

sang, on s'est reposé, on a même pris le lit, mais cela a continué. Mais observons et, s'il s'agit du rein, nous ne tarderons pas à voir se dessiner ou éclater les symptômes d'une colique néphrétique. C'est l'hématurie prémonitoire des accès néphrétiques. Cherchons dans le passé de ces malades et nous apprendrons qu'ils ont eu déjà des expulsions de graviers avec ou sans état douloureux, que la fatigue les faisait saigner et que le repos les guérissait. Alors même que l'hématurie n'est pas transitoire, comme il est de règle dans ces cas, la douleur rénale, la douleur urétérale, les troubles réflexes de la vessie, les modifications dans la sécrétion de l'urine sont là, comme autant d'avertisseurs; ils indiquent la cause et la source du saignement. Si la vessie est calculeuse, on retrouve dans les commémoratifs les mêmes indices et l'on constate un état de sensibilité, de la fréquence des mictions avec aggravation manifeste par le mouvement, alors même que l'atténuation par le repos est imparfaite. L'hématurie, malgré sa persistance insolite et malgré son abondance inusitée n'est plus le seul symptôme, elle n'a même pas, la plupart du temps, le rang de symptôme dominant.

Si l'hématurie par fatigue ne s'observait, en effet, que chez les calculeux, sa valeur sémiologique serait absolue; mais elle se rencontre aussi, nous venons de vous en avertir, dans certains états congestifs entretenus soit par un néoplasme, soit par un processus inflammatoire, soit même par un corps étranger. De légères différences d'intensité et de durée ne suffiraient pas pour permettre d'établir un diagnostic précis, si l'on ne mettait en regard des causes productives, les conditions capables de *modifier et d'arrêter* l'écoulement du sang, si l'on ne faisait le contrôle très exact du symptôme.

D. Conditions modificatrices. Influence du repos. — Quelques heures de repos suffisent chez les calculeux pour faire cesser l'hématurie. Il est de règle chez eux de voir le sang disparaître de l'urine dès qu'ils gardent le lit; s'il se rencontre encore parfois après dix ou douze heures, il est tout à fait exceptionnel qu'il persiste après dix-huit ou vingt-quatre heures. Ce même repos, au contraire, est, nous ne dirons pas sans influence, mais à peu près sans influence sur l'hémorrhagie

de cause congestive ou inflammatoire. La fatigue a pu favoriser son apparition, mais vous n'obtenez pas, vous le voyez, la réciproque en commandant le repos. C'est en vain que le malade vous obéit; qu'il reste couché, le pissement de sang ne disparaît pas pour cela, il peut même augmenter. Soyez sûrs, en pareil cas, qu'il ne s'agit pas d'une affection calculeuse ou qu'il y a une congestion, craignez surtout une complication.

A plus forte raison faudrait-il rejeter l'idée de calcul, si le malade vous déclarait avoir des hématuries aussi bien après le repos qu'après la marche, aussi bien le matin au réveil qu'après une journée de fatigue. Ces hématuries, que rien ne justifie, sont fréquentes dans les altérations tuberculeuses et cancéreuses. Le repos ne les modifie pas, le décubitus même prolongé ne les arrête point; c'est ce que vous observez chez nos deux cancéreux 14 et 20, et chez nos tuberculeux 7, 8 et 15.

Dans la cystite, l'influence du décubitus est encore plus bizarre: non seulement la quantité de sang ne diminue pas sensiblement pendant la nuit, mais souvent même elle augmente, et ceci aussi bien chez la femme que chez l'homme.

Voyez, par exemple, ces deux verres que je vous présente. Voici l'urine d'hier soir: à peine le fond est-il légèrement strié de rouge; celle-ci, au contraire, émise au réveil, vous offre un véritable aspect hémorrhagique. Or, cet exemple si frappant nous est fourni par la malade n° 7, qui est atteinte de cystite. Ce fait est intéressant, car il nous prouve quel'influence du lit et du sommeil, s'accuse directement sur la muqueuse vésicale qui se congestionne, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer un trouble circulatoire de la prostate.

