

polyurie, dans le bilan urinaire de la névrose simulatrice.

Les hématuries des grandes pyrexies hémorrhagiques s'observent dans la variole, la scarlatine, la rougeole, la fièvre typhoïde, la fièvre jaune, les ictères graves; les hématuries dyscrasiques compliquent le scorbut, la maladie de Werlhoff, le purpura, la leucocythémie; dans ces différents cas, l'hématurie, négligeable en elle-même, revêt une signification pronostique extrêmement grave. Une mention spéciale doit être accordée à l'hématurie des hémophiliques, qui, souvent abondante, est d'un diagnostic parfois difficile et d'une pathogénie obscure; l'observation démontre que l'hématurie hémophilique peut être héréditaire.

J'ai observé deux cas d'hématurie hémophilique. Elles avaient toutes deux les allures des grandes hémorrhagies des néoplasiques. Dans les deux cas, le diagnostic fut fait par les commémoratifs et la constatation de grandes plaques ecchymotiques. L'un des malades a succombé, l'autre a guéri sous l'influence d'un traitement général; il reste guéri depuis plusieurs années. Il est important de savoir que la vessie des hémophiles peut saigner spontanément et très abondamment.

Certaines formes hémorrhagiques de néphrites aiguës (néphrite cantharidienne, érysipélateuse, pneumonique) comptent l'hématurie au nombre de leurs symptômes; mais, en pareil cas, le pissement de sang est de courte durée et de médiocre abondance.

Les hématuries des pays chauds relèvent de la présence, dans le réseau circulatoire du rein, de la filaire de Médine (*Filarium sanguinis hominis*) ou du distome de Bilharz (*Distoma hæmatobium Bilharzi*), ou plus rarement du strongle. Elles constituent le principal symptôme de la maladie connue, dans les régions tropicales ou sub-tropicales, sous les noms d'hémato-chylurie, d'hématurie chyleuse filarienne; d'hématurie d'Égypte, du Brésil, etc. Cette affection s'observe chez des gens surmenés, débilités, généralement paludéens, et se manifeste par l'émission, après un syndrome douloureux qui rappelle la colique néphrétique, d'urines tantôt blanches comme du lait (chylurie), tantôt rouges comme du sang (hématurie); le sang et la lymphe alternent ainsi et se mélangent, en proportions inégales, dans les urines des malades; généralement,

l'hématurie précède la lymphurie. La maladie procède par accès de quelques jours à quelques mois, s'accompagnant souvent de boulimie et de constipation, et, sans influencer notablement la santé générale des sujets, évolue à travers des périodes de rémission et d'exacerbation, sans reconnaître de durée définie.

Le diagnostic se fera par la notion climatérique, les antécédents étiologiques et par l'examen des urines. Celles-ci ont un aspect rouge, ou rosé, ou blanc laiteux; l'éther, en dissolvant la graisse, supprime cette coloration blanche due à l'émulsion huileuse; l'acide nitrique y décèle de l'albumine; le microscope y montre des hématies, des leucocytes, des globules huileux, quelques cylindres, des cristaux et, enfin, élément essentiel du diagnostic, les parasites pathogènes de l'affection. On retrouve ceux-ci dans l'urine ou, le plus souvent, mélangés aux caillots sous forme: soit de strongles, soit d'embryons filariens, soit d'innombrables œufs spiculés, à coque calcifiée, de bilharzia; l'accumulation de ces œufs, dans le rein, y détermine parfois des infarctus parasitaires (infarctus bilharziques). L'examen microscopique, qu'on devra pratiquer avec patience et à différentes reprises, ne décèle d'ailleurs pas toujours la présence de ces parasites.

