

état d'équilibre rénal, instable, avec urines troubles, frissonnements irréguliers et dyspepsie croissante, peut se continuer pendant six, dix, douze, quinze mois et plus, pendant lesquels le malade achève de mourir empoisonné et inanité; plus souvent il est à la merci d'une exacerbation spontanée, qui aggrave brusquement les lésions rénales, ou d'une intervention qui, incorrecte ou simplement inopportune, peut être suivie à bref délai d'une terminaison funeste. Le sujet succombe habituellement dans le coma urémique, que précèdent parfois des mouvements convulsifs et du délire tranquille; la dyspnée est constante, et, à la période ultime, peut présenter, comme nous l'avons vu chez deux de nos malades, le type respiratoire de Cheyne-Stokes; l'auscultation révèle souvent des râles humides et menus d'œdème pulmonaire; le choc cardiaque devient de plus en plus petit et irrégulier, les extrémités se refroidissent: c'est la fin.

Étiologie. — L'infection urineuse aiguë apparaît, dans la grande majorité des cas, à la suite de manœuvres chirurgicales sur l'urètre ou la vessie. Chez un rétréci, atteint généralement d'une stricture étroite et vieille, on a entrepris la dilatation progressive; le canal a été fatigué par des séances trop rapprochées ou par des instruments de trop gros calibre; parfois, il a fallu déployer quelque insistance pour introduire une bougie fine; dans quelques cas, on a seulement cherché la voie et entr'ouvert l'entrée du rétrécissement: autant de circonstances où peuvent éclater, surtout dans le cas de vessie lasse et enflammée, déjà stagnante, un accès franc et typique de fièvre urineuse. On voit des malades qui ne peuvent, sans poussée fébrile, tolérer une tentative de dilatation. Il en est, aux reins préalablement tarés, qui ont payé de leur vie une séance de cathétérisme forcé.

L'uréthrotomie interne, en libérant la vessie, a bien souvent la valeur du plus sûr antifièvre: nous avons tous vu des rétrécis, en proie à des accès presque quotidiens, redescendre à la normale après incision de l'obstacle urétral. Aseptiquement et méthodiquement exécutée, elle reste maintenant apyrétique, dans le plus grand nombre des cas: Guyon, dans ses leçons cliniques, tablant sur un total de 500 opérations, trouvait environ un fébricitant sur 5 opérés; sur 62 sections internes, Desnos ne compte que 8 accès fébriles, soit 12 pour 100; nous-même, sur 112 uréthrotomies, nous n'avons que 6 cas de fièvre. Donc, l'asepsie de la verge et du canal, des instruments et de l'opérateur, l'emploi d'une petite lame et d'une petite sonde ont fait baisser le taux des complications pyrétiqes, sans les supprimer toutefois: trop souvent, en effet, la nécessité même de l'incision urétrale indique un canal rétréci par une ou plusieurs coarctations, péniblement perméable aux bougies de faible calibre, et, partant, difficilement antiseptisé par les injections. Chez l'uréthrotomisé, l'accès éclate généralement avec son type aigu et rapide: le frisson est brusque, la chaleur ardente, la sueur profuse; en vingt-quatre ou trente-six heures, la courbe est redescendue à la normale après une montée à 40 degrés et plus. Cette poussée fébrile se déclare le plus souvent à la fin du second jour, et surtout dans le courant du troisième; « plus particulièrement, nous dit Guyon, dans la nuit du second au troisième jour ». Or, nous avons tous admis la pratique de ne laisser à demeure la sonde que vingt-quatre à trente-six heures: la fièvre apparaît donc dans les douze à dix-huit heures qui suivent son enlèvement.