Les hématuries qui se répètent sans cause appréciable, qui durent un certain temps et ne sont calmées ni par le repos ni par le lit, appartiennent, comme nous venons de vous le dire, à des affections diverses.

Vous les observerez dans les différentes formes de la cystite; vous les rencontrerez surtout dans la cystite aiguë. Elles sont surtout intenses dans les cystites si aiguës et souvent localisées, qui compliquent la blennorrhagie.

Vous les observerez encore dans les néoplasmes de la vessie ou du rein dans les cas d'altérations tuberculeuses.

E. Rapports de l'hématurie avec les troubles de la miction et avec ses différents temps. — L'hématurie est assez souvent précédée d'une période prodromique pendant laquelle le malade a des besoins plus fréquents et plus douloureux, si l'affection qui cause l'hématurie est par elle-même une cause de douleur dans la miction. Les malades se plaignent aussi de douleurs spontanées dont ils rapportent le siège au périnée et à l'anus, quelquefois à l'hypogastre, aux aines. Il y a plutôt un sentiment pénible, de la pesanteur, qu'une douleur vraie. Ces prodromes sont évidemment liés à l'état congestif; nous y avons déjà attiré l'attention.

D'une manière générale cependant, l'excrétion de l'urine n'est que peu ou pas modifiée par la présence du sang. La miction n'est ni plus fréquente ni plus douloureuse; il arrive souvent que les malades se déclarent soulagés après une hématurie; quelques-uns soutiennent qu'une sensation spéciale non douloureuse les avertit qu'ils urinent le sang. Souvent la miction devient plus difficile, quelquefois même elle est impossible. Ces phénomènes sont dus à la présence des caillots expulsés de la vessie à travers l'urètre. Avec quelques efforts, le malade arrive à vaincre la difficulté et, avec un peu de patience et quelques petits subterfuges, il triomphe de la rétention d'urine, qui, dans ces cas, est bien rarement durable. Les pisseurs de sang devenus expérimentés le savent. Ils arrivent d'eux-mêmes à triompher de ces obstacles en buvant abondamment des tisanes délayantes ou de l'eau, en se plaçant pour uriner dans la position horizontale.

Ce n'est cependant pas dans l'étude de ces intéressantes particularités que vous trouverez des renseignements utilisables au point de vue du diagnostic. Recourez encore une fois à la méthode dont nous avons fait usage pour étudier les troubles de la miction. Informez-vous à quel moment se montre le sang : est-ce pendant toute la durée de la miction, est-ce seulement à la fin ou simplement au début ?

Grâce à ces renseignements, vous pourrez déterminer, d'une façon parfois précise, quel est le point lésé et, dans quelques cas, pressentir la nature de la lésion.

L'urine peut être *complètement rouge*. Depuis le début de la miction jusqu'à la fin, sa coloration ne varie pas; elle peut

aussi, tout en étant très teintée dès le début, devenir plus foncée à la fin. C'est l'hématurie totale.

Souvent l'urine est d'abord claire, normale. *Le sang n'apparaît qu'à la fin de la miction*, au moment des dernières contractions expulsives. L'hématurie est alors terminale.

Ce phénomène est plus ou moins accusé et se montre dans différentes conditions. Dans la majorité des cas, ce sont des gouttes de sang qui sont ainsi expulsées. Ces gouttes peuvent être purement sanglantes; certains malades les recueillent sur une carte, sur du papier, et vous montrent pour ainsi dire, d'après le nombre des gouttes, le tracé graphique de leur hématurie. Elles ne sont souvent que sanguinolentes et sont alors mélangées à l'urine. Dans d'autres circonstances, elles sont plutôt sous forme de stries que de taches et mélangées à des pelotons de filaments d'apparence muqueuse. Ces sortes de produits inquiètent souvent les malades, qui les comparent, ainsi que nous l'avons dit, à des morceaux de chair.

