

des, les cavités kystiques de l'ovaire. Elles ne sont pas caliciformes, ne présentent pas de plateau, jamais de cils vibratiles. C'est, en somme, un type épithélial particulier que l'on ne rencontre que dans les épithéliomas du rein⁽¹⁾.

Symptômes. — Les signes objectifs qui annoncent la présence d'un cancer du rein sont, d'une part, une *tumeur* dans l'un des flancs, et, de l'autre, un *varicocèle* symptomatique.

Les troubles fonctionnels sont caractérisés en outre par l'existence d'une *douleur* plus ou moins vive et par des *hématuries* répétées.

Plusieurs de ces signes peuvent manquer, les formes incomplètes qui en résultent ont été reconnues par Rayer et admises par les auteurs qui l'ont suivi. Elles ne sont pas fréquentes d'ailleurs; l'observation montre, en effet, que la tumeur est un signe presque constant, et que l'hématurie, souvent évidente dans les premières périodes, disparaît complètement vers la fin de la maladie.

Pour juger de l'importance de la *tumeur* dans le cancer du rein, il suffit de reproduire quelques statistiques : sur 52 cas d'Ebstein, elle ne fit défaut que 5 fois; parmi les 64 observations de Roberts, la saillie formée par le rein était tellement reconnaissable dans 61 d'entre elles, qu'elle ne pouvait échapper au premier examen. Des 155 observations compulsées par Guillet, 4 seulement ne renferment pas l'indication d'une tumeur. Encore faut-il ajouter que, dans un de ces quatre faits, la tumeur était de très petit volume, et que dans un autre il y avait un épanchement ascitique considérable.

Chevalier⁽²⁾, dans une thèse postérieure, confirme ces résultats en montrant que la tumeur rénale existe dans 97 pour 100 des cas. L'ensemble de ces chiffres est très concluant, mais ne précise pas l'époque de la maladie à laquelle cette constatation a été faite. Il indique d'une façon générale que le cancer du rein donne lieu à une hypertrophie de l'organe, facile à constater à partir d'un certain moment.

En effet, ce signe se montre *rarement dès les premiers temps de la maladie*, car on ne l'a relevé prématurément que dans 26, 6 pour 100 des cas chez l'adulte et dans 60 pour 100 chez l'enfant (Chevalier). Il est possible que l'exploration des reins pratiquée suivant les méthodes conseillées par Guyon, Glénard, Le Dentu, Israël, modifie sensiblement cette proportion établie d'après des observations dont beaucoup remontent déjà à une époque assez reculée. Par ces différents procédés, on est en mesure de diagnostiquer facilement une augmentation de volume de l'organe.

Il n'y avait autrefois qu'un intérêt relatif à reconnaître dès ses premières périodes un cancer du rein, puisque la maladie était réputée incurable. On doit raisonner tout différemment, aujourd'hui, puisque l'intervention chirurgicale appliquée de bonne heure permet de tenter l'opération dans de meilleures conditions.

Le procédé le plus usité en France pour le diagnostic des tumeurs du rein est la *palpation bimanuelle*, préconisée par Guyon. A l'état normal, la recherche du rein ne donne par ce procédé que des indications négatives. On peut, il est vrai, dans certains cas sentir l'extrémité inférieure de l'organe, mais le rein,

⁽¹⁾ A propos de l'évolution voir A. BRAULT. *Le pronostic des tumeurs basé sur la recherche du glycogène*. Monogr. 1899 et *Arch. des Sc. méd.*, 1896.

⁽²⁾ E. CHEVALIER. *De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein*, 1891.

dans son ensemble, échappe au palper, à moins qu'il ne soit en ectopie. Dès que son augmentation de volume est manifeste, quelle que soit d'ailleurs l'origine de l'hypertrophie, le palper bimanuel permet de la reconnaître.

