 37; P. 18 au 1/4. Urines 900 grammes (albumine en petite quantité).

Pansement, enlèvement du drain, état satisfaisant de la plaie, purgatif.

2 juillet : Quantité d'urine 1700 grammes : (coloration claire, léger dépôt, traces d'albumine, quelques cylindres.

3 juillet : Quantité d'urine 1000 grammes, traces d'albumine, cylindres de plus en plus rares.

4 juillet : Urines 1200 grammes, absence d'albumine.

A partir de ce moment les urines redeviennent normales.

La malade rentre chez elle complètement guérie le 7 juillet, c'est-à-dire dix jours après l'opération.

Le lendemain survient une pleurésie à gauche avec épanchement qui dure une dizaine de jours et à la suite de laquelle persistent pendant un certain temps des douleurs dans le côté gauche, se présentant surtout pendant les fortes inspirations.

Les urines examinées à ce moment sont d'une couleur foncée; elles ne renferment ni sang ni albumine.

La malade est alors soumise au régime de l'eau de Vittel; elle passe six semaines à la mer et à son retour elle jouit d'une santé parfaite. Cet état persiste jusque dans ces derniers temps.

Mais le 1^{er} avril dernier, je fus appelé d'urgence auprès de mon opérée; depuis plusieurs jours elle se plaignait d'un point très douloureux dans le côté gauche entravant la respiration. La malade éprouvait un malaise général, de l'insomnie et des renvois gazeux. Il y avait de la constipation depuis plusieurs jours et la langue était sèche. La veille il y avait eu une émission d'urines sanguinolentes et depuis la miction était arrêtée. A l'examen de la poitrine, je ne perçus rien d'anormal, les bases étaient libres. La région rénale gauche était sensible à la pression.

Le lendemain les phénomènes sont plus accentués, l'anurie est complète et la patiente vomit tout ce qu'elle prend. P. 120; T° 39.

Ces symptômes s'accroissent de plus en plus pendant 6 jours: il survient de l'hydropneumonie aux deux bases des poumons et la situation devient extrêmement grave. Le traitement pendant cette période a

consisté en caféïme, cataplasmes émollients, bains chauds, purgatifs, lavements d'eau tiède et glace à l'intérieur.

Le sixième jour, c'est-à-dire le 20 avril, la malade émet une cinquantaine de grammes d'urine dont voici l'analyse faite par M. le Dr D'Haenens :

Urine de couleur jaune gris avec légère teinte de lavure de chair. Réaction acide. Opacité complète et abondant sédiment. Absence d'albumine et de sucre.

Pendant les quatre jours suivants, c'est-à-dire jusqu'au 24 avril, il se produit une amélioration notable, les fonctions urinaires reparaisent et l'analyse des urines faite par M. d'Haenens donne les résultats suivants :

21 avril : quantité 315 c. c. — Réaction : acide. — Densité 1016. — Ni albumine, ni sucre. — *Analyse microscopique* : grande quantité de globules blancs. — Globules rouges dans la proportion de 1 pour 30 à 40 globules blancs. — Nombreuses cellules vaginales, vésicales et urétrales. — Quelques cellules du rein. — Cylindres rénaux mi-hyalins, mi-granuleux rares. — Cylindroïdes moins abondants et moins granuleux.

22 avril : quantité 600 c. c. — Réaction : acide. — Densité 1016. — Ni albumine ni sucre. — Urée, 18 gr. 75 par litre. — Chlorures, 7 gr. 10 par litre. — *Examen microscopique* : mêmes éléments que là veille.

23 avril : quantité 510 c. c. — Réaction acide. — Densité 1016. — Ni albumine ni sucre. — Urée, 22 gr. 50 par litre. — Chlorures, 8 gr. 65 par litre. — *Examen microscopique* : mêmes éléments que la veille, mais en quantité moindre.

24 avril : quantité 330. — Réaction acide. — Densité 1015. — Pas d'albumine soluble ni sucre. — Urée, 22 grammes par litre. — Chlorures, 8 gr. 60 par litre. — *Examen microscopique* : mêmes éléments que la veille et dans des proportions sensiblement identiques.

Le 25 avril, l'anurie reparaît pendant un jour ainsi que le point douloureux dans le côté gauche; le malaise reprend et les symptômes redeviennent alarmants. On prescrit du bromure.