La lithotritie, par brèves et multiples séances, était, de toutes les opérations,

celle qui éveillait le plus sûrement la fièvre. « Je n'ai presque pas souvenance, disait Guyon, d'un opéré qui n'ait pas eu, soit à une séance, soit à une autre, une poussée fébrile. » Avec la litholapaxie, ces complications fébriles se font rares: si la séance est maintenant prolongée, elle a l'avantage d'être décisive, le broiement est rapide et total; le débarras de la vessie complet. Nous n'avons plus à redouter l'engagement secondaire des fragments dans l'urètre, leur expulsion laborieuse, cause de maints accès fébriles: un malade, récemment lithotritié, se levait et pissait debout; soudain, il ressentait une douleur vive dans l'urètre profond, urinait un peu de sang, et évacuait douloureusement une petite pierre à arêtes irrégulières: à quelques heures de là, il frissonnait et était pris d'un accès habituellement franc et facilement jugé.

Le cathétérisme évacuateur, incorrect ou septique, provoque maintes fois le début de l'infection urineuse. Dans les rétentions aiguës, et dans l'hypothèse de voies supérieures saines, ce péril est à son minimum: la sonde a violenté le canal, l'a éraillé d'une menue fausse route; la fièvre éclate par un ou plusieurs accès prompts et typiques; la rétention une fois supprimée, l'état fébrile se termine rapidement. Par contre, voici un vieux rétréci, voici surtout un prostatique atteint d'une rétention chronique incomplète qui jusqu'à présent a évolué à l'état aseptique: l'hypertension vésicale s'étend aux uretères et aux reins; la congestion réflexe a envahi tout l'appareil urinaire. Mais, en dépit de la gravité et de la complexité des lésions, les urines sont limpides et ne cultivent pas; le malade est resté apyrétique. Vienne un cathétérisme fautif comme méthode ou comme asepsie: du jour au lendemain, tout l'arbre urinaire s'infecte; la fièvre s'établit suivant le type rémittent, à paroxysmes.

De l'état rénal surtout dépend, en effet, la gravité de l'infection, qui, au lieu de se juger par un ou plusieurs accès francs, prend le type fébrile continu et réalise l'empoisonnement urinaire progressif. Aussi les lésions anciennes de l'appareil urinaire sont-elles capables, même sans aucune provocation opératoire, de développer les accidents de l'infection urineuse chronique. Ce danger commence avec la rétention: du jour où un sujet ne vide plus sa vessie, où l'urine stagne, où les voies supérieures, uretère et bassinet, subissent le contre-coup de cette distension, il est exposé à l'urinémie lente, si l'affection suit son évolution spontanée et aseptique, à une septicémie urinaire redoutable, si une manœuvre chirurgicale est venue créer une occasion mécanique ou infectieuse. Un rétrécissement ancien, une hypertrophie prostatique, un calcul vésical, une tumeur du voisinage comprimant l'uretère: voilà les causes habituelles de ces infections chroniques. Le rétréci, tant qu'il garde une vessie musclée, lutte bien contre la rétention: aussi la période d'immunité est-elle chez lui relativement longue. Le prostatique y arrive plus vite, en raison de la moindre vigueur vésicale et de la sclérose vésico-rénale préexistante. Le calculeux reste souvent exempt de toute complication fébrile ou digestive jusqu'à une époque très avancée: ceux qui deviennent dyspeptiques et fébricitants ont de la cystite suppurée et font de la stagnation urinaire.

Pathogénie. — Deux doctrines pathogéniques sont en présence: la théorie de l'empoisonnement urinaire et la théorie rénale. L'une explique ces accidents par la résorption de certains principes de l'urine et leur passage dans le torrent circulatoire: il s'agirait donc d'une véritable urinémie par absorption directe. L'autre attribue le rôle pathogène à la non-élimination des matériaux com-

posants de l'urine, à l'insuffisante dépuración du sang : ce serait une urémie par rétention. La première hypothèse met surtout en cause les lésions des voies excrétoires, urèthre et vessie, points d'absorption spontanée ou provoquée des poisons urinaires; la seconde vise les altérations des reins, organes sécréteurs. On pourrait donc, en une brève formule, distinguer : l'infection uréthro-vésicale par absorption urinaire; l'infection rénale par rétention.

