

Enfin, il faut prohiber les révulsifs vertébraux, pointes de feu, vésicatoires. Dans tous les cas de paraplégie subite, le plus anodin révulsif en apparence peut être le point de départ d'une escarre profonde, incurable, même mortelle, « primo non nocere ».

La ponction lombaire est également à déconseiller dans les premiers jours. Elle pourrait ultérieurement avoir son utilité.

Il est bien évident qu'au premier soupçon de syphilis, et même, systématiquement, dans certains cas, la cure hydrargyrique s'impose, suivie ultérieurement de légère ioduration.

**Mesures prophylactiques concernant l'hématomyélie des plongeurs.** — M. Boinet (de Marseille) base les mesures prophylactiques sur une enquête qu'il a faite auprès des scaphandriers des grands fonds de la côte provençale. Elles peuvent être résumées dans le tableau suivant (Boinet) :

PROFONDEURS	DURÉE MINIMUM DE LA DESCENTE	DURÉE MAXIMUM DU TRAVAIL EN IMMERSION	DURÉE MINIMUM DE LA MONTÉE	REPOS	NOMBRE DES PLONGÉES PAR 24 HEURES
Jusqu'à 10 mètres.	1 minute	De 5 à 5 heures	1 minute	»	5
De 10 à 20 —	1 minute	De 3 à 1 heure	»	30 minutes	De 5 à 6
— 20 à 50 —	1 minute 1/2	De 1 heure à 1/2 heure	1 minute 1/2	1 heure	De 6 à 2
— 50 à 55 —	1 minute 1/2	De 30 à 20 minutes	»	1 heure 1/2	2
— 55 à 40 —	2 minutes	De 20 à 10 minutes	2 minutes	1 heure 1/2	2
— 40 à 45 —	2 minutes	De 10 à 7 minutes	»	2 heures	2
— 45 à 50 —	2 minutes 1/2	De 7 à 5 minutes	2 minutes 1/2	6 heures	2
— 50 m. et au-dessus.	3 minutes	1 minute	5 minutes	De plusieurs jours.	Une, suivie de quelques jours de repos.

A partir de 20 mètres, les plongées doivent s'effectuer à jeun et la diète doit être absolue depuis vingt heures lorsque la descente a lieu dans des fonds dépassant 40 mètres. La plongée en profondeur de 60 mètres est l'extrême limite permise.

J.-A. SICARD.

**HÉMATORACHIS.** — V. HÉMATOMYÉLIE, MOELLE (COMPRESSION).

**HÉMATOSALPINX.** — Lorsque la trompe kystique renferme du sang plus ou moins altéré, il y a *hématosalpinx*. Cette accumulation de sang, qui peut être poisseux, fluide ou mélangé de caillots, survient dans des circonstances diverses, à la suite d'une atrésie génitale, et en particulier de l'atrésie du col, dans certaines salpingites qui s'accompagnent de lésions hémorragiques, enfin, et c'est le cas de beaucoup le plus fréquent, dans la grossesse tubaire. C'est alors une hémorragie intra-tubaire qui entraîne presque toujours la mort de l'embryon, et dont on peut affirmer la nature par la présence de villosités choriales et autres vestiges de l'œuf.

L'hématosalpinx ne présente aucun caractère clinique permettant de le reconnaître et son traitement se confond avec celui des affections qui lui ont donné naissance (V. ATRÉSIE DU COL, SALPINGO-OVARITES, GROSSESSE ECTOPIQUE).

J.-L. FAURE.

**HÉMATOZOAIRES.** — V. PALUDISME.

**HÉMATURIE.** — Le mot hématurie, *pisement de sang*, désigne une modification du liquide urinaire caractérisée par l'apparition du sang pendant les mictions, en d'autres termes par l'excrétion simultanée du sang et de l'urine. Il ne comprend par suite ni les *urétrorragies antérieures*, dans lesquelles le sang s'écoule en dehors de toute miction, ni l'*hématospermie*, constituée par le mélange de sperme et de sang.

On ne doit pas non plus en pratique entendre sous ce nom les *hématuries histologiques* dans lesquelles des hématies sont trouvées dans le dépôt ou même dans le culot de centrifugation, quelque intérêt que puisse avoir cette constatation au point de vue du diagnostic de certaines lésions rénales.

