

QUINZIÈME LEÇON

EXAMEN CLINIQUE DES URINES

LE PUS DANS LES URINES

(Pyurie)

- I. EXAMEN DES URINES. — Fréquence et importance de la suppuration. — Conditions qui la permettent et la favorisent. — Origines diverses du pus qu'on trouve dans l'urine. — Ses caractères physiques et chimiques. — Les albumines du pus; leur recherche. Aspect des urines purulentes fraîches et reposées : filaments, nuages, dépôts grumeleux, dépôts homogènes. — Mélanges et conditions physico-chimiques qui modifient les aspects du pus. — Urines rénales. — Dépôts divers qui peuvent simuler le pus; moyens de les distinguer. — Valeur des mots : mucus et muco-pus.
- II. EXAMEN DU MALADE. — Conditions cliniques qui modifient et régissent les aspects de l'urine purulente. — Urines alcalines et urines ammoniacales. — Influence de l'état vésical sur la transformation alcaline ou ammoniacale des urines. — Influence du traitement chirurgical sur leur retour à l'état acide. — Observations et exposé des faits. — Théorie clinique de la putréfaction intravésicale. — Discussion des théories. — Conclusion.
- III. VALEUR DIAGNOSTIQUE. — Moment de la miction où se montre le pus. — Expérience des deux verres. — Altérations réciproques du pus et de l'urine. — Apparition progressive et subite; abondance et durée. — Symptômes locaux et généraux concomitants.
- IV. VALEUR PRONOSTIQUE. — Quantité et durée de la suppuration. — Urines rénales. — Urines alcalines.
- V. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — Quand doit-on faire un traitement chirurgical. (observations cliniques); quand faut-il s'en abstenir ?

Vous aurez, à tout instant, l'occasion de constater la présence du pus dans les urines. C'est le phénomène clinique auquel on a le plus souvent affaire dans la pratique. Contrairement à l'hématurie, la pyurie ne procède pas par crises ou n'évolue qu'exceptionnellement de cette manière. Une fois établie, elle se produit d'une façon continue et sa durée est généralement grande.

La suppuration ne s'associe pas nécessairement à toutes les maladies de l'appareil urinaire. Il en est, et des plus graves, dont l'évolution peut s'achever sans qu'elle se montre. Mais, dans toutes, elle peut apparaître à un moment donné et sous

des influences le plus souvent déterminables. Les affections qui atteignent les organes urinaires y développent en effet, et spécialement dans leur muqueuse, une véritable aptitude à la production du pus. Vous connaissez l'étendue de cette vaste surface; aucun point n'échappe à la suppuration, tous peuvent largement faire du pus, surtout dans les parties supérieures. Aussi la suppuration peut-elle, par son abondance, prendre le rôle de symptôme dominant; par sa ténacité, elle devient souvent partie intégrante d'une affection qu'elle complique.

C'est habituellement par le fait d'une contamination que la suppuration se produit. Mais, en dehors des influences accidentelles facilement déterminables et dont tous nos malades sont tributaires, il y a chez certains d'entre eux une prédisposition qui permet à ce phénomène de se montrer parfois spontanément, ou de prendre sans motifs une grande importance, et de la conserver. Il y a, en effet, toute une catégorie de sujets qui présentent une aptitude innée ou acquise à la suppuration. Ils suppurent facilement, abondamment et avec persistance. Je les ai dès longtemps désignés dans mes Leçons sous la dénomination de « pisseurs de pus ». Ils appartiennent au groupe des tuberculeux et des tuberculisables. Sans insister actuellement sur l'importance de ces faits, disons seulement que la pyurie est le plus souvent le premier symptôme de l'envahissement de l'appareil urinaire par le bacille de la tuberculose. L'association de ces deux manifestations morbides est si bien établie, que le bacille de Koch ne se trouve que dans les urines purulentes.

L'urine purulente provenant d'un appareil urinaire enflammé contient, d'ailleurs, des microorganismes d'une façon constante. Le fait est facile à vérifier. Le simple examen d'une urine purulente, aseptiquement recueillie, suffit à déceler la présence, parmi les globules de pus, de microbes divers : bactéries ou microcoques, habituellement très abondants. Tout permet d'ailleurs d'admettre que la suppuration de l'appareil urinaire est d'origine microbienne et que c'est bien à l'action directe des microbes qu'il faut rapporter la formation du pus. Ils agissent directement sur la muqueuse urinaire, en vertu de leurs propriétés pathogènes, et non par l'intermédiaire d'une altération préalable de l'urine. La présence du pus dans l'urine

facilite la pullulation des organismes et leurs associations. Parfois même, comme nous le verrons en parlant de l'ammonurie, elle paraît être la condition habituelle de leur action.

