

C. Conditions productrices et provocatrices. — Il faut avant tout s'informer s'il y a eu ou non traumatisme. Ce renseignement si précieux, en apparence si facile à recueillir, est cependant de ceux où les réponses du malade peuvent être le plus erronées. N'avez-vous pas vu le n° 14, atteint, comme je vous l'ai dit, d'un cancer vésical, attribuer à un coup les troubles vésicaux qui ne se montraient qu'un mois plus tard ! N'est-ce pas une chute localisée au périnée que le n° 24 nous signale comme ayant produit l'hématurie, quand, en réalité, il tombait sur le siège ? Ne craignez donc pas d'entrer dans les détails nécessaires ; demandez le temps écoulé entre l'accident signalé et le début de l'hématurie ; informez-vous s'il y a eu ou non uréthrorrhagie ; tenez pour suspecte toute perte de sang qui n'aura pas été immédiate, qui aura persisté plus de quelques jours ou qui se sera renouvelée sans cause. Établissez ainsi le contrôle des assertions du malade. Aussi bien pour les lésions du rein, de l'uretère, de la vessie, de la prostate, vous devrez procéder de la sorte.

A côté des traumatismes francs et directs, il faut ranger, avons-nous dit, les secousses de la marche, de l'équitation ou de la voiture. N'oubliez jamais d'interroger vos malades dans ce sens ; je vous ai donné les éléments de ce questionnaire (p. 19). Ces hématuries d'un ordre mécanique spécial sont le propre des calculeux.

Voyez, par exemple, le calculeux couché au n° 27. Il y a deux ans, cet homme, jouissant alors d'une santé parfaite, va à la pêche ; la pluie survient ; il prend le pas gymnastique. Pendant sa course, le besoin d'uriner se fait sentir ; quel n'est pas son étonnement de voir qu'il pisse du sang ; il rentre chez lui, se repose et, le lendemain, toute coloration anormale avait disparu. Le mécanisme est le même ici que chez le n° 24 dont nous avons parlé plus haut : c'est le calcul secoué plus ou moins violemment dans la cavité vésicale.

Nous avons été à même bien des fois d'observer ainsi des calculeux qui ont eu leur première hématurie à la suite d'une partie de chasse, d'une promenade à cheval, d'une course en voiture. Cette dernière cause est surtout signalée par tous les auteurs, mais nous devons vous rappeler ce que nous vous avons dit à propos de l'influence des secousses sur la produc-

tion de la douleur. Ce même malade qui ne peut aller en voiture à deux ou à quatre roues parce qu'il souffre, parce qu'il pisse du sang, supporte bien le chemin de fer et supporte mieux encore l'omnibus et surtout l'impériale dont le mouvement plus étendu, non saccadé, n'imprime à la pierre ni secousses brusques, ni ébranlement considérable¹. La gamme des véhicules vous est connue, nous l'avons étudiée à propos du symptôme « douleur ».

Ce n'est pas seulement la vessie calculeuse, c'est aussi le rein calculeux qui peut saigner sous ces influences et dans ces conditions. On a quelquefois pris le change et attribué à des contusions du rein ce qui appartient à l'action d'un calcul. Il est des observations où l'on invoque le mécanisme d'une contusion indirecte, d'une contusion par contre-coup pour expliquer le pissement de sang, après une chute, après des secousses répétées et prolongées comme celles de l'équitation. Il est facile de démontrer que c'est à des hématuries calculeuses qu'on a eu affaire, et nous sommes obligés de trouver en défaut et de contredire le bon Ambroise Paré lui-même. L'hématurie calculeuse du rein a, en effet, des caractères aussi distinctifs que celle dont la vessie est le point de départ lorsqu'elle contient une pierre. Le mouvement, le mouvement brusque, le mouvement actif répété, détermine cette espèce d'hématurie. Le repos la fait disparaître. Le repos agit le plus souvent avec une telle rapidité que la miction qui le suit n'est plus ou n'est que très peu colorée ; il doit quelquefois être un peu prolongé, mais il agit toujours.

Rien de semblable pour l'hématurie des néoplasiques ; elle échappe, vous le savez, à toute influence de cet ordre. A leur origine comme à leur terminaison, les hématuries de cause mécanique sont, au contraire, régies par des causes dont l'évidente influence est facile à déterminer.

Il est cependant des hématuries calculeuses d'origine rénale ou vésicale qui peuvent durer, ne pas céder ou céder imparfaitement au repos. On a tout à coup constaté que l'on a pissé du

¹ Les calculeux peuvent rendre du sang sous la seule influence des mouvements du calcul lorsqu'il s'engage dans l'uretère et dans l'urèthre. C'est ainsi que se produisent certaines hémorragies calculeuses de source rénale et qu'après les séances de lithotritie surviennent quelquefois des écoulements de sang dus aux blessures faites par les fragments.

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 que l'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'accumulent 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 sanguinolentes 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'hémorrhagie rénale soit abondante.

Dans son bel ouvrage sur les tumeurs de la vessie¹, M. Albaran 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 hémorrhagie 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. ALBARAN, *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'urèthre 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 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-

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 exempté 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^{er} édit., p. 347, 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 Caen¹, nous avons pu sentir 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.

¹ GUILLET, *loc. cit.*, p. 447.

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 calculuse, 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 avions 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 hémorrhagies, 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 hémorrhagique ; soit dans l'évolution de quelques formes hémorrhagiques 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