

J'ai des nouvelles très récentes (juillet 1893) d'un homme âgé que j'ai été voir dans le Pas-de-Calais il y a quatre ans et qui déjà portait à ce moment une grosse tumeur du rein gauche. Il n'a eu depuis lors que des hématuries courtes, peu abondantes, qui ont été quelquefois séparées par huit mois d'intervalle. La tumeur est énorme et néanmoins la santé est encore assez satisfaisante pour que le malade puisse vivre à l'ordinaire, avoir un aspect de santé très satisfaisant et me faire écrire par son médecin pour savoir s'il peut sans inconvénients donner satisfaction à ses appétits sexuels.

Je viens aussi d'étudier avec grand soin (juillet 1893) l'histoire d'un hématurique porteur d'une tumeur rénale dont la première hématurie remonte à plus de quatre années. Il n'a eu qu'une longue crise qui a duré dix-neuf jours ; les autres n'ont pas dépassé trois à quatre jours. Depuis deux ans et surtout dans ces derniers mois, elles se multiplient.

C'est, en effet, la marche ordinaire des hématuries chez les néoplasiques urinaires, que la tumeur siège dans le rein ou la vessie. D'abord distantes, quelquefois très distantes, les hématuries se rapprochent avec le temps. Je n'ai pas dit avec les progrès de la tumeur, car l'histoire tout entière des néoplasmes,

tion bien connue du côté gauche pour ce genre d'affection. Dans tous les cas, sauf un, la tumeur rénale était déjà volumineuse et pouvait être facilement sentie. Dans ce cas, la tumeur qui depuis a pris d'énormes proportions et a déterminé la mort, n'avait encore qu'un volume moyen. Il nous serait donc difficile de dire que, grâce au varicocèle symptomatique, des tumeurs du rein encore latentes pourront être diagnostiquées ou, tout au moins, soupçonnées. Cependant la constatation d'un varicocèle de date relativement peu ancienne doit toujours engager à examiner la région rénale correspondante, même s'il est à gauche. C'est ce que nous avons fait chez un jeune musicien, qui nous avait été adressé par un très distingué confrère pour un varicocèle douloureux, qu'il désirait faire opérer. L'examen du flanc gauche nous fit découvrir une tumeur rénale. L'immense majorité des porteurs de varicocèle est cependant exempte de tumeurs du rein, mais chez eux la constatation de l'état variqueux du plexus spermatique a été faite depuis si longtemps que cela seul éloigne l'idée d'une compression symptomatique. Dans le varicocèle symptomatique, l'apparition du gonflement des bourses date d'une époque relativement récente ; sa marche a été progressive et assez rapide. Deux fois nous l'avons vu se compliquer d'hydrocèle. Le varicocèle symptomatique n'est douloureux que lorsque la distension des veines est très prononcée et qu'il prend de très grandes proportions, ce que nous n'avons vu qu'une fois dans un varicocèle gauche ; il peut encore être douloureux lorsque des branches nerveuses sont comprimées en même temps que les veines, ce que nous n'avons également observé qu'une seule fois. — Depuis que cette note a été écrite (1<sup>re</sup> édit., p. 317, 1881), j'ai bien des fois observé le varicocèle symptomatique de tumeurs rénales ; d'autres chirurgiens ont également constaté ce symptôme actuellement bien connu et classique, mais qui était alors signalé pour la première fois.

démontre que ce n'est pas le volume de la production morbide, qui influence le degré de l'hémorrhagie. Et, si l'on voit les hématuries augmenter dans les périodes avancées, elles diminuent et cessent fréquemment dans l'état ultime.

Toujours est-il que, dans les hématuries rénales, on observe plutôt la répétition des crises que leur longue durée ; que l'abondance peut être grande ; que de véritables hémorrhagies foudroyantes s'observent. Mais, si elles ne cèdent, en rien sous ce rapport aux hématuries vésicales, si même elles ne les dépassent parfois, il est assez fréquent chez les rénaux, de noter entre chaque crise un intervalle prolongé.