C'est dans l'angle costo-vertébral que la main postérieure doit agir; mais souvent on ne peut placer entre les côtes et la crête iliaque la main tout entière, le médius et l'index seuls seront alors introduits. La main restée libre portée en avant au niveau du muscle droit déprime la paroi au moment des expirations, du côté gauche, elle doit pénétrer au-dessous des fausses côtes, à cause de la situation plus élevée du rein de ce côté. Cette manœuvre permet de juger du degré de sensibilité de l'organe.

Les deux mains étant en place, pour le côté droit, la main gauche en arrière et la main droite en avant, on déprime légèrement la paroi pour diminuer l'espace qui la sépare du rein. L'espace conservé doit être assez considérable pour que le rein puisse s'y mouvoir. Avec un ou deux doigts de la main postérieure, on imprime de petites secousses à la paroi lombaire; le rein soulevé par cette impulsion vient caresser légèrement la main antérieure. C'est un *frôlement*, un *choc*, moins sec, mais comparable au *ballotement fœtal* (Guillet). Si la recherche a été faite exactement dans le sinus osseux costo-vertébral, on peut affirmer que l'organe senti est le rein; en se plaçant plus bas on peut faire balloter de cette manière des tumeurs appartenant au côlon ascendant.

En procédant ainsi, on peut se renseigner sur le volume et la déformation du rein; si la tumeur est petite, c'est exceptionnellement qu'il sera possible de la délimiter, comme dans un fait d'Israël cité par Guillet. Par contre, des tumeurs d'un assez grand volume ne seront pas toujours perçues; le rein peut en effet, malgré son hypertrophie, ne pas s'abaisser ou même remonter dans l'hypochondre; deux observations de Chevalier concernent cette particularité: dans l'une d'elles l'attention avait été attirée du côté du rein par une hématurie antérieure, l'exploration faite sous le chloroforme fut cependant négative.

Depuis plusieurs années nous procédons différemment pour le palper bimanuel; les résultats nous ont paru assez satisfaisants pour les indiquer ici. La modification à la méthode habituelle consiste à se placer du côté opposé à celui que l'on veut explorer, par conséquent à la gauche du malade pour le rein droit. La main droite est alors glissée sous la région rénale, le malade reposant en partie sur l'avant-bras, en partie sur la paume de la main qui explore. Dans cette situation, le médius seul est libre et peut être facilement introduit dans l'angle costo-vertébral. Les secousses qu'il imprime sont peu étendues mais très suffisantes et faites sans effort. Le levier formé par le médius est faible mais très délicat. En effet la main, se trouvant immobilisée par le poids du corps du malade, ne peut communiquer à la région rénale un ébranlement qui souvent induit en erreur quand il est trop énergique. La main gauche placée en avant perçoit le ballotement avec beaucoup de netteté ainsi que la moindre augmentation de volume de l'organe dont on peut contourner et saisir l'extrémité inférieure. Cette méthode est donc surtout très recommandable pour l'étude du rein simplement abaissé ou légèrement hypertrophié.

Au degré moyen de son développement, la tumeur rénale quitte la région lombaire et vient faire *saillie en avant*. C'est à cette période que l'examen direct donne les renseignements les plus complets. Le ballotement est facilement obtenu, la main antérieure peut, en se déplaçant, juger des déformations

et des irrégularités de toute la partie de l'organe en rapport avec l'hypocondre et le flanc.

On peut aussi, par la simple palpation faite en déprimant la paroi abdominale, arriver sur la tumeur maintenue en arrière par la main postérieure et en explorer la surface; par là on juge de son volume et de sa consistance. La tumeur profondément située occupe le flanc, s'étend dans le sens transversal vers l'ombilic, se perd en arrière du côté des lombes et peut descendre en bas jusqu'à la fosse iliaque. Elle remonte toujours plus haut du côté gauche.

On reconnaît généralement, par la palpation, que la forme du rein est conservée; presque toujours arrondie aussi bien au niveau de sa partie saillante que vers ses extrémités, la tumeur ne rappelle nullement les déformations du foie et de la rate avec leurs bords nets et tranchants. Ce caractère distinctif manque quelquefois si la configuration du cancer rénal est irrégulière.