Dans ces cas, vous n'observez la présence du sang qu'en examinant le dépôt de l'urine. Déjà nous avons attiré votre attention sur les dispositions toutes particulières qu'offre à votre observation ce mélange de sang et de pus.

Les taches formées de sang et d'urine, ne se constatent que par l'examen du linge où elles s'accablent quelquefois en grande quantité, alors qu'à l'œil nu vous ne remarquez rien dans l'urine.

Le sang peut enfin se montrer *seulement au début de la miction*. L'hématurie est alors initiale.

Le fait est rare; il peut être observé dans deux conditions différentes. Le sang est quelquefois balayé par le premier jet d'urine, dans les cas d'urétrorrhagie; il peut encore paraître à l'extérieur au début de la miction, dans certains cas de lésions prostatiques. Lorsqu'il s'agit d'une urétrorrhagie, l'écoulement se fait nécessairement dans l'urètre antérieur; il est bien rare que le sang soit assez peu abondant pour ne pas se montrer en dehors de toute miction et s'écouler directement par le méat. La question est bientôt jugée et l'hématurie initiale, dans ces circonstances, est un symptôme de très peu de valeur. Dans les cas de lésion de la prostate, la règle est que le sang s'écoule dans la vessie et se mélange aux urines. Cependant il est des

cas où il peut s'accumuler dans l'urèthre postérieur pour être expulsé au commencement de la miction. Lorsque vous observerez ce symptôme, vous y attacherez une grande importance, car l'absence de toute apparence d'hématurie dans les autres temps de la miction est certainement indicative. Indicative, il est vrai, seulement au point de vue du siège de la lésion, et non pas de sa nature. J'ai observé ce phénomène dans plusieurs cas de lésion organique de la prostate et plus souvent dans des hypertrophies congestives. En rapprochant le symptôme « hématurie » de l'examen fait par le toucher rectal, vous pourrez arriver à un diagnostic complet, c'est-à-dire au diagnostic du siège et de la nature de la lésion.

Nous devons cependant vous faire observer que, le plus habituellement, les malades qui urinent du sang au début de la miction, qui rendent ensuite des urines claires, voient le sang réapparaître dans les dernières gouttes de leur urine. L'hématurie est à la fois initiale et terminale.

Il s'agit encore ici de lésions de la prostate ou du col vésical. Le premier jet entraîne le sang déjà sorti des vaisseaux quelquefois des caillots moulés fort déliés; le dernier jet détermine, par la contraction de la vessie, une hématurie nouvelle. Ce n'est que par l'examen local et par l'interprétation des symptômes fonctionnels, que vous pourrez, dans ces cas, assigner à cette modalité de l'hématurie sa valeur sémiologique.

Lorsque le sang se montre *pendant toute la durée de la miction*, lorsque les urines sont uniformément colorées, vous pouvez avoir affaire à une hématurie ayant pour point de départ le rein, la vessie ou la portion profonde de l'urèthre.

Ce sont les cas les plus embarrassants. Les modalités de l'hématurie font entièrement défaut et devant ce liquide uniformément coloré, vous manquez de tout autre renseignement que celui de la présence du sang dans l'urine. Vous savez, en effet, mais je crois devoir le répéter, que l'on ne peut rien inférer au point de vue de la provenance du sang, de l'étude directe de son mélange avec l'urine. On en avait beaucoup espéré. Mais l'étude des faits démontre avec évidence que les idées préconçues qui ont dirigé les observateurs ne sont pas justifiées. Il est vraiment inexact que la coloration brune ou noire, que la coloration rutilante que l'on a cru devoir invo-

quer aussi, afin de ne négliger aucune hypothèse, soient des indices de provenance rénale. Sans doute, les urines sanglantes qui viennent du rein offrent un mélange intime; sans doute encore elles peuvent avoir les colorations que nous venons de rappeler; mais, dans les hématuries vésicales, on retrouve dans le sang, toutes ces apparences.