**Étiologie.** — Fréquemment observée, l'hématurie est un symptôme d'importance capitale mais, pour en apprécier la valeur, il ne suffit pas de reconnaître qu'un malade pisse du sang, il faut encore savoir comment et sous l'influence de quelles conditions il le pisse. Il faut donc dans son examen, comme dans son interrogatoire, avoir présentes à l'esprit les multiples causes qui peuvent amener l'apparition du sang dans l'urine.

Les hématuries sont traumatiques, inflammatoires, liées à des altérations spécifiques du rein ou de la vessie, sous la dépendance enfin de maladies générales.

I. **Hématuries traumatiques.** — Le pisement de sang peut être le résultat d'un *traumatisme externe* portant sur l'urètre postérieur, sur le rein, la vessie, etc., ou d'un *traumatisme interne* à la suite d'une exploration vésicale ou urétérale (cystoscopie, lithotritie, cathétérisme de l'urètre, etc.), surtout il résulte souvent de la présence d'un corps étranger (*calcul*) dans le bassin et ou la vessie, provoquant l'hématurie par sa mobilisation. Enfin on peut rapprocher de ces hématuries traumatiques celles dues à une brusque *décompression vésicale*.

II. **Hématuries inflammatoires.** — En dehors des inflammations spécifiques des reins ou de la vessie, certaines inflammations non spécifiques de ces organes peuvent provoquer une hématurie. Les unes sont dues à une infection canaliculaire (*urétrites, prostatites* et surtout *cystites*), les autres sont la conséquence d'infection d'origine sanguine (*pyélite, néphrite* et *cystite cantharidienne, pyélonéphrite hémorragique* de diverses causes).

III. **Hématuries par lésions spécifiques (tuberculose et cancer).** — La *tuberculose du rein et de la vessie* s'accompagne fréquemment d'hématuries; celles-ci sont le plus souvent précoces, liées à la congestion et non aux ulcérations tuberculeuses elles-mêmes.

Le *cancer* est aussi une cause importante d'hématuries, qui, en raison de leur apparition souvent rapide, ont une valeur souvent révélatrice. On les observe dans les *cancers de la prostate, les tumeurs de la vessie, les cancers du rein*.

IV. **Hématuries par maladies générales.** — On peut observer enfin les hématuries au cours des *maladies dites hémorragiques* (variole, fièvre typhoïde, etc.), dans l'ictère grave, dans la leucémie, etc.; on a rattaché à l'*hémophilie* certaines hématuries dites *essentiels* peut-être favorisées par les conditions organiques qui prédisposent aux hémorragies et notamment par une

tare hépatique (cholémie familiale, lithiase biliaire, etc.); on a décrit aussi une hématurie *hystérique*. L'hématochylurie, enfin, est due à la présence de la filaire du sang dans l'organisme et caractérisée par l'émission d'urines renfermant du chyle, de la lymphe et du sang. On doit en rapprocher l'hématurie d'Égypte due au distome de Bilharz et celle due au strongle géant.

Nous n'avons fait qu'énumérer les diverses causes; nous avons ainsi mis en lumière leur multiplicité; suivant que l'hématurie est due à l'une ou à l'autre, qu'elle a son origine dans le rein, la vessie ou un autre point de l'arbre urinaire, elle peut revêtir soit en elle-même, soit dans ses conditions d'apparition un aspect clinique spécial qui permet un diagnostic précis.

**Étude clinique.** — Elle comprend d'une part l'examen des urines qui suffit le plus souvent pour faire reconnaître l'hématurie, d'autre part celui du malade, complété par son interrogatoire, qui permet le diagnostic étiologique.

**I. Examen des urines sanglantes.** — Lorsque les urines des 24 heures ont été conservées dans un bocal, ou dans un grand verre, on constate aisément s'il s'est formé un dépôt, et on peut analyser les caractères du dépôt, et ceux de l'urine qui surnage.