Le lendemain, 26 avril, les fonctions urinaires se rétablissent et cette fois d'une façon définitive. La quantité d'urine augmente rapidement et s'élève le 30 avril à 1400 grammes. Le 28 avril, la malade

élimine un calcul ayant le volume et la forme d'une dent canine, d'un poids de 0 gr. 232 et formé en grande partie d'urates. A partir de ce moment, la composition des urines s'améliore de jour en jour, et aujourd'hui elles sont sensiblement normales.

Voici une dernière analyse faite le 23 juin 1894.

Urines de couleur jaune paille, d'une limpidité parfaite. Sédiment blanc, grumuleux au fond du flacon. — Quantité : 976 c. c. — Réaction acide. — Densité 1010. — Traces imperceptibles d'albumine. — Urée 8,50 par litre. — Chlorures 3,42 par litre. — *Examen microscopique.* — Le sédiment renferme des leucocytes, des cellules vaginales et vésicales, ainsi que de nombreux cristaux d'acide urique. Absence de cylindres, de cylindroïdes et de cellules rénales.

L'opérée se porte bien, elle se promène et se considère comme complètement guérie. Elle est soumise au traitement de l'eau de Vittel.

Voyons maintenant l'analyse anatomo-pathologique du rein extirpé.

Rein augmenté de volume, pesant 191 gr., de forme irrégulière, présentant une surface parsemée de kystes. La plupart de ces kystes ne dépassent pas la grosseur d'un pois; trois d'entre eux sont plus volumineux; deux ont la dimension d'un œuf; le troisième s'est ouvert pendant l'opération; il est situé à la face postérieure du rein; la paroi est extrêmement mince, et, rempli de son liquide, il devait atteindre les proportions du rein lui-même. Le contenu de ces 3 derniers kystes était un liquide citrin. La capsule, fortement épaissie, est adhérente, et quand on la détache de l'organe, elle entraîne avec elle une couche de substance rénale. Cette capsule adhère surtout au niveau des papilles, où il est impossible de la détacher du rein; certaines de ces papilles sont atrophiées.

Sur une coupe longitudinale passant par le grand axe du rein, la coloration est normale; la consistance est légèrement augmentée, un peu fibreuse; la surface de cette coupe est également parsemée de petits kystes contenant, les uns du liquide citrin, les autres de la matière colorante du sang, d'autres de la matière colloïde. Les proportions de la substance corticale et de la substance médullaire sont sensiblement normales.

Examen microscopique. — Nous examinerons d'abord le tissu rénal lui-même, puis nous étudierons les kystes que ce tissu contient.

1. *Substance corticale.* — *Les glomérules* sont normaux pour la plupart; toutefois un grand nombre d'entre eux ont la capsule de Bowmann épaissie. Certains sont diminués de volume, d'autres sont aplatis sous l'influence de la compression exercée par les parties voisines, d'autres enfin sont dilatés. *Les tubes contournés* sont également normaux sur une grande étendue des coupes que nous avons examinées. Par places, les cellules épithéliales ont subi la tuméfaction trouble; elles sont gonflées, n'ont plus de limites bien précises et occupent toute la lumière des conduits; leurs noyaux sont bien visibles et nettement colorés. Certains canaux renferment des cylindres hyalins. *L'élément conjonctif interstitiel* est hypertrophié, les vaisseaux sont atteints de sclérose. La capsule du rein est fortement épaissie, pourvue de cellules conjonctives dans les couches profondes, dépourvue de celles-ci dans les couches superficielles. A certains endroits on voit nettement le tissu conjonctif de la capsule du rein se continuer avec le tissu conjonctif intercanaliculaire.

2. *Substance intermédiaire.* — *Les glomérules* et *les tubes contournés* présentent ici les mêmes caractères que dans la substance corticale. Cependant la sclérose interstitielle est plus manifeste; les artères présentent nettement les lésions de l'endarterite et de la périartérite. Le tissu conjonctif péri-vasculaire se continue très visiblement avec le tissu conjonctif intercanaliculaire et par places il constitue des plaques de sclérose bien limitées, englobant, comprimant et atrophiant des tubes de Henle (Pl, 1). En dehors de ces points, les tubes de Henle et les tubes droits sont normaux ou dilatés; plusieurs d'entre eux renferment des cylindres hyalins; quant aux éléments cellulaires épithéliaux, ils sont gonflés dans quelques tubes.