Ce qui appartient presque en propre aux hémorrhagies du rein, ce sont les brusques disparitions suivies de prochains retours. Des alternances réitérées et très rapprochées d'urines sanglantes et d'urines claires, ne se voient guère que dans l'hématurie rénale. Si la continuité de l'écoulement de sang est habituelle, si le mélange pathologique s'observe sans modification sensible pendant toute la durée des crises, il n'est pas rare d'assister à des changements subits. L'urine devient limpide au moment où rien ne le faisait prévoir ; souvent ce n'est que pour quelques heures que reparaissent ses caractères normaux. Ces transformations momentanées sont souvent suivies de l'expulsion d'un caillot allongé dont le séjour dans l'uretère détermine parfois des malaises significatifs. Pareilles intermittences ne sont observables, que lorsque le sang doit, pour arriver à l'extérieur, traverser un long conduit de communication, descendre du rein à la vessie.

Nous sommes donc en possession d'un signe qui, s'il est bien observé, peut acquérir une valeur pathognomonique. Dans une observation citée par M. Guillet de Caen<sup>1</sup>, nous avons pu pressentir qu'un malade de province, auprès duquel nous nous rendions et dont le médecin lisait l'observation au cours du voyage, était atteint d'un néoplasme du rein et non d'une tumeur de la vessie, ainsi qu'on l'avait cru jusqu'alors. L'examen direct permit de découvrir un néoplasme du rein gauche qui était bosselé et augmenté de volume, nos prévisions furent ainsi confirmées.

<sup>1</sup> GUILLET, *loc. cit.*, p. 147.

Il est, on le voit, nécessaire de soigneusement s'enquérir de tout ce qui a trait à la marche, à la durée, à la succession des crises d'hématurie et même à leur abondance. Ajoutons, en terminant, que la cessation brusque s'observe fréquemment dans les hématuries néoplasiques. Aussi bien dans les vésicales que dans les rénales, à des mictions colorées succède une miction parfaitement limpide, suivie d'autres émissions normales; le malade paraît avoir subitement passé de la maladie à la guérison, d'un état grave à une situation rassurante. Les hématuries, d'où qu'elles viennent, peuvent donc brusquement cesser. Mais c'est dans les rénales qu'aux disparitions instantanées succèdent rapidement, souvent dans la même journée, une réapparition complète.

*F. Symptômes locaux et généraux concomitants.* — L'étude de ces symptômes est le plus souvent indispensable pour établir avec rigueur un diagnostic complet, c'est-à-dire pour déterminer exactement le siège et la nature des lésions.

Nous le savons déjà; nous avons en effet utilisé ce que pouvait nous donner l'interrogation pour la recherche des signes fonctionnels qui se rapportent à la miction, et quelques autres renseignements de grande importance. Nous aurons actuellement pour objectif principal l'examen même des organes. Les troubles fonctionnels, les manifestations douloureuses dont ils peuvent être le siège; les modifications dans la forme, le volume, la consistance, l'aspect, doivent être recherchées avec le même soin. Dans l'examen des troubles fonctionnels nous tiendrons toujours compte: des associations de symptômes ou de leur évolution isolée.

En règle générale, la *vessie* ne peut être lésée sans que cette lésion ne soit révélée par des troubles de la miction, par des manifestations douloureuses, par quelque modification appréciable dans la forme, le volume, la consistance, l'aspect des parois de ce réservoir.

Les symptômes sont plus ou moins complets, plus ou moins nets, les lésions plus ou moins constituées; mais toujours l'observateur attentif, l'observateur habitué à l'interprétation des signes fonctionnels et aux recherches exactes de l'examen direct, arrive à déterminer l'existence d'un ou, plus exactement,

de plusieurs de ces symptômes à découvrir le siège et la nature des lésions.

