

CHAPITRE TROISIÈME.

TUBERCULOSE DE L'APPAREIL UROGÉNITAL.

Étiologie et anatomie pathologique. Il n'est pas surprenant qu'étant donnée l'imprégnation du corps par divers processus tuberculeux, les bacilles de la tuberculose puissent parvenir aux reins par le *canal de la circulation* et y provoquer une éruption de tubercules. En conséquence, on trouve assez fréquemment dans le rein de malades souffrant de tuberculose miliaire aiguë, de tuberculose pulmonaire, etc., des *tubercules miliaires* isolés ou en nombre plus ou moins considérable, disséminés par toute l'étendue du rein, ou n'occupant que la zone de distribution d'une seule branche artérielle.

Si la *tuberculose miliaire* limitée au rein est sans expression clinique, il y a pourtant une *tuberculose locale du rein* ainsi que des voies urinaires et des parties génitales, qui affecte une certaine *étendue*. Ce genre d'affection se déclare souvent à titre de conséquence d'une tuberculose prononcée et préexistante d'autres organes, principalement des poumons, ou bien elle se montre comme maladie autonome en apparence, qu'on désigne du nom de *tuberculose uro-génitale*. Il semble que dans ce cas l'infection ait aussi lieu par l'intermédiaire du courant sanguin, étant admis qu'auparavant il y avait quelque part dans l'économie, peut-être dans un endroit caché, des foyers tuberculeux (ganglions, affection tuberculeuse des os), mais en d'autres circonstances il s'agit selon toute probabilité d'une contamination qui s'est opérée du dehors par des bacilles qui ont cheminé le long des voies urinaires. Dans ces conditions, l'endroit où la manifestation anatomique du poison tuberculeux s'est faite tout d'abord, n'est pas toujours le même. Tantôt c'est le rein qui en apparence est atteint le premier, d'autres fois c'est la vessie urinaire, assez souvent, semble-t-il, c'est la *prostate*, parfois encore ce sont les *vésicules séminales* ou les *testicules*. A partir du point primitivement frappé, le processus se propage aux organes du voisinage, soit par continuité, soit par bonds. Ces cas viennent-ils à être examinés sur la table de l'amphithéâtre, la tuberculose est quelquefois si étendue qu'il n'y a pas moyen de déterminer la place fixe par où la maladie a débuté. Chez la *femme*, l'*appareil urinaire* est rarement affecté de tuberculose, tandis que la tuberculose utérine et ovarienne constitue, au point de vue clinique, une localisation du poison tuberculeux qui n'est pas sans importance (v. T. I).

Dans le *rein*, l'*infiltration tuberculeuse* choisit tantôt pour siège le bassinnet, tantôt la substance rénale même. Il s'y forme des foyers caséux jaunes

qui finissent par se désagréger et donner lieu à une véritable *phthisie rénale*. D'ordinaire ce sont les papilles rénales infiltrées qui se fondent les premières, et transforment le bassinnet tout entier en une surface ulcéreuse couverte de tissu mortifié et de débris caséux. Dans les cas les plus prononcés, le rein est presque détruit en totalité. Le processus est le plus souvent bilatéral, mais plus avancé d'un côté que de l'autre.

Si le processus se transmet à l'*uretère*, la paroi de celui-ci est également infiltrée de tubercules et partant épaissie, tandis que la muqueuse est convertie, dans une grande étendue, en une surface ulcéreuse nécrosée. Des états analogues s'observent dans la *vessie* et même dans le canal de l'*urèthre*, tandis que dans la *prostate*, les *vésicules séminales* et les *testicules*, il se forme plutôt des foyers caséux qui conduisent moins souvent à la destruction et à la perforation de ces organes.

Symptômes cliniques. Le tableau morbide de la tuberculose urogénitale reproduit dans la plupart de ses particularités celui d'une pyélocystite chronique grave. Les *phénomènes locaux* éventuels consistent en douleurs dans la région du rein et de la vessie. Ces douleurs peuvent quelquefois prendre une grande intensité et ressembler à des coliques, quand des masses grumeleuses détachées viennent momentanément boucher un des uretères. Dans d'autres circonstances, ces douleurs sont peu marquées pendant toute la durée de la maladie.

