

de leur évolution le saignement cesse complètement dans bien des cas. Vous verrez ainsi mourir avec une apparence d'amélioration des néoplasmes dont l'illusion aura pu durer plusieurs mois; ils ne sont plus capables de s'inquiéter ni même de faire la congestion. Il faudrait, pour que l'aggravation du symptôme hématurie permît d'admettre que c'est par le fait d'une ulcération, et non sous l'influence de la congestion, qu'elle se produit, que nous ayons rencontré l'ulcération. Dans nos opérations ou nos examens anatomiques, vous savez qu'il n'en est rien. En quoi, d'ailleurs, l'hypothèse de l'ulcération cadrerait-elle avec les suspensions souvent si prolongées et toujours si complètes, sans cesse observées, dans tous les cas de néoplasmes de la vessie ou des reins?

Mais il y a plus : le fait peut être directement constaté; il est possible de démontrer la présence et l'absence de congestion. Dans les opérations, j'ai bien souvent vu et fait voir combien étaient colorées les tumeurs que j'enlevais en pleine hématurie, j'ai noté que la muqueuse de la vessie participait de cet état. Dans ces mêmes conditions, alors que j'agissais dans les périodes inter-hématuriques, la décoloration, la blancheur mate ou à peine rosée, de la tumeur et de la muqueuse vésicale, étaient également frappantes. Si l'on objecte, ce qui serait d'ailleurs facile à réfuter, que l'ouverture de la vessie, que le ballonnement du rectum, que tout ce qu'il faut faire pour opérer peut modifier la circulation locale, je répondrais par les résultats de l'examen endoscopique. Ici l'on examine des organes entiers; on passe par une voie naturelle. Eh bien, l'on est étrangement surpris de voir à quel degré de blancheur ou même de pâleur arrivent et le néoplasme et la muqueuse, lorsque l'hématurie a pris fin. Aussi est-il alors, pour ainsi dire, impossible de les faire saigner. On sonde, on injecte, on promène l'instrument métallique, et le liquide introduit reste absolument limpide. Il se teinte, au contraire, et de la façon souvent la plus gênante, lorsque l'on est dans la période hématurique ou qu'elle est encore trop peu atténuée. C'est alors que l'exploration la mieux faite peut être suivie d'hémorragies excessives et longues. Encore faut-il cependant que vous ayez affaire à une tumeur non ulcérée, à ces tumeurs molles et pédiculées qui saignent follement quand elles se congestionnent. Si vous avez fait saigner

une tumeur dure et largement ulcérée, et tout contact les fait aisément saigner, l'hémorragie s'arrête promptement sans que vous ayez à vous en inquiéter. Au contraire, la tumeur pédiculée que vous aviez examinée pendant la période inter-hématurique et qui n'avait pas un instant saigné, se met à le faire dans la journée ou le lendemain; souvent cette crise dure plusieurs jours. Votre examen a déterminé une poussée congestive.

Certains résultats du traitement, parfaitement d'accord avec la physiologie pathologique, vont d'ailleurs nous montrer que c'est bien à la congestion que nous avons affaire dans la plupart des grandes hématuries. Nous verrons que c'est aux moyens qui la peuvent prévenir, qui atténuent ou font disparaître l'influence des causes qui la produisent et l'entretiennent qu'il faut demander la guérison de ces grandes pertes de sang, si compromettantes pour la santé ou menaçantes pour l'existence des hématuriques. Vider complètement la vessie ou la mettre à même de se vider; faire cesser ses contractions, apaiser ses douleurs par des médications ou des moyens appropriés, voire par son ouverture, sont en effet les moyens les plus capables de mettre terme à des accidents graves. Vous constaterez aussi l'entière inefficacité des hémostatiques et souvent les bons effets préventifs ou curatifs des révulsifs d'une hygiène bien réglée et d'un sage régime.