Velpeau, avec qui s'ouvre en 1855 l'histoire de l'infection urineuse, considérait l'urine « comme un des liquides les plus dangereux de l'économie ». « Serait-il donc étonnant, demandait-il, que quelques-uns de ses principes, forcés on ne sait comment de rentrer dans le torrent de la circulation, par suite de l'opération du cathétérisme pratiqué dans certaines conditions peu et mal connues, ne devinssent la cause de tous ces phénomènes? » Velpeau n'avait point voulu « s'égarer dans le champ des hypothèses »; Civiale, après avoir écrit à ce sujet une excellente étude clinique, « s'abstient volontairement de catégoriser les faits ». Perdrigeon, en 1855, traduit le « on ne sait comment » de son maître Velpeau par l'énoncé des deux doctrines de l'absorption et de la rétention.

C'est dans l'un ou l'autre de ces camps qu'on se rangea dans la suite. Verneuil, dès 1856, avait, à propos d'un malade ayant succombé rapidement au cathétérisme, affirmé le rôle de la néphrite; Philips et Mauvais tendent à incriminer aussi le filtre excréteur; Marx, dont la thèse détaille les formes cliniques des accidents urinaires, insiste sur la théorie rénale; Dolbeau la développe avec talent; Malherbe s'en déclare le « champion décidé ». — De l'autre côté, de Saint-Germain, reflétant les opinions de Maisonneuve, conclut à l'absorption de l'urine; Sédillot, se basant sur la clinique et l'expérimentation, y voit la « seule et véritable origine des complications, dont la gravité est en rapport avec la quantité et les propriétés plus ou moins virulentes du liquide »; Reliquet apporte à l'appui de cette doctrine les résultats de sa pratique; en 1867, les expériences de Küss et Susini viennent montrer que si l'épithélium vésical sain et intact est infranchissable au contenu, il devient perméable à la suite de menues fissures ou de simples desquamations; Gosselin, sans nier le rôle du rein, n'hésite pas à affirmer l'absorption par la muqueuse uréthro-vésicale éraillée ou déchirée.

Actuellement, et sous l'influence surtout de l'école de Necker, notre doctrine s'est faite éclectique : à des formes cliniques diverses ne peut répondre un mode pathogénique constant. L'absorption de principes pathogènes contenus dans l'urine altérée est la condition dominante des accidents infectieux des urinaires; les lésions rénales favorisent et aggravent ces accidents, ainsi que toutes les lésions viscérales, en augmentant la réceptivité et en diminuant la résistance organique.

Quel est cet agent nocif, présent dans l'urine infectée, capable de passer dans la circulation générale, à la faveur de certaines conditions pathologiques ou traumatiques? Telle est la question que la bactériologie contemporaine a permis de résoudre presque complètement. Saine et normale, l'urine ne possède pas de propriétés, pathogènes ou septiques, capables d'expliquer la brusquerie et la gravité de ces accidents; sans doute, quoi qu'en aient dit Muron, Menzel, Gosselin et Robin, l'urine normale et acide est toxique : Feltz et Ritter en 1881 l'ont établi par leurs injections intra-veineuses; Bouchard vient de le confirmer par une étude magistrale. Mais cette toxicité est insuffisante pour

rendre compte, dans la majorité des cas, de la violence de l'empoisonnement : que peut-il passer d'urine par ces menus traumas uréthro-vésicaux? Et comme nous sommes loin en clinique des injections massives du laboratoire! « L'homme, nous dit Bouchard, met en moyenne deux jours et quatre heures pour fabriquer la masse de poison urinaire capable de l'intoxiquer. » Il faut donc que cette catégorie de malades présentent des urines d'une toxicité ou d'une septicité spéciales. Car, deux hypothèses peuvent se poser : s'agit-il d'une infection par les microbes urinaires, ou d'une intoxication par les poisons solubles qu'ils sécrètent?