C'est l'*urine* qui présente les changements les plus importants. Elle abandonne presque invariablement un abondant dépôt de *corpuscules de pus* et de *détritus*. Sa *quantité* reste normale pendant longtemps, elle est *faiblement acide* aux *réactifs*, mais elle peut aussi dans les cas graves devenir *alcaline* (fermentation alcaline complicante). Un signe diagnostique précieux, c'est la présence parfois constatable dans l'urine de *lambeaux de tissu* (fibres élastiques et tissu connectif) qui dénotent incontestablement l'existence d'un processus ulcéreux. Cependant la *démonstration de bacilles tuberculeux dans le dépôt purulent de l'urine* (ROSENSTEIN et divers) est beaucoup plus importante. Elle se fait d'après la même méthode que celle des crachats, réussit presque toujours, et constitue un signe infaillible et péremptoire pour le diagnostic. Du *sang* peut aussi venir *se mêler* à l'urine dans la tuberculose urogénitale, mais il fait aussi fréquemment défaut. Dans une observation qui nous est personnelle, une hématurie légère était le premier symptôme qui attira l'attention du malade sur son affection vésicale.

L'*examen local objectif* des reins donne le plus souvent un résultat négatif. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on réussit à palper le rein malade à travers les parois abdominales, à l'état de tumeur, laquelle dépend d'ordinaire moins

de l'infiltration tuberculeuse que de la *dilatation hydronéphrosique* du bassin. Parfois encore on peut *sentir* les parois épaissies de la *vessie urinaire*. L'exploration locale de la *prostate* et des *testicules* a beaucoup plus d'importance diagnostique. On découvre notamment dans ces derniers des *indurations* siégeant de préférence à l'épididyme et correspondant aux infiltrations tuberculeuses, en même temps qu'on constate facilement l'induration et le gonflement de la prostate par le palper rectal.

Parmi les *symptômes généraux*, signalons en première ligne la *fièvre* qui manque rarement et a d'ordinaire un caractère hectique nettement rémittent. Les autres symptômes généraux sont les mêmes que dans la plupart des affections tuberculeuses : *anémie*, *amaigrissement*, *anorexie*, *affaiblissement progressif*, etc. — Il faut tenir compte surtout de la coïncidence éventuelle d'autres *affections tuberculeuses* dans les divers organes du corps (poumons, intestins, os, etc.), lesquelles peuvent pourtant faire complètement défaut, de façon qu'on a affaire à une tuberculose génito-urinaire purement locale.

La *marche* de la maladie est fatalement envahissante. Il n'y a pas de guérison possible, au moins dans des cas quelque peu étendus. La durée de la maladie est de quelques mois jusqu'à 1 et 2 ans, rarement plus. L'*issue mortelle* est ordinairement la conséquence de la *faiblesse* grandissante, plus rarement elle a lieu au milieu des symptômes de l'*ammoniémie* ; quelquefois c'est la *tuberculose miliaire* ou quelque autre affection tuberculeuse (tuberculose pulmonaire, méningite tuberculeuse) qui met fin à l'existence.

Diagnostic. Le diagnostic de la tuberculose urogénitale ne souffre à cette heure plus grande difficulté dans les cas avancés, attendu que la découverte de bacilles tuberculeux dans une urine purulente permet de l'affirmer avec certitude. Cette découverte pourtant n'autorise pas à se prononcer sur le *degré d'extension* du processus. Pour se faire une idée de celle-ci, il faut considérer les désordres locaux et passer en revue tous les organes les uns après les autres. A l'appui du soupçon d'une affection tuberculeuse, vient d'abord l'argument fourni par l'état général et l'habitus du malade, puis l'existence d'une tare héréditaire ou un milieu propice à l'infection tuberculeuse, ensuite la présence d'autres affections tuberculeuses (surtout des testicules), la fièvre hectique et les allures traînantes de la maladie qui résiste à toute médication. Toutefois, il est de règle, en présence d'une urine constamment purulente, qui ne s'explique pas autrement, d'examiner le dépôt de pus au point de vue des bacilles tuberculeux. De cette manière on sera souvent en état de déceler les premiers débuts de cette maladie qui n'est pas tellement rare.

