

dans les recrudescences de néphrites chroniques ; on les observe constamment dans les exacerbations de la première période des néphrites aiguës. On trouve encore, par l'examen histologique, des globules rouges et des globules blancs ; mais ces derniers éléments sont toujours peu nombreux.

Dans les cystites et les pyélonéphrites, il est au contraire exceptionnel, même dans les formes les plus légères de ces affections, de ne pas trouver un assez grand nombre de cellules lymphatiques formant un léger dépôt à la partie inférieure du liquide et disposées en amas nombreux dans le champ microscopique. Si l'examen chimique de l'urine révèle des traces d'albumine, on est certainement en présence d'une inflammation catarrhale des voies d'excrétion ; si l'albumine se trouve dans le liquide en quantité notable, le diagnostic de néphrite s'impose.

Lorsque les urines légèrement teintées sont troubles dans toute leur masse, ou nettement enfumées avec l'aspect bouillon de bœuf, toutes les probabilités sont en faveur d'une lésion rénale. Les urines de la cystite et de la pyélonéphrite, quelque intime que soit le mélange du sang et de l'urine, n'offrent que bien rarement cet aspect. Elles s'éclaircissent toujours par le repos et laissent beaucoup plus facilement passer la lumière ; les urines des néphrites ne recouvrent jamais leur complète transparence.

Sans exagérer l'importance de l'examen direct des urines hématuriques, on jugera sans doute, d'après cet exposé sommaire, que les notions qu'il nous apporte ne sont point négligeables. Sans doute, il est exact de dire que le mélange de sang et d'urine n'a par lui-même aucune valeur, mais si l'on tient compte des caractères du dépôt, des variétés d'aspect que présente le mélange de sang et de pus, de la consistance, de la coloration et de la forme des caillots, enfin, dans les cas douteux où il n'existe pas de dépôt, des éléments de diagnostic fournis par le microscope et de la recherche de l'albumine, on reconnaîtra qu'avant tout interrogatoire du malade, cet examen est déjà de quelque utilité.

FORMES CLINIQUES DE L'HÉMATURIE

A propos des formes cliniques de l'hématurie, nous devons étudier successivement :

- A. Les hématuries *traumatiques* comprenant :
 - 1° Les hématuries traumatiques proprement dites (accidentelles) ;
 - 2° les hématuries traumatiques par calcul ;
 - 3° les hématuries par décompression.
- B. Les hématuries *spontanées des tumeurs* du rein et de la vessie.
- C. Les hématuries *liées aux inflammations*.
 - 1° Les hématuries liées aux cystites ;
 - 2° les hématuries dans les néphrites.
- D. Les hématuries diverses.

A. — HÉMATURIES TRAUMATIQUES

1° HÉMATURIES TRAUMATIQUES PROPREMENT DITES

L'hématurie doit être distinguée de l'*urétrorragie*. Encore faut-il ajouter que l'hémorragie de l'urètre ne se distingue de l'hématurie que lorsqu'elle

prend son origine dans la partie antérieure du conduit. Elle se produit à la suite d'une chute, d'un traumatisme portant sur l'urètre antérieur, d'une rupture consécutive à un coït douloureux, d'une chaudepisse cordée, d'une urétrotomie. Dans toutes ces circonstances, le sang coule plus ou moins abondamment, mais d'une façon continue, souvent goutte à goutte, presque à l'insu du malade. Cet écoulement sanguin n'est pas accompagné de besoin d'uriner.

Il en est ainsi pour toutes les hémorragies qui ont lieu en avant du muscle de Wilson. Cet écoulement de sang peut durer plusieurs heures et se tarir complètement. Quand le trauma est simple, l'hémorragie ne persiste pas. S'il existe une blennorragie, il peut y avoir récurrence sous l'influence des érections nocturnes. Si dans le cours d'une lésion de l'urètre antérieur le malade vient à uriner, la première partie du jet est seule modifiée, dès le milieu de la miction et, à la fin, l'urine présente ses caractères normaux.

