

La néoformation biliaire défendue par Malassez, acceptée par J. Rénoy, est surtout affirmée par Sabourin. D'après lui, il n'y aurait pas cirrhose à proprement parler, mais évolution fibro-épithéliale sous forme de *nodules échelonnés sur le trajet des voies biliaires*. A la néoformation d'un réseau de canalicules biliaires succède une transformation alvéolaire des conduits qui donne aux coupes l'aspect d'angiomes caverneux. Dans les angiomes caverneux biliaires certains sinus se développent aux dépens des autres et les grands kystes résultent de la confluence des petits kystes isolés. La paroi des grands kystes est formée pour la plus grande partie par le tissu conjonctif qui constituait le stroma du nodule fibro-épithélial et ensuite de l'angiome biliaire.

A regarder les choses de près, on reconnaît dans cette lésion du foie une *évolution épithéliale et kystique indépendante d'une cirrhose vraie, le tissu conjonctif développé autour des kystes ne paraissant en aucun point primer le bourgeonnement canaliculaire*. Certains auteurs ont signalé la présence de kystes dans d'autres organes, en même temps que la dégénérescence simultanée du foie et du rein se poursuivait. Caresme décrit des kystes dans l'utérus, Lancereaux dans le corps thyroïde et les vésicules séminales, Chotinsky dans les deux ovaires. N'y avait-il pas là simple coïncidence?

La *dégénérescence kystique du rein* observée chez le nouveau-né et chez le fœtus est une des affections qui démontrent le mieux l'allure spéciale de cette transformation si curieuse, car on y retrouve les mêmes cavités et le même épithélium que dans la maladie de l'adulte; nous y reviendrons. Il ne saurait être question dans cette dernière catégorie de faits, comme le supposait Virchow, de l'existence d'une néphrite interstitielle antérieure, elle n'aurait pas le temps d'évoluer, mais certainement d'une évolution épithéliale anormale. D'après une autre hypothèse de Virchow, le rein kystique de l'adulte pourrait dériver d'une transformation kystique partielle du rein fœtal dont le développement serait interrompu pendant un certain nombre d'années. On a remarqué en effet la coïncidence de cette altération avec des difformités congénitales: hydrocéphalie (Virchow); pieds bots (Having); bec-de-lièvre (Bartholin). Malgré les observations de Meckel, Bruckner, Heusinger, etc., cette théorie ne saurait être généralisée.

De toutes les théories émises au sujet de la pathogénie de la dégénérescence kystique, on peut donc éliminer l'origine congénitale, la théorie de la rétention et celle de la néphrite interstitielle antérieure, déjà repoussée en 1876 par Laveran. La seule explication plausible est celle qui a été défendue par Brissaud pour la maladie kystique de la mamelle où « les kystes sont épars, dans un parenchyme mammaire normal », par Gombault et Hommey, par nous-même et Lejars, insistant sur la bilatéralité de la lésion, sur l'accolement, et l'agglomération des kystes en une masse continue, de sorte qu'à une période avancée, en quelque point que porte la section, on trouve des cavités closes adossées, remplies souvent par une sorte de bouillie athéromateuse que l'on retrouve dans les productions similaires de la mamelle.

Comme le remarque également Malassez, le tissu du rein qui entoure le kyste est souvent dans un état d'intégrité absolue. Le même auteur a signalé des traînées épithéliales se prolongeant dans les parois du bassinnet, ce qui constituerait un argument en faveur d'une théorie néoplasique. Ces lésions du bassinnet sont-elles les mêmes que celles constatées par Gombault et Hommey,

c'est-à-dire de simples kystes? Conformément à la terminologie qu'il a acceptée, Malassez propose de rapprocher ces *épithéliomas mucoïdes* du rein de la dégénérescence kystique de l'ovaire et du testicule.