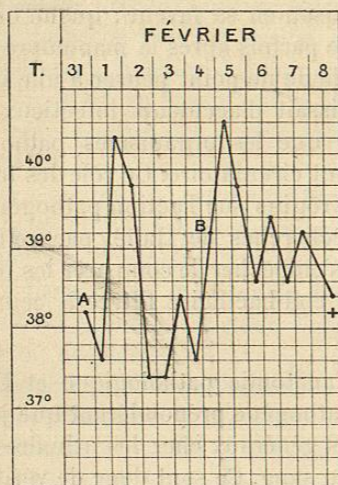
1° **Action des toxines.** — En amont d'un rétrécissement, et dans l'ampoule uréthrale rétro-stricturale, dans la vessie rétentionniste d'un rétréci ou d'un prostatique, dans le bas-fond enflammé d'un calculeux, des fermentations microbiennes s'exercent sur le résidu d'urine et élaborent des toxines dont la détermination reste encore à fixer : survient un trauma ou une altération spontanée de l'épithélium protecteur; la plaie ou le chorion muqueux dépouillé absorbent une dose de ces toxalbumines et l'organisme réagit par un accès dont la crise sudorale marque l'élimination finale. La gravité de l'empoisonnement variera suivant l'énergie et la quantité de la toxine absorbée; au surplus, nous savons qu'à dose égale les poisons sont d'autant plus violents que l'élimination rénale est moindre : de là, des variétés individuelles dans l'intensité et la durée des symptômes. L'hypothèse cadre bien avec nos données actuelles. La rapidité d'apparition des accidents est une sérieuse raison en sa faveur : quand on voit le malade trembler la fièvre moins d'une heure parfois après la manœuvre qui a blessé l'urèthre ou la vessie, il est bien difficile de ne point penser à une intoxication. C'est l'argument de Koch : s'il s'agissait d'accidents infectieux, une période d'incubation serait nécessaire pour que les organismes pathogènes eussent le temps de se multiplier dans le torrent circulatoire. Ce rôle des toxines a d'ailleurs été établi par une expérience de Krögius sur l'action pathogène des cultures stérilisées de coli-bacille, par les recherches de Hallé, par celles de Gilbert; comme le dit ce dernier, on ne peut s'empêcher de comparer les phénomènes provoqués par l'injection de culture coli-bacillaire filtrée à ceux que détermine l'injection intra-veineuse d'urine.

2° **Rôle des microbes.** — La clinique, l'anatomie pathologique et l'expérimentation s'accordent pour établir le rôle pathogène prépondérant que jouent les microbes dans la production des accidents généraux chez les urinaires. Ces accidents sont dus à l'infection microbienne du sang. Ce sont donc de véritables septicémies urinaires, comparables aux septicémies issues de tous les autres organes ou appareils.

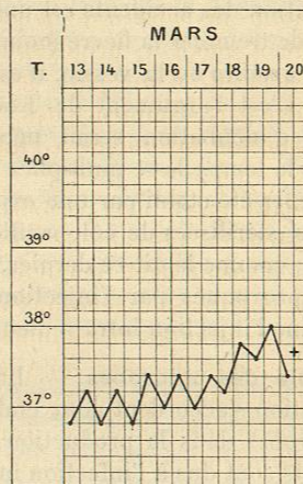
§ 1. **Quels sont les microbes capables de déterminer ces phénomènes infectieux?** — Il est établi aujourd'hui que l'infection coli-bacillaire est la forme dominante de ces états septiques. Mais, elle n'est point la seule; et, de même qu'il faut admettre la pluralité des septicémies chirurgicales, il convient de reconnaître la pluralité des septicémies urinaires qui tient à la diversité de la composition microbienne des urines infectées. Les microbes pyogènes, staphylocoques ou streptocoques, soit isolés, soit combinés au *bacterium coli*, sont capables eux aussi de provoquer dans le rein la néphrite suppurée et de se répandre dans tout l'organisme pour y déterminer l'infection générale; le gonocoque et le bacille tuberculeux le peuvent également.