*Dans le cortège symptomatique qui entoure et accompagne la lésion vésicale, au cours de son évolution,* nous avons donc toute chance de rencontrer les caractères qui nous ont souvent manqué jusqu'à présent, pour nous permettre de dire quel est le siège de l'hématurie et à quelle nature de lésion elle doit son origine. N'oubliez pas, cependant, que les lésions organiques, dans les premières phases de leur évolution et même pendant presque toute leur durée, ne déterminent souvent pas d'autre symptôme que l'hématurie. A moins qu'elles n'avoisinent le col ou que des caillots obturent le passage, elles ne s'accompagnent pas de troubles de la miction, si ce n'est parfois quand elles infiltrent la paroi vésicale. La cystite est, de toutes les affections de la vessie, celle qui permet le mieux d'y localiser les lésions qui la déterminent. Comme elle n'apparaît en général que très tardivement quand elle apparaît dans le cas de néoplasme, vous pourrez rester dans une incertitude que ne comportent pas d'autres espèces d'hématuries telles que l'hématurie des tuberculeux urinaires, l'hématurie calculeuse, l'hématurie de cause inflammatoire ou l'hématurie de la rétention d'urine, qui n'évoluent jamais isolément. Vous prévoyez par cela même l'importance de l'examen direct de la vessie; nous en parlerons tout à l'heure.

Redisons encore que, si dans les néoplasies de l'appareil urinaire, l'hématurie est primitivement, souvent pendant toute la durée, mais en tout cas pendant un temps toujours long, le seul symptôme, cette évolution isolée leur appartient en propre. L'association immédiate ou précoce, est au contraire la règle dans les autres cas. C'est ainsi que, dans la tuberculose urinaire, qu'elle soit rénale ou vésicale, il y a toujours, et dès le début, association de symptômes. Certes la tuberculose rénale est souvent silencieuse, mais à défaut d'autre signe, la présence du pus dans l'urine, pendant et en dehors des crises hématuriques, viendra donner sa note. Comme l'hématurie, la pyurie a été spontanée, elle est venue sans cause appréciable; mais, contrairement à elle, vous la verrez continuer sans répit et presque invariablement au même degré. Vous serez donc, dans un grand nombre de cas, renseignés par les symptômes qui font cortège

à l'hématurie. Ces renseignements seront surtout utilisables pour la vessie.

Le *rein*, vous le savez, fournit bien peu de réponses aux interrogations qui lui sont directement adressées. Mais vous pouvez tirer de ce mutisme même une induction qui vous permet de l'accuser, lorsqu'un examen bien complet de la vessie et de ses annexes, ne vous a rien appris au point de vue de l'hématurie. Il n'est pas nécessaire, en effet, de constater les symptômes qui accompagnent les lésions rénales proprement dites, pour admettre que la source de l'hémorrhagie est dans le rein.

Vous procéderez alors au diagnostic par la méthode dite d'élimination, méthode souvent précieuse en présence de problèmes difficiles ou impossibles à résoudre à l'aide de preuves directes.

Toutefois le rein, même dans l'hématurie, n'est pas entièrement muet et une bonne interrogation pourra vous permettre parfois de constater les symptômes probants.

Supposez, en effet, qu'un malade vous apprenne qu'il a eu à différentes reprises des hématuries et qu'elles ont coïncidé avec les douleurs si caractéristiques de la colique néphrétique. Vous devez nécessairement diagnostiquer que le siège de l'hémorrhagie est rénal et qu'elle est due à la lithiase. Vous n'aurez plus qu'à vous enquérir de ce qu'est devenu le calcul; si vous n'apprenez pas qu'il a été expulsé, vous rechercherez s'il n'y a pas de symptômes vésicaux, pouvant faire admettre son séjour dans la vessie.

Supposons encore qu'un malade vous raconte qu'il a souvent des hématuries ordinairement passagères, que ces hématuries ne sont jamais accompagnées de douleurs et qu'elles se renouvellent sous l'influence de la marche, des secousses de la voiture. Le malade n'a jamais eu de coliques néphrétiques, il a cependant rendu des calculs, vous présente souvent une collection de petits pois ronds et lisses qui ont parcouru les voies urinaires sans déterminer de crises. Vous n'avez à résoudre que la question d'origine et le siège de l'hématurie, car sa nature vous est déjà connue.