Ce n'est pas de ce côté qu'il faut chercher les éléments du diagnostic localisateur de la source du sang. Il faut les demander à l'examen anatomique des urines, et à l'étude des conditions dans lesquelles se font les mictions; y joindre l'examen des influences qui produisent ou modèrent l'écoulement de sang, la constatation de la fréquence et de la durée des hématuries, la recherche des symptômes généraux et locaux concomitants. Malgré toute cette enquête, la question risquerait fort, dans les cas difficiles, de rester en litige, si l'examen direct des organes ne pouvait prononcer en dernier appel.

Il importe donc de ne négliger aucun point de l'étude des modalités de l'hématurie.

Lorsque le sang se montre pendant toute la durée de la miction et que l'urine se colore de plus en plus en terminant, vous avez par cela même un élément de diagnostic local qui vous permet d'admettre la probabilité d'une lésion vésicale.

Il faut, dans ce cas, tenir compte de la *coloration plus rutilante* que prend l'urine à la fin de la miction, plutôt que de la *quantité* plus grande de matériaux sanguins, qui pourraient n'être autres, en effet, qu'un résidu expulsé du fond de la vessie.

L'hématurie terminale vraie est celle qui ne se montre qu'à la fin de la miction. La succession immédiate du sang rouge qui sort de ses vaisseaux à l'urine non colorée et souvent parfaitement limpide a une grande valeur sémiologique. On ne peut guère douter alors que ce soit la vessie qui saigne. Aussi est-il utile d'étudier méthodiquement ce phénomène et de savoir au besoin le provoquer.

On a pour cela recours au cathétérisme; on choisit une sonde molle, peu volumineuse, qui est introduite avec la plus extrême douceur. L'urine s'écoule et, au moment où la vessie achève de se vider, le sang apparaît. Il vient avec plus ou moins d'abondance, le plus souvent quelques gouttes seulement sont versées.

Dans d'autres circonstances, la miction s'achève et le sang ne se montre pas. Il est alors indiqué d'attendre quelques minutes pendant lesquelles la sonde reste en place; si l'hématurie terminale doit se produire, le sang ne tarde pas à paraître et à s'écouler goutte à goutte. Quelquefois il se montre à peine ou n'apparaît pas, mais en ayant soin de fermer la sonde en la retirant, on la trouve remplie d'un liquide coloré. Si la présence du sang ne paraît pas positive, on soumet isolément à l'examen par le microscope ou le spectroscope, les premières et les dernières parties de la miction. Dans les cas où l'urine est entièrement teinte, ce procédé peut encore être employé, mais l'on peut se contenter de recueillir séparément la première, la seconde et la troisième partie de la miction. Vous avez soin de recevoir l'urine dans trois verres afin de pouvoir comparer plusieurs échantillons. En général, la coloration ne s'accroît franchement que dans le troisième; elle n'a de valeur que si elle est nettement rouge. Lorsque l'urine est trop colorée pour que vous puissiez bien juger de ses nuances, vous pratiquez un lavage avec de petites quantités successives d'une solution borique tiède et, lorsque le liquide redevient clair ou à peine rosé, vous cessez d'injecter. S'il doit y avoir hématurie terminale, vous voyez bientôt le sang reparaitre et tomber dans le verre.

Il est des causes d'erreur.

On comprend aisément qu'un saignement urétral puisse simuler l'hématurie terminale. Lorsque l'on a sondé, par exemple, il se peut que le retrait de l'instrument soit suivi d'une petite miction sanglante. La possibilité de ce phénomène donne une importance particulière à l'étude de l'hématurie terminale faite par l'inspection du liquide qui s'écoule par la sonde ou reste contenu dans sa cavité. En procédant comme je vous l'indique, on est assuré que le sang ou le liquide coloré recueilli par l'instrument vient bien de la paroi vésicale.