3. *Substance médullaire.* — Ici encore, c'est la sclérose interstitielle qui constitue la lésion la plus évidente. Le tissu conjonctif forme des bandes épaisses comprimant les conduits urinaires. Ces conduits offrent ainsi des parties fortement rétrécies et d'autres dilatées.

4. *Papilles.* — Sclérose très forte, du moins dans les papilles atrophiées; les tubes sont rétrécis, les épithéliums sont dégénérés par places, désquammés.

5. *Kystes.* — Les kystes dont le rein est parsemé, occupent principalement la région corticale et la région intermédiaire. Il n'en

existe pas à proprement parler dans la région médullaire. Ils sont de plusieurs variétés.

Dans la région corticale on trouve : 1° de petits kystes, un peu plus volumineux que les glomérules de Malpighi, entourés d'une fine membrane conjonctive et d'une couche de cellules épithéliales aplaties. Leur contenu est constitué par une masse sanguine en voie de dégénérescence hyaline. Ce sont des kystes glomérulaires dans lesquels le peloton vasculaire a subi la dégénérescence hyaline; 2° des kystes plus gros, à contenu hyalin, présentant une paroi conjonctive plus épaisse avec un épithélium aplati; 3° des kystes dépourvus d'une tunique propre. Ces derniers sont directement limités par des tubes contournés, dont les éléments cellulaires plus altérés qu'ailleurs, présentent les noyaux gonflés qui restent pâles, sous l'influence des matières colorantes (Pl. 2 et 3). Ces tubes contournés, semblent peu à peu subir la dégénérescence hyaline, s'effondrer et disparaître dans la cavité du kyste. On dirait que la membrane conjonctive dégénère et disparaît d'abord, puis que les cellules épithéliales à leur tour subissent peu à peu la dégénérescence hyaline, pour se fusionner avec le contenu kystique. Au voisinage des endroits où ces métamorphoses se produisent, on voit dans le contenu kystique des débris des cellules, des noyaux cellulaires libres et des cellules des tubes contournés encore entières. Remarquons toutefois, que quand un kyste arrive dans son développement à atteindre un segment de Henle, la dégénérescence semble s'arrêter à ce niveau. On ne voit plus ici des cellules épithéliales altérées comme dans les tubes contournés; ces cellules gardent leur aspect normal et les noyaux ne subissent aucune modification: on dirait vraiment, comme le fait est d'ailleurs signalé, que les tubes de Henle offrent une résistance bien plus grande que les tubes contournés. Quant au contenu des kystes dont nous venons de parler, il est constitué par de la substance hyaline.

Dans la région intermédiaire, on trouve des kystes pourvus d'une paroi conjonctive avec un épithélium à cellules aplaties, présentant absolument les caractères des cellules épithéliales des tubes de Henle et constituant, d'une façon bien évidente, des dilatations de ces conduits (Pl. 4). Certains kystes résultent cependant aussi à ce niveau d'une dégénérescence hyaline des tubes.

En résumé nous avons affaire à une sclérose du rein avec formation de kystes. La sclérose est d'origine vasculaire, elle est la lésion primitive, elle s'est développée surtout au niveau de certaines papilles et se présente sous forme de plaques péri-vasculaires dans la substance propre du rein. Les kystes se trouvent surtout dans la substance corticale et dans la substance intermédiaire. Ils sont de deux ordres : les uns, pourvus d'une paroi spéciale munis d'un épithélium, constituent des simples dilatations des tubes de Henle ou de la capsule de Bowmann, consécutives à la compression exercée en aval sur les tubes urinaires par le tissu fibreux néoformé; les autres dépourvus d'une tunique propre, sont directement en rapport avec les tubes urinaires en voie de dégénérescence hyaline. L'origine de ces derniers est plus difficile à expliquer. Il est probable qu'ils résultent aussi d'une dilatation de la capsule de Bowmann, à la suite de laquelle se serait produite la dégénérescence hyaline du peloton vasculaire d'abord, puis de tout le territoire des tubes contournés voisins, nourri par le capillaire afférent du glomérule. On voit sur la coupe microscopique les différents stades de ce processus.

Voyons maintenant dans quelle catégorie de kystes nous devons classer la lésion que nous venons de détailler.