Il faut pour cela interroger le malade de telle sorte que rien ne puisse vous échapper; s'il y a des symptômes vésicaux, il faut également rechercher les symptômes rénaux. Habituel-

lement le malade ne vous accuse autre chose que des douleurs lombaires, que la marche et les secousses réveillent aisément; il a facilement des nausées et même des vomissements. L'examen direct de la région lombaire, par la palpation, ne vous fait souvent rien découvrir; vous pourrez cependant, dans quelques cas, déterminer de la douleur et même constater une légère augmentation du volume du rein. Nous aurons plus tard à vous dire quelle est la méthode et quels sont les procédés auxquels il convient de recourir pour faire l'exploration chirurgicale du rein.

En l'absence de tout symptôme vésical et avec la constatation précise de la douleur rénale spontanée et provoquée, vous pouvez soupçonner une hématurie rénale. Cependant l'augmentation de volume jointe aux autres signes pourrait seule vous donner une certitude; malheureusement ce symptôme est fort rarement constatable dans les cas de lithiase. C'est donc à un examen plus complet de la vessie qu'il convient de recourir pour trancher la question et, dans semblable circonstance, l'indication du cathétérisme explorateur est formelle. Si votre examen antérieur a été bien fait, l'exploration ne fera, le plus souvent, que confirmer le diagnostic d'hématurie rénale. L'absence de tout symptôme provoqué par les secousses ou le mouvement appartenant au cortège vésical vous l'avait fait soupçonner.

Vous pourrez aussi noter des symptômes néphrétiques dans des cas d'hématurie sans calculs chez des malades qui ne sont pas graveleux. Le passage des caillots par les uretères, comme nous l'avons dit, peut déterminer de véritables accès. Il s'agit, en général, dans ces cas, d'hématuries abondantes, se reproduisant sans cause appréciable et qui vous amèneront, en raison des douleurs à forme néphrétique qui les accompagnent, à penser à une lésion organique du rein. Nous avons dernièrement revu un malade chez lequel nous avons ainsi, cinq ans auparavant, soupçonné une dégénérescence du rein droit. La tumeur était énorme et l'état des plus graves, alors que la santé paraissait intacte lors de notre premier examen et que l'on ne croyait qu'à des coliques néphrétiques.

Il est des cas où le diagnostic est réellement simple, on pourrait dire trop facile. Vous avez dans nos salles deux exemples

bien tranchés d'hématurie rénale et d'hématurie vésicale. Il y a entre ces deux malades qui rendent des urines également chargées de sang des différences cliniques considérables. L'un n'a, du côté de la vessie, ni présent ni passé morbides ; vous examinez les reins et vous constatez qu'il existe, à gauche, une énorme tumeur qui occupe tout le flanc. Chez l'autre, il y a des symptômes vésicaux très nets : douleurs à l'hypogastre, irradiations pénibles au périnée et vers l'anus ; parfois, ces manifestations douloureuses prennent le caractère de véritables crises. Chez ce second malade comme chez le premier, les hématuries se sont montrées spontanément, aussi bien pendant la journée que pendant la nuit ; elles ont toujours été longues.

Mais, tandis que, chez le premier, elles ne se sont jamais accompagnées d'aucun phénomène vésical, chez le second, au contraire, elles n'ont existé que peu de temps, et au début seulement, à l'état simple et isolé : bientôt les symptômes vésicaux douloureux ont apparu et se sont perpétués, même dans l'intervalle des crises, même en dehors des mictions. L'affection est cependant moins ancienne chez ce malade que chez le premier. A ces symptômes déjà concluants, l'examen direct, pratiqué en combinant le toucher rectal et le palper hypogastrique, ajoute une notion décisive : il fait découvrir une tumeur bosselée pénétrant la paroi postérieure ; le bas-fond tout entier est épais, dur, irrégulier.