III. INDICATIONS DE L'EXPLORATION INSTRUMENTALE, PRINCIPES DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE ET DU TRAITEMENT DANS LES HÉMATURIES. — Le cathétérisme avec les explorateurs métalliques, l'examen à l'aide de l'endoscope sont souvent indiqués dans l'hématurie. Si nous n'en avons pas fait mention jusqu'à présent, si nous avons de parti pris rejeté à la fin de ce chapitre ce que nous devons vous dire sur les précieuses ressources diagnostiques qu'ils peuvent fournir, c'est que nous voulons rester fidèles à notre méthode. Nous tenons essentiellement à vous apprendre tout ce qu'on doit faire pour arriver au diagnostic sans le secours de l'exploration, à préciser son but, à poser ses indications. C'est seulement alors qu'il convient d'y recourir.

Pendant l'hématurie, alors que le malade pisser du sang, le cathétérisme est contre-indiqué, nous venons de dire pourquoi. Ajoutons aux raisons fournies par la physiologie patholo-



gique de l'hématurie, que la vessie est encore en état de réceptivité et qu'elle peut aisément s'infecter. Cette règle chirurgicale très formelle souffre certaines exceptions. Vous nous avez vu la transgresser pour le malade couché au n° 25. Il s'agit d'un homme qui, depuis des années, ne peut uriner sans le secours de la sonde. Il s'est déchiré le col de la vessie avec un mauvais instrument; une hématurie sérieuse a été ainsi provoquée. Nous avons non seulement continué le cathétérisme, mais nous avons placé une sonde à demeure afin de laisser cicatriser à son abri, les fausses routes créées par le malade; bientôt l'hématurie a diminué, puis disparu.

Il nous est facile de vous donner les raisons de cette conduite en apparence contradictoire. La physiologie pathologique nous apprend, d'une part, que la réplétion de la vessie favorise la congestion; d'autre part, l'état congestif est la cause essentielle de toutes les hématuries que ne provoquent ni le traumatisme, ni les corps étrangers, ni l'inflammation. Rien de plus indiqué, par conséquent, que de vider une vessie hématurique, qui ne peut être évacuée sans le secours de la sonde; rien de plus rationnel que d'ajourner l'exploration ou l'endoscope, qui sont à peu près sûrement provocateurs d'hémorragies, si vous y recourez pendant les périodes hématuriques.

Alors même que vous obéissez à l'indication pourtant formelle d'évacuer une vessie hématurique qui ne se vide pas, il faut cependant connaître les pénibles surprises que la pratique peut vous ménager. S'il ne s'agit que d'une exhalation, même abondante, déterminée par la réplétion du réservoir; si, en un mot, la rétention est la seule cause de l'hématurie, vous n'aurez qu'à vous féliciter de votre décision. Déjà je vous ai entretenu de ces cas à propos du traitement des rétentions mécaniques déterminées par les caillots (p. 254). J'ai pu vous prouver combien était salutaire l'évacuation totale du sang mélangé à l'urine et surtout des caillots, souvent si nombreux, qui encombrant la vessie. Vous aurez aussi de ces succès très francs et fort encourageants chez les hématuriques porteurs de néoplasmes de la vessie. J'en ai publié des exemples<sup>1</sup>. Mais j'ai vu, avant et depuis, des cas où le cathétérisme avec évacuation totale des

<sup>1</sup> Guyon, *Annales génito-urinaires*, 1889, p. 18.

caillots était demeuré impuissant. J'ai de plus vérifié qu'il pouvait, exceptionnellement il est vrai, être provocateur. Vous n'agissez, en évacuant la vessie d'un néoplasique, que sur l'une des causes de l'état congestif; l'on comprend aussi bien que ce secours puisse être très efficace, que demeurer insuffisant et même, jusqu'à un certain point, nuisible. Aussi dois-je vous mettre en garde et vous conseiller de n'y recourir que sous le bénéfice d'une observation attentive; d'être prêts à y renoncer ou mieux à recourir à d'autres moyens, si vous n'obtenez pas la diminution ou l'arrêt de l'hémorragie, à plus forte raison lorsque vous constatez son aggravation. Si vous êtes alors en face d'un cas opérable, je vous engage à ne pas employer le cathétérisme et à vous hâter d'intervenir par l'opération, sans avoir épuisé les ressources de l'exploration. J'ai eu grandement à regretter, avant d'être instruit par l'expérience, de n'être pas intervenu assez tôt; je désire que vous ne soyez pas exposés à ces pénibles enseignements.