Abstraction faite de l'hydronéphrose, des kystes hydatiques, des kystes athéromateux et des kystes paranéphrétiques, les auteurs décrivent deux catégories de reins kystiques : les *kystes isolés* ou *kystes séreux simples*, généralement consécutifs à la sclérose et les *reins polykystiques* encore désignés sous le nom de *maladie kystique du rein*, *dégénérescence kystique du rein*, *dégénérescence enkystée générale* ou *transformation kysteuse du rein*. Cette dernière affection est parfois congénitale. Elle a aussi été considérée pendant longtemps comme consécutive à la néphrite interstitielle, mais depuis les travaux de Laveran, Cornil, Brault, Gombault et Hommey, Lejars et d'autres, elle est plutôt considérée comme une maladie essentielle, comme l'expression d'une évolution particulière, absolument indépendante de la sclérose.

Macroscopiquement le rein que nous venons d'analyser présente absolument les caractères du rein polykystique au début. Au point de vue microscopique, il a été établi d'une façon très nette que la lésion initiale est la sclérose et que les kystes sont d'ordre secondaire.

Nous ne pouvons évidemment pas d'après cette seule observation,

juger si la lésion, connue sous nom de dégénérescence kystique du rein ou de rein polykystique, existe réellement comme maladie spéciale indépendante de la sclérose. Nous reconnaissons qu'il y a beaucoup de probabilités pour qu'il en soit ainsi, et des arguments comme ceux de la coexistence de kystes dans le foie, la rate et les mamelles ne sont certainement pas sans valeur ici. Mais nous ferons remarquer que dans les auteurs, il existe sur cette question une grande confusion et que l'on range parmi les reins polykystiques des lésions qui ne sont autre chose que des complications de la néphrite interstitielle. Cette confusion dépend en grande partie des termes de *kyste isolé*, de *kyste simple*, sous lesquels on distingue des kystes du rein résultant de la sclérose. On devrait désigner cette maladie sous le nom de *rein sclérokystique*, et réserver s'il y a lieu, le terme de *kyste simple ou séreux* aux kystes isolés à contenu fluide, qui n'ont rien à voir ni avec la sclérose, ni avec la dégénérescence kystique de l'organe.

Nous n'insisterons pas pour le moment sur le diagnostic clinique du rein scléro-kystique, ni sur son traitement considéré à un point de vue général. Nous examinerons simplement si dans un cas comme celui que nous venons de détailler, c'est-à-dire avec kystes multiples parsemés dans tout l'organe, on est en droit de faire la néphrectomie. Pour répondre à cette question, nous ne pouvons pas nous baser sur l'opinion exprimée par les auteurs. La plupart d'entre eux ont rangé les cas de ce genre parmi les reins polykystiques, qu'ils considèrent comme non susceptibles de la néphrectomie à cause de la bilatéralité constante de la lésion. Mais si la néphrectomie est contre-indiquée d'une façon absolue dans le rein polykystique essentiel, caractérisée par une dégénérescence kystique primitive, il n'en est pas nécessairement de même pour le rein scléro-kystique avec kystes multiples.

Nous estimons au contraire que dans l'affection qui nous occupe, l'intervention opératoire peut être parfaitement indiquée. Il en sera ainsi notamment, s'il existe dans l'un des reins une lésion dont les conséquences mettent la vie du malade en danger immédiat en provoquant par exemple une hémorrhagie continue. C'est ce qui existait dans le cas que nous avons rapporté. Il importait avant tout d'arrêter la perte de sang qui devait fatalement, au bout de peu de temps, emporter notre malade; aussi n'avons-nous pas hésité à intervenir. Notre opération date de plus d'un an; la malade assez affaiblie

déjà avant la néphrectomie, s'est rétablie d'une manière remarquable et malgré l'accès d'anurie culculeuse survenue il y a quelques mois, elle se trouve aujourd'hui dans d'excellentes conditions. Aucun autre traitement, nous en avons la conviction, n'aurait pu lui rendre le même service.

EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE I.

(Grossissement, 62 diamètres.)

Plaque de sclérose localisée, développée autour d'une artère, dans la substance intermédiaire. Les tubes de Henle, qui traversent cette plaque, sont comprimés et atrophiés.

PLANCHE II.

(Grossissement, 62 diamètres.)