Enfin, il importe de ne pas confondre avec l'hématurie, de quelque origine qu'elle soit, l'hémoglobinurie. Celle-ci apparaît au cours de certaines formes, particulièrement graves, de l'impaludisme fébrile, principalement dans les pays chauds (*fièvre bilieuse hémoglobinurique*); on observe aussi l'hémoglobinurie, dans nos contrées, chez certains syphilitiques et certains paludéens, sous forme d'accès subits intermittents, provoqués par le refroidissement et accompagnés de fièvre et de néphralgie intenses (*hémoglobinurie paroxystique essentielle*). Enfin, on observe, mais fort rarement, des hémoglobinuries épisodiques, symptomatiques, ou toxiques, analogues au groupe des hémoglobinuries expérimentales. Le diagnostic de l'hémoglobinurie relève, comme vous le savez, du microscope, qui montre l'absence de globules dans l'urine colorée, et du spectroscope, qui décèle les raies caractéristiques de l'oxyhémoglobine et de la méthémoglobine.

Il était nécessaire de donner l'énumération des hématuries

qui ressortissent à la pratique médicale ; nous ne devons cependant pas y insister. Les symptômes caractéristiques des maladies qu'elles compliquent suffisent au diagnostic ; il est en général facile d'établir que l'hématurie n'est que l'un des épisodes qui peuvent se produire au cours d'états presque toujours graves, de comprendre que leur traitement est celui de la maladie qui les a provoquées. Il n'y a guère que les hématuries des hémophiles et celles que déterminent les parasites qui puissent simuler les hématuries de cause locale.

Nous terminerons la longue étude de sémiologie et de diagnostic que nous venons de poursuivre en vous parlant des indications de l'exploration instrumentale, ainsi que des principes de l'intervention chirurgicale et du traitement dans les hématuries des urinaires. Nous ne sommes cependant pas en mesure d'aborder immédiatement ce sujet. La physiologie pathologique du symptôme hématurie nous fait encore défaut. Elle nous est indispensable, car nous ne saurions sans elle dire les règles générales de thérapeutique auxquelles il convient d'obéir.

I. Physiologie pathologique de l'hématurie. — L'appareil urinaire peut, nous l'avons établi dès l'abord, saigner sous l'influence des traumatismes, de l'état congestif, de l'inflammation, des modifications dues à ses lésions organiques et par le fait de la présence d'un corps étranger.

L'action du corps étranger peut se confondre avec celles des traumatismes divers qui atteignent les organes urinaires ; nous n'aurons pas à revenir sur son rôle efficient qui a été suffisamment défini. Mais il agit encore à titre prédisposant, par les excitations qu'il détermine, en favorisant la congestion des parties avec lesquelles il est en contact. A cet égard, votre attention doit encore être retenue. Nous ne pouvons, en effet, douter que le corps étranger ne détermine, par sa présence, l'hypérémie du rein ou de la vessie.

Pour le rein, l'histoire de la colique néphrétique nous en apporte fréquemment le témoignage. L'hématurie prémonitoire des accès est commune. Sans qu'aucune cause occasionnelle ait pu intervenir, sans qu'il y ait la moindre douleur, les urines sont teintées de sang un ou plusieurs jours à l'avance et bientôt survient la crise. Les malades habitués aux accès

de la lithiase rénale ne s'y trompent pas. Ils ne souffrent pas encore malgré l'état congestif que détermine l'hématurie, mais ils savent qu'ils vont souffrir. Cette hématurie « avertissante » est habituellement continue et peu abondante et le repos est sur elle sans influence. Aussi voyons-nous quelquefois, après les accès, alors que le calcul n'a pas effectué sa migration et s'est arrêté dans l'uretère, des hématuries s'établir ou persister également suivant le mode continu. Malgré la perte de sang, l'excitation persistante entretient et renouvelle la congestion.

