On a confondu parfois les reins déplacés et cancéreux avec des *tumeurs lymphatiques ganglionnaires abdominales*. Le diagnostic différentiel est basé sur l'absence, dans la région rénale, des organes en question. Les tumeurs des ganglions lymphatiques s'accompagnent, du reste, généralement de troubles des fonctions intestinales.

On évitera toute confusion avec la *coprostase* par l'emploi prolongé des purgatifs.

D. — Auscultation du rein

Le domaine de l'auscultation rénale est pauvre en faits et en signification.

Bristone et Ballard ont parlé de cas de *cancer rénal*, où l'on percevait des bruits vasculaires tellement intenses, qu'on pensait à la possibilité d'un anévrisme de l'aorte.

APPENDICE

Examen des capsules surrénales.

Les lésions des capsules surrénales sont demeurées jusqu'à présent inaccessibles au diagnostic physique. On les déduit avec quelque certitude des phénomènes cliniques, dans le cas où l'on se trouve en présence du tableau symptomatique de la *maladie d'Addison*. Il est vrai que parfois, à la suite de processus de dégénérescence, ces capsules augmentent tellement de volume qu'elles deviennent accessibles à l'inspection, au palper et à la percussion. Seulement, si l'on songe que normalement elles coiffent en quelque sorte l'extrémité supérieure des reins, on comprendra qu'il est impossible de distinguer les tumeurs de ces organes des tumeurs du rein lui-même. On peut encore les confondre avec des tumeurs du foie. Heitler relate une observation où l'on trouva au niveau du bord inférieur du foie, en dedans de la ligne mammaire, une tumeur sphérique fluctuante, que l'on prit, pendant la vie, pour un kyste à échinocoques et qui, à l'autopsie, se révéla comme une poche de la grosseur d'une tête d'adulte, provenant de la dégénérescence de la capsule surrénale droite et renfermant un liquide sanguinolent et une masse néoplasique ressemblant à de la substance cérébrale.

---

2. — **Examen des voies urinaires.**

A. — Bassinets du rein

Les affections des bassinets, accessibles aux méthodes physiques d'investigation, se confondent par leurs symptômes avec les maladies du rein. Il s'agit, en ce qui les concerne, d'une augmentation de volume qui obéit, en tout, à ce qui a été dit précédemment à propos des tumeurs rénales. Un autre groupe de ces affections échappe à une exploration directe et devra être diagnostiqué d'après les altérations du liquide urinaire. Israel, en suivant ponctuellement les règles préconisées par lui pour la palpation des reins, affirme avoir perçu, sur le vivant, un *calcul rénal logé dans le bassinet* dans un cas, et, dans un autre cas, le *frottement de plusieurs calculs néphrétiques* les uns contre les autres.

B. — Uretères.

Parfois on arrive à pratiquer la palpation de l'uretère, soit par le vagin, soit par le rectum, et cela d'autant plus facilement que leurs parois se sont épaissies et ont augmenté de résistance sous l'influence de la tuberculose, de productions néoplasiques, ou de calculs incarcérés, Grünfeld a cherché, à l'aide d'appareils d'éclairage (endoscope) introduits dans la vessie, à rendre visible l'embouchure vésicale des uretères et à y introduire des sondes. On a réussi aussi à reconnaître avec certitude, à l'aide de l'endoscope, l'état des urines s'écoulant de l'embouchure des deux uretères dans la vessie et, par conséquent, à déterminer d'une manière sûre et certaine le siège d'une hématurie ou d'une pyurie dans l'un ou l'autre rein.

Tuchman a exploré et obturé passagèrement son propre uretère à l'aide d'un instrument spécial, construit sur le modèle du lithotriteur de Heurteloup.

Quant à Simon, à la suite de la dilatation rapide de l'urèthre chez la femme, il pénétra dans la vessie avec le doigt et chercha, en prenant ce dernier pour guide, à introduire dans l'orifice des uretères des sondes qu'il introduisit jusque dans le calice du rein. Il donne comme longueur de l'uretère normal le chiffre de 18-20 centimètres, mais toutes ces tentatives sont plutôt du domaine de la chirurgie que de la pathologie interne.

Les maladies des uretères ont une marche le plus souvent insidieuse et latente. Dans certains cas, il s'agit de productions néoplasiques de ces organes, productions difficiles à distinguer des tumeurs rénales. Nous donnerons comme exemple une observation de Wising et Blie. Une femme de 41 ans portait dans le ventre une tumeur qui commençait dans la région lombaire, s'étendait en avant et en bas vers la ligne médiane, était facile à séparer du foie et avait au-devant d'elle le côlon. A l'autopsie, on trouva un cancer médullaire de l'uretère droit complètement oblitéré. Le rein droit était atteint d'hydronéphrose. Le cathétérisme de l'uretère aurait, dans ce cas, révélé l'obstruction de l'organe. D'ailleurs, dans l'oblitération de l'uretère par un calcul ou un cancer d'organes voisins, de l utérus par exemple, la sonde décèlerait facilement l'imperméabilité du conduit.