Traitement. Comme jusqu'à cette heure nous sommes dans l'ignorance d'un remède capable d'enrayer le processus tuberculeux, la thérapeutique n'a d'autre objet que d'améliorer, autant qu'il est en son pouvoir, l'état général du malade et en outre d'instituer une médication symptomatique locale, semblable à celle qui s'adresse à la pyélite et à la cystite communes. Les remèdes internes auxquels nous avons eu le plus souvent recours, sont le *chlorate de potasse* et la *térébenthine*, et notamment cette dernière dont nous avons quelquefois vu de bons résultats. L'usage interne de la créosote nous a parfois paru avantageux. Dans la tuberculose vésicale des lavages sont indiqués. Les testicules et les épидидymes infiltrés de tubercules peuvent être enlevés par une *opération* ; cependant il est à penser que dans ces cas d'autres parties de l'appareil génito-urinaire (prostate, etc.) sont d'ordinaire également atteintes.

CHAPITRE QUATRIÈME.

HYDRONÉPHROSE.

(Dilatation du bassin.)

Étiologie. Si en un endroit quelconque des voies urinaires se produit une coarctation qui empêche l'écoulement de l'urine, celle-ci s'accumule dans le segment du tractus urinaire situé en amont de l'obstacle et y développe peu à peu, par suite de la pression exercée par le liquide stagnant, une dilatation graduellement progressive. L'obstacle réside-t-il dans l'uretère, c'est, outre une partie de ce dernier, le bassin qui se dilate ; d'où résulte une *hydronéphrose*. Mais si la coarctation occupe l'urèthre, c'est la vessie qui s'amplifie d'abord, puis les deux uretères ; ce qui constitue à la fin une double hydronéphrose.

L'*uretère chez les adultes s'oblitère* le plus souvent par des calculs rénaux qui viennent s'y enclaver, et puis par la compression qu'il éprouve de la part de néoplasmes du voisinage (matrice, ovaires). L'utérus gravide peut aussi comprimer les uretères de manière à produire une hydronéphrose (d'ordinaire bilatérale). Ensuite des rétractions cicatricielles, des valvules et des flexions angulaires se forment quelquefois dans les uretères et constituent une barrière qui s'oppose au flot de l'urine. Enfin, en cas de carcinomes vésicaux, l'embouchure de l'uretère dans la vessie peut être rétrécie ou totalement fermée. Les *coarctations de l'urèthre* qui finissent par donner lieu à une hydronéphrose bilatérale sont le plus souvent des conséquences de rétrécissements gonorrhéiques, parfois aussi de l'engorge-

ment de la prostate. Dans des cas insolites, le phimosis préputial peut également constituer l'obstacle.

En général, on constate que les *coarctations* des voies urinaires qui se développent *lentement* et les obstructions *périodiques* de ces conduits (par des calculs), qui sont espacées par des intervalles libres, produisent des degrés plus prononcés d'hydronéphrose que les oblitérations rapides et complètes. Dans les cas de la première catégorie, la sécrétion rénale persiste beaucoup plus longtemps et est plus abondante que dans la dernière circonstance, qui occasionne ordinairement une suppression totale et prompte de la diurèse.

Il est digne de remarque que l'hydronéphrose peut être *congénitale* et dépendre d'un vice de conformation originel des uretères ou d'autres parties des voies urinaires. Dans un âge avancé, l'hydronéphrose se rencontre plus souvent chez *la femme* que chez l'homme.

Anatomie pathologique. Communément l'anatomie pathologique de l'hydronéphrose est très simple. Il s'agit d'une dilatation du bassinnet, accompagnée d'atrophie par compression de la substance rénale. Les papilles sont aplaties, les canalicules rénaux et les glomérules s'oblitérent graduellement et à la fin le rein ne forme plus qu'une poche de tissu connectif remplie de liquide. La dimension de ces sacs hydronéphrosiques peut devenir si considérable qu'ils ont une capacité de 10 à 20 litres. Au début, le contenu est naturellement constitué par de l'urine. Mais plus l'atrophie rénale progresse, plus le liquide de la poche se rapproche d'une sécrétion purement muqueuse. L'hydronéphrose ne présente de caractère inflammatoire que pour autant qu'il existait auparavant (par ex. en cas de pyélite calculeuse) ou quand des ferments phlogogènes ont pénétré dans le bassinnet par après.