1° *La coloration du liquide urinaire* varie beaucoup. Dans certains cas exceptionnels seul le dépôt est sanglant, le liquide qui surnage reste clair; mais le plus souvent il est plus ou moins coloré, grâce à la facile dilution du sang par l'urine, et surtout par l'urine aqueuse, d'où la possibilité d'hémoglobinuries urinaires, liées précisément à ces hématuries peu abondantes (V. HÉMOGLOBINURIE). Il faut d'ailleurs une très petite quantité de sang pour colorer fortement beaucoup d'urine. Mais si la coloration de l'urine par le sang est habituelle, elle varie beaucoup d'intensité et de nuance, du rouge clair, du rouge rose au rouge éclatant et au rouge sombre; l'urine peut prendre une teinte brune ou noire, parfois brun sale, quelquefois bouillon trouble, notamment dans certaines néphrites aiguës; la coloration brune, pas plus que le mélange intime du sang et de l'urine, ne permet d'affirmer la provenance de l'hématurie, tout en indiquant plutôt une origine rénale. L'étude du dépôt et notamment des caillots a à cet égard plus d'importance.

2° Le *dépôt*, qui manque parfois dans les hématuries d'origine rénale, se présente sous deux aspects; le sang peut y être mélangé à d'autres matières, ou le constituer à lui seul.

Le *mélange du sang avec les dépôts d'autre nature* revêt deux formes. Dans l'une, le dépôt est jaunâtre, strié de sang, et est constitué par des bouchons légèrement glaireux dont chacun porte sa strie sanglante. Dans l'autre, il y a, au fond du vase qui contient l'urine, une couche d'apparence glaireuse, adhérente, de coloration rouge foncé; cette coloration est due à une multitude de stries sanglantes, sillonnant et ponctuant l'épaisseur de la couche glaireuse; il est toutefois facile de reconnaître la présence de pus. Dans les deux cas il s'agit de *cystites*; le sang mélangé au dépôt ne colore que peu ou pas l'urine qui surnage, le pus ayant pour ainsi dire englué les hématies (Guyon).

Dans d'autres cas, il y a bien dans l'urine un dépôt de sang et de matières glaireuses ou floconneuses, mais *ces matières sont distinctes du dépôt sanguin*, et toute l'urine est plus ou moins fortement colorée par le sang; il s'agit alors

d'une cystite modifiée dans son allure, qu'elle soit consécutive à un calcul, ou qu'il y ait eu intervention intra-vésicale (lithotritie).

Enfin le dépôt peut contenir des *débris de tumeur*, petites masses du volume d'un pois, ou d'un noyau de prune, de couleur jaunâtre, friables, se désagrégeant facilement, ayant habituellement un aspect villeux, framboisé; elles proviennent en général d'une tumeur de la vessie.

Dans tous ces cas, c'est moins le sang que la manière plus ou moins intime dont il est mélangé au pus qui permet de préciser l'origine de l'hématurie, ce qui justifie l'assertion de Guyon, selon lequel le sang dans l'urine indique qu'un problème pathologique est posé, mais ne sert pas à le définir.

Dans d'autres circonstances, le sang est plus abondant et les urines sont entièrement teintées; leur teinte est uniforme, si ce n'est dans les couches les plus profondes où la nuance est plus sombre; celles-ci précèdent immédiatement le *dépôt formé de sang pur*. Ce dépôt présente ordinairement à considérer deux parties distinctes: une sorte de crème noire rougeâtre et des caillots. L'une et l'autre témoignent de l'abondance de l'hématurie. Les *caillots* surtout sont importants à étudier; plus ou moins nombreux, plus ou moins volumineux, atteignant fréquemment le volume du doigt ou du pouce, ils sont le plus souvent semi-ovoïdes; quelquefois ils sont *allongés* et *minces*, et, à condition que leur longueur soit suffisante (14, 15 centimètres et plus) ils ont alors une grande valeur séméiologique, car cet aspect permet d'affirmer leur *origine urétérale*, probable, mais non certaine, lorsque les caillots sont de longueur moyenne ou de petites dimensions.

La coloration des caillots est noire, rouge foncé, rouge vif; quelquefois ils sont décolorés, grisâtres, maculés de sang sur fond grisâtre, ils prennent parfois, du fait du mélange avec le pus, l'aspect de morceaux de chair.

3° Dans quelques cas, l'*examen spectroscopique* de l'urine, par la présence des deux raies de l'oxyhémoglobine au milieu de la partie jaune du spectre, l'*examen microscopique*, par la constatation de globules rouges déformés ou crénelés, et parfois de cylindres hématiques, apportent un appoint utile au diagnostic d'hématurie, le plus souvent facile à faire par le seul examen macroscopique.