Mais, en terminant cet exposé, une remarque doit être faite. La maladie kystique du rein ne présente cette gravité que par l'importance de l'organe sur lequel elle porte. Malgré son caractère de tumeur épithéliale la rapprochant des processus néoplasiques, la dégénérescence kystique du rein n'a aucune tendance à se généraliser, elle n'affecte donc jamais l'allure d'un épithélioma kystique à tendance envahissante; c'est une transformation de l'organe sur place, analogue à celle que l'on peut suivre dans le foie, la mamelle et le testicule.

**Symptômes.** — La dégénérescence kystique des reins se caractérise surtout par une *marche insidieuse et une période latente* d'une durée qu'il est impossible de déterminer. Tous les auteurs qui ont abordé l'étude de cette maladie ont insisté sur cette absence prolongée de signes révélateurs, bien que les lésions trouvées à l'autopsie fussent considérables. Il est aisé de comprendre pourquoi il en est ainsi. La transformation kystique, s'opérant d'une façon insensible, est compatible pendant un laps de temps assez long avec une santé parfaite. Le travail morbide qui détruit le rein demande pour se manifester une longue préparation; au moment où apparaissent les premiers symptômes, la maladie est déjà fort avancée, aussi peut-il arriver qu'en très peu de temps des accidents mortels terminent une affection qui semble commencer à peine.

Rosenstein, Laveran, Marchand ont publié des observations où la dégénérescence kystique a été constatée chez des personnes ayant succombé à des maladies intercurrentes (tuberculose pulmonaire, pneumonie aiguë), sans que le moindre indice ait mis en éveil la sagacité du médecin.

On sait, d'autre part, que tous les ans on relève sur la voie publique des individus morts subitement, ou après une période comateuse très courte, et que l'on trouve porteurs d'une dégénérescence kystique méconnue jusqu'au dernier jour. Une terminaison aussi brutale n'est pas la règle. Dans la grande majorité des cas, les malades sont emportés à la suite de phénomènes convulsifs ou comateux de plusieurs jours de durée. Cette urémie n'est souvent précédée d'aucun symptôme antérieur, la phase terminale peut durer de un à huit jours. Les observations de Rayet appartiennent à cette catégorie.

Dans une autre catégorie d'observations, on est arrivé à reconstituer par un interrogatoire bien conduit un ensemble de signes qui attirent l'attention du côté du rein et permettent d'établir le diagnostic avec certitude. C'est souvent à la suite d'un traumatisme que les malades accusent les premiers symptômes de la maladie. Michalowicz cite un fait où la *douleur lombaire* fut consécutive à une chute; cette douleur disparut et se reproduisit à plusieurs reprises; enfin un mois après, une *hématurie* se manifesta. C'est après une plaie de jambe (Lancereaux), à la suite d'une grossesse (v. Bergmann), d'une broncho-pneumonie (Wipham, Jessé), quelquefois sous une influence négligeable en apparence, ingestion de boissons glacées (Schachmann), que les premières douleurs apparaissent et que la tumeur devient sensible. En tenant compte de la constatation de ces signes à une période déjà lointaine, on a pu établir que le début remontait à neuf ans (Walter); à vingt et un ans (Czerny); à six ans (Duplay); à huit ans (Archer).

La plupart de ces faits concernent non des reins polykystiques, mais des kystes uniloculaires. Cependant l'observation III de Rayet, empruntée à Corvisart et à Leroux, signale l'apparition de douleurs aux lombes, neuf ans avant l'entrée du malade à la Charité; ces douleurs se reproduisirent les années suivantes. Une malade de v. Bergmann avait remarqué le développement d'une tumeur qui resta indolore pendant dix ans, et qui devint sensible à la suite d'une grossesse. Lejars rapporte le fait d'une femme qui, quinze ans auparavant, commença à ressentir de la douleur et de la gêne dans la région lombaire au moment où elle se mettait au lit. Elle passait alors presque une heure à trouver une position qui lui permit de se reposer.