L'infection par le coli-bacille est le type le plus fréquent de ces septicémies. Découverte par Bouchard, décrite par Clado sous le nom de bactérie septique de la vessie, cette bactérie fut trouvée, en 1888, par Albarran et Hallé 47 fois sur 50 dans les urines pathologiques; sur 6 cas d'infection fébrile mortelle, ces observateurs obtinrent 4 fois des cultures pures de ce microbe — bactérie pyogène — avec le sang des gros vaisseaux. La double preuve de sa présence dans l'urine et de son passage dans le sang était ainsi établie. En 1891, l'identité de cette bactérie avec le coli-bacille fut démontrée par les recherches simultanées de Morelle, de Krögius, d'Achard et Renault, de Reblaud. En dépit de l'opinion de Rowsing, les recherches ultérieures ont confirmé la fréquence du coli-bacille dans les urines pathologiques et son rôle prépondérant dans les septicémies urinaires. Cette bactérie a été rencontrée par Morelle 15 fois sur 15, dont 6 fois pure; par Krögius 12 fois sur 17, dont 11 à l'état de pureté; par Denys, 17 fois sur 25 cas, dont 15 fois pure; par Rowsing lui-même, 60 fois sur 121 cas. Au point de vue de la fréquence des autres microbes, soit en infections pures, soit en état d'association, des recherches nouvelles sont nécessaires.

§ 2. Comment déterminent-ils l'infection sanguine et l'infection rénale? — Il est nécessaire, pour que le microbe ou l'urine toxique passent dans la circulation générale, qu'une porte d'entrée s'ouvre sur la paroi des voies urinaires. En général, c'est un traumatisme chirurgical qui crée cette solution de continuité: c'est une éraillure de la muqueuse urétrale, la plaie d'une uréthrotomie,



Calculieux: infection rénale combinée par des microcoques et la bactérie pyogène. — Tentative de lithotomie (A), grand accès. Taille hypogastrique (B). — Mort quatre jours après. (Albarran.)



Infection combinée ascendante par le *bacterium pyogenes* et descendante par des microcoques. (Albarran.)

l'exploration vésicale. Mais les accidents peuvent apparaître sans aucune provocation: la muqueuse, privée de son épithélium, ulcérée, peut, surtout au niveau du rein, laisser passer dans le sang l'agent pathogène.

Les microbes arrivent au rein par voie ascendante urétrale ou par voie descendante circulatoire, comme le démontrent les néphrites produites par injection, dans le sang, de cultures des microbes urinaires, « néphrites emboliques ». Souvent l'infection peut se faire par ce double mode. Quand les microorganismes pénètrent jusqu'au rein par ascension, ils produisent, suivant leur

virulence, soit la sclérose simple sans suppuration, soit la néphrite suppurée; Albarran l'a bien étudié.

La fièvre est due à la pénétration des microbes et leurs produits solubles dans le sang; elle ne se subordonne aucunement à la lésion rénale. Au point de vue de la fièvre, le même organisme chez des malades différents agit d'une façon dissemblable; Albarran le montre d'une façon nette par la comparaison des courbes appartenant à deux malades tués par la même infection combinée, et succombant l'un apyrétique, l'autre montant au delà de 40 degrés. Les vieux urinaires cachectiques ne font pas de réaction et meurent sans fièvre. Il est à remarquer, d'ailleurs, comme Boix, Rodet et Roux l'ont noté, que les injections de culture filtrée de coli-bacille déterminent de l'hypothermie.

Quand les microbes s'éliminent par les reins, après avoir été absorbés dans les voies urinaires, « ils peuvent ne produire que de la congestion ou des hémorragies dans le cas d'infection foudroyante; si l'élimination dure plus longtemps, on observe une néphrite diffuse avec prédominance des lésions hémorragiques épithéliales ou diapédétiques; si l'infection est plus prolongée encore, il se produit une néphrite suppurée due à des embolies microbiennes ». Ces variétés présentent d'ailleurs les plus grandes analogies avec les néphrites médicales, et les symptômes de l'empoisonnement urinaire prennent l'aspect clinique de l'urémie.

§ 5. Conditions de réceptivité de l'organisme. — Il est, certes, frappant de voir des septicémies mortelles résulter de l'infection coli-bacillaire, alors que les observations de *bactériurie* nous montrent des malades jouissant de la meilleure santé, bien que leurs urines soient remplies de *bacterium coli*. On se l'explique en considérant, d'une part, les grandes variations de virulence du coli-bacille et, d'autre part, l'influence des causes adjuvantes qui rendent la vessie, le rein et l'organisme favorables à l'infection: qualités de la graine et qualités du terrain.