Il ne peut y avoir de doute dans ces deux cas sur la provenance de l'hématurie et sur la nature des lésions qui la provoquent. Le diagnostic différentiel de la lésion vésicale est lui-même facile à établir : dégénérescence organique avec infiltration prononcée du bas-fond vésical.

Les résultats fournis en pareil cas par l'examen direct sont tellement significatifs qu'ils semblent rendre inutile tout autre mode d'investigation. Si le diagnostic est alors aisé il est d'un bien faible intérêt. Lorsque les lésions affirment leur présence d'une façon trop évidente, il est bien rare qu'il reste place pour une intervention vraiment légitime. C'est pourquoi la recherche et l'étude des troubles fonctionnels et leur interprétation rationnelle, qui permet de bonne heure de soupçonner ou de déterminer le siège et même la nature des lésions, conservent quand même toute leur importance et tout leur intérêt. Arriver

à temps, arriver à propos à l'examen local et à l'opération quand il y a lieu, est le but véritable de la clinique chirurgicale. Aussi, devons-nous aimer les difficultés du diagnostic et chercher à bien traduire le langage des symptômes qui permettent de le rendre précoce. Dans les premières phases, l'examen endoscopique de la vessie est particulièrement précieux.

Les difficultés sont, vous le voyez, assez grandes dans le point de diagnose que nous examinons actuellement. Cependant le groupement des symptômes généraux et locaux qui se rattachent à l'apparition ou à l'évolution de l'hématurie, jettent sur sa provenance et sur sa nature de telles clartés que l'examen intra-vésical, dont nous allons tout à l'heure poser les indications, sera, comme doit l'être toute exploration instrumentale : confirmatrice et non révélatrice.

En nous résumant, nous voyons en effet que, lorsque l'hématurie a été précédée de symptômes vésicaux, lorsque leur apparition a été précoce, prochaine ou simultanée, lorsqu'ils ont marché de pair avec le saignement en laissant à ce signe le rang de symptôme dominant, ou en le gardant pour eux-mêmes, comme il arrive le plus souvent, il est vraiment permis d'admettre que la source du sang est vésicale. Et cela aussi bien lorsque les symptômes concomitants de l'hématurie, ou ceux qui l'ont précédée, sont spontanés ou provoqués. Mais, pour qu'ils aient leur signification au point de vue de l'origine vésicale de l'hématurie, il faut, ainsi que nous venons de l'établir, que les symptômes qui l'accompagnent soient nés avant elle, avec elle, ou bien peu de temps après elle. Lorsqu'ils ne se montrent que tardivement, l'on a toujours à se demander si la vessie, dont tout marque l'état pathologique, n'a pas été secondairement atteinte de lésions en quelque sorte épisodiques, tandis que le rein primitivement malade continue, malgré les démonstrations souvent vives de la vessie, à être le point de départ du saignement. En pareil cas, les symptômes rénaux et l'état actuel du rein ne sauraient être examinés avec trop de scrupule.

Lorsque l'hématurie vient, au contraire, sans qu'aucun autre symptôme se rattachant à l'appareil urinaire l'ait précédé, lorsqu'il est impossible de se rendre compte de son apparition, lorsqu'elle évolue sans que rien influence sa marche, sans

qu'aucun autre symptôme s'ajoute au pissement du sang, il s'agit à coup sûr d'une lésion organique. J'ai trop insisté sur la valeur si grande de cet ensemble de constatations négatives, pour qu'il y ait à insister sur la signification vraie de ce symptôme, dont les générateurs demeurent introuvables, qui vit isolé sans que rien l'influence. Vous êtes néanmoins éclairés sur la nature de la lésion qui le détermine, mais en aucune façon sur son siège. La provenance vésicale ou rénale reste à déterminer. Nous vous avons dit quels étaient les signes capables de conduire à faire cette distinction ; mais, à moins de rencontrer les quelques phénomènes vraiment expressifs que je vous ai signalés, il reste, en général, dans ces cas, grandement place pour l'examen direct.