Il en est tout autrement pour les ruptures portant sur l'*urètre postérieur*, de même que pour toutes les lésions de cet organe consécutives aux explorations, aux déchirures produites par les corps étrangers et les calculs. L'hémorragie qui se produit dans ces conditions prend les caractères de l'hématurie vésicale. Le sang, à peine épanché, rencontre en avant la barrière du muscle de Wilson, reflue dans la vessie qu'il remplit plus ou moins complètement, en même temps que les envies d'uriner se font sentir. L'urine, suivant l'abondance du sang mélangé, est rendue plus ou moins rouge et plus ou moins chargée de caillots. Si l'urètre continue à saigner, la fin de la miction contient du sang plus rouge qu'au début.

Mais, habituellement, ces hémorragies de la région postérieure du canal, surtout quand elles sont dues à une irritation de la prostate par un cathétérisme évacuateur, n'ont pas de tendance à durer. Elles disparaissent d'elles-mêmes si les malades prennent quelques précautions ou quelque repos. Ces hémorragies traumatiques n'ont donc pas de valeur pronostique sérieuse, on sait qu'à l'état normal la prostate et la vessie saignent facilement ; toute hémorragie qui survient, au contraire, sans cause appréciable et qui se renouvelle pendant plusieurs jours doit être considérée comme suspecte.

Lorsqu'un traumatisme est assez violent pour déterminer des lésions profondes de la vessie ou une contusion du rein suivie de déchirure, l'hématurie consécutive est toujours abondante, mais cliniquement elle disparaît au milieu des autres symptômes qui accompagnent ces graves désordres.

2° HÉMATURIES TRAUMATIQUES PAR CALCUL

Certaines hémorragies sont franchement traumatiques d'origine, alors qu'elles pourraient paraître spontanées.

On voit fréquemment des individus en pleine santé qui, à la suite d'une chute, de fatigues, de marches forcées, d'une partie de chasse, d'une promenade à cheval ou en voiture, ressentent, au bout de la verge, un peu de chatouillement ou une véritable cuisson, et émettent une urine très sanglante, si même le sang n'est pas absolument pur. Une hématurie survenue dans ces conditions reconnaît presque toujours comme origine la *présence d'un calcul vésical*, dont le brusque déplacement dans la vessie, sous l'influence des causes énumérées

ci-dessus, occasionne la congestion vésicale et l'exsudation sanguine par frottement.

Une première hématurie surprend toujours les calculeux, mais, si l'écoulement du sang se reproduit, la cause ne leur échappe pas. Ils remarquent qu'ils peuvent impunément faire des promenades à pied sans souffrir ni pisser de sang, alors que le transport en voiture, toujours pénible, donne souvent lieu à des douleurs violentes et provoque l'hématurie. La voiture à deux roues est plus mal supportée que la voiture à quatre roues; le voyage en chemin de fer est généralement bien toléré, et, dans les voitures à quatre roues comme les omnibus, ce sont les places les plus élevées, où les trépidations et les cahots se font le moins sentir, que les malades préfèrent.

Les exceptions à cette règle sont rares; on a vu des malades qui n'avaient jamais senti la moindre gêne de leurs calculs, d'autres que la voiture ne fatiguait pas et chez lesquels une marche plus longue que d'habitude était suivie d'écoulement de sang. En somme, le mécanisme de l'hématurie est toujours le même, c'est la locomotion de la pierre dans la vessie qui la détermine.

Il est rare que chez les calculeux l'urine se colore au moment même de la miction. Lorsque la miction est sur le point de se terminer, les dernières gouttes d'urine sont quelquefois légèrement teintées; une quantité de sang plus abondante communique à l'urine une coloration rouge qui s'étend à toute la masse. Certains malades peuvent exagérer l'écoulement du sang par une contraction énergique de la vessie au moment de la sortie des dernières gouttes.

Les hématuries des calculeux comme les hématuries traumatiques en général se suppriment par le repos. Au bout de dix à douze heures, les urines ont repris leur coloration normale, plus rarement le suintement de sang persiste pendant dix-huit à vingt-quatre heures. Le repos est pour cette variété d'hémorragie un procédé de diagnostic infaillible en même temps que le meilleur mode de traitement. On rencontre des malades au courant de ces alternatives présentées par les urines sous l'influence du mouvement, de la fatigue et du repos, et qui, renseignés sur le peu de gravité de l'hématurie dans ces conditions, peuvent la reproduire à volonté. Cette expérience démontre d'une façon absolue le mécanisme de l'hémorragie et la présence d'un calcul.