L'urinaire arrivé à la période de rétention, surtout de rétention incomplète avec distension vésicale, se trouve dans des conditions particulières de réceptivité à l'invasion bactérienne, et Guyon les a bien établies. L'urine stagne dans la vessie et la stase s'étend aux uretères, au bassin et aux canalicules excréteurs. A ces troubles mécaniques s'ajoutent des lésions rénales qui ressemblent en tous points à celles qu'Albarran, après Straus et Germont, a réalisées expérimentalement par la ligature aseptique de l'uretère: c'est un processus de sclérose non inflammatoire. Tant qu'ils demeurent à cette période de simple dilatation aseptique, ces malades souffrent peu de leurs lésions rénales et ne consultent que pour des symptômes surajoutés, surtout pour des troubles dyspeptiques dont la valeur sémiologique est de premier ordre. Mais, un jour viendra où se fera l'infection de l'appareil urinaire. Que les microorganismes pathogènes arrivent de l'urètre infecté ou, ce qui est presque constant, soient apportés par les instruments, tout est prêt pour leur prolifération rapide, tout assure leur propagation aux uretères et aux reins.

Dans cette vessie mal vidée, les modifications vitales de la paroi, les déchets épithéliaux du contenu constituent un milieu favorable à leur culture, que suractive encore l'exhalation sanguine consécutive à la décompression trop brusque d'une évacuation artificielle. La multiplication des germes infectieux se fait avec une extrême activité dans l'urine: « Une seule bactérie, nous dit Bouchard, donne naissance à 6 en une heure, à 56 en deux heures, à plus de

60 millions en dix heures, si bien qu'il y en a des milliards au bout de vingt-quatre heures. » Ces colonies microbiennes font d'autant plus aisément leur ascension vers le rein que la stase du courant urétéral ne les en éloigne plus : quand elles arrivent dans le bassin et les canalicules, les lésions interstitielles du rein, l'artério-sclérose et la congestion permanente de l'organe facilitent les progrès de la néphrite infectieuse, et l'on comprend qu'à cet égard le prostatique soit plus menacé que le rétréci. Les troubles mêmes de l'état général, dus à la perturbation des actes digestifs, agissent ici comme circonstance aggravante. Ainsi le vieil urinaire passe de la dilatation aseptique à la période septique; en clinique, la substitution de la polyurie trouble à la polyurie limpide marque ce passage.

Au total, la pathogénie de l'infection urinaire ne comporte aucune doctrine exclusive. En présence d'un état fébrile aussi éphémère que l'accès urinaire franc, il n'y a point à parler de lésion rénale : c'est peut-être une septicémie rapide d'ordre microbien, probablement une intoxication brève par leurs poisons solubles; il s'agit en tout cas d'un état transitoire qui « commence avec l'absorption d'un produit pathologique et qui se termine dès que son élimination s'achève ». — Devant les accès répétés, à évolution irrégulière, à succession imprévue et indépendante de toute provocation nouvelle, à complications graves et nombreuses, à terminaison souvent funeste, qui caractérisent les formes rémittentes aiguës, il est bien permis de penser que l'intoxication se renouvelle, mais il faut admettre aussi que l'élimination est insuffisante, et attribuer déjà un rôle aux lésions des reins. — Dans les types chroniques, où l'intoxication continue se poursuit et s'achève presque fatalement dans une cachexie progressive, souvent apyrétique, où dominent les troubles digestifs, les phénomènes nerveux et dyspnéiques, ces lésions prennent le dessus et une véritable urémie termine la scène.