Bien nombreuses et fort agissantes sont donc les influences qui peuvent déterminer la présence du pus dans les urines, y perpétuer sa production et en provoquer l'abondance. Le symptôme dont nous allons poursuivre l'étude a, vous le voyez, une importance sémiologique toute particulière.

La présence du pus dans les urines n'implique cependant pas d'une façon certaine l'existence d'une maladie des voies urinaires. Le pus peut être ramassé par le jet d'urine à la sortie de l'urèthre, ou bien être versé dans les voies urinaires par un abcès de voisinage.

Ne négligez pas l'examen du prépuce chez l'homme, et chez la femme celui de la vulve et du vagin. Vous serez facilement à l'abri d'une erreur chez l'homme, car il est toujours facile de reconnaître une balano-posthite ; mais, chez la femme, il est d'autant plus facile de se tromper que des besoins d'uriner, fréquents et douloureux, peuvent naître sous l'influence même des lésions qui déterminent l'écoulement du pus à travers les organes génitaux. Il faut, d'ailleurs, être prévenu qu'il n'est pour ainsi dire pas d'urine de femme qui, à l'examen microscopique, ne laisse voir des leucocytes. L'épithélium vaginal, que l'on y découvre en même temps, indique bien la provenance de ces petites quantités de pus (pl. II, fig. 4, p. 299).

Les suppurations de voisinage, qui peuvent se frayer une voie à travers les organes urinaires, ont presque toujours leur siège dans le petit bassin ou dans les fosses iliaques. Ces faits s'observent plus fréquemment chez la femme que chez l'homme. Ils sont quelquefois la conséquence des pelvi-péritonites, si communes chez la femme. Dans ces cas, alors même que le pus se fait jour dans le vagin seulement, la confusion pourrait être établie par suite du mélange du pus et de l'urine qui s'opère au moment de la miction. L'erreur est plus facile encore lorsque l'abcès s'ouvre dans la vessie.

Vous devrez donc vous imposer comme règle absolue de pratiquer l'examen complet des organes génitaux et du petit bassin chez les femmes dont les urines contiennent une notable proportion de pus. Le toucher vaginal méthodiquement fait et

combiné avec la palpation de l'hypogastre vous donnera, dans ces cas, les meilleurs et les plus sûrs renseignements.

L'examen cystoscopique peut même permettre de découvrir l'orifice de communication, et d'en voir sourdre le pus pendant que l'on presse au niveau de la collection. Vous en avez récemment observé un cas intéressant à la salle des femmes.

Chez l'homme, vous pourrez aussi rencontrer des cas de collections intrapelviennes ouvertes dans les voies urinaires, mais vous aurez le plus souvent affaire à des prostatites suppurées et à des abcès urinaires. Il n'y a ordinairement, dans ces cas, aucune incertitude dans le diagnostic.

Sur le *début*, vous n'obtiendrez en général que peu de renseignements, à moins que l'apparition du pus n'ait coïncidé avec des phénomènes douloureux. Les malades ne sauront guère vous dire comment et sous quelles influences ils urinent du pus. Le même sujet, qui sait parfaitement avoir rendu, tel jour et dans telles circonstances, quelques gouttes de sang, ne soupçonne pas, à moins qu'il ne souffre ou que les urines ne soient déjà fort troubles, qu'elles puissent renfermer du pus.

Sur les *causes*, au contraire, l'interrogation fournit d'importantes données. Il est tout d'abord indispensable de définir le rôle des influences accidentelles, de savoir si la suppuration a succédé à des cathétérismes, ou, tout au moins, si elle a été précédée de l'introduction d'instruments ; si le sujet a été blennorrhagique et dans quelles conditions se sont succédé et ont évolué les blennorrhagies. La constatation bien faite de l'absence de toute cause, ou d'une cause insuffisante, peu d'accord par sa faible importance avec le degré ou la durée de la suppuration, a non moins d'intérêt. Vous vous trouvez alors en face de ces prédisposés que je viens de vous signaler. Vous voilà obligés, pour le pronostic comme pour le traitement, d'envisager la situation de toute autre manière que si des influences bien déterminables permettaient de mettre hors cause le sujet, pour porter avant tout votre attention sur les causes accidentelles qui auraient provoqué la suppuration. Vous serez encore, dans ces cas, en face de sujets ayant des conditions de réceptivité particulière, dépendant de l'état de leur appareil urinaire ou de celui de leur santé. Il en sera ainsi,

alors même qu'une maladie infectieuse aurait été la cause occasionnelle de la suppuration.