J'ai depuis longtemps placé la rétention d'urine chez les néoplasiques vésicaux au rang des accidents qui peuvent indiquer l'intervention. Il faut, pour que cette indication soit valable, établir une distinction entre la rétention accidentelle déterminée par des caillots et la rétention habituelle, due au néoplasme ou à l'hypertrophie de la prostate; il faut encore séparer, au point de vue de la pratique, les rétentions complètes des rétentions incomplètes.

Dans la rétention accidentelle par caillots, il y a non seulement force majeure, mais espoir très justifié, de mettre à la fois terme à la rétention et à l'hématurie par le cathétérisme. Ici, comme dans les rétentions des prostatiques, de très beaux succès peuvent être obtenus par l'évacuation des caillots à l'aide d'une grosse sonde et, s'il le faut, par leur aspiration totale avec la seringue. Mais il se peut aussi que les caillots se reproduisent en même temps que continue l'hématurie; il faut alors renouveler les évacuations et les aspirations. La sonde à demeure est aussi un moyen dont vous pourrez faire l'essai, en en surveillant bien le fonctionnement et l'asepsie. Des péripéties plus ou moins inquiétantes pourront se produire; mais, dans ces rétentions purement mécaniques et, par cela même, temporaires, vous arriverez presque toujours à de bons résultats.



Dans les rétentions permanentes complètes, il est des malades qui supportent, sans aggravation de l'hématurie, le traitement habituel, c'est-à-dire l'évacuation répétée à l'aide de sondes appropriées. Mais il en est qui voient leur hématurie s'aggraver. Ceux-là sont alors, ainsi que je viens de le dire, passibles de l'intervention; selon les cas, elle sera palliative ou curative, mais toujours sus-pubienne.

Dans les rétentions permanentes incomplètes des néoplasiques, alors que la vessie ne se vide que par regorgement, comme chez les prostatiques arrivés à la troisième période, l'évacuation totale est particulièrement capable de déterminer de nouvelles poussées hématuriques. C'est pour cette catégorie de malades que j'ai eu le regret d'avoir conseillé ou pratiqué l'évacuation. Aussi, me suis-je depuis longtemps imposé la règle de les opérer sans les avoir cathétérisés, ni même explorés si l'état hémorragique le commande. Vous vous résignerez à les soumettre seulement à un traitement médical, lorsque la faible importance de l'hématurie et plus encore le degré avancé des lésions n'indiquent pas l'intervention.

C'est, d'ailleurs, aussi bien dans les périodes hématuriques que dans les périodes inter-hématuriques, que les rétentionnistes néoplasiques peuvent éprouver du cathétérisme évacuateur ou des explorations intra-vésicales, de fâcheux effets. Ils sont, par le fait de la rétention, toujours sous l'imminence d'une congestion intense. Vous ne saurez donc oublier en semblable occurrence que la clinique proprement dite, c'est-à-dire l'étude complète et méthodique des malades, peut, sans le secours des explorations instrumentales, vous fournir les renseignements nécessaires pour établir l'indication d'opérer. Mieux vaut, en effet, dans certains de ces cas, opérer sans y recourir, que de se croire tenu de compléter, avec son aide, un diagnostic déjà positif.

Il faut que l'expérience nous apprenne à arriver au diagnostic, en ne faisant que le strict nécessaire; c'est pour cela, comme pour beaucoup d'autres choses en chirurgie, un de ses plus précieux enseignements.