Pour la vessie, cette action de présence des corps étrangers, quoique beaucoup plus rare, n'est pas moins certaine. L'effet hypérémiqne se traduit aussi par des pertes de sang d'apparence spontanées ou survenant après des mouvements presque insignifiants. Le résultat est, en tout cas, hors de proportion avec la cause. De simples fragments peuvent suffire à l'entretien de l'écoulement sanguin. Les malades que j'ai observés, opérés et guéris dans ces conditions, n'étaient pas hémophiles. Il ne faut pas oublier, et la pratique vous renseignera sur ces cas comme elle m'a renseigné moi-même, qu'il est des calculeux vésicaux dont les hématuries ne cèdent pas au repos ou n'y cèdent qu'à la longue. Elles dépassent, par leur abondance et par leur durée, celles que l'on observe d'ordinaire. Il reste parfaitement vrai, néanmoins, que l'hématurie des calculeux est essentiellement traumatique dans la très grande majorité des cas. Vous la voyez naître immédiatement après le mouvement et les secousses, cesser rapidement sous la seule influence du repos. Les faits que je vous signale témoignent, néanmoins, de l'action hypérémiante exercée par les corps étrangers. Ils montrent que l'hématurie rénale des calculeux est, dans nombre de cas, purement congestive et qu'il en est parfois ainsi pour l'hématurie vésicale. Je l'ai même vu se continuer quelques jours sous cette forme, après l'opération, alors que le traumatisme opératoire ne pouvait entrer en ligne de compte.

Il va de soi que le traumatisme ne saurait agir autrement que par l'ouverture des vaisseaux ; à cet égard, rien de particulier à dire. Ce qui caractérise assez spécialement l'appareil urinaire, c'est qu'il n'est à aucun degré besoin de la lésion de troncs ou de branches importantes, pour qu'un saignement abon-

dant et prolongé se produise. Nous l'avons déjà fait remarquer : toutes les parties de l'appareil urinaire peuvent être le point de départ d'une hémorrhagie importante. Vous avez vu, en étudiant l'hématurie, avec quelle intensité le rein et la vessie peuvent saigner ; c'est à peine si l'urètre et la prostate leur sont inférieurs sur ce point.

Nous ne saurions trop vous rappeler que la prostate est un organe des plus hémorrhagiques. Les blessures accidentelles qu'elle subit dans le cathétérisme, les opérations que l'on y pratique le démontrent tous les jours ; plus d'une fois cela a été aux dépens de la vie des malades. Les traumatismes *mousses* eux-mêmes donnent de grandes hématuries. Les fausses routes ou même les légères éraillures produites par le heurt d'une sonde, fût-elle en caoutchouc le plus souple, déterminent quelquefois un saignement vraiment abondant. Son intensité n'est nullement proportionnelle au degré de la lésion, souvent insignifiante, qui le détermine.

C'est, en effet, en raison de son énorme richesse vasculaire et surtout de l'importance des fins réseaux qui le parcourent et en font partie intégrante, que l'appareil urinaire est si souvent le théâtre d'hémorrhagies ; c'est pour cela que l'hématurie est à la fois un symptôme si commun et si important. Aussi tout ce qui peut exagérer cette fine et riche vascularisation, tout ce qui trouble le courant normal d'irrigation, qui baigne tous les interstices des organes composant l'appareil urinaire, peut-il permettre au sang d'être versé dans l'une des sections de cet appareil.

A ce titre, l'inflammation joue un rôle que la clinique vous a souvent permis d'apprécier. Elle a en effet sa place marquée dans la liste des agents provocateurs de l'hématurie. Il suffit de se souvenir de ce qui se passe dans les cystites aiguës, en particulier dans la cystite blennorrhagique, si souvent et parfois si abondamment hémorrhagique ; de constater que la perte de sang n'est, en aucune façon, modifiée par le repos ; que souvent, au contraire, elle est plus abondante la nuit que le jour, pour mettre avant tout en cause l'inflammation elle-même. Sans doute, elle ne se produit, le plus souvent, qu'à la fin de la miction et l'on ne saurait douter que les contractions qui surviennent, les efforts que le malade ne peut maîtriser,

n'en soient la cause déterminante. Mais n'est-ce pas à l'hypérémie inflammatoire qu'il faut avant tout les attribuer ? Ne les voyez-vous pas céder aux traitements qui ne s'occupent que de combattre l'inflammation, ne mettent en œuvre aucun moyen hémostatique ? Et ne voyez-vous pas aussi ces moyens hémostatiques piteusement échouer, lorsque le malade a eu la mauvaise fortune de consulter un médecin, dont la thérapeutique se confine dans la lutte directe contre le symptôme.