Pour la *durée*, l'absence de constatations précises relativement au début s'oppose à une exacte appréciation ; mais il est en général possible d'être relativement fixé, pour peu que la suppuration soit de date un peu ancienne.

Sur l'*évolution*, l'enquête aboutit à d'intéressants résultats. Nous ne trouvons plus cette influence si manifeste des mouvements et des secousses dont on peut tirer si bon parti dans l'étude de l'hématurie. Mais l'on constate, néanmoins, que la fatigue augmente dans certains cas la suppuration et que le repos peut la diminuer, sans la faire jamais disparaître. Si les influences mécaniques sont peu marquées, les influences dynamiques sont, au contraire, très accentuées. La manière de vivre, l'alimentation, les boissons, les refroidissements, agissent de la façon la plus évidente sur la production du pus.

Ce que l'on relève de plus intéressant en étudiant l'évolution de la suppuration urinaire, se rapporte aux modifications de la quantité et de la qualité des dépôts purulents. Nous insisterons sur la valeur clinique de ces différences d'aspect.

Je veux encore attirer votre attention sur deux faits : l'abondance habituelle de la suppuration et ses brusques disparitions. Toutes les fois que vous verrez se reproduire uniformément, au fond d'un bocal ou d'un verre, un dépôt abondant au-dessus duquel surnage une quantité plus ou moins grande d'urine, pensez, quelle que soit la quantité de l'urine, à une pyurie rénale. La suite de l'observation vous permettra de l'affirmer.

Il en est de même lorsque la suppuration, observée dans les conditions d'abondance et de régulière persistance que je viens de dire, fait tout à coup défaut et qu'à des urines troubles succèdent subitement et inopinément des urines claires. Cette *intermittence* dans l'évolution, cette *éclipse* momentanée d'un phénomène bien établi, a une valeur vraiment pathognomonique. C'est, en effet, dans la pathologie rénale qu'est sa place. Nous avons déjà eu à le constater à propos de l'hématurie (p. 481). Mais nous rappelons que, malgré ce point de ressemblance, l'évolution de la pyurie est toute différente de celle de l'hématurie ; en général, elle ne procède pas par crises, mais d'une façon continue.

Les urines se troublent et déposent sous l'influence de modifications de nature très différente.

L'*aspect* du liquide urinaire ou celui des dépôts qu'il abandonne ne peuvent en aucune façon être appréciés par les malades. Il faut donc ne pas s'exposer, par une interrogation inutile, à provoquer des réponses erronées, mais s'assurer directement de la nature des modifications présentées par le liquide urinaire. Il n'est pas toujours possible de s'en rendre compte à l'œil nu ; vous aurez souvent besoin de recourir au microscope et aux réactifs chimiques. Rappeler tout d'abord les points principaux de l'étude physique et chimique du pus est par conséquent nécessaire.

I. — EXAMEN DES URINES

Quand on abandonne du pus au repos, le pus d'un abcès par exemple, il se sépare en deux couches ; l'une inférieure, blanchâtre, contient des leucocytes ; l'autre supérieure, de couleur jaune ou jaune verdâtre, de consistance fluide ou épaisse, est le sérum. Cette séparation ne s'effectue pas, ou presque pas, si les leucocytes ont subi un commencement de désagrégation ou s'ils sont très abondants. On ne l'obtient même que très imparfaitement en jetant la masse sur un filtre.

Dans l'urine, il faut recourir aux réactifs chimiques pour y retrouver le sérum, au microscope pour reconnaître les globules.

Déjà, à propos de l'analyse histologique (p. 308 et suiv., pl. IV), M. N. Hallé a exposé ce qui a trait à la recherche et à l'étude des leucocytes mélangés à l'urine. Nous n'avons pas à revenir sur ces descriptions très complètes ; nous vous rappellerons seulement l'influence que l'urine peut exercer sur les globules du pus. Ces notions intéressantes sont indispensables pour se rendre compte de certains aspects des urines purulentes et pour bien apprécier les résultats fournis par la recherche des albumines qu'elles contiennent.

Bien qu'elles soient toujours microbiennes, les urines purulentes gardent en général leur acidité. C'est le fait le plus habituel. Dans une urine dont l'acidité et la densité sont normales le