Lorsqu'il n'y a pas rétention, il est indiqué d'attendre la fin de l'hématurie. Il n'y a cependant pas nécessité absolue de se soumettre, dans tous les cas, à cette règle. Vous jugerez suivant le degré de la perte de sang et suivant l'état du malade.

Tout en vous sachant autorisés à agir malgré l'hématurie, vous devrez préférer, en principe ne faire l'exploration instrumentale que lorsqu'elle aura pris fin. La physiologie pathologique nous montre qu'il n'est pas besoin alors de longs délais pour en éviter le retour; la cessation de la congestion se fait avec rapidité et d'une façon assez complète pour mettre à l'abri d'une reproduction. Pour les mêmes raisons, vous pourrez agir lorsque la perte de sang est à son déclin. Vous vous imposerez d'ailleurs la règle de ne faire l'exploration instrumentale, qu'alors que vous serez prêts à passer très promptement à l'intervention, si l'examen en démontre l'opportunité. J'ai vu succomber à une hématurie déjà importante, aggravée par un examen endoscopique, un malade qui, après y avoir été soumis, voulut retourner à quelques lieues de Paris, au lieu de se soumettre sans tarder à l'intervention qui était indiquée.

L'examen instrumental de la vessie n'a donc, d'une façon générale, des inconvénients ou des dangers, au point de vue de l'aggravation de l'hémorragie, que lorsqu'il est pratiqué pendant les périodes hématuriques. Il est, au contraire, parfaitement toléré lorsque l'hématurie a pris fin. Il est surtout contre-indiqué pendant les grandes hématuries chez les malades qui, ayant subi de grandes pertes de sang, sont arrivés à la période de déclin. Chez ceux qui ne sont pas sérieusement affaiblis, il est non seulement autorisé, mais indiqué lorsque la crise est peu intense ou lorsque la perte de sang a diminué. Il y a intérêt majeur, dans les cas où l'on a à trancher par l'endoscopie la question de la provenance rénale ou vésicale, à examiner avant que l'hématurie ait pris fin; il serait sans cela impossible d'arriver à voir saigner l'uretère. Ce que je vous ai dit de l'hématurie terminale (p. 464 et suivantes) en étudiant sa valeur sémiologique montre que c'est également dans ces conditions qu'il convient de rechercher cet important symptôme. Les causes d'erreur dues à l'abondance de l'écoulement de sang sont ainsi écartées.

Il ne suffit pas que l'exploration intra-vésicale ne soit faite que lorsqu'elle est vraiment opportune, pour être exempte d'inconvénients ou de dangers ou pour être profitable. Il faut encore qu'elle soit pratiquée avec toutes les précautions anti-septiques requises dans toute opération. Ces précautions, qui



toujours doivent être rigoureuses, vous sont plus étroitement imposées encore, lorsqu'il s'agit de pénétrer dans la vessie des hématuriques. L'hématurie crée un état particulier de réceptivité. Le sang extravasé est, on le sait, un milieu de culture favorable à la pullulation des organismes pathogènes, et l'état congestif de l'appareil urinaire favorise à un haut degré leur nocivité.

Par ce motif encore il doit être de règle d'attendre la fin ou le déclin de l'hématurie pour procéder à l'exploration instrumentale de la vessie. La difficulté d'assurer d'une façon absolue l'asepsie de l'endoscope doit rendre particulièrement réservé pour son emploi; cet examen n'est indiqué, pendant les périodes hématuriques, que lorsqu'il est nécessaire de constater le saignement urétéral.

Ce ne sont pas seulement les accidents d'infection générale que l'exploration instrumentale septique peut provoquer chez les hématuriques. Ces malades, par le fait de l'état de réceptivité de leur vessie sont alors fatalement voués à la cystite; l'inflammation de la vessie prend fréquemment alors les allures les plus vives, elle résiste avec opiniâtreté à tout traitement. La réunion de l'hémorragie et de la rétention d'urine est, on le comprend, particulièrement grave. A la présence du sang, à la congestion se joint alors la mise en tension de la vessie, c'est-à-dire les conditions qui peuvent le mieux favoriser l'envahissement microbien des uretères et assurer ses désastreuses conséquences.