L'urine hématurique est aisément différenciée des urines noires consécutives à l'*élimination de médicaments* (rhubarbe, séné, semen-contra, acide phénique, salol, etc.), au *passage de la bile*, à la présence d'urates en excès. Plus délicat est le diagnostic avec l'*hémoglobinurie*; mais l'hémoglobinurie, si elle entraîne les mêmes réactions spectroscopiques, ne s'accompagne pas de présence de globules rouges dans le dépôt; dans les cas douteux, la centrifugation de l'urine suffit souvent au diagnostic. Il faut toutefois avoir soin d'examiner une *urine fraîchement émise*; en effet, dans certaines urines hémocives, les globules rouges qu'elles contiennent au moment de leur émission peuvent être détruits lorsqu'on les examine quelques heures plus tard (fausses hémoglobinuries urinaires); avec des urines fraîches, cette cause d'erreur est facilement évitée; toutefois, il faut savoir que certaines urines faiblement hématuriques peuvent être hémoglobinuriques dès l'émission, l'osmonocité des urines s'étant exercée à l'égard des globules rouges dans l'appareil urinaire avant l'émission. Ce sont là des hémoglobinuries urinaires (J. Camus). Cette action globulicide

de l'urine peut être provoquée ou exagérée par l'ingestion de boissons abondantes.

Il faut enfin éliminer la possibilité du mélange à l'urine du sang des règles ou de celui venant d'une *urétrorragie antérieure*; dans le premier cas l'interrogatoire, dans le second l'écoulement du sang pur en dehors des mictions permettent de trancher rapidement le diagnostic.

L'existence d'une hématurie peut donc être reconnue par le seul examen des urines sanglantes, mais l'analyse des caractères d'évolution de l'hématurie, la recherche de l'état des reins et de l'appareil excréteur de l'urine, l'examen général du malade sont nécessaires pour préciser l'étiologie de cette hématurie.

**II. Examen du malade. — Diagnostic étiologique.** — Dans cet examen, il faut non seulement se rappeler les causes de l'hématurie, telles que nous les avons énoncées, mais connaître et bien connaître les phénomènes qui ont pu la précéder, les conditions qui la modifient lorsqu'elle est établie, les rapports qu'elle présente avec les différents temps de la miction, la fréquence, l'importance et la durée des crises, les symptômes qui l'accompagnent, se rendre compte de l'état général des malades, avoir sur la physiologie pathologique de l'hématurie les notions nécessaires (Guyon).

Il est toutefois des hématuries qui apparaissent spontanément, disparaissent sans raison appréciable, et évoluent sans autre phénomène morbide; « dans leur disparition comme dans leur venue, l'imprévu tient la première place. » « Toutes les fois que l'hématurie survient et s'en va sans cause, qu'elle est le seul symptôme, que la maladie semble commencer et finir avec elle, l'esprit, loin d'être rassuré, doit être mis en éveil. Il faut craindre un *néoplasme* (Guyon). » On doit en outre penser à la possibilité d'une *tuberculose rénale*. Et la répétition et la durée de l'hématurie témoignent de la permanence de la cause qui la provoque. Il ne reste qu'à déterminer la nature de la lésion et son siège vésical ou rénal, ce que l'histoire clinique de l'hématurie peut permettre de résoudre.

Inversement, il est d'autres hématuries dont le diagnostic étiologique s'impose par la netteté même des causes qui les provoquent : chez un sujet qui a reçu un violent *traumatisme* de la région lombaire, ou qui est porteur à ce niveau ou à la paroi antérieure de l'abdomen d'une *plaie pénétrante*, la constatation d'une hématurie abondante et durable prend une grande valeur en montrant qu'un gros vaisseau a été déchiré et en commandant une intervention chirurgicale immédiate.

De même lors de *maladie infectieuse* bien diagnostiquée, l'apparition d'une hématurie peut facilement être rattachée à sa cause, qu'elle indique une tendance hémorragique de la maladie, associée alors à des hémorragies par d'autres voies (peau, muqueuse buccale, épistaxis, etc.), qu'elle révèle une *néphrite aiguë* secondaire dont témoignent souvent en même temps d'autres symptômes.

Si enfin l'hématurie apparaît au cours d'une *néphrite aiguë* constituée ou comme manifestation d'une maladie organique déjà diagnostiquée du rein ou de la vessie (*calcul, tuberculose, cancer*), il n'est pas nécessaire de discuter longuement l'étiologie du pissement de sang.

C'est surtout lorsque l'hématurie survient comme *premier symptôme*

*morbide* que son diagnostic étiologique est souvent délicat et que l'examen attentif du malade s'impose.