Il est des calculeux qui saignent très abondamment. Ce fait, d'après Guyon, s'observe surtout chez des malades dont la muqueuse vésicale est altérée et continue à saigner au contact de calculs même minimes après ou avant la lithotritie; mais il y a plus, la vessie normale peut saigner sans que le calcul soit déplacé. C'est que dans certains cas il détermine la fluxion de la muqueuse par simple « action de présence ».

L'émission de sang par calcul rénal se différenciera toujours des hématuries précédentes par l'existence antérieure de la colique néphrétique et l'issue de calculs peu volumineux ronds et lisses. Il faut en excepter, bien entendu, les calculs d'oxalate de chaux presque toujours rugueux et mûriformes. Les hématuries rénales, dues à la présence des calculs dans le bassinnet, sont souvent la conséquence d'une exploration médicale alors que le diagnostic est

(1) F. GUYON. Les conditions suivant lesquelles se produisent les hématuries vésicales et les hématuries rénales. *Ann. des mal. des org. gén. ur.*, 1897.

encore indécis; une chute, un coup violent porté sur la région lombaire, peuvent occasionner l'issue du sang à travers les voies d'excrétion. Ces hématuries, assez rares quand le bassinnet est libre, sont facilement provoquées lorsque le trauma vient à porter sur une muqueuse friable. Les petits calculs d'oxalate de chaux déterminent, suivant Lecorché, des hématuries rénales à retours paroxystiques.

Les calculs rénaux peuvent déterminer l'hématurie par leur présence seule sans trauma proprement dit (Guyon). C'est un point des plus importants à signaler; on sait en effet aujourd'hui que l'hématurie prémonitoire des accès de colique néphrétique est commune. Elle n'est, à l'exemple des hématuries congestives, nullement influencée par le repos; généralement peu abondante, elle prend parfois une véritable importance par la quantité de sang expulsé, la durée de l'écoulement et la répétition des hématuries. Guyon cite entre autres le fait d'un malade qui eut des hématuries graves durant plusieurs semaines. Elles cessèrent brusquement après l'expulsion de calculs uriques de la grosseur de petits pois et ne se reproduisirent jamais par la suite.

La congestion rénale peut devenir assez intense pour être hémorragique sans qu'une lésion volumineuse la sollicite (Guyon). On peut ainsi voir le rein saigner abondamment, soit par le fait de fins tubercules, soit dans le cours d'une néphrite, soit même dans l'évolution d'une grossesse (Guyon, Champetier de Ribes, Fridondani cité par Bar).

5° HÉMATURIES TRAUMATIQUES PAR DÉCOMPRESSION

Il est une autre variété d'hématurie que l'on peut considérer comme traumatique ou purement mécanique, et que l'on observe dans les rétentions d'urine. Guyon en a fait une étude très complète. Son intérêt pratique est considérable puisque, dans une certaine mesure, le médecin peut l'empêcher ou que, plus exactement, par une manœuvre inhabile, il peut en être l'auteur inconscient. Ces hématuries s'observent chez des malades âgés présentant une hypertrophie prostatique ancienne et une rétention d'urine qui s'installe insidieusement.

L'urine s'échappant goutte à goutte et par regorgement, les malades ne se préoccupent en général de leur rétention que s'ils éprouvent des troubles digestifs graves ou des douleurs dans le bas-ventre avec besoin pressant d'uriner.

A l'époque où ils se décident à demander conseil, leur vessie peut dépasser l'ombilic. Si, en pareille circonstance, pour les soulager plus vite, on emploie une sonde de gros calibre et que l'on pratique une évacuation trop précipitée, on peut voir survenir des hématuries immédiates très abondantes et des cystites consécutives rebelles.

C'est bien là un type d'hématurie par décompression, et, fait intéressant sur lequel Guyon insiste, les changements d'équilibre survenus sous l'influence de cette évacuation peuvent être tels, que des hémorragies se produisent dans le bassinnet et qu'une poussée congestive violente compromet le fonctionnement des reins antérieurement malades. Dans les rétentions les plus anciennes, on a observé non seulement l'hématurie, mais de vrais décollements de la muqueuse.

D'après ces indications, le mode opératoire s'impose, l'évacuation de la vessie

devra être pratiquée avec prudence, elle sera faite en plusieurs fois et en plusieurs jours, le malade sera sondé dans la position horizontale, jamais debout; on remplacera au besoin une partie du liquide évacué par une certaine quantité d'une solution aseptique.