Je dis de la paroi vésicale et non de la vessie. Il est, en effet, possible que le sang soit directement versé par le rein et que, sortant de l'uretère, il prenne immédiatement le chemin de la sonde. On conçoit sans peine que, pour qu'il en soit ainsi, il est nécessaire que l'hémorragie rénale soit abondante.

Dans son bel ouvrage sur les tumeurs de la vessie¹, M. Albarran cite trois cas où l'hématurie terminale a été observée sans la moindre lésion de la vessie. L'un de ces cas lui est personnel; les deux autres, rencontrés dans mon service, ont été vus par lui et par moi. J'en ai depuis observé un autre. Il s'agissait d'une hémorragie déterminée par une tumeur du rein gauche, vraiment foudroyante et dont le malade se remit à grand'peine. Le sang qui s'écoulait par la sonde après lavage se coagulait immédiatement. Les observations de mon élève et distingué collègue, ainsi que les miennes, mettent hors de doute la possibilité de l'hématurie terminale dans le cas de tumeurs du rein. Elles montrent aussi quelles sont les conditions qui permettent alors l'observation de ce phénomène.

Il est donc nécessaire, au point de vue de la valeur sémiologique de l'hématurie terminale, d'établir une distinction entre les cas où l'hématurie est petite, moyenne ou grande; dans ces derniers, on n'acceptera les conséquences cliniques de la constatation de l'hématurie terminale qu'avec réserve. En étudiant ainsi cet intéressant phénomène vous arriverez à en tirer des déductions légitimes et vraiment précieuses.

L'hématurie terminale peut, nous le savons, se montrer dans les cystites aiguës ou subaiguës. Le sang est pur ou mélangé à une sécrétion de la vessie. Ce mélange est caractéristique. Il en est de même des symptômes « fréquence et douleur » qui accompagnent l'hématurie. L'association des phénomènes morbides a, nous l'avons dit au début de ces *leçons*, une grande importance sémiologique; ce n'est pas seulement de cette association, mais de la période où elle s'est établie, que vous pouvez tirer d'importants renseignements.

Il est d'autant plus nécessaire de tenir compte de tout ce que nous enseignent et l'association des symptômes et leur évolution isolée, ainsi que des phases où se rencontrent l'association et l'isolement, que la constatation de l'hématurie terminale n'a de valeur que pour la détermination du siège de la lésion; il n'en a aucune au point de vue de sa nature. Il faut aussi savoir que l'hématurie terminale, même quand on la recherche avec la sonde et les lavages, fait souvent défaut dans les cas de néoplasme

¹ J. ALBARRAN, *Les tumeurs de la vessie*, p. 194. Paris, 1892.

vésical. C'est surtout lorsque la recherche se fait dans les périodes inter-hématuriques, qu'il en est ainsi. L'étude de la physiologie pathologique nous rendra compte de cette particularité.

F. Fréquence, durée, abondance. — La fréquence, la durée et l'abondance des hématuries peuvent fournir au diagnostic des renseignements importants au point de vue du siège et même de la nature de la lésion.

La persistance et la répétition comptent, en effet, parmi les meilleurs caractères des hémorragies dues aux néoplasmes. Leur valeur devient pathognomonique, lorsque la réapparition des saignements est indépendante de toute cause appréciable, ou lorsqu'elle survient par le fait d'une provocation insignifiante. La durée des intervalles, quelque soit sa prolongation, n'enlève nullement à ces caractères leur signification.

Le renouvellement des accès, *lorsqu'il est spontané ou quand il succède à une cause très légère, devient donc très significatif.* Il est caractéristique lorsqu'à cette apparition inexplicée ou trop facilement produite, se joint l'abondance, la durée. La disproportion entre l'effet et la cause est souvent frappante. Il m'est arrivé nombre de fois de diagnostiquer alors un néoplasme et d'en avoir la confirmation par l'examen direct. Dans la tuberculose urinaire, où le symptôme « hématurie » tient une place bien moins importante que dans les néoplasmes, les mêmes faits peuvent être constatés.