L'influence de la congestion est encore plus considérable et plus manifeste que celle de l'inflammation. Si vous savez observer, ou mieux si vous vous donnez la peine de le faire, car ces constatations sont vraiment faciles, vous aurez bientôt acquis la conviction ferme que la congestion joue dans la production des hémorrhagies dans l'appareil urinaire le rôle capital.

Dans l'inflammation, la congestion contribue au saignement urinaire. Vous en voyez, par exemple, la preuve dans l'exagération nocturne de ce phénomène au cours des cystites. Mais la congestion n'a pas besoin de l'inflammation ni pour se produire, ni pour agir. Regardez ce qui se passe dans les rétentions les plus aseptiques et, par contre, les moins inflammatoires ; reportez-vous à l'étude expérimentale et clinique de la rétention, et votre conviction sera faite. Je n'ai pas dans ces leçons reproduit les figures qui accompagnent le Mémoire qui m'est commun avec M. Albarran¹ ; elles sont absolument démonstratives, comme le sont, d'ailleurs, les mensurations des reins (voy. p. 77). L'inflammation n'a ici rien à voir. Vous trouvez cependant, lorsque vous faites l'évacuation de la vessie, la totalité des urines colorées ou fortement teintées en rouge par le sang, et ce n'est pas une hémorrhagie *ex vacuo*, car, dès les premières gouttes, vous constatez la coloration. Il n'est même pas besoin d'expérimenter ; restez dans l'observation clinique.

Que voyez-vous se passer dans les grandes hématuries ? Elles apparaissent sans avoir été annoncées et sans être accompagnées d'un autre symptôme, sans que la moindre fatigue, le moindre choc, le plus minime ébranlement se soit produit ; au milieu de la santé la plus intacte, alors qu'aucune prédisposition

¹ F. GUYON et J. ALBARRAN, *loc. cit.*

hémophilique ne peut être relevée, souvent même sans qu'aucune infraction au régime ordinaire ait été commise, en plein repos, en l'absence de toute fatigue. Et c'est en vain, vous le savez, que l'immobilité la plus sévère est prescrite et observée; le sang continue à couler, il coule même de plus belle. C'est la nuit que l'hémorrhagie atteint son maximum, quand à la congestion déjà acquise s'ajoute celle que déterminent fatalement le décubitus et le sommeil combinés. Les seules causes dont on puisse démontrer les effets sont les écarts de régime, l'abus de boissons spiritueuses, les excitations vénériennes, c'est-à-dire les causes capables de congestionner l'appareil urinaire. Semblables constatations ne sont-elles pas démonstratives, n'ont-elles pas une valeur vraiment expérimentale? Et comment expliquer les disparitions brusques et les retours soudains, si l'on n'accorde pas à la congestion le rôle prépondérant que tout démontre. On ne les comprend qu'en admettant l'action d'une influence qui peut être passagère ou durable, se produire ou s'arrêter, suspendre ses effets ou les accumuler, comme la congestion sanguine.

Vous pourriez cependant objecter que la bouche vasculaire a été fermée momentanément par un caillot, ou qu'à la surface d'une ulcération s'est étalé, sous forme de coagulum fibrineux ou hématique, un opercule empêchant. Il faudrait, pour accepter ces hypothèses mal étayées, que le fait de la lésion d'une branche vasculaire importante ou d'une ulcération, ait été acquis par des observations anatomo-pathologiques ou cliniques. Or, vous ne verrez rien de semblable. Ni les examens endoscopiques, ni les opérations que j'ai si souvent pratiquées, ni les autopsies, ne m'ont mis sous les yeux des faits capables de démontrer que c'est aux ulcérations qu'il faut attribuer les hémorrhagies des néoplasmes. Sans arguer de ces néoplasmes de minimes et même de minuscules dimensions, qui déterminent des hémorrhagies terribles par leur durée et leur abondance et dont j'ai cité plusieurs cas, je dirai que les néoplasmes mous, que l'on désigne, souvent à tort, sous le nom rassurant de papillomes, sont ceux qui déterminent les hématuries les plus considérables. Or je n'ai jamais constaté et l'on n'a pas constaté autour de moi dans le laboratoire, que ces néoplasmes qui sont les plus saignants soient ulcérés. Nous voyons, au