La douleur lombaire est rarement aussi intense que celle éprouvée par les malades atteints de cancer, c'est plutôt une sorte de pression continue, de constriction pénible avec exaspérations passagères. Elle est presque toujours limitée entre la dernière côte et la crête iliaque en avant, et la région rénale postérieure en arrière où elle atteint son maximum; rarement lancinante, elle peut s'irradier dans l'abdomen vers la fosse iliaque, le testicule, les membres inférieurs, quelquefois au contraire vers le thorax. Quand la douleur lombaire existe des deux côtés, elle a une grande valeur au point de vue du diagnostic d'une lésion rénale bilatérale (Verneuil, Lejars). Les crises douloureuses sont rarement paroxystiques, elles durent de trois à huit jours, obligent le malade à cesser tout travail, et peuvent se juger par une hématurie rappelant le tableau de la colique néphrétique.

L'hématurie est très inconstamment observée et ne se reproduit qu'à de très longs intervalles, elle se manifeste quelquefois dès les premières périodes de la dégénérescence kystique. Gairdner observe un malade qui est pris à 18 ans de pissements de sang, ce n'est que vers 40 ans qu'il est atteint d'accidents urémiques et meurt. L'hématurie peut être tardive, ne survenir que deux jours avant la mort (Wipham). Souvent même ce signe fait complètement défaut. Dans la plupart des observations où elle est signalée, elle accompagne ou suit les accès douloureux, du moins pendant les premières années de l'affection (Gairdner, Bond, Strubing, Michalowicz).

Les douleurs lombaires et l'hématurie n'ont par elles-mêmes aucune valeur diagnostique, puisqu'on les retrouve avec les mêmes caractères dans le cours de la tuberculose ou des tumeurs malignes du rein.

A vrai dire, les seuls renseignements précis sont fournis par l'examen physique. Les troubles fonctionnels précédemment indiqués sont assez significatifs pour engager le médecin à l'exploration méthodique des régions rénales et lombaires. Il en sera de même, s'il existe du côté des urines des modifications notables portant sur leur quantité, sur la teneur en urée, ou si, avec l'albumine se présentent des signes de néphrite chronique. Mais c'est plus souvent le hasard ou l'examen méthodique du malade pratiqué sans idée préconçue qui fait découvrir l'affection.

Dans l'observation de Duguet, il est dit que chez une femme de 52 ans, affaiblie, mangeant peu, mais ne se plaignant pas d'un trouble bien défini, on trouva en palpant le ventre, et de chaque côté dans les hypocondres, une tumeur commençant sous les fausses côtes et s'étendant vers la crête iliaque. Chaque tumeur saisie entre les mains occupait presque en totalité la région du flanc. Toutes deux étaient presque indolentes, et rarement le siège de douleurs spon-

tanées. La palpation faisait reconnaître sur leur face antérieure une grande quantité de bosselures fermes et élastiques qui donnaient à cette face une forme irrégulièrement arrondie. Ce ne fut que trois ans après que la malade mourut avec des phénomènes d'urémie comateuse et gastro-intestinale. Dans deux autres observations de Strübing et de Chotinsky l'augmentation de volume des reins a été constatée des deux côtés. Sur 62 observations de Lejars, 18 fois la tumeur a été signalée, 5 fois seulement le diagnostic a été porté pendant la vie.

C'est presque toujours en avant que la tumeur se développe et devient accessible; en cela les gros reins polykystiques se comportent comme les autres tumeurs du rein. Le volume de l'organe est parfois assez considérable pour soulever l'hypocondre et donner lieu à une déformation appréciable à la simple vue (v. Bergmann, Rose).

Dans ces conditions, on peut délimiter la tumeur, soit par une palpation minutieuse quand elle est suffisamment mobile, soit par la percussion, ainsi que le recommande Strübing dans une observation très complète. La percussion fut pratiquée suivant une série de lignes verticales médio-sternale, mamillaire, axillaire antérieure, axillaire moyenne, axillaire postérieure et scapulaire, en allant de la ligne blanche vers la colonne vertébrale.