On ne peut *mobiliser* les tumeurs dans le sens vertical, non plus que d'un côté à l'autre; les néoplasmes du rein sont habituellement fixes, si on les compare aux tumeurs du foie et de la rate, sur lesquelles les mouvements respiratoires se font toujours sentir. Cependant, un certain déplacement transversal n'est pas une rareté et indique toujours une indépendance de la tumeur et le défaut d'adhérences avec les parties voisines. Cette disposition est des plus avantageuses au point de vue opératoire.

Dans le cas où l'on hésiterait entre une tumeur du rein, du foie ou de la rate, Tillaux conseille de marquer sur la paroi abdominale l'extrémité supérieure de la tumeur quand le malade est au repos et de suivre le déplacement de ce point par rapport à cette extrémité dans les mouvements d'inspiration et d'expiration. Si le point de repère obéit aux deux temps de la respiration et n'a plus de rapports immédiats avec la tumeur, c'est que celle-ci n'appartient pas au rein. Cette règle, souvent vérifiée au lit du malade, se trouve en défaut quand les tumeurs du rein, remontant dans les hypocondres, prennent des adhérences avec le diaphragme ou les organes qui lui sont unis.

L'inspection de l'abdomen, déjà utilisable pour les tumeurs de moyen volume, est surtout précieuse lorsqu'elles ont acquis une grande dimension. Il s'agit presque toujours alors de confirmer ou de compléter un diagnostic facile à faire, car l'intervention à cette période n'offre pas de grands avantages. L'un des flancs présente une saillie d'autant plus marquée que la tumeur est plus volumineuse, la déformation est surtout visible chez les personnes maigres dont la paroi abdominale se laisse aisément repousser.

On l'observe souvent chez les enfants, mais surtout pour ce motif que les sarcomes du rein, plus fréquents chez eux que les cancers, prennent un développement quelquefois monstrueux.

La tumeur, en s'accroissant, après avoir occupé l'hypocondre, franchit la ligne médiane et envahit l'autre côté. A ce degré, le ballottement ne peut plus être obtenu. Des tumeurs de cette dimension déplacent l'intestin d'un côté à l'autre et, quelquefois, soulèvent les fausses côtes comme les plus volumineuses tuméfactions de la rate et du foie. On peut observer aussi des dilatations veineuses superficielles, lorsque la veine cave est comprimée ou oblitérée par des caillots et des prolongements néoplasiques. Les connexions étroites du rein droit avec la veine cave expliquent la fréquence relative de ces ectasies vei-

neuses dans les tumeurs de ce côté et quelquefois la rapidité de leur apparition avec des cancers peu volumineux développés au niveau du hile.

L'inspection de la région lombaire est souvent négative, car le cancer du rein droit se déplace en bas, en dedans et en avant, le cancer du rein gauche en haut d'abord, puis en avant et en bas; mais avec de grosses tumeurs, le méplat lombaire peut disparaître. En somme, bien que nous l'ayons vu, il est certain que la région lombaire n'est pas habituellement soulevée et qu'il faut un examen très attentif pour constater la légère déformation causée par la présence d'une tumeur. Le Dentu conseille de mettre les malades dans la position genu-pectorale, l'examen comparatif des deux régions permettant d'apprécier une certaine voussure du côté malade. Dans l'observation de Dickinson, où une volumineuse tumeur pulsatile occupait la région lombaire gauche, on put constater que la tuméfaction postérieure se continuait avec la saillie beaucoup plus marquée qui occupait le flanc et l'abdomen.

La percussion doit toujours être pratiquée pour établir les rapports de la tumeur avec l'intestin. L'anatomie démontre que le *côlon ascendant* passe obliquement sur l'extrémité inférieure du rein droit, le *côlon transverse* perpendiculairement sur l'extrémité supérieure du rein gauche et que le *côlon descendant* côtoie en dehors le bord convexe du rein de ce côté. Guillet montre l'importance de ces rapports différents déjà signalés par Dickinson et Trèves.