La première question à se poser alors est *si l'hématurie vient du rein ou de la vessie*. Dans ce but, on tiendra compte de divers éléments. Les *douleurs lombaires* ou plus souvent *réno-urétérales* précèdent parfois l'hématurie rénale, surtout lors de lithiase; symptomatiques de la congestion rénale, elles ont une certaine valeur diagnostique, les hématuries vésicales étant communément indolentes. Les *caractères des urines*, par la présence de caillots urétéraux, par l'aspect du dépôt et de l'urine qui surnage, aident à ce diagnostic de localisation, nous avons déjà indiqué comment. L'étude de l'hématurie par l'*épreuve des trois verres* (Guyon) a une grande importance révélatrice. Tantôt l'urine est *complètement rouge du début à la fin de la miction* (hématurie totale); tantôt l'urine, d'abord claire, devient *sanglante à la fin de la miction*; tantôt enfin le *sang se montre seulement au début de la miction*; l'hématurie terminale est un indice de lésion vésicale, l'hématurie initiale est symptomatique d'une lésion de l'urètre ou de la prostate; souvent alors le sang réapparaît dans les dernières gouttes de l'urine, l'hématurie est à la fois initiale et terminale; il en est de même dans certains cas d'hématurie vésicale; l'hématurie totale, si elle doit faire penser à une hématurie rénale, est parfois d'origine vésicale, mais alors souvent l'urine est d'autant plus foncée qu'on s'approche de la fin de la miction. La *marche* des hématuries peut aider au diagnostic, la brusque disparition suivie de prochain retour, l'alternance répétée d'urines sanglantes et d'urines claires ne se voyant guère que dans l'hématurie d'origine rénale. L'*examen méthodique des organes* par le palper, le toucher vaginal, le toucher rectal, etc., facilite également le diagnostic. Si cela ne suffit pas, on peut faire le *cathétérisme* qui permet de laver la vessie et de voir comment s'écoule le sang à la suite du lavage; si, lorsque l'eau du lavage est évacuée, les dernières gouttes seulement amènent du sang, on peut affirmer l'origine vésicale.

La certitude sera plus grande encore en pratiquant la *cystoscopie* qui permet de voir, non seulement que c'est la vessie qui saigne, mais quel est le point en cause, et quelle est la nature de la lésion. Quand l'hématurie est rénale, le *cathétérisme des urètres* ou la *séparation des urines* peuvent permettre de préciser le rein qui saigne.

Grâce à tous ces moyens, le diagnostic de localisation de l'hématurie est le plus souvent possible, et le diagnostic de la cause est complété par l'examen et l'interrogatoire du malade.

L'*urétrorragie postérieure* est due à une *lésion de l'urètre postérieur* ou de la *prostate*. Caractérisée par une hématurie initiale, elle est facile à rattacher à sa cause par la notion d'antécédents urétraux ou prostatiques, parfois par celle d'un traumatisme externe ou interne. L'examen peut également révéler, notamment chez le vieillard, des lésions prostatiques évidentes, *hypertrophie prostatique, cancer prostatopelvien*, parfois *tuberculose*.

L'*hématurie d'origine vésicale*, reconnue aux caractères que nous avons énumérés (hématurie souvent terminale, dépôt de pus et de sang mêlés, symptômes associés, etc.) est souvent due aux *cystites*. La *cystite aiguë*, cantharienne, blennorragique ou autre, se reconnaît à ses douleurs, à la fréquence

des mictions, à la pyurie, et sa nature est d'ailleurs précisée par les antécédents. L'hématurie y est ordinairement peu abondante, mais souvent assez persistante, si bien qu'elle peut, à la longue, provoquer l'anémie du malade. La *cystite tuberculeuse* peut s'accompagner d'hématurie au début de la tuberculose urinaire, due plus à la congestion qu'à des ulcérations constituées. Il s'agit alors d'une sorte d'hémoptysie vésicale, spontanée, non influencée ou peu influencée par le repos, mais déjà l'examen permet de constater des lésions tuberculeuses de la prostate, des vésicules séminales, etc. Quand l'hématurie survient plus tard, alors que les signes de la cystite sont au complet, c'est l'intensité de la douleur et les caractères spéciaux de la pyurie qui font supposer la nature tuberculeuse de la maladie, prouvée par la cystoscopie.