contraire des néoplasmes plus durs et ayant infiltré les parois vésicales, s'ulcérer largement et ne pas saigner, ou saigner médiocrement, j'allais dire chichement. Ce sont ceux-là qui ont fait admettre que dans quelques cas il pouvait y avoir néoplasme de la vessie et pas d'hématurie. Regardez-y de près et vous vous convaincrez de ces deux faits; il n'y a pas de grandes hématuries même à la période d'ulcération, mais il y a chaque jour et à chaque miction de très petites quantités de sang. Des yeux exercés et attentifs le constatent, le microscope ou le spectroscopie le démontrent. Suivez d'ailleurs la marche des hématuries chez les néoplasiques et chez les tuberculeux.

Chez les premiers, vous les voyez apparaître à la première heure, chez ceux-là avant que cette première heure n'ait sonné. Chez les tuberculeux urinaires, de même que chez les tuberculeux pulmonaires, l'hématurie et l'hémoptysie sont fort souvent des accidents prémonitoires. De longs délais séparent cette première manifestation, de la constatation d'une lésion. Et chez les tuberculeux urinaires, qui de tous les sujets atteints de maladies urinaires sont ceux qui fournissent le plus souvent des exemples d'ulcération de la vessie, ces hématuries sont relativement peu fréquentes dans les périodes avancées et, sauf de fort rares exceptions très discrètes. Plus avance l'évolution de leur mal, et moins ils saignent. J'ai publié dans les deux premières éditions de ces leçons des autopsies pratiquées chez des sujets que j'avais longtemps suivis et soigneusement observés. Je ne crois pas devoir les reproduire, car la preuve est véritablement faite à l'heure actuelle. Les observations montrent avec toute évidence, que d'énormes ulcérations peuvent ne pas produire de saignement et qu'en tous cas, les pertes de sang ne sont pas proportionnelles, tant s'en faut, aux pertes de substance. Plusieurs pièces de notre collection sont fort probantes.

L'observation des néoplasmes vésicaux et rénaux paraît, par son évolution, contredire ce que vient de nous apprendre l'évolution de la tuberculose vésicale. Il est, en effet, fort exact que les hématuries deviennent plus fréquentes et plus abondantes à mesure que la maladie évolue. C'est parce que l'habitude congestive s'établit avec les progrès du néoplasme. Je vous l'ai déjà fait remarquer et je le répète, mais j'ajoute qu'au terme

de leur évolution le saignement cesse complètement dans bien des cas. Vous verrez ainsi mourir avec une apparence d'amélioration des néoplasiques 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 permit 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 encombrent 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 exemples¹. Mais j'ai vu, avant et depuis, des cas où le cathétérisme avec évacuation totale des

¹ 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 antiseptiques 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'exactement 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 calculueuse, 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^r Pousson, actuellement chargé de l'enseignement des maladies des voies urinaires à la Faculté de médecine de Bordeaux¹. 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

¹ 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

de dire que les applications de glace, que les lavements de 40 à 50 degrés, que les lavages intra-vésicaux froids ou chauds au degré supportable, ne m'ont pas donné de résultats vraiment probants.

Entre les crises insistez sur les prescriptions relatives à l'alimentation, aux rapports sexuels qui ne peuvent être que discrets et peu répétés; sur la nécessité d'une existence qui ne soit ni sédentaire ni surmenée. Ne faites craindre cependant ni l'alimentation réparatrice ni la vie au grand air. Maintenez toutes les prescriptions relatives à l'hygiène de la peau et de l'intestin; pour peu que cela soit possible dans de bonnes conditions, recourez à l'hydrothérapie.

Ce qu'il faut surveiller avec le plus grand soin pendant les crises, ce sont les contractions de la vessie, c'est la façon dont la miction s'effectue. Il y a là une source précieuse d'indications. Il ne faut pas souffrir qu'un hématurique urine avec efforts et ne pas le laisser sous le coup de mictions douloureuses ou trop répétées.