Lorsque le rein droit augmente de volume, il repousse en général le côlon, non pas directement en avant, mais en *avant*, en *bas* et à *gauche*, c'est-à-dire dans la même direction que la masse de l'intestin grêle, qui peut être transporté, ainsi que nous l'avons dit, par les grosses tumeurs, de l'autre côté de la ligne médiane.

Par le fait, les tumeurs du rein droit se développent en dehors du gros intestin et se mettent en contact immédiat avec les parois latérales de l'abdomen. A gauche, au contraire, le rein repousse le côlon descendant en avant et en dehors. Aussi, par la percussion peut-on retrouver l'intestin à droite vers la partie inférieure de la tumeur et vers son bord interne, tandis que du côté gauche on rencontre le gros intestin en avant et presque toujours en dehors du rein. Sur 24 cancers siégeant à droite, 18 étaient mats, 6 fois seulement la tumeur était recouverte d'une zone de sonorité; sur 12 cancers siégeant à gauche, 7 fois il y avait matité et 5 fois sonorité (Guillet).

Le gros intestin peut recouvrir en partie le rein hypertrophié sans que la percussion dénote sa présence. C'est qu'alors il est vide ou tellement comprimé par un cancer de grosse dimension qu'il ne peut être reconnu sauf par une palpation délicate permettant de limiter un ruban aplati, mobile dans le sens transversal.

Dans le cas de *distension peu accentuée* du gros intestin, une percussion légère dénote la sonorité, une percussion forte et profonde la supprime, aussi a-t-on proposé d'insuffler le gros intestin par l'anus, pour reconnaître ses rapports avec la tumeur. La percussion, faite au niveau de la région lombaire, n'ajoute rien d'important aux données précédentes, sinon de faire constater quelquefois une augmentation de la matité normale. Les tumeurs de moyen volume laissent entre le foie et le rein une zone sonore; les tumeurs de grosse dimension peuvent la supprimer au point que les deux matités se confondent.

Le *varicocèle symptomatique* des néoplasmes du rein a été décrit pour la première fois par Guyon⁽¹⁾. D'après cet auteur, il manque rarement, correspond au côté de la tumeur rénale et siège aussi bien à droite qu'à gauche contrairement au varicocèle ordinaire. Il se développe d'une façon progressive et assez rapide en opposition avec le varicocèle simple dont les malades méconnaissent rarement l'existence. Souvent difficile à constater dans le décubitus horizontal, il devient apparent dans la station debout et par la marche. Les veines du groupe antérieur seraient plus développées que celles du groupe postérieur (Guillet). Les veines paraissent plus souples, moins épaisses et moins bosselées que dans le varicocèle commun; cela tient sans doute à leur développement rapide. La douleur et l'hydrocèle l'accompagnent rarement.

Ce signe fort intéressant à connaître ne peut servir pour le diagnostic précoce des tumeurs du rein, on ne l'observe en effet qu'au moment où l'hypertrophie de l'organe est déjà notable. L'extrémité inférieure de la tumeur comprime les veines spermiques un peu au-dessous de leur embouchure dans la veine cave à droite et dans la veine rénale à gauche. On ne voit rien d'analogue chez la femme, où les veines utéro-ovariennes sont profondément cachées. Les tumeurs du rein peuvent, en comprimant soit la veine cave, soit l'une des veines iliaques, déterminer l'apparition de varices (Bouilly, Labbé), ou d'œdème des membres inférieurs. L'ascite dépend d'une péritonite concomitante (Malibran), l'ictère de l'envahissement du hile du foie par des ganglions cancéreux beaucoup plus que de la propagation de la tumeur elle-même.

Les tumeurs malignes du rein évoluent rarement sans *douleur*. Ce symptôme, moins fréquent que l'hypertrophie organique, est plus souvent observé que l'hématurie : on la note en effet dans 80 pour 100 des observations. La douleur paraît être de tous les signes du début, du moins chez l'adulte, le plus souvent relevé, 28 pour 100 (Chevalier); les tumeurs de l'enfant ne donnent lieu à ce symptôme que dans 7 cas sur 100. Les douleurs sont souvent peu vives, elles occupent presque toujours la région lombaire et l'hypocondre, elles s'irradient tantôt du côté des espaces intercostaux, quelquefois suivant le trajet du sciatique ou du nerf crural, enfin dans la direction des testicules sous forme de coliques néphrétiques.