C. — Vessie

L'exploration de la vessie du dehors, c'est-à-dire à travers la paroi abdominale, n'est généralement possible que quand cet organe est fortement distendu par l'urine. Il remonte alors au-dessus de la symphyse du pubis sous forme d'une tumeur ovale ou piriforme, dont le sommet arrive quelquefois jusqu'au niveau de l'appendice xiphoïde. Souvent ses contours sont nettement visibles sous les parois abdominales. Dans le décubitus latéral, la tumeur se déplace parfois légèrement du côté correspondant; seulement ce déplacement n'atteint jamais un degré notable. A l'aide de la palpation, on arrive à délimiter plus exactement la tumeur. La surface en est uniformément lisse et tendue. Un fait caractéristique, c'est que la pression, si légère qu'elle soit, provoque le besoin d'uriner. La percussion permet également de séparer la vessie des anses intestinales avoisinantes. Lorsque des anses intestinales se sont insinuées entre la vessie et la paroi abdominale antérieure, on obtient en ce point, non de la matité simple, mais un son tympanique obscur.

Dans les annales des erreurs de diagnostic, on peut réunir nombre de cas où la vessie surdistendue a été confondue avec des tumeurs, notamment avec des tumeurs des organes pelviens (utérus, ovaires). L'emploi de la sonde préviendra ordinairement l'erreur; car, l'urine une fois évacuée, la vessie disparaît derrière la symphyse pubienne. Mais si, pour une cause ou une autre, le cathétérisme est impossible, il faudra tenir compte des anamnestiques, si depuis quelque temps l'excrétion de l'urine a été insuffisante, ou même supprimée totalement. Dans bien des cas aussi, les touchers vaginal et rectal renseigneront sur la nature de la tumeur.

Les causes de la surdistension de la vessie par l'urine résident tantôt dans des désordres d'innervation, tantôt dans des obstacles mécaniques des voies d'écoulement. L'examen consécutif en décidera.

Des tumeurs vésicales palpables plus rares sont les tumeurs dues à la

dégénérescence cancéreuse de l'organe. Ces dernières toutefois sont inégales à la surface, bosselées et dures. Le toucher rectal et notamment l'*exploration bimanuelle*, c'est-à-dire la palpation des parois abdominales combinée au toucher rectal, ne devront jamais être négligés.

A côté de l'examen externe, l'examen interne de la vessie est de grande importance pour le diagnostic des affections de cet organe. Le moyen le plus sûr et le plus riche en succès est le cathétérisme, dont la description est toutefois du domaine de la chirurgie.

Dans l'exploration par le cathéter, l'auscultation peut devenir précieuse. C'est ainsi que souvent le contact de l'instrument avec un calcul se révèle par un phénomène acoustique. Dans certains cas aussi, on perçoit après l'évacuation de l'urine par la sonde, un bruit de gargouillement spécial, qui est dû à la pénétration d'air dans la sonde. Higguet le signala dans l'hypertrophie des parois vésicales et voulut le regarder comme pathognomonique de cette lésion. Fabini l'observa dans la paralysie de la vessie ; mais on l'a vu se produire également dans des cas où le sommet de la vessie était immobilisé par des adhérences péritonitiques. Le mécanisme du phénomène est, en tous cas, le suivant : au moment de l'évacuation des dernières gouttes d'urine, la contraction des muscles abdominaux rapproche les parois vésicales jusqu'au contact ; aussitôt que cette force cesse d'agir, ces parois se déplissent et aspirent de l'air à travers le cathéter.

Simon a tenté avec succès la palpation directe de la paroi interne de la vessie, en dilatant rapidement l'urèthre chez la femme et en introduisant le doigt dans la vessie.

L'exploration de la vessie à l'aide du *cystoscope*, qui permet d'étudier *de visu* l'intérieur de cet organe, acquiert de plus en plus de l'importance. Malheureusement les appareils sont encore d'un prix très élevé, et leur manipulation exige de l'expérience et de l'habileté (1).