Le cathétérisme et l'endoscopie n'ont pas les mêmes indications. Lorsqu'il y a des motifs de soupçonner un calcul, c'est le cathétérisme explorateur métallique qui doit être utilisé; c'est, au contraire, à l'endoscope qu'il faut d'emblée recourir lorsque l'étude des symptômes vous aura conduit à admettre l'existence d'un néoplasme. Dans les cas de cystite, vous aurez aussi, avant de faire choix du moyen d'exploration et avant de la décider, à poser les prémisses que permet toujours d'exactly établir l'étude clinique du malade et des urines, à tenir compte du degré de l'inflammation. Il ne faut pas explorer un malade atteint de cystite très aiguë. Cela a non seulement de grands inconvénients, mais est parfaitement inutile. Les résultats que l'on est en droit d'attendre du maniement régu-

lier et méthodique des instruments ne sauraient être atteints. A cet égard, le chloroforme lui-même ne donne que de très insuffisantes garanties.

Lorsque l'état douloureux est calmé, vous recourez suivant les cas au cathéter ou à l'endoscope. S'il s'agit d'une cystite calculeuse, c'est avec le cathéter que vous aurez les meilleures garanties d'un examen efficace; s'il s'agit d'une cystite chez un néoplasique, renoncez au contraire absolument à l'explorateur métallique et servez-vous de l'endoscope. Si vous avez fait le diagnostic de cystite blennorrhagique hémorragique, n'employez ni l'un ni l'autre. Une exploration, quelle qu'elle soit, est vraiment superflue. S'il s'agit d'une tuberculose urinaire, vous pourrez et vous devrez dans bien des cas vous passer de toute exploration intra-vésicale. L'exploration par l'endoscope pourra cependant devenir utile pour les cas où le diagnostic différentiel se pose mal au point de vue de la localisation et de la répartition des lésions du côté de la vessie et du rein.

En règle générale, dans les inflammations comme dans les congestions, évitez d'explorer pendant les périodes hématuriques; évitez-le plus encore pour les inflammations. Les hématuries d'origine inflammatoire sont d'ailleurs et moins abondantes et de plus courte durée que les hématuries congestives. Vous n'infligeriez pas seulement à vos malades une augmentation d'hémorragie ou une aggravation d'infection, vous le feriez, et fort inutilement, beaucoup souffrir. Ici encore l'étude des troubles fonctionnels vous guidera de la façon la plus sûre. Chez les calculeux vous serez d'autant plus blâmables d'explorer pendant une hématurie, que ni son abondance ni sa durée ne vous autoriseraient, au moins dans la très grande majorité des cas, à semblable dérogation au principe de l'abstention pendant l'hémorragie. Ce serait d'ailleurs bénévolement courir au-devant des chances d'infection locale ou générale, si le hasard voulait que vos précautions antiseptiques n'aient pas été complètes.

L'examen que nous venons de faire des indications et des contre-indications de l'exploration instrumentale chez les hématuriques, nous a forcément conduit à entamer la question du traitement. Il était, en effet, impossible de ne pas parler



des effets thérapeutiques de l'évacuation et de ne pas faire allusion à ce que l'on peut attendre de l'ouverture de la vessie. En abordant maintenant la question des principes de l'intervention chirurgicale et du traitement dans les hématuries, j'ajouterai seulement que, si l'emploi de ces deux grands moyens souffre, comme tous ceux dont nous avons le droit d'user, quelques contre-indications, ils n'assurent pas moins à l'action chirurgicale une utilité incontestable et une force réelle.