Comparables à une simple pesanteur, elles peuvent être tellement vives qu'elles obligent les malades à cesser toute occupation et même à s'aliter (Guillet). Les douleurs ne sont réveillées ni par l'exploration, ni par les efforts ou les exercices physiques, elles reviennent spontanément sans provocation apparente. Dans une des observations que nous avons publiées⁽²⁾, la douleur prit rapidement un caractère d'une acuité extrême, le rein appliqué contre la colonne vertébrale, à peine accessible pendant le sommeil chloroformique, était le siège d'un cancer infiltré dans la gaine du psoas comprimant les nerfs lombaires à la sortie des trous de conjugaison. Lorsque les vertèbres sont envahies, la pression des apophyses épineuses détermine une recrudescence des symptômes douloureux.

La douleur isolée n'a pas habituellement de caractère assez net pour attirer l'attention du côté du rein, elle est insuffisante pour faire un diagnostic pré-

(1) GUYON. *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, 1881, p. 517.

(2) A. BRAULT. Sur quelques formes rares de cancer du rein; forme douloureuse sans tumeur ni hématurie. — Adéno-épithéliomes récents avec infection rapide. In *Sem. méd.*, 1891.

coce, et ne peut être qu'un signe de présomption. Apparaissant à l'occasion d'une hématurie et de l'évacuation de caillots, sa valeur augmente, enfin constatée en même temps que la tumeur, elle n'a plus qu'une importance secondaire (Chevalier).

Parmi les troubles fonctionnels provoqués par les cancers du rein, l'*hématurie* est celui dont la valeur est le moins contestable. Observée dans 25 pour 100 des cas *chez l'enfant*, dans 50 pour 100 au cours du *sarcome chez l'adulte*, elle se rencontre dans 75 pour 100 des faits de *cancer à l'âge moyen de la vie*. Les chiffres donnés par Guillet sont un peu plus faibles : en réunissant les statistiques de Roberts, d'Ebstein, de Dickinson, il relève l'hématurie 61 fois sur 128 cas; dans ses observations personnelles, 48 fois sur 100. Comme symptôme initial, l'hématurie apparaît dans 26,6 pour 100 des épithéliomas du rein (Chevalier). Nous avons déjà indiqué, à propos de l'étude générale de l'hématurie, les caractères qui appartiennent à l'émission des urines sanglantes en rapport avec le développement des tumeurs malignes du rein. Elles se distinguent par leur début soudain chez des individus encore en bonne santé.

Aucun trouble ne paraît annoncer l'imminence de ces hémorragies, et si parfois elles se manifestent à l'occasion d'un traumatisme de la région lombaire, le plus souvent elles se produisent sans que les malades en soient avertis autrement que par un impérieux besoin d'uriner; ils remarquent alors que leurs urines sont teintées de sang.

Très fréquemment aussi, elles s'accompagnent d'une véritable douleur dans les lombes, irradiée vers la partie inférieure suivant la direction de l'uretère, rappelant plus ou moins une attaque de colique néphrétique. Ces crises sont souvent incomplètes, et se terminent par l'expulsion d'une certaine quantité de sang et de caillots allongés de dimensions variables. Les urines sont uniformément sanglantes du commencement à la fin des mictions, tantôt rosées, quelquefois franchement colorées, plus foncées lorsque le sang a séjourné dans la vessie. La quantité de sang peut être assez faible pour n'être facilement appréciée qu'au microscope; dans ces conditions, on le conçoit, la présence des globules rouges dans l'urine a bien peu de valeur, à moins qu'on ne perçoive en même temps une tumeur dans le flanc, ou que cette période d'hématurie insensible ne soit précédée et suivie de crises hématuriques manifestes.