Les conditions mécaniques de ces hémorragies étant le degré de la distension, et surtout la durée de cette distension, il en résulte que, pour éviter ces inconvénients autant que pour soulager les malades, l'évacuation complète sera indiquée dans les cas récents de *rétenion d'urine*.

B. — HÉMATURIES SPONTANÉES — HÉMATURIES DES TUMEURS DU REIN
ET DE LA VESSIE

A côté des hématuries provoquées par un traumatisme direct, il est instructif de placer une variété fort importante d'urines sanglantes, dont les caractères les plus saillants sont : 1° d'être, comme les premières, constituées par du sang pur; 2° d'apparaître et de cesser sans cause appréciable.

Elles appartiennent aux affections organiques et aux tumeurs du rein et de la vessie: papillomes, sarcomes, cancers.

Les hématuries manquent rarement dans *les tumeurs de la vessie*. Cependant, Ashurst a signalé quelques observations où cette absence était notée. Les hématuries apparaissent quelquefois tardivement, dans la plupart des cas elles sont précoces (Guyon). Pendant une longue période, elles constituent souvent le seul symptôme des tumeurs de la vessie, se produisant en dehors de toute cause appréciable, disparaissant dans les circonstances qui sembleraient favoriser leur aggravation et malgré les exercices les plus violents. Cependant, en pareil cas, le cathétérisme est toujours dangereux; en effet, si quelque doute subsiste sur l'origine d'une hématurie, et qu'une sonde soit introduite, même avec les plus grands ménagements, des hémorragies considérables peuvent en résulter.

Ces hématuries ne s'accompagnent d'aucune sensation douloureuse du côté de la vessie, à moins, fait rare, qu'il y ait complication de cystite ou que la vessie soit remplie de caillots; les mictions sont alors fréquentes et pénibles. Au début, les hématuries ne surviennent qu'à de longs intervalles, on observe même entre elles de grandes différences d'une miction à l'autre; bien plus, dans le cours de la même émission d'urine, l'écoulement du sang peut se supprimer tout à coup. Les mictions suivantes sont souvent incolores.

Quand il y a *peu de sang*, c'est généralement vers la fin de la miction qu'il apparaît; si les urines sont franchement sanglantes, les dernières gouttes seules sont constituées par du sang pur. S'il n'existe pas en même temps de symptômes de cystite du col, aucune hésitation n'est possible sur la présence d'une tumeur vésicale. Ce caractère sanguinolent des urines à la fin des mictions prend une grande valeur dans le diagnostic des tumeurs du rein et de la vessie.

Nous avons indiqué plus haut les teintes variées des urines sanglantes; tantôt elles offrent l'aspect rutilant des exsudations récentes, par exception la teinte marc de café du sang retenu dans la vessie. Quand une hémorragie abondante se produit et n'est pas immédiatement évacuée, le sang se coagule en gros caillots dont nous avons étudié les variétés d'aspect et qui peuvent en s'engageant dans le col vésical interrompre l'issue du liquide dont l'accumulation

provoque des envies fréquentes d'uriner et des douleurs parfois assez vives. L'obstruction peut nécessiter l'évacuation de la vessie par aspiration; ce mode opératoire est généralement exempt de tout danger. D'ailleurs la formation de caillots aussi abondants est exceptionnelle, ils se dissolvent souvent d'eux-mêmes et franchissent facilement l'urètre.

Les hématuries, espacées dans les premières périodes du mal, se rapprochent à mesure que la maladie fait des progrès; elles deviennent continues pendant des jours et des semaines; la perte de sang qui en résulte est parfois considérable. Au bout de plusieurs mois l'anémie peut être assez prononcée pour qu'il y ait contre-indication opératoire.

Il est rare que les hématuries des tumeurs vésicales, celles du cancer de la vessie en particulier, se suppriment pendant des mois et des années. Guyon cite cependant une observation où l'hématurie mit trois ans à se reproduire.

Si la *répétition* des hématuries et leur *rapprochement* sont des signes diagnostiques d'une grande valeur qui permettent d'éliminer l'existence d'une tumeur rénale, ils ne signifient pas que la tumeur de la vessie soit de mauvaise nature. Guyon signale le cas d'un *papillome* datant de dix ans qui avait donné lieu pendant toute cette période à des hémorragies répétées et graves. Il guérit par l'opération. Virchow avait déjà indiqué la gravité des hémorragies provoquées par les papillomes.