L'ouverture de la vessie, en particulier, possède un très remarquable pouvoir hémostatique. J'ai dès longtemps insisté sur ce point si intéressant de physiologie pathologique et l'ai particulièrement étudié lorsque j'ai inspiré la thèse de mon très distingué disciple, M. le D<sup>r</sup> Pousson, actuellement chargé de l'enseignement des maladies des voies urinaires à la Faculté de médecine de Bordeaux<sup>1</sup>. En recourant à ce moyen, le chirurgien peut être assuré de mettre fin aux pertes de sang les plus rebelles. Il peut également en avoir l'espoir par l'évacuation totale des caillots, mais sans qu'il soit cependant aussi certain du succès.

Il n'en reste pas moins établi par l'observation de chaque jour que ces moyens ne sont pas les seuls auxquels il convient d'avoir recours; l'on formulerait un aphorisme peu pratique, si l'on acceptait que, dans le traitement des grandes hématuries, il n'y a de salut que dans l'intervention chirurgicale.

Est-ce à dire que la thérapeutique médicale fournisse des médicaments qui dans l'espèce méritent le titre d'hémostatiques. Beaucoup affichent cette prétention, mais l'expérience me permet de vous déclarer qu'il n'en est pas un qui la justifie. Aussi faut-il que nous cherchions à établir les principes qui doivent nous diriger dans le traitement des hématuries, que nous nous préoccupions de la méthode à suivre et non des moyens à employer.

Il faut avant tout accepter en principe que le traitement de l'hématurie doit avoir pour base les notions de pathogénie et d'étiologie que nous a fournies son étude; il est non moins nécessaire de tenir compte des résultats que détermine toute perte de sang abondante ou prolongée. La thérapeutique de

<sup>1</sup> Pousson, *De l'intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie*. Thèse de Paris, 1884, p. 82.

l'hématurie doit donc, pour être efficace, non seulement prévenir les pertes de sang, les combattre, mais s'attacher à en compenser les effets.

Toutes les causes de congestion qui peuvent résulter de l'alimentation, de l'hygiène, des habitudes, de la manière de vivre seront écartées, et cela aussi bien entre les crises que pendant les crises. Pendant les crises ne pas oublier que les pertes sont souvent de très longue durée et que celui qui les subit n'est souvent pas autrement malade; il importe, par conséquent, de régler et le traitement à faire et la vie qu'il faut mener et le régime qu'il convient de suivre. L'alimentation doit être largement réparatrice, mais non excitante; gardez-vous des régimes exclusifs et ne vous laissez pas aller, comme on le fait souvent, à conseiller le régime lacté complet. Il faut que ces malades réparent; à moins d'indications particulières laissez-leur l'autorisation de se nourrir suivant leur appétit et leurs goûts. Sans entrer dans les détails, je suis conduit à vous dire que la prescription du repos si banalement formulée dans la plupart des cas, ne peut être acceptée d'une façon absolue. Le repos est, à n'en pas douter, le meilleur des agents thérapeutiques dans les hématuries calculeuses; vous le savez de reste. Mais il est loin de produire la même sédation dans les hématuries de cause inflammatoire et congestive. N'ordonnez donc aux malades de ces catégories qu'un repos relatif; craignez surtout la prolongation du séjour au lit; autorisez et commandez même les promenades. Vous vous réglerez évidemment d'après la cause de l'hématurie, d'après l'intensité de la crise, d'après l'état du malade. Au grand hématurique affaibli vous ne sauriez, par exemple, commander l'exercice au dehors; mais vous devez ne pas infliger, comme on le fait habituellement la séquestration au lit ou à la chambre. Il est bien entendu que tout ce qui favorise la circulation périphérique, les révulsions, les frictions cutanées, que ce qui régularise la circulation pelvienne, les lavements, les laxatifs huileux ou salins seront prescrits. Il est d'usage, dans ces cas, de recommander les applications locales du froid et beaucoup de faits cliniques autorisent à compter sur l'usage topique de l'eau très chaude. Je ne saurais déconseiller semblables moyens. Mais je dois à la vérité