Kyste développé dans la substance corticale sous l'influence de la dégénérescence hyaline des tubes contournés. La limite du kyste est constituée par des tubes contournés et des tubes de Henle. Au niveau des tubes contournés l'épithélium est en voie de dégénérescence hyaline et il s'effondre peu à peu dans la cavité kystique. Au niveau des tubes de Henle, la dégénérescence semble arrêtée et l'épithélium présente des caractères normaux.

PLANCHE III.

Même coupe examinée à un grossissement de 250 diamètres.

PLANCHE IV.

(Grossissement, 250 diamètres.)

Kyste développé par la dilatation d'un tube de Henle. L'épithélium est nettement conservé.

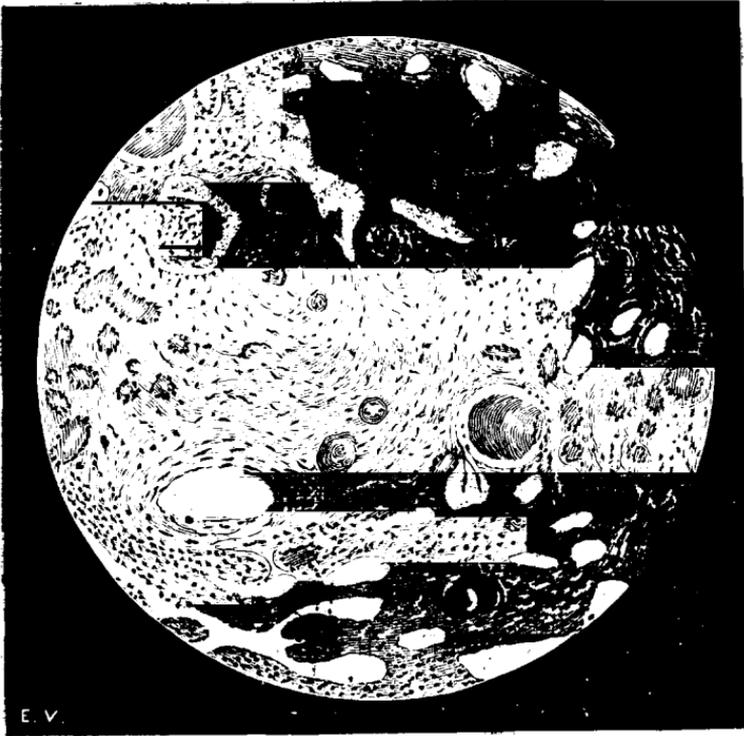


PLANCHE I.

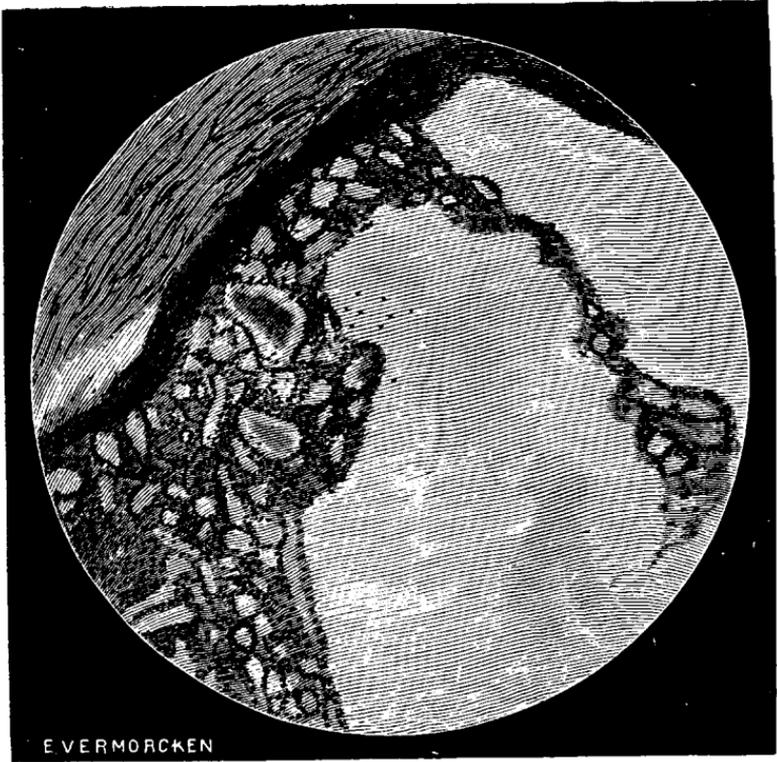


PLANCHE II.