Symptômes cliniques. Comme l'état morbide dans son ensemble dépend incontestablement, sous beaucoup de rapports, de la nature de la maladie fondamentale, il nous suffira de décrire les symptômes qui indiquent que l'hydronéphrose est en voie de développement. Assez fréquemment d'ailleurs l'hydronéphrose ne se traduit par aucun symptôme clinique spécial, de façon qu'on en est réduit à inférer son existence de la présence d'une des causes qui la produisent.

Le diagnostic de l'hydronéphrose ne peut s'affirmer avec certitude qu'à l'apparition d'une *tumeur* perceptible à la vue et au toucher. Cette tumeur se montre d'abord dans la région rénale intéressée, s'amplifie de plus en plus dans la direction de l'hypocondre et vers la ligne médiane du corps, et prend à la fin des dimensions énormes. La tumeur est indépendante

des mouvements respiratoires. Elle possède d'ordinaire une résistance assez considérable, quoiqu'on puisse y *percevoir* quelquefois une *fluctuation* manifeste. A la percussion, elle donne un son mat sur lequel on peut quelquefois démarquer le son tympanique fourni par l'anse du colon qui passe au devant d'elle (v. p. 574). Un caractère diagnostique important résulte des *variations alternatives de volume* que subit l'intumescence, qui diminue quand la diurèse augmente et grossit quand l'urine devient plus rare.

Dans le doute, une *ponction exploratrice* a aussi de la valeur en diagnostic. La présence dans le liquide évacué d'éléments urinaires (surtout d'urée) plaide naturellement *en faveur* d'une hydronéphrose. Mais si l'hydronéphrose existe depuis longtemps, son contenu, comme nous l'avons dit, se transforme en un liquide purement séro-muqueux où l'analyse chimique ne retrouve plus de caractères suffisants pour distinguer l'hydronéphrose d'une tumeur ovarique ou d'autres kystes rénaux. Pour ce qui concerne le procédé imaginé par SIMON, qui a aussi de l'importance, tant au point de vue palliatif qu'au point de vue du traitement, et qui consiste à dilater artificiellement le canal de l'urèthre chez la femme, puis à passer une sonde dans l'uretère pour pouvoir de cette manière établir le diagnostic, on en trouvera les détails dans les traités spéciaux de chirurgie.

La *diurèse* dans l'hydronéphrose monolatérale peut être parfaitement normale, quand le rein sain supplée le rein malade. Mais quand le canal de l'urèthre est rétréci ou que les deux uretères sont coarctés à la fois, il y a naturellement un obstacle à l'émission de l'urine qui dès lors doit être excessivement réduite. Il peut en résulter pour quelque temps une *anurie* complète et même des symptômes urémiques. La *composition de l'urine* dépend entièrement de la nature de la maladie fondamentale. Quand le rein sain fonctionne seul, l'urine évacuée est normale. S'il coexiste une pyélite ou une cystite, l'urine peut être purulente ou sanguinolente. Si à certains moments elle s'écoule du rein malade et à d'autres moments pas, elle présente, comme nous l'avons dit (p. 594), des alternatives correspondantes de composition.

L'hydronéphrose donne fréquemment lieu à des *malaises locaux* considérables. La tumeur devient quelquefois le siège de *douleurs* violentes qui s'irradient surtout du côté de la cuisse. Il est vrai que ces phénomènes locaux ne sont parfois que de faible intensité. — En ce qui concerne les symptômes de la part d'autres organes, on constate le plus souvent des *troubles gastriques*, un état nauséux, de l'anorexie, des vomissements, des

réurgitations. Les *selles* sont quelquefois en retard, et il peut exister des diarrhées opiniâtres.

La *marche* de la maladie est toujours chronique. Il y a parfois des oscillations dans son cours; cependant il n'y a pas moyen de tirer de là des inductions d'application générale, puisque les cas diffèrent trop entre eux, en raison de la nature de la maladie fondamentale. La plupart des hydronéphroses finissent par la mort, soit à cause de l'affection fondamentale, soit par suite des inflammations pyélonéphritiques et périnéphritiques consécutives, de l'urémie, etc. La *guérison* a lieu dans des cas rares, notamment quand l'un des reins est entièrement intact et que la maladie fondamentale n'est pas incurable. Cette guérison s'opère spontanément (perforation, oblitération), ou bien elle peut être le fait d'une intervention chirurgicale.