Les *caillots contenus dans le dépôt urinaire* sont de toute forme et de toute dimension, ils n'acquiescent d'importance que s'ils sont allongés et reproduisent la configuration de la cavité urétérale. Les faits de ce genre ne sont pas rares, des concrétions sanguines de 10, 15, 20, et même 22 centimètres de long (Guillet), après s'être formées dans l'uretère, sont expulsées au dehors sans se fragmenter. Quand les caillots atteignent une *pareille longueur* et sont *régulièrement cylindriques*, leur origine ne peut être mise en doute. Mais souvent ils sont fragmentés, de dimensions et de formes irrégulières, mélangés à ceux qui se déposent dans la vessie pour peu que l'urine y séjourne; leur valeur diagnostique est alors nulle. Dans les hématuries abondantes l'encombrement de la vessie peut nécessiter une intervention; sans aller jusque-là, on voit les malades conserver la position horizontale pour permettre au sang de s'écouler plus librement pendant que les parties concrétées gagnent les parties déclives.

Chaque période hématurique dure plusieurs jours, elle est bientôt inter-

rompue pour ne reparaitre que quelques semaines ou quelques mois après. Au moment de la crise, les urines peuvent, par intervalles, cesser de contenir du sang; cette modification se fait du matin au soir ou d'un jour à l'autre; on suppose alors qu'il y a cessation de l'hémorragie au niveau de la tumeur, ou que l'uretère correspondant au rein malade a été momentanément oblitéré par un caillot dont l'expulsion précède alors une nouvelle poussée hématurique. A mesure que la tumeur grossit, les mictions sanglantes se répètent et deviennent plus abondantes. Mais les exceptions sont très nombreuses. Roberts, Dickinson, Guyon ont cité des observations où les crises hématuriques, très fréquentes pendant les premières périodes de la maladie, s'éloignaient peu à peu et disparaissaient complètement pendant plusieurs années, trois, quatre ou cinq ans, jusqu'aux dernières limites du mal.

La disparition des hématuries peut s'expliquer tout naturellement si l'uretère a été comprimé, dévié ou oblitéré. Il peut arriver aussi que les noyaux cancéreux, siège de l'hémorragie, ne se mettent plus en rapport avec le bassin et l'uretère et que les effractions de vaisseaux soient purement interstitielles. Lorsque l'hématurie présente ces contrastes du commencement à la fin d'une affection des voies urinaires, elle permet d'éliminer toute idée de néoplasme vésical, dont les mictions sanglantes se rapprochent et s'aggravent jusqu'aux derniers jours.

Dans certains cas où l'hématurie rénale se reproduit sans être considérable d'ailleurs, on voit de ce fait la santé s'altérer et une profonde anémie en être la conséquence.

Il est rare qu'il y ait d'autres modifications des urines que celles produites par le mélange du sang. La *dysurie* signalée par Gerhardt est exceptionnelle, les urines sont rendues en quantité normale; on sait, en effet, que le rein du côté opposé s'hypertrophie et que souvent il est indemne ou ne contient que de petits noyaux secondaires. Si les deux reins sont affectés, il peut y avoir diminution des urines (Wagner). L'albuminurie ne se rencontre pour ainsi dire jamais. Féréol en a cité une observation. Contrairement à ce que l'on observe parfois dans les tumeurs de la vessie, on n'a jamais trouvé dans l'urine de fragments de cancer ni de cellules isolées pouvant être rapportées aux reins. Cependant les cellules de l'épithélioma rénal sont assez caractéristiques pour être recherchées à nouveau; elles sont complètement différentes de celles qui appartiennent au cancer de la vessie. Des cylindres hématiques nombreux indiquent que l'hématurie est due à une altération des reins.