Les *calculs de la vessie* entraînent des hématuries à caractères spéciaux, provoquées par le mouvement (course, chasse, chute), de courte durée (un à deux jours), calmées par le repos, souvent associées à des douleurs; ce sont des hématuries terminales se produisant dans la situation debout, et cessant souvent dans le décubitus horizontal. L'exploration vésicale permet d'ailleurs de rattacher l'hématurie à sa véritable cause.

Lors de *tumeurs de la vessie*, les caractères sont tout autres. L'hématurie est spontanée, ne cesse pas par le repos, est communément très abondante, entraîne rapidement une anémie marquée. L'examen du malade par le toucher rectal, par la cystoscopie, permet de préciser le diagnostic; celle-ci peut montrer le rôle capital de la congestion dans les grandes hématuries vésicales symptomatiques de néoplasmes (Guyon).

L'hématurie vésicale peut encore résulter, lors de *rétenion d'urine*, de la distension trop grande ou, au contraire, de la déplétion trop brusque de la vessie; elle est alors rarement abondante. Elle peut enfin être la conséquence de *varices du col vésical*, et est communément alors peu grave.

L'hématurie *d'origine rénale* a toute une série de caractères qui, réunis, ont une grande valeur, mais ne commandent pas toujours à eux seuls le diagnostic du siège; ce n'est que lorsque l'examen du rein révèle divers indices de lésions, lorsqu'inversement l'intégrité de la vessie est reconnue, que l'on peut affirmer que le point de départ est au rein.

Les *calculs du rein* sont la cause la plus fréquente. L'hématurie est alors provoquée par les secousses, disparaît par le repos, et l'existence de coliques néphrétiques antérieures ou actuelles, aide au diagnostic causal, que l'exploration du rein peut permettre de préciser.

Le *cancer du rein*, nous l'avons dit, s'accompagne souvent d'hématurie précoce, apparaissant et disparaissant sans causes, non influencée par le repos; le diagnostic causal est facilité lorsqu'à ces symptômes s'ajoutent une douleur gravative permanente, un varicocèle unilatéral de date récente, et surtout une tumeur abdominale donnant lieu au ballonnement rénal.

La *tuberculose rénale* entraîne souvent une hématurie prémonitoire, difficile à reconnaître; on doit toutefois s'habituer à soupçonner la tuberculose rénale en présence d'une hématurie survenue sans cause, en pleine santé apparente, et quand cette hématurie a tendance à persister malgré le repos complet. La recherche des signes habituels de la tuberculose, l'examen des urines, l'inoculation aux animaux, etc., peuvent, dans quelques cas, permettre un diagnostic

précis que le cathétérisme des uretères ou la division des urines permettra de compléter en montrant le rein qui saigne. Quand l'hématurie survient alors que la tuberculose rénale est avérée, le diagnostic en est beaucoup plus aisé.

L'hématurie rénale peut encore être la conséquence d'une *néphrite aiguë* ou d'une poussée aiguë au cours d'une *néphrite chronique urémique*. Et lorsque la néphrite est passée inaperçue on peut croire à une *hématurie essentielle*. L'histoire de ces hématuries est encore assez obscure, car s'il est exact qu'il existe des *hématuries essentielles* ou *névropathiques* (Lancereaux), on peut actuellement reconnaître avec Castaigne que ce n'est là qu'un diagnostic d'exception; on ne doit le porter qu'alors que tous les autres ont été éliminés. Et il faut rechercher, avant de l'admettre, l'hypertension artérielle et les signes de petite urémie d'une part, d'autre part, les signes d'une tuberculose rénale ou d'un cancer latent.

L'hématurie peut encore, dans certains cas spéciaux, relever d'une *cause parasitaire*. Telles sont les hématuries des pays chauds, dues à la bilharziose ou à la filariose, dont le diagnostic se fait par la notion climatérique, les antécédents étiologiques, l'examen des urines (chylurie, lors d'hématurie filarienne, et surtout présence du parasite ou de ses œufs). On peut, quand on soupçonne la filariose, rechercher la filaire dans le sang, entre huit et dix heures du soir.

Elle est parfois également la conséquence de certaines maladies générales et semble quelquefois en rapport avec l'*hystérie* ou avec l'*hémophilie*. Mais, si quelques cas assez probants ont été publiés (Broca), dans lesquels l'opération révéla l'intégrité du rein, il faut, le plus souvent, n'admettre qu'avec réserve ce diagnostic.