Nous verrons quelles sont les ressources de l'exploration par les cathéters métalliques, nous les comparerons à celles que nous fournissent les sondes molles ; vous connaissez déjà les renseignements précieux qu'on peut attendre de celles-ci. Nous aurons aussi à signaler les services très grands que peut rendre l'endoscopie vésicale, grâce aux perfectionnements acquis par l'emploi de l'éclairage direct de la vessie, par les lampes à incandescence introduites dans sa cavité.

Mais, avant d'en parler, rappelons que le toucher rectal et surtout le toucher rectal combiné avec la palpation hypogastrique, que l'examen attentif des épидидymes, que l'exploration méthodique des reins donnent de très importants résultats. La présence des bosselures non autorisées par des accidents blennorrhagiques ou autres le long des épидидymes et du cordon, dans les vésicules séminales et la prostate, témoigne hautement en faveur de la tuberculose, car elles sont très caractéristiques ; des tumeurs de la prostate et de la vessie sont ainsi découvertes. Ce n'est pas le lieu de dire tout ce que le toucher combiné peut fournir de renseignements de haute valeur, pour l'étude clinique des néoplasmes de la vessie. Aucun moyen ne permet de mieux apprécier leur consistance, de juger leur volume et de renseigner sur leur mode d'implantation, même lorsqu'ils sont souples, mous, sans connexions sensibles avec la vessie. Il est vrai que, dans ces cas, c'est en tenant compte de la durée totale des hématuries depuis la première jusqu'à la dernière et en rapprochant ces données de celles que vous

fournit l'absence complète de toute modification de la paroi vésicale, que vous me voyez souvent annoncer que nous trouverons une tumeur pédiculée. L'opération démontre la réalité du fait, alors que souvent l'endoscopie n'avait pu permettre, vu l'étendue de la partie saillante de la tumeur, de voir ou même de soupçonner son pédicule.

Nous ne saurions omettre de le répéter en terminant l'étude sémiologique du symptôme hématurie. Pour ce phénomène pathologique comme pour tout autre, tenez compte de l'évolution, établissez exactement sa durée avant de conclure ; vous arriverez ainsi à des résultats inespérés. C'est, en effet, cette notion de la longue durée rapprochée de l'intégrité de la paroi vésicale, qui autorise l'affirmation de l'indépendance de la tumeur au vis-à-vis de la paroi où elle a pris naissance, c'est-à-dire de sa pédiculisation ; je vous en ai souvent montré des exemples.

Malgré la perfection *du moyen*, qui est l'éclairage direct de la cavité vésicale, *la méthode*, c'est-à-dire l'examen complet du malade et de la maladie, nous a, dans ces cas, conduit plus loin et plus sûrement dans le diagnostic.

*H. Hématuries dépendant de causes générales ou de la présence de parasites.* — Il est des hématuries qu'il convient encore de signaler pour compléter notre étude. Ce sont celles qui trahissent non plus une lésion locale, mais qui naissent ou se reproduisent sous l'influence d'un état général. Nous dirons également quelques mots des hématuries parasitaires.

L'hématurie peut s'observer, à titre de symptôme, soit isolé, soit le plus souvent associé à d'autres hémorragies, au cours d'affections du ressort de la clinique médicale. Ces affections peuvent, à ce point de vue, être divisées en plusieurs groupes. L'hématurie, en effet, peut apparaître : soit au cours de grandes fièvres infectieuses ou de certaines dyscrasies, à tendance hémorragique ; soit dans l'évolution de quelques formes hémorragiques des néphrites aiguës ; soit, enfin, au cours d'affections parasitaires du sang et de l'appareil vasculaire du rein, spéciales aux pays chauds. Il ne faut pas oublier d'ajouter à cette liste déjà longue des hématuries médicales les hématuries hystériques. Elles rentrent, au même titre que l'anurie ou la