L'abondance a beaucoup moins d'intérêt au point de vue sémiologique que la répétition et surtout que la durée. Il en est de même en chirurgie générale, quelle que soit l'origine du saignement. Cependant, les grandes hématuries sont, en général, fournies par les néoplasmes; il y a néanmoins des néoplasmes fort étendus qui lorsqu'on n'y touche pas ne saignent jamais abondamment. A cet égard encore, il convient de tenir grand compte du contraste entre l'effet et la cause, lorsque de grandes hématuries surviennent après un cathétérisme explorateur bien fait.

Les petites causes suivies de grands effets doivent, même en clinique, frapper l'attention et provoquer de graves réflexions.

Il ne faut cependant pas toujours accorder à l'hématurie qui dure ou se répète une signification certaine en concluant *ipso facto* à la présence d'un néoplasme. Je vous ai montré

un malade couché au n° 15 qui, depuis trois années déjà, a des hématuries répétées et qui n'est atteint d'aucune lésion organique. Chez ce malade, les hématuries n'ont jamais été intenses, il est vrai; presque toujours elles ont consisté en taches sanguinolentes accompagnant la fin des mictions. Ce malade avait un rétrécissement de l'urètre que nous avons traité par l'uréthrotomie: il a été à la fois guéri de son rétrécissement et de son hématurie. Dans les cas analogues, que nous avons observés jusqu'à présent et qui sont encore en petit nombre, il s'agissait d'états congestifs ou de cystites hémorragiques à répétition entretenues par l'obstacle au cours de l'urine.

Cette année même (1893), vous avez pu suivre, au numéro 29 de la salle Velpeau, un homme de trente-cinq ans qui nous est arrivé épuisé par une hématurie datant de dix-huit mois et qui n'avait d'autre lésion qu'un rétrécissement et une cystite. Vous avez vu le saignement prendre fin, le malade se colorer et reprendre des forces dès que je lui ai pratiqué l'uréthrotomie interne et placé une sonde à demeure qu'il a gardée quinze jours. Vous observez souvent dans nos salles des cystites qui sont très fortement et pendant longtemps hémorragiques.

J'ai vu la lithiase rénale provoquer des hématuries aussi abondantes et aussi persistantes que celles des néoplasmes.

Pour bien juger la valeur sémiologique de la fréquence et de la durée de l'hématurie, il faut tenir compte: de la longueur de l'accès, de la durée totale de la maladie et des symptômes concomitants. Nous ne nous occuperons, pour le moment, que des deux premiers points; nous examinerons l'intervalle qui sépare les accès et le temps qu'ils durent. Nous insisterons dans le paragraphe suivant sur les associations de symptômes.

L'ensemble de mes premières observations m'avait permis de penser que les hématuries d'origine vésicale étaient à la fois plus longues et plus renouvelées que les hématuries rénales. J'ai cité des cas nettement démonstratifs et je conserve l'opinion que, d'une façon générale, les hématuries vésicales reviennent plus souvent et cessent plus tardivement que les rénales. Les exceptions sont cependant trop nombreuses pour que je puisse continuer à accorder à cette modalité de l'hématurie une valeur sémiologique véritable. Ce n'est point en s'en référant à cette donnée que l'on peut soupçonner et découvrir la source du sang.

J'ai, en effet, observé des malades porteurs de tumeurs vésicales chez lesquels des intervalles de plusieurs mois et même de cinq à dix années ont été constatés. Par contre, j'ai vu l'hématurie se répéter à de très courts intervalles dans des cas de tumeurs rénales. La fréquence ou la rareté des accès ne sont donc pas pathognomoniques.

Des faits analogues peuvent permettre la discussion de la valeur sémiologique de la durée des accès. J'ai cité, par exemple, une malade que j'ai observée pendant deux années consécutives, chez laquelle j'ai noté plusieurs accès d'hématurie de six semaines. Il s'agissait d'une tumeur du rein très facilement appréciable.