Diagnostic. — Le diagnostic d'un grand accès ou d'une série d'accès à type intermittent présente, chez les urinaires soumis à l'infection palustre, quelques difficultés : « Les médecins et les chirurgiens, nous dit Guyon, ont rencontré de ces pseudo-paludéens qui n'ont de paludique qu'une vessie qui a besoin d'être mise à sec. » Mais les intermittences sont irrégulières, la quinine ne « mord » point sur les accès, qui parfois se greffent sur un état fébrile continu. Le malade amaigri, dyspeptique, a le teint jauni de la cachexie urinaire, non le ton bronzé de l'impaludisme. Certains urinaires chroniques attirent l'attention sur leurs pesanteurs stomacales, sur leurs vomissements et leurs diarrhées, mais n'attachent aucune importance aux modifications de la miction; c'est affaire au clinicien de suppléer à cette ignorance ou à cette inattention : « Il doit, nous dit Guyon, en présence de troubles digestifs mal caractérisés et que rien ne justifie, s'informer de la miction, et ceci surtout chez les vieillards. » L'albuminurie, la diminution de l'urée, la polyurie trouble, la présence de cylindres dans les urines, l'endolorissement des lombes, dans les cas graves le ballonnement rénal, permettront d'apprécier les lésions de l'appareil sécréteur. La glycosurie a une importance diagnostique de premier ordre, sur laquelle Bazy a insisté.

Pronostic. — Le pronostic dépend absolument de la cause et de la forme des accidents. Aucune comparaison à établir entre le rétréci jeune, qui fait un

accès après une séance de dilatation, et le vieux prostatique rétentionniste à accès subintrants. La température n'est point un élément décisif du pronostic : les chroniques meurent souvent dans l'apyrexie finale; la continuité des hautes températures, l'ascension sans arrêt, ou, au contraire, la descente vers l'hypothermie sont de fâcheux indices. De même, la faible tension du pouls et son accélération, les respirations sans ampleur et fréquentes, l'émaciation progressive. Il est difficile de prévoir et fixer la durée : des rémissions peuvent interrompre la marche des accidents au moment où ils paraissent le plus menaçants. « Il est de toute évidence, nous dit Guyon, que la fonction des reins chez les néphrétiques chirurgicaux n'est pas rapidement compromise » : tant que la forme urémique de la dyspepsie ne les accompagne pas, on peut guérir des accidents infectieux en apparence graves.

Traitement. — L'asepsie des instruments et des mains, l'antiseptisation de l'urèthre et de la vessie par injections, la désinfection des reins par l'acide borique ou le salol pris à l'intérieur : voilà la plus sûre prophylaxie de l'empoisonnement urinaire. A cela s'ajoutent les règles opératoires spéciales formulées pour chaque intervention : petite sonde et étroite lame dans les uréthrotomies internes; évacuation méthodique et progressive chez le prostatique; abstention de tout contact opératoire violent ou prolongé sur l'urèthre ou la vessie. Nous avons l'habitude d'administrer le sulfate de quinine à titre préventif, et aux doses minimales de 50 centigrammes, deux ou trois jours avant l'opération, et de le continuer pendant les trois ou quatre jours qui suivent : à cette quantité, il agit comme tonique, plus que comme antifebrile. Un urinaire craint le froid : il faut donc fortement le couvrir au lit. Dès qu'il frissonne, tâchez de provoquer la sueur par les bouillottes à ses pieds et à ses côtés, par le thé au rhum très chaud, par les infusions de jaborandi. Une fois l'accès terminé, un purgatif salin aidera à l'élimination toxique complète. Le régime lacté, associé à l'eau de Vichy, et prescrit par petites doses espacées, constitue en même temps un précieux médicament et un aliment. En supprimant la rétention vésicale, on viendra au secours du rein. Ces points se rattachent à la thérapeutique des rétrécissements, de l'hypertrophie prostatique, des calculs vésicaux et de la pyélo-néphrite.

Les recherches récentes d'Albarran et Mosny ⁽¹⁾ sur la sérothérapie de l'infection coli-bacillaire nous ouvrent de nouvelles espérances : cette infection a ceci de particulier que, dans un grand nombre de cas, on peut prévoir qu'une manœuvre chirurgicale déterminera presque à coup sûr, chez un urinaire infecté, des accidents généraux susceptibles de revêtir un haut degré de gravité. Donc, la sérothérapie de l'infection urinaire pourra être prophylactique et curative. Il appartient aux faits cliniques de confirmer ici les résultats expérimentaux.

⁽¹⁾ ALBARRAN et MOSNY, *Sérothérapie de l'infection urinaire. Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1896, p. 385, 902.