La matité hépatique se continue au-dessous des côtes avec une matité tympanique perçue dans l'hypocondre et le flanc droit jusqu'à la crête des îles. Cette zone mate ne débord pas en avant la ligne axillaire antérieure prolongée, et se continue en arrière par une matité complète jusqu'à la colonne vertébrale. Il en est de même à gauche pour la continuation de la matité splénique avec celle de la tumeur. La percussion donne dans toute l'étendue de l'abdomen un son tympanique qui se continue au niveau des zones latérales avec une matité tympanique, puis une matité complète. Les changements de position du malade n'ont sur le bruit de percussion comme sur la zone de matité aucune influence.

En somme, la matité peut être absolue au niveau du rachis, et, comme le fait remarquer Lejars, elle est plus profonde et plus claire en avant où la sonorité du gros intestin vient s'interposer entre la tumeur rénale et la paroi; matité tympanique, suivant l'expression de Strübing.

A la palpation, la masse sentie est confuse, soit parce que ses contours sont difficilement perceptibles, soit à cause de l'épaisseur ou du peu de laxité des parois abdominales. Aussi, la plupart des observations ne contiennent que l'indication d'une tumeur observée pendant une période plus ou moins longue, pendant quatre années consécutives (Courbis). Afin d'arriver à un diagnostic précis, il faut avoir la perception d'une masse bombée et fluctuante et même distinguer à la surface du rein hypertrophié une série d'élevures de consistance élastique, séparées les unes des autres par des sillons appréciables. Ce diagnostic fut porté par Rayet sur un malade amaigri; Chotinsky, von Bergmann, Babinski, Duguet et depuis d'autres auteurs ont constaté les mêmes particularités.

Le résultat de la palpation fut positif 5 fois des deux côtés, 15 fois d'un seul côté (7 à gauche, 6 à droite), 2 fois la mention en a été omise (Lejars). D'une façon générale, ainsi que dans toutes les tumeurs multilobées, la consistance est plutôt dure et rénitente, rarement la fluctuation est perçue. Comme dans

la plupart des cas l'un des reins se dérobe aux investigations les plus minutieuses, l'idée d'une tumeur est celle qui se présente à l'esprit, et la dégénérescence kystique n'est même pas soupçonnée. Le diagnostic s'imposerait au contraire si l'examen démontrait l'existence de deux tumeurs symétriquement placées dans les hypocondres et n'ayant donné lieu à aucune modification importante de la nutrition. Cette constatation des plus nettes dans l'observation de Duguet peut être difficile à vérifier, beaucoup moins cependant aujourd'hui où les méthodes d'examen sont beaucoup plus précises.

Il est certain, par exemple, que le ballottement rénal qui n'a été recherché dans aucune des observations publiées jusqu'à ce jour doit être aisément perçu, car les reins polykystiques contractent rarement des adhérences et présentent une assez grande facilité au déplacement. Par exception, leur mobilité est telle, qu'ils ont émigré et, devenus superficiels, ont été pris pour des reins cancéreux (obs. de v. Bergmann). On devra songer à la possibilité d'une transformation kystique d'un rein unique en fer à cheval, si l'on trouve une tumeur médiane, mobile, avoisinant l'ombilic.

Lorsque la *dégénérescence kystique du foie* coexiste avec celle des reins, on a pu rencontrer dans la région épigastrique et l'hypocondre droit une tumeur à surface inégale, bosselée, présentant des nodosités élastiques et fluctuantes. Une ponction, faite au niveau du foie, dans une de ces tumeurs, donna lieu à l'issue d'un liquide citrin sans crochets. Le foie extrêmement hypertrophié débordait les fausses côtes.

De pareils faits sont exceptionnels. Bristowe rapporte une observation dans laquelle la *douleur* était si vive à l'épigastre et dans le flanc droit, que l'on crut à l'existence d'une pleurésie. Brigidi et Severi ont également noté la persistance d'une douleur profonde dans la région hépatique. Mais l'ictère n'a jamais été observé; en revanche, l'ascite est mentionnée par Courbis. Ces signes inconstants ne peuvent avoir de valeur que si on les trouve associés à ceux que fournit l'exploration rénale, car on les rencontre avec les mêmes caractères et même plus développés dans les kystes hydatiques du foie. Il n'y aurait de réserve à faire que pour les observations où l'on pourrait démontrer la présence d'un grand nombre de poches kystiques.