La plupart des cancéreux rénaux que j'ai observés à long terme ont cependant eu des accès de courte durée; chez plusieurs j'ai noté de très longs intervalles, surtout dans les premières années; chez quelques-uns l'hématurie, bien que peu prolongée, a été d'une extrême abondance.

Chez l'un d'eux observé à Necker, nous constatons une énorme tumeur rénale à droite; la tumeur touche au foie et descend jusque dans la fosse iliaque. Le malade, qui est intelligent, soigneux, instruit, a observé avec grand soin la marche de ses hématuries. La première date de quatre ans, les accès ont été séparés par des intervalles variables de quelques semaines, de deux et trois mois; ils tendent à se rapprocher. La durée maximum des grands accès a été de quatre jours. La vessie est absolument calme pendant les accès et entre les accès. Les mêmes symptômes se retrouvent avec les mêmes caractères dans l'observation suivante récemment recueillie dans mon service :

X..., âgé de cinquante-cinq ans, se présente à la visite, le 27 août 1877.

Depuis six ans, il a des hématuries. Rares et légères jusqu'il y a trois ans, elles sont devenues plus fréquentes et plus abondantes depuis ce temps. Il pisse du sang environ tous les trois ou quatre mois; les urines sont alors fortement sanguinolentes. L'hématurie dure peu, ordinairement trois à quatre jours; la plus longue hématurie s'est montrée il y a quatre mois : elle a duré cinq jours.

Du reste, aucune douleur dans les régions rénales ou ailleurs;

depuis quelque temps seulement, vague sensation de gêne dans la région hypogastrique gauche, surtout le matin, quand il se lève. Aucun phénomène du côté de la vessie.

Depuis quatre ans environ, le malade a remarqué que lui, jadis très robuste, a perdu peu à peu ses forces et a beaucoup maigri.

Il y a huit jours, par hasard, il a remarqué dans le flanc droit une tumeur dure et volumineuse; c'est pour cette tumeur qu'il vient consulter.

27 août. — Il a encore l'apparence d'une bonne santé. La figure est colorée. Pas d'émaciation; pas de teinte cachectique.

A la vue, toute la région iliaque droite est soulevée. A la palpation, une tumeur bien limitée, à consistance dure, partout la même, présentant de légères bosselures. Elle est volumineuse, oblongue, à grand axe transversal. Située immédiatement au-dessous du foie, elle est séparée de 1 centimètre $\frac{1}{2}$ environ du rebord de la crête iliaque. Dans le sens de sa longueur, elle occupe tout le flanc droit et, dépassant la ligne médiane, la plus grande partie de la région ombilicale. En arrière, on sent la tumeur dans la région lombaire.

La peau est parfaitement mobile et, si on saisit la tumeur d'une main dans la région lombaire, de l'autre dans la région ombilicale, on sent qu'elle est mobile dans la cavité abdominale. Elle ne semble pas adhérer au foie dont elle est séparée, au-dessous du rebord des fausses côtes, par un sillon assez profond, où la percussion fait entendre une submatité qui tranche sur la matité du foie et de la tumeur. Peu de phénomènes de compression : légères varicosités sur la paroi abdominale. Pas de gêne respiratoire.

Les testicules et les épидидymes sont sains. Mais il y a un varicocèle très prononcé à droite et les veines du scrotum sont dilatées du même côté. Ici, comme dans plusieurs autres cas, ce varicocèle, non douloureux d'ailleurs, est symptomatique d'une lésion rénale; sa position à droite le rend encore plus significatif¹.

¹ Nous avons eu l'occasion d'observer six fois le *varicocèle symptomatique* d'une tumeur rénale. Chose assez bizarre, nous l'avons rencontré trois fois à droite et trois fois à gauche. Il n'y a donc pas à tenir compte de la prédisposi-