Guyon, enfin, a insisté sur les relations de certaines hématuries avec la *grossesse* et l'allaitement, et cité quelques observations dans lesquelles l'hématurie s'était produite au cours de la grossesse, sous l'influence de poussées congestives du côté des reins et ne reparut plus, celle-ci terminée.

**Pronostic.** — Le pronostic varie naturellement avec la cause des hématuries, mais lorsqu'elles sont abondantes ou trop souvent répétées, elles peuvent, à elles seules, amener un état d'anémie grave par lui-même. Il importe donc de pouvoir les traiter et les faire cesser, avant même de traiter l'affection qui les produit.

**Traitement.** — Le diagnostic du siège ou de la cause d'une hématurie étant porté, on en peut faire utilement le traitement, qui doit avoir pour base les notions de pathogénie et d'étiologie fournies par son étude. En outre, le traitement, pour être efficace, doit non seulement prévenir les pertes de sang, les combattre, mais s'attacher à en compenser les effets (Guyon).

Toutes les causes de congestion résultant de l'alimentation, de l'hygiène, des habitudes, de la manière de vivre, seront écartées. Pendant les crises hématuriques, comme dans leur intervalle, l'alimentation doit être réparatrice, mais non excitante, et Guyon conseille, à moins d'indications particulières, de laisser les malades se nourrir suivant leur appétit et leurs goûts, non de prescrire le régime lacté absolu. Le *repos* est le meilleur des agents thérapeutiques dans les hématuries calculeuses; mais il n'agit pas de même dans les hématuries inflammatoires et congestives; aux malades de ces catégories, il faut n'ordonner qu'un

repos relatif, et craindre la prolongation du séjour au lit, en se réglant d'après la cause de l'hématurie, l'intensité de la crise, l'état du malade (Guyon). On peut utilement conseiller tout ce qui aide la circulation périphérique, la *révulsion*, notamment sur la région lombaire (ventouses, pointes de feu), les *frictions cutanées*, tout ce qui régularise la circulation pelvienne (lavements, laxatifs huileux ou salins). Les *applications locales* du froid, l'usage topique d'eau très chaude, n'ont pas paru à Guyon donner toujours des résultats probants.

Entre les crises, les mêmes prescriptions relatives à l'alimentation réparatrice, à la vie calme, mais non sédentaire, à l'hygiène de la peau et de l'intestin, doivent être conseillées. L'hydrothérapie est parfois utile.

Ce qu'on doit surveiller pendant les crises ce sont les *contractions de la vessie*, la manière dont la miction s'effectue. Un hématurique ne doit pas uriner avec efforts. La miction difficile, si elle n'est pas due à un rétrécissement, à une hypertrophie de la prostate, au siège de la tumeur, obturant le col, ne peut être occasionnée que par la présence de caillots. Lorsque la vessie se vide, les boissons abondantes qui diluent, la miction dans la position horizontale peuvent améliorer la situation qu'aggrave la miction debout, à genoux ou accroupie. S'il y a rétention, c'est au *cathétérisme* qu'il faut avoir recours. L'évacuation sera lente, graduelle, antiseptique (Guyon). Si la vessie contient des caillots, un *lavage*, pratiqué avec douceur, les amène au dehors, s'ils sont peu nombreux et de petit volume; il peut arriver qu'ils obturent la sonde et empêchent le retour du liquide injecté; on pratiquera alors l'*aspiration* avec une seringue à large embout. Dans quelques cas, le sang coagulé constitue une masse compacte; il faut alors fragmenter ce caillot avec une sonde à bec court et pratiquer l'évacuation secondairement.

Les *lavages de la vessie* peuvent être faits avec des liquides divers, de préférence pas très chauds ou froids; les substances hémostatiques sont contre-indiquées, quand le sang est dans la vessie en quantité notable, car elles risquent de coaguler la masse sanguine et de rendre l'évacuation difficile. L'eau bouillie et l'eau boriquée doivent être de préférence employées; contre les petites hématuries, on a toutefois préconisé l'emploi d'une solution de tanin à 2 pour 100.

Lorsque la miction est douloureuse, on peut lutter contre les contractions répétées de la vessie par la *médication opiacée*, employée en suppositoires ou sous forme d'injections de morphine.