La *dégénérescence kystique* peut se manifester dans ses premières périodes par la *plupart des signes des néphrites chroniques*, sans que toutefois ces signes aient, par leur époque d'apparition ou leur alternance, aucune valeur diagnostique bien précise. Dans ces conditions d'ailleurs, la maladie a presque toujours été méconnue. Ainsi Juhel-Rénoy note dans son observation un œdème progressif ayant débuté deux mois avant l'entrée à l'hôpital.

Des *mictions fréquentes* ont été signalées par Bond, Gairdner, Malmsten, Rayet. Les urines peuvent devenir rares et des périodes d'anurie apparaître. Par contre, la polyurie est un symptôme fréquemment observé et qui persiste jusque dans les derniers jours de la maladie (Gairdner, Coats), même quand il reste très peu de parenchyme rénal.

L'*albuminurie* accompagne quelquefois la polyurie, mais elle est souvent insignifiante comme dans la néphrite interstitielle. Elle peut manquer pendant toute la durée de l'affection, alors que le diagnostic a été nettement établi (Duguet). C'est donc un symptôme de peu d'importance. Dans de très rares observations on a noté la diminution de l'urée et celle des chlorures.

L'*œdème* se montre d'abord le soir; c'est une infiltration périmalloéolaire qui gagne progressivement les membres inférieurs, l'abdomen, le tronc et la face. L'anasarque peut être très développée sans que les urines contiennent la moindre trace d'albumine, c'est presque toujours au déclin de l'affection que la transsudation albumineuse se manifeste. On peut aussi assister à l'apparition successive des principaux signes qui caractérisent les néphrites chroniques depuis la *céphalée* avec *vomissements* et *troubles intestinaux* jusqu'aux phases terminales de l'urémie. Les signes secondaires du mal de Bright, les accès de *dyspnée*, l'*hypertrophie du cœur* et même l'*hémorragie cérébrale* ont été observés. Peut-être ne s'agit-il dans ce dernier cas que d'une simple coïncidence; cependant des épistaxis et des hémorragies buccales peuvent apparaître. La *coloration bronzée de la peau* se trouve parmi les symptômes rares dans les observations de Laveran, Strübing, Bond, Gombault et Hommey.

Dans un nombre assez considérable d'observations la dégénérescence kystique du rein se développe insidieusement, passe tout à fait inaperçue et se termine, ainsi que nous l'avons dit, par les symptômes de l'urémie brusque, rapide ou foudroyante.

Néanmoins, la forme habituelle de l'urémie est l'*urémie lente*; elle se traduit par le délire, les convulsions simples ou tétaniformes (Jaccoud), et se termine par le coma.

Sur 42 observations où la terminaison de la maladie a été relevée, on trouve, d'après Lejars, 26 fois des phénomènes urémiques, 4 fois l'hémorragie cérébrale, 5 fois des symptômes de cachexie progressive, 9 fois des complications pulmonaires ainsi départagées: pneumonie (trois); bronchite généralisée (deux); phthisie pulmonaire (quatre). Juhel-Rénoy mentionne une pleurésie double, Courbis l'ascite, et Jaccoud la péricardite.

Dans une des observations où l'hémorragie cérébrale vint terminer la maladie, on trouva les artères athéromateuses, un vaste épanchement dans le cerveau et une hypertrophie notable du ventricule gauche. Cette terminaison a été observée chez trois malades de 48 ans, 40 ans et 18 ans.

Dans une observation d'Ebstein, la mort fut causée par une rupture du cœur. Ces derniers faits paraissent favorables à la théorie qui subordonne la dégénérescence kystique du rein à l'athéromasie et à la néphrite interstitielle, mais il suffit de rappeler qu'on les observe exceptionnellement.