La miction, difficile si elle n'est pas due à un rétrécissement, à une augmentation de volume de la prostate, au siège de la tumeur qui obture plus ou moins le col, ne peut être occasionnée que par la présence de caillots. Si la vessie se vide, ce dont il est aisé de s'assurer par le toucher rectal combiné avec la palpation hypogastrique; les boissons abondantes qui diluent, la miction dans la position horizontale peuvent mettre ordre à une situation qu'aggrave la miction dans la position debout, à genoux ou accroupie. S'il y a rétention et que le malade ne puisse par ces subterfuges arriver à une évacuation facile, c'est le cathétérisme dont l'indication se présente; s'il y a des caillots retenus dans la vessie, vous savez ce que l'on est en droit d'attendre de leur aspiration. Lorsque la miction est fréquente, sans être douloureuse, c'est encore aux causes que je viens d'indiquer qu'il faut songer; les indications sont donc les mêmes. Mais, si la miction est douloureuse, quel que soit l'obstacle qui entrave la miction, il faut de toute nécessité faire la part de l'élément douleur.

Les contractions répétées de la vessie sont certainement favorables à la continuation et à l'augmentation de l'hématurie, même quand elles ne sont pas douloureuses. Si elles s'accompagnent de souffrances, elles sont essentiellement hémorrha-

giques. L'indication est donc des plus formelles. Aussi, aurez-vous d'excellents résultats par l'emploi des calmants portés dans le rectum, mais surtout en recourant aux injections sous-cutanées de morphine. J'ai vu, grâce à elles, se dénouer des situations vraiment difficiles où l'intervention chirurgicale ne pouvait être de mise. Entre les crises il n'est plus question de douleur, mais il peut y avoir gêne dans la miction. Faites en sorte que les causes qui la provoquent soient écartées et que la miction se passe sans difficultés sérieuses et sans retards trop prolongés.

Les moyens que nous venons de passer en revue agissent contre la congestion et la douleur; ceux dont il nous reste à parler ont une action à la fois plus décisive et plus certaine, car ils s'adressent à la cause.

Il est des cas où ils ne sauraient être qu'opératoires. C'est ainsi que le broiement ou l'extraction des calculs de la vessie, l'enlèvement des calculs du rein mettent d'une façon certaine et définitive terme aux hématuries que provoquaient ces corps étrangers. De même l'ablation d'un néoplasme rénal ou d'un néoplasme vésical fait cesser toute hématurie. Pour la vessie l'on est vraiment frappé de la transformation immédiate des urines et, si la tumeur a été enlevée complètement ou même presque entièrement, il n'est même pas besoin de maintenir la vessie ouverte pour obtenir la cessation immédiate de l'hémorragie. C'est un des résultats les plus satisfaisants et des plus certains qu'il vous sera donné d'obtenir.

Mais il est bien des circonstances où vous pourrez également arriver à faire cesser des hématuries importantes si vous vous attaquez nettement à la cause qui les provoque. C'est ainsi que, dans les saignements prostatiques spontanés ou traumatiques, la sonde à demeure vous permet de vous rendre maîtres de l'accident; dans les rétentions qui font saigner la vessie, une évacuation méthodiquement dirigée aboutit au même résultat. Dans les cystites vous obtiendrez aussi des effets rapides et vraiment remarquables, si vous savez combattre énergiquement l'inflammation de la muqueuse. A cet égard, le nitrate d'argent est un moyen particulièrement précieux. Certes le sel lunaire n'a aucune action hémostatique propre, mais il modifie merveilleusement certaines inflammations de la vessie et

devient par cela même le véritable agent d'arrêt de l'hémorrhagie. C'est en particulier dans les cystites blennorrhagiques aiguës que vous trouverez à l'utiliser; je l'ai employé bien des fois avec grand succès dans la cystite des néoplasiques.

Chose fort curieuse, le nitrate d'argent employé dans les cas où il n'y a pas de cystite, où la congestion seule fait les frais de l'hématurie n'a aucune efficacité. Il est même nuisible, car il n'a d'autre effet que d'exciter les contractions de la vessie. Y a-t-il inflammation, il agit sur elle et devient hémostatique. Je l'ai plusieurs fois éprouvé. Il faut cependant savoir que, dans l'hématurie qui accompagne la cystite tuberculeuse, il est au contraire nuisible et franchement hémorrhagique.