D'après ces exemples, on voit que l'hématurie résulte d'*ictus congestifs* avec effraction des vaisseaux. La partie saillante et libre des franges de la tumeur dans une cavité où la pression se modifie incessamment est en effet exposée à se rompre, bien que, ni la marche, ni la fatigue, ni les chutes, ni le repos, ni le traitement ne modifient en quoi que ce soit le retour des hématuries une fois qu'elles sont installées. En tout cas, les papillomes de la vessie sont rarement ulcérés, c'est donc bien à leur congestion intense qu'est dû l'éclatement des vaisseaux. Ce mécanisme indiqué, on ne s'étonnera pas de voir une hématurie abondante produite par une tumeur de faible dimension. Le palper hypogastrique joint au toucher rectal permettra d'en reconnaître les dimensions et surtout le siège.

Quand l'hématurie a pris fin, le néoplasme présente à l'examen endoscopique une pâleur et une blancheur remarquables. Il est à peu près impossible à ce moment de le faire saigner (Guyon). Pour que l'hémorragie se reproduise, il faut toujours compter quelques heures au moins. Par contre, les tumeurs ulcérées ainsi que les ulcérations saignent au moindre contact et ne laissent plus exsuder de sang que lorsque l'instrument est retiré de la vessie et que celle-ci est lavée.

Les hématuries dépendant d'une *tumeur du rein* présentent des caractères qui permettent souvent de les différencier des hématuries vésicales. Ces hémorragies sont assez fréquentes au début de la maladie, mais presque toujours de courte durée; au lieu de se rapprocher, elles s'espacent et finissent quelquefois par disparaître.

Des observations nombreuses établissent qu'il peut y avoir entre deux hématuries un laps de temps considérable de quatre ans, de six ans (Guyon). Ce signe est d'ailleurs moins souvent observé dans les tumeurs du rein que dans celles de la vessie. Non seulement l'hématurie est plus courte, se reproduisant en général pendant deux ou trois jours seulement pour se suspendre, mais

souvent aussi elle est *unique* et du matin au soir, les urines sont redevenues complètement limpides.

Au moment où l'hémorragie se produit, le sang conserve *la même teinte* du commencement à la fin de la miction, les dernières gouttes d'urine sont souvent beaucoup moins teintées ou absolument incolores, car souvent elles ne proviennent que du rein normal.

Cette suppression dans l'écoulement des urines du côté malade est presque toujours l'indice d'une obstruction momentanée de l'uretère.

Quant aux caractères objectifs de l'hémorragie en elle-même, nous avons vu qu'on n'en pouvait rien conclure de précis, sauf dans deux circonstances assez rares, 1^o lorsque le dépôt contenait des fragments papillomateux caractéristiques d'une tumeur de la vessie, 2^o dans les cas où les caillots avaient la forme allongée lombricoïde indiquant leur formation dans l'uretère.

L'anatomie rend compte du caractère précoce des hématuries par tumeur rénale et de leur disparition à mesure que la maladie progresse, en faisant voir que les bourgeons cancéreux font au début saillie dans le bassin et que plus tard celui-ci s'oblitére ou se rétrécit et ne reste en communication ni avec l'infundibulum, ni avec le rein.

Les hémorragies des néoplasmes ne sont pas les seules à se produire en dehors de toute provocation par un trauma, une fatigue, ou une marche forcée. On rencontre aussi dans le cours de la *tuberculose vésicale*, principalement dans ses premières périodes, des urines sanglantes qui présentent ces caractères. Ici, comme dans les néoplasmes, l'hématurie peut se produire sans ulcération; elle manque souvent au contraire lorsque les ulcérations se développent.

D'une façon habituelle l'hématurie de la tuberculose vésicale est prodromique, prémonitoire et non contemporaine des ulcérations. Ces exsudations sanguines sont par conséquent d'ordre congestif. Mais elles sont presque toujours peu abondantes, se répètent de loin en loin et diffèrent par conséquent des fortes hémorragies dues aux néoplasmes de la vessie et du rein, des premières surtout, dont le nombre et la gravité vont en augmentant.