La mort peut encore être la conséquence de complications inconnues dans l'histoire des atrophies progressives du rein. Les kystes indépendants les uns des autres peuvent s'enflammer et même suppurer. La *suppuration*, limitée à un kyste de faible dimension, ne suffit pas à entraîner des accidents graves, mais souvent de gros kystes sont atteints, la fièvre s'allume, des phénomènes septicémiques apparaissent et les malades sont rapidement emportés.

Dans une observation de Laveran un grand frisson fut bientôt suivi d'une élévation de température qui atteignit 41° et persista jusqu'à la mort. Des frissons répétés, des oscillations thermiques avec fièvre intense, la recrudescence des douleurs, sont les symptômes qui annoncent l'apparition des accidents pyo-septiques. Rayet signala le premier cette tendance des kystes à suppurer, Grisolle montra que l'inflammation des kystes peut se manifester spontanément ou à la suite d'une contusion. On explique aujourd'hui ces accidents par l'intervention d'une infection secondaire; nul doute qu'un traumatisme ne favorise

l'irruption et le développement de germes présents, mais inoffensifs au contact d'un épithélium normal.

Les abcès kystiques portent quelquefois sur plusieurs poches et s'accompagnent de périnéphrite suppurée (Blachez, Lejars). Lorsque les reins sont ainsi modifiés, ils se putréfient vite; quand on les incise, ils dégagent parfois une forte odeur ammoniacale d'urine décomposée, analogue à celle que présentent les urines des vieilles cystites.

**Diagnostic.** — L'exposé précédent démontre qu'il est possible de faire le diagnostic de dégénérescence kystique du rein. Toutes les fois que l'on trouve réunis les trois signes de certitude : *douleur lombaire, hématurie, tumeur rénale*, dit Lejars, il n'y a pas de doute possible. Cela s'entend d'une tumeur liquide et s'il n'y a aucune raison de penser à l'existence d'un cancer du rein.

D'après Leichtenstern, du moment où une *tumeur bilatérale* est constatée, s'il existe en même temps tout un ensemble de signes rappelant la symptomatologie de la néphrite interstitielle, le diagnostic peut être affirmé.

Il n'y a même en réalité qu'un seul signe de certitude, c'est l'existence d'une tumeur bilatérale. Il est inutile que cette tumeur soit douloureuse, elle a pu passer inaperçue, et n'occasionner aucune émission de sang. L'observation de Duguet en est le plus bel exemple : les reins très hypertrophiés étaient facilement abordables, tous deux faisaient un relief marqué sous la peau, la palpation permettait de reconnaître à leur surface une série de petites saillies élastiques et le diagnostic fut établi sans hésitation.

La bilatéralité des tumeurs, leur symétrie parfaite dans les deux flancs permit d'éliminer les productions d'origine hépatique ou splénique. Les renseignements négatifs fournis par le toucher vaginal montrèrent qu'il ne s'agissait pas de kystes ovariens. Les deux tumeurs s'étaient d'ailleurs manifestement développées de haut en bas et n'avaient jamais occupé la portion médiane de l'abdomen.

L'attention peut aussi bien être attirée du côté du foie. La ponction faite au niveau d'une des tumeurs constatées à la surface de l'organe peut donner issue à une certaine quantité de liquide, la coïncidence d'une transformation kystique des reins devient alors probable. En tout cas, cette double altération doit être recherchée puisque sur 62 observations de Lejars on a relevé 17 cas de dégénérescence simultanée des deux organes.

Les observations recueillies jusqu'à ce jour démontrent que la tumeur est *rarement perçue des deux côtés à la fois*. Tout en rappelant que cette assertion repose sur des faits antérieurs aux explorations méthodiques pratiquées de nos jours et à la recherche du ballottement rénal, il faut reconnaître qu'en principe, si l'on ne perçoit d'augmentation de volume du rein que d'un seul côté, les difficultés augmentent. C'est surtout avec les kystes de l'ovaire que le diagnostic peut rester en suspens.