Marche et formes de la maladie. — Dans la pratique, on est rarement en présence d'un seul des signes ou symptômes dont nous venons d'étudier les variations. Habituellement le cancer du rein se présente avec la forme que Guillet appelle complète et Patino-Luna régulière, c'est-à-dire que *la tumeur et le varicocèle d'un côté, la douleur et les hématuries de l'autre*, apparaissent successivement se suivant de près, chacun de ces signes, sauf le varicocèle, pouvant apparaitre le premier à peu près avec la même fréquence; les chiffres que nous avons cités plus haut l'établissent. Une fois reconnue, la maladie présente une marche assez régulière, la tumeur suivant la progression précédemment indiquée, se mettant en rapport avec la paroi abdominale, les hématuries se répétant de temps à autre. Enfin, après une période dont la longueur est très variable, la santé générale s'altère et la cachexie survient. A ce moment,

les fonctions digestives sont fortement troublées, en quelques mois, les malades présentent une faiblesse extrême, et sont considérablement amaigris.

Les cancers du rein sont cependant parmi les tumeurs malignes celles qui peuvent évoluer pendant un temps relativement considérable sans compromettre l'existence. Roberts et Guillet ont pu suivre pendant 2 et 3 ans, principalement chez les enfants, des néoplasmes du rein, qui n'avaient en apparence altéré aucune des principales fonctions. L'appétit était soutenu et, à mesure que les forces diminuaient, les enfants présentaient une véritable voracité.

Cette conservation apparente de la santé est exceptionnelle, car la plupart des tumeurs observées dans le premier âge présentent une marche rapide, surtout quand il s'agit de sarcomes: sur 17, 10 ont évolué en moins d'un an et 7 en plus d'un an, la durée maxima a été de 2 ans et demi. Chez l'adulte, au contraire, la durée du sarcome est beaucoup plus longue.

Pour le *cancer*, Roberts, Dickinson, Rohrer, Ebstein, signalent une marche assez lente; Guillet sur 25 cas note que l'évolution s'est faite 6 fois en moins d'un an, 6 fois de un an à 4 ans, 5 fois de 4 ans à 10 ans, et 6 fois en plus de 10 ans. En prenant la moyenne de ces chiffres, on obtient une durée de 4 ans et demi; en tenant compte des erreurs possibles, la moyenne peut être réduite à 3 ans et demi. En comparant cette durée à celle d'autres cancers viscéraux, foie (8 mois), estomac (12 à 15 mois), utérus (16 à 17 mois), on arrive à conclure avec Roberts que le cancer du rein a une durée sensiblement supérieure à celle des carcinomes des autres viscères (Guillet). Nous avons observé un malade chez lequel les premières hématuries remontaient à plus de 7 ans et qui mourut avec une volumineuse tumeur n'ayant pas franchi la capsule et ne s'étant pas généralisée.

Les *tumeurs du bassin* ne diffèrent pas des tumeurs du rein proprement dites au point d'être facilement reconnaissables. D'après Albarran, on relève comme pour les cancers du rein les trois signes cardinaux: tumeur, douleur, hématurie. Mais la *douleur* n'offre rien de spécial; quant à l'*hématurie*, elle s'est montrée dans 11 observations dont 2 fois avec douleur offrant les mêmes caractères que dans les épithéliomas rénaux. La *tumeur* a paru dans trois cas seulement présenter des variations de volume, ce qui serait un signe en faveur d'une rétention liquide dans le bassin et, par conséquent, une présomption en faveur d'un néoplasme de cette cavité.

En effet, il y a assez fréquemment prolongation de la tumeur vers l'uretère et, par suite, hydronéphrose, hématonéphrose ou pyonéphrose possibles. La tumeur peut donc simuler une rétention d'origine calculeuse ou de cause indéterminée. Il faut se rappeler aussi que l'hématonéphrose *isolée* peut être la conséquence de traumatismes du rein, de *lithiase* avec rétention, d'hydronéphrose devenue hémorragique.

La coexistence de l'hématonéphrose avec une tumeur du rein peut à la rigueur être expliquée par une tumeur de la vessie oblitérant les uretères. Restent comme procédés de diagnostic certain la cystoscopie et à la rigueur le cathétérisme urétéral permettant de ramener avec le sang les cellules de la tumeur.

Le rein malade est d'ailleurs suppléé par l'autre, à moins qu'il n'y ait développement simultané de tumeurs à gauche et à droite. Les observations de