Les points principaux à considérer en ce qui concerne le **diagnostic** de l'hydronéphrose, sont tels que nous venons de les relever. Cependant quand les renseignements étiologiques font défaut, ce diagnostic n'est pas toujours facile et on est exposé à confondre la maladie avec d'autres tumeurs rénales, avec des kystes échinocoques, des tumeurs ovariées, voire des intumescences de la rate et du foie.

Traitement. Abstraction faite du traitement symptomatique des douleurs et éventuellement de la pyélocystite concomitante, le véritable traitement de l'hydronéphrose est du domaine de la *chirurgie*. La ponction, l'incision, l'extirpation du rein, l'établissement d'une fistule rénale, sont les méthodes opératoires les plus usitées, dont on trouvera la description dans les ouvrages de chirurgie.

CHAPITRE CINQUIÈME.

CYSTITE.

(Catarrhe vésical.)

Étiologie. Dans la plupart des cystites, les agents inflammatoires atteignent la vessie en venant du dehors par le canal de l'urèthre. La preuve la plus évidente en est malheureusement fournie par les médecins eux-mêmes quand ils provoquent la cystite en se servant de bougies ou de *cathéters insuffisamment nettoyés ou désinfectés*. La cystite en cette occurrence est d'autant plus facile à produire, que souvent il coexiste une évacuation défectueuse du réservoir urinaire (rétrécissement de l'urèthre,

paralysie des muscles évacuateurs), par conséquent une stagnation d'urine qui fait que l'influence des bactéries peut se déployer impunément. Le passage des agents phlogogènes dans la vessie a également lieu par l'urèthre en cas d'*incontinence d'urine*. En ce cas il se forme dans le canal uréthral, à raison du relâchement du sphincter vésical, un filet d'urine stagnante, qui est en continuité directe avec l'urine de la vessie et en communication immédiate avec l'air extérieur où flottent les bactéries, agents provocateurs de la décomposition urinaire. C'est de cette façon qu'on voit se produire une foule de cystites chez les *personnes atteintes de maladies des centres nerveux avec paralysie de la vessie*, de même que les cystites assez fréquentes qu'on rencontre chez les gens *gravement malades* pour d'autres motifs et *plongés dans la stupeur* (typhus, etc.).

La cystite fait quelquefois suite à des *affections des voies urinaires contiguës*. C'est le plus souvent l'*urétrite gonorrhéique* qui se transmet directement à la vessie et y donne lieu à la cystite *gonorrhéique*. Chez la femme les agents inflammatoires passent aisément du *vagin* dans la vessie, à raison de la brièveté du canal uréthral. C'est ainsi notamment que naissent les *cystites* si fréquentes chez les femmes *en couche*. En quelques cas encore il peut exister des communications entre la vessie et des organes du voisinage (*fistules vésico-rectales et vésico-vaginales*) qui donnent également accès dans la vessie aux agents phlogogènes.

Une autre classe de cystites est due à la présence de corps étrangers qui irritent mécaniquement la muqueuse vésicale. Telle est avant tout la cystite qui est la compagne habituelle des *calculs vésicaux*. Il faut remarquer cependant que beaucoup de cystites calculeuses ne dépendent pas immédiatement des calculs, et ne doivent leur origine qu'à l'emploi de cathéters et de sondes exploratrices.

À l'encontre des modes pathogéniques que nous avons mentionnés, la genèse de l'inflammation vésicale par l'intermédiaire de la circulation est beaucoup plus rare. Ce qu'il y a de plus important à noter sous ce rapport, ce sont certaines *substances chimiques* signalées plus haut (v. p. 519), qui s'éliminent par les reins et déterminent une inflammation dans les voies urinaires. La plus énergiquement active de ces substances, c'est la *cantharidine* qui donne lieu à une *cystite croupale* formelle. L'usage d'aliments et de condiments d'une nature spéciale (bière jeune par exemple) occasionne souvent un léger degré d'irritation de la vessie. Les matières infectieuses entrent rarement en ligne de compte dans ce genre de cystites. La plupart des *cystites* qui se déclarent au cours de *graves infections aiguës* sont des complications d'ordre secondaire (v. plus haut). — On ne saurait révoquer