Spencer Wells dès 1869 donnait des tumeurs kystiques de l'ovaire et du rein les caractères différentiels suivants : « Les tumeurs volumineuses de l'ovaire repoussent l'intestin en arrière, les tumeurs rénales en avant. Les tumeurs volumineuses du rein droit présentent donc ordinairement le colon ascendant sur le bord interne de la tumeur; les tumeurs du rein gauche sont ordinairement croisées de haut en bas par le colon descendant. Or, l'intestin

interposé entre la tumeur et la paroi abdominale ne se manifeste pas ordinairement à la percussion, c'est par le palper, et par la sensation d'un bourrelet épais et mobile au-devant de la tumeur qu'il se révèle. »

Cette opinion de Spencer Wells n'est pas applicable, il s'en faut, à tous les faits, on peut limiter assez fréquemment une zone sonore au-devant de la tumeur. Pour que la sonorité puisse être perçue, deux conditions, avons-nous dit à propos du cancer, sont indispensables : il faut que l'intestin ne soit pas à l'état de vacuité, il faut que le rein n'acquière pas un volume trop considérable, autrement le colon reste à l'état de corde tendue ou de ruban aplati au-devant de l'organe hypertrophié.

Les tumeurs de l'ovaire sont rarement bilatérales et développées au même degré. Elles évoluent du bassin vers la région sus-ombilicale, deviennent rapidement volumineuses, la fluctuation est *plus nettement perçue à leur niveau*.

Une *tumeur de l'hypocondre* franchement fluctuante, présentant une ou plusieurs poches, ne saurait aujourd'hui passer inaperçue; elle serait probablement considérée comme appartenant au rein, et, bien qu'unilatérale, rapportée à une dégénérescence kystique. Mais souvent la lobulation manque, la tumeur est difficilement accessible, la fluctuation indécise; on peut alors confondre le gros rein polykystique avec le rein hydronéphrosé, les grands kystes séreux, les kystes hydatiques, les tumeurs malignes et même les altérations du foie et de la rate lorsque la tumeur, bien que volumineuse, présente une certaine dureté.

La confusion de la dégénérescence kystique avec l'*hydronéphrose* a été faite par Potinsky parce que la tumeur était unilatérale. On sait cependant que dans l'*hydronéphrose* la saillie est plus lisse, plus arrondie, nettement fluctuante; les renseignements établissent d'autre part l'existence de la gravelle et de coliques néphrétiques antérieures, du rein mobile, de compression par une tumeur.

La *pyélonéphrite suppurée* donne lieu à une déformation du rein rappelant quelquefois par l'aspect lobulé de l'organe la transformation polykystique. Mais, la coexistence d'une cystite, les caractères de l'urine à dépôt purulent, les variations de volume de la tumeur correspondant aux périodes de rétention du pus et aux débâcles suivies d'une amélioration passagère, la gravité momentanée de l'état général au moment des retours offensifs de la maladie, les frissons et la fièvre ne laisseront pas le diagnostic longtemps suspendu.

Peut-on confondre le rein polykystique avec le *cancer* du même organe? Dans le cancer, les douleurs sont plus vives, leurs irradiations plus fréquentes; les hématuries constituent un des symptômes les plus importants par leur répétition et leur allure particulière; dans l'évolution de la dégénérescence kystique l'hématurie est un symptôme inconstant et accessoire. La surface de la tumeur est plus résistante dans le cancer, les kystes y sont exceptionnels et renferment presque toujours du sang. Les productions cancéreuses du rein ont moins d'élasticité, elles se déplacent avec peine, sont plus fixes et contractent plus volontiers des adhérences. Quand la tumeur atteint un volume assez considérable pour être facilement accessible à la partie antérieure, elle occupe en même temps les régions latérales et postérieures.

Le cancer se manifeste par une tumeur presque constamment unilatérale dont l'évolution est plus rapide que celle du rein polykystique. Des symptômes rappelant ceux de la néphrite chronique accompagnent assez souvent le développement de cette dernière affection tandis qu'ils ne se rencontrent jamais dans l'histoire des tumeurs malignes du rein.