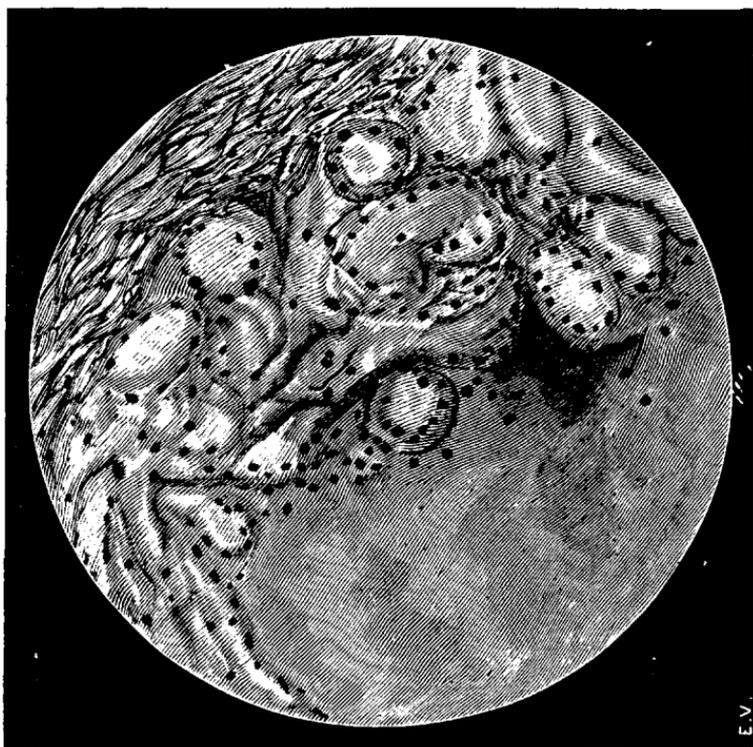


PLANCHE III.

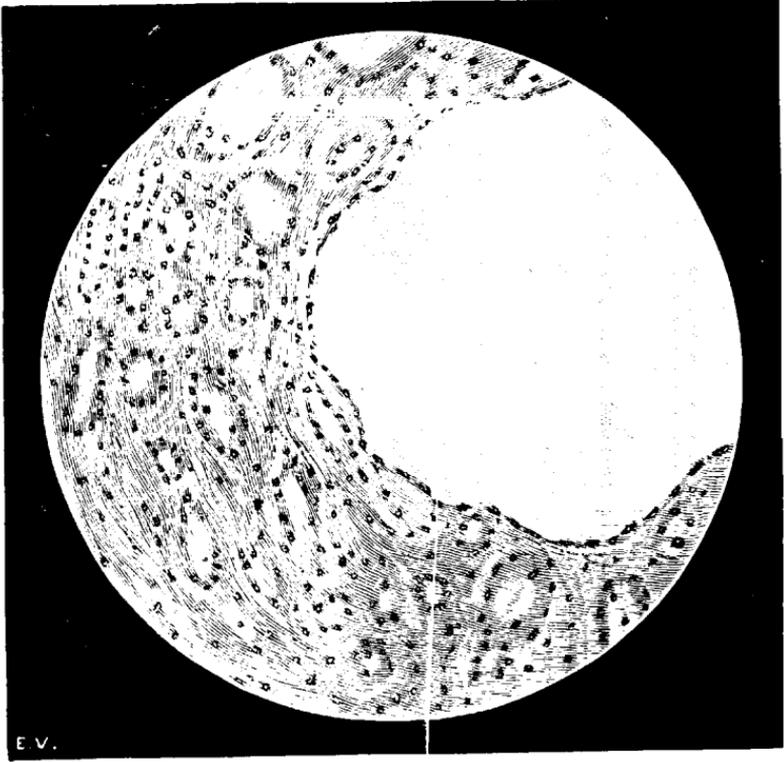


PLANCHE IV.

Biblioteka Główna WUM

Br.6785



000024945

Impr. Scientifique BULENS, rue de l'Escalier, 22, Bruxelles.



www.dlibra.wum.edu.pl