Il est essentiel de l'employer sous forme d'instillations et non en lavages; les effets sont fort différents. Sans entrer dans la discussion ni dans le détail, je me contente de dire que les instillations doivent être abondantes, quarante à cinquante gouttes, versées goutte à goutte en vessie vide, dosées de 2 à 5 0/0 et renouvelées tous les deux jours, dans quelques cas tous les jours. Les calmants rectaux ou hypodermiques peuvent être en même temps utilisés.

Nous n'avons pas, vous le voyez, jusqu'à présent donné place aux médicaments. Ils ne peuvent, en effet, prétendre qu'au rang modeste que nous leur assignons en terminant. C'est, je n'hésite pas à le déclarer, une faute grave que de leur accorder la prépondérance, de s'en remettre à eux, et rien qu'à eux, pour traiter les hématuries.

Ils ont cependant une incontestable utilité. Les boissons abondantes sont toujours favorables. Je vous le faisais remarquer dès le début de notre étude de l'hématurie: le sang se dilue facilement. Il faut profiter de cette propriété et s'opposer, par sa large dilution, à sa coagulation. La formation de caillots a, vous l'avez vu, le double inconvénient de rendre la miction difficile et d'obliger à des manœuvres instrumentales. Dans votre médication, ayez pour objectif et d'en empêcher la formation et de ne rien faire qui la favorise.

C'est à quoi l'on arrive cependant en employant des lavages coagulants. Ces lavages, qui sont hémostatiques lorsque vous en usez sur des surfaces libres et aux doses voulues, n'ont dans la vessie d'autres effets que de faire des coagulations difficiles

à expulser et de déterminer de vives douleurs. Ils vont donc à l'encontre des indications, car ils favorisent par leurs effets empêchants et douloureux la continuation de l'hémorrhagie.

Si vous avez besoin de diluer par des lavages, recourez à des liquides aseptiques et incapables d'exciter la vessie. L'eau bouillie en première ligne, et également en premier rang, les solutions d'acide borique. Ni l'une ni l'autre ne sont pourvues de vertus hémostatiques, et cependant de l'une et de l'autre vous obtiendrez de bons résultats, si vous en usez à propos. Les lavages n'entrent pas, en effet, dans la thérapeutique habituelle des hématuries. Mieux vaut s'abstenir en principe des excitations qu'ils peuvent provoquer; mais ils deviennent indispensables toutes les fois que les indications de la dilution et de l'évacuation se présentent.

Après cette digression à laquelle nous a amené l'efficacité de la dilution des urines chez les hématuriques, reprenons l'étude des médicaments qui peuvent leur être utiles. Ils sont de deux espèces: les hémostatiques et les reconstituants; ceux qui prétendent arrêter le sang et ceux qui, à plus juste titre, ont pouvoir réel d'aider la reconstitution des globules.

Parmi les premiers, l'expérience me permet de placer en première ligne l'essence de térébenthine et les boissons ou médicaments qui contiennent des principes térébenthinés, tels que l'eau de Léchelle par exemple; leurs effets n'ont cependant rien de certain. La poudre de quinquina et le tannin m'ont paru aussi fournir quelques résultats; l'antipyrine a réussi à quelques-uns de mes malades à titre antidouleur et peut-être hémostatique. Les acides végétaux et minéraux, la limonade sulfurique, en particulier, trouvent aussi leur place dans les prescriptions utiles. Le perchlorure de fer est encore un des médicaments auxquels il convient d'avoir recours. Mais on s'illusionnerait en comptant sur son pouvoir hémostatique, tandis que l'on trouve dans cette préparation ferrugineuse un bon médicament de réparation. C'est aussi à ce titre que le quinquina en poudre doit être recommandé: à la dose de 2 à 4 grammes par jour il m'a donné maintes fois des succès ou, tout au moins, ai-je observé, peut-être comme coïncidence, la suspension souvent prolongée des pertes de sang.

Je ne voudrais pas terminer ces indications générales du