(1) Dans ces derniers temps, de nouvelles méthodes d'exploration physique du rein ont été proposées, dont l'école de Necker surtout a montré les heureux résultats : 1° la *phonendoscopie* a permis, entre les mains de MM. Guyon et Albarran, de préciser les limites des reins, d'en indiquer l'augmentation de volume, d'en distinguer les organes voisins ; 2° *l'usage des rayons X*, à l'aide de la radiographie, a également rendu quelquefois des services pour le diagnostic des calculs du rein ou du bassinet ; 3° enfin le *cathétérisme des uretères*, grâce aux perfectionnements apportés par M. Albarran à la construction et à l'emploi de l'instrument, est devenu une méthode relativement facile, et riche d'applications. Au point de vue diagnostic elle permet de préciser l'existence de calculs et de tumeurs, l'origine d'hématuries et de pyuries ; et surtout en permettant de recueillir séparément l'urine sécrétée dans chaque rein, elle seule permet de reconnaître l'état anatomique et fonctionnel du rein supposé malade, et du rein supposé sain. Les résultats fournis par les analyses de l'urine normale peuvent être interprétés, grâce à leur comparaison avec ceux de l'urine de l'autre côté, qui sert de témoin ; et cette dernière indique si le rein opposé fonctionne suffisamment. Ainsi peut-on non seulement préciser le diagnostic des lésions unilatérales ou bilatérales de l'appareil urinaire (tuberculose par exemple), mais encore poser des indications opératoires fidèles, basées sur exploration complète des fonctions de chaque rein et l'appréciation exacte de leur valeur.

D. — Canal de l'urèthre

Le canal de l'urèthre n'est accessible à une inspection directe qu'au niveau de son orifice externe. On y constate, le cas échéant, des tuméfactions, des inflammations, des soudures, des ulcères, des papillomes et des sécrétions anormales. On a cherché à éclairer et à explorer le canal de l'urèthre proprement dit à l'aide d'appareils endoscopiques (uréthroscopes).

La palpation a pour tâche de renseigner sur la sensibilité, l'induration, l'évacuation de sécrétions anormales, dans certaines circonstances aussi, sur la fluctuation. Le palper externe se trouve complété par l'exploration, par les sondes et les bougies, qui révèle principalement les rétrécissements, les obstructions et les ulcérations du canal.

---

3. — Examen de l'appareil génital de l'homme.

a) L'*examen de la prostate* doit se faire par le toucher rectal. Il faut, en ce cas, tenir compte du volume, de la sensibilité, de la consistance et de l'état de la surface de cette glande. Souvent il faut recourir encore à l'exploration à l'aide du cathéter uréthral.

b) Les *glandes de Cowper*, lorsqu'elles sont enflammées, sont accessibles à la palpation sous forme de petites tumeurs atteignant la grosseur d'un haricot et situées derrière le bulbe uréthral, dans l'espace compris entre le scrotum et l'anus. Si l'inflammation est aiguë, la palpation est douloureuse, et la peau qui recouvre la région est rouge et tuméfiée. S'il y a développement d'abcès, il faut naturellement s'attendre à la sensation de fluctuation.

c) Le diagnostic du gonflement et de l'hypertrophie des *vésicules séminales* est extrêmement difficile. On ne réussira que rarement, à l'aide du toucher rectal, à sentir ces organes derrière la paroi postérieure de la vessie, immédiatement au-dessus de la prostate, sous forme de petites tumeurs ovales.

d) Le *testicule*, l'*épididyme*, le *cordon* et le *scrotum* sont directement accessibles à la palpation et en partie aussi à l'inspection.

e) Il est souvent très important pour le diagnostic d'examiner au microscope les *écoulements du canal de l'urèthre*, ou, chez la femme, du vagin et du canal cervical. C'est ainsi que la présence dans le pus de *gonocoques* indique la nature blennorrhagique des sécrétions. La recherche de ces schizomycètes se pratique en portant une petite gouttelette de pus uréthral sur une lamelle de verre et en la recouvrant d'une autre lamelle, de telle sorte que le liquide se répartisse entre elles d'une façon uniforme et en couche très mince. Puis on sépare les deux lamelles de verre et on les flambe, la surface recouverte en haut, jusqu'à dessiccation complète. Alors on verse sur la préparation une solution aqueuse de fuchsine, de bleu de méthylène ou de violet de gentiane ; au bout d'une trentaine de secondes, on la passe à l'eau ; on la sèche à nouveau comme il vient d'être dit, et on place la lamelle sur une goutte de baume de Canada xylolé ou chloroformé, préalablement versé sur une plaque de verre. S'il existe des gonocoques, on aperçoit des microbes de teinte foncée, le plus souvent en forme de biscuit ou réunis en groupes, notamment dans l'intérieur des corpuscules de pus (fig. 229) (1).

(1) Il est important de pratiquer la réaction de Gram ; certains microbes uréthraux, qui res-