Elles se rapprochent davantage des petites hématuries observées dans certaines observations de papillome vésical et de cancer du rein. La recherche du ballonnement rénal, du varicocèle symptomatique seront, dans ces cas douteux, d'un grand secours. On y joindra la recherche du bacille soit directement, soit par inoculation expérimentale. Suivant que l'un ou l'autre de ces signes sera positif, on conclura à l'existence d'un cancer du rein, d'une tuberculose de la vessie ou d'un simple papillome.

C. — HÉMATURIES LIÉES AUX INFLAMMATIONS

1^o DES HÉMATURIES DANS LES CYSTITES

Nous venons d'étudier toute une classe d'hématuries dont le caractère principal est de se produire presque spontanément, et de résister aux traitements les plus variés, au repos ainsi qu'à la fatigue. Elles se distinguent de la plupart des hématuries, soit par leur abondance, soit parce que pour en découvrir la cause, il faut procéder à une enquête minutieuse.

Dans les hématuries qu'il nous reste à étudier, et principalement dans celles qui accompagnent les *cystites*, l'attention est presque toujours attirée du côté de l'organe malade par des signes non équivoques permettant de donner une grande précision au diagnostic.

La *cystite tuberculeuse* dans ses premières périodes fait exception à cette règle, elle s'installe sournoisement, donnant lieu à des hématuries passagères non douloureuses et que rien n'explique. Ce sont à proprement parler des *hémoptysies vésicales* (Guyon). Par certains côtés elles se rapprochent des précédentes, puisque les urines apparaissent également colorées du commencement à la fin des mictions, le sang n'apparaissant pas plus rouge au moment de l'émission des dernières gouttes et jamais lorsque la miction est terminée.

Ces hématuries offrent cependant d'autres caractères qui rappellent leur origine vésicale; les mictions sont souvent plus fréquentes. A mesure que la cystite devient manifeste, pendant la période ulcéreuse en particulier, les hémorragies disparaissent ou diminuent, tandis que celles des tumeurs vésicales se reproduisent et vont en augmentant lorsque la maladie touche à son terme.

Ces hématuries sont rarement provoquées par les mouvements comme celles des calculeux. Leur diagnostic est en général très facile, car non seulement il existe des signes manifestes et fréquents de tuberculose génitale, prostatique pulmonaire ou autre, mais lorsque les hématuries se produisent, on se trouve dans les meilleures conditions pour la recherche des bacilles.

Dans la plupart des *cystites* aiguës ou chroniques, du *col* et du *corps*, intenses ou localisées, de même que dans la *blennorragie*, les hématuries se répètent sans cause appréciable, bien que nettement en rapport avec la maladie de vessie. La fatigue et les écarts de régime qui ont tant d'influence sur les recrudescences de l'inflammation vésicale n'ont pas d'action certaine sur la production des hémorragies. Contrairement aux hématuries des calculeux, le *repos* n'abrège pas leur durée, quelquefois même la situation horizontale ainsi que le séjour au lit paraissent favoriser leur reproduction en entretenant l'état congestif de la muqueuse.

Dans la *cystite du col*, une douleur excessivement vive accompagne le début et surtout la fin de la miction; elle s'irradie du côté du périnée et de l'anus, en provoquant des spasmes et des épreintes des plus pénibles. Le spasme le plus douloureux est incapable par lui-même de donner lieu à un écoulement de sang. Pour que l'hématurie se produise, il faut que la muqueuse soit dans un état d'hyperémie intense. Au moment où le spasme est à son paroxysme, le sang se trouve alors exprimé par la contraction violente de la vessie et apparaît dans les dernières gouttes d'urine. Ce mécanisme explique la rareté des hémorragies d'une certaine importance; elles ne peuvent être que passagères. Le plus souvent, ainsi que nous venons de le dire, l'exhalation sanguine se réduit à une minime quantité de sang non mélangée à l'urine pendant la dernière partie de la miction, tachant plus ou moins les produits de sécrétion du col.

Dans la *cystite blennorragique* du col compliquée d'hématurie, si l'on prend la précaution de recevoir l'urine dans trois verres, on trouvera dans le premier du pus et quelquefois un caillot filiforme, dans le second une urine sanguinolente, dans le dernier du sang presque pur, ou des gouttes d'urine très colorées.

Dans la *cystite du corps*, la douleur est plutôt hypogastrique et le sang se trouve mélangé à l'urine.