Il est enfin des moyens qui ont action plus décisive parce qu'ils visent la cause. Le *broiement* ou l'*extraction des calculs de la vessie*, l'*enlèvement de calculs du rein* sont indiqués lors d'hématuries calculeuses répétées. De même l'*ablation d'un néoplasme rénal* ou d'un *néoplasme vésical* fait cesser toute hématurie relevant de cette origine. Lors d'hématurie d'origine rénale dont l'examen clinique ne permet pas de décider la lésion causale, on peut recourir à la *néphrotomie*, qui, même alors qu'elle ne révèle aucune lésion, ne paraît pas par elle-même devoir entraîner de résultats fâcheux.

Dans les saignements prostatiques spontanés ou traumatiques, la *sonde à demeure* fait cesser l'hématurie. Dans les rétentions qui font saigner la vessie, une évacuation méthodique aboutit au même résultat. Dans les cystites, il faut

combattre l'inflammation de la muqueuse et le *nitrate d'argent* est indiqué, en instillations ou en lavages, réserve faite toutefois de la cystite tuberculeuse. Enfin, il est des cas où l'*ouverture de la vessie par voie hypogastrique* est formellement indiquée et assure la cessation des pertes de sang, lors d'hématurie vésicale rebelle.

Quant aux *médicaments internes*, ils n'ont qu'une influence secondaire, mais doivent être employés à titre adjuvant. Ils sont hémostatiques ou reconstituants. Parmi les *hémostatiques*, on doit placer, selon Guyon, en première ligne, l'essence de térébenthine et les boissons contenant des principes térébenthinés (eau de Léchelle); le tanin, l'antipyrine ont été conseillés. La limonade sulfurique est souvent prescrite de même que l'ergotine, l'hamamélis, le chlorure de calcium, sans que leurs effets dans les hématuries soient absolument démontrés; parmi eux, le chlorure de calcium paraît l'agent le plus utile à employer. Le perchlorure de fer, le quinquina peuvent être utilisés moins comme hémostatiques que comme *reconstituants*, de même que les divers agents couramment employés dans ce but (Kola, médication phosphorée, etc.). Nous avons dit la place qu'il fallait réserver aux médicaments calmants.

Quelle que soit la médication adoptée, il faut, l'hématurie cessée, s'efforcer d'en éviter la reproduction, et pour cela, instituer sans tarder le traitement causal, exposé aux divers articles traitant des maladies susceptibles de provoquer une hématurie.

P. LEREBŪLLET.

**HÉMÉRALOPIE ET NYCTALOPIE.** — *Héméralopie.* — L'héméralopie consiste dans l'abaissement brusque et disproportionné de la vision dans les milieux faiblement éclairés. L'héméralope voit bien en plein jour, ce qui le différencie des amblyopes; mais lorsque le crépuscule arrive, sa vision baisse, il ne peut plus se diriger (cécité nocturne); il a en outre de grandes difficultés à s'adapter aux faibles éclairages.

Il n'y a pas de lésions du fond de l'œil, excepté dans l'héméralopie symptomatique de la rétinite pigmentaire. Cette héméralopie sans lésions ophtalmoscopiques est dite essentielle, idiopathique.

On a invoqué principalement les causes suivantes: l'éblouissement par une vive lumière, l'action prolongée du soleil, l'affaiblissement de la nutrition générale, une nourriture insuffisante ou de mauvaise qualité, les intoxications alimentaires, la débilité, les dyscrasies, le surmenage, les affections du foie, la cirrhose atrophique du foie, la fièvre palustre, l'albuminurie. Des taies cornéennes ou des opacités cristallines périphériques peuvent produire une sorte d'héméralopie, lorsque l'éclairage baisse. La diminution de l'éclairage provoque la dilatation pupillaire, et les opacités des milieux transparents (cornée, cristallin) en déterminant la dispersion, la diffusion des rayons lumineux, abaissent notablement l'acuité visuelle.

*Nyctalopie.* — Le nyctalope distingue nettement les objets, le soir, et à un faible éclairage, alors qu'il ne peut le faire en plein jour. À la lumière du jour, les objets paraissent indistincts, comme à travers un brouillard, tandis que la nuit, les objets paraissent distincts. Cet état paraît être sous l'influence de l'éblouissement de la rétine ou du séjour prolongé dans des milieux sombres. On l'observe au début des névrites rétro-bulbaires toxiques. PÉCHIN.