

d'une quantité assez abondante de pus dans l'urine, alors surtout qu'il n'y a pas eu de phénomène vésical préexistant, devra vous conduire à rechercher une lésion de voisinage. Des abcès du petit bassin peuvent, en effet, s'ouvrir dans la vessie; ce mode de terminaison, quelquefois rencontré chez la femme, devra surtout vous préoccuper lorsque vous observerez le phénomène dont nous parlons chez un individu du sexe féminin.

La cessation brusque peut aussi s'observer dans les mêmes circonstances. Mais, nous l'avons déjà dit et nous devons le répéter, c'est surtout dans les cas de pyélite avec rétention rénale que ce dernier phénomène se produit.

Ces conditions exceptées, l'abondance de la sécrétion et sa durée ont une véritable importance sémiologique; nous y appelons encore une fois l'attention. On ne peut, à cet égard, donner d'indication exacte et dire que telle ou telle quantité de pus sera l'expression symptomatique qui vous servira de renseignement. Mais, lorsque pendant de longues semaines, et à plus forte raison pendant de longs mois, ce phénomène a été observé, lorsque l'on a vu toujours s'accumuler au fond du vase qui sert à l'observation, une quantité de pus qui ne peut être qualifiée d'insignifiante, vous pouvez presque à coup sûr affirmer que le malade en observation est atteint de pyélite ou de pyonéphrose. C'est, en effet, sous l'influence de ces maladies que vous verrez s'établir chez les urinaires les suppurations les plus abondantes et les plus durables. Il m'est bien souvent arrivé d'être ainsi conduit à rechercher et à reconnaître une rétention rénale qui avait passé inaperçue.

C'est aussi sous l'influence de ces conditions qu'apparaît en général le cortège des symptômes généraux. L'altération du visage, la teinte jaune et la pâleur de la peau, en particulier dans les plis de la face, les troubles digestifs, l'amaigrissement et enfin la fièvre forment les traits principaux de cet ensemble. Bien des cas de pyélite évoluent cependant sans élévation de la température; mais l'ascension thermométrique est constante et en général quotidienne, lorsqu'à la suppuration rénale s'ajoute la rétention du pus dans le bassin.

Les symptômes généraux que nous signalons ne sont d'ailleurs pas indicatifs des seules lésions rénales; la suppuration

prolongée de la vessie, son évacuation imparfaite ou artificielle les provoquent tout aussi bien; lésions vésicales anciennes et lésions rénales marchent d'ailleurs toujours de pair.

Si la vessie est habituellement le point de départ des lésions suppuratives qui remontent jusqu'au rein, celles qui ont pour origine ce dernier organe peuvent descendre et se propager à la vessie. Cela s'observe fréquemment. Mais je vous signale, dès maintenant, la résistance de la muqueuse vésicale saine *aux infections*. Nous aurons l'occasion de longuement nous en entretenir lorsque nous étudierons la physiologie normale et pathologique de la vessie. Il suffit puisque, pour le moment, il n'est question que de la suppuration, de dire que des faits nombreux m'ont permis de constater que des pyuries rénales extrêmement abondantes, durant depuis de très longues années, laissent la vessie parfaitement indemne.

Malgré la valeur diagnostique et l'intérêt des faits que nous venons d'exposer, la recherche des symptômes locaux, fournis par l'examen direct du rein et de la vessie, est toujours indispensable. Elle vous procurera le supplément d'informations nécessaire pour définitivement juger du siège et de la nature des lésions qui déterminent primitivement ou secondairement l'apparition du pus dans l'urine. Vous n'aboutiriez cependant qu'à des résultats imparfaits et pourriez faire erreur si vous négligiez de vous servir des éléments de diagnostic que vous donne l'étude de la pyurie.

#### V. — VALEUR PRONOSTIQUE

Le pronostic n'est pas influencé par ce fait seul qu'il existe du pus dans l'urine. Bien souvent même la *présence* du pus modifie peu le pronostic que comporte la lésion primitive. Seules, la *durée*, la *quantité* et la *qualité* de la suppuration doivent être prises en considération.

Le malade qui pisser habituellement du pus n'est cependant pas prochainement menacé dans sa vie. Un tel état n'est pas incompatible avec une santé relativement bonne, avec une de ces situations qui établissent un compromis journalier entre la santé normale et la maladie. Le plus menacé est certai-

nement celui qui rend habituellement la plus grande quantité de pus; mais il serait difficile d'établir une proportion rigoureuse entre le degré de gravité de la maladie et le degré de la sécrétion. Le plus menacé est surtout celui chez lequel se déterminent peu à peu, isolément ou simultanément, les symptômes généraux que nous vous avons signalés.

Déclarer en semblable occurrence que le pronostic est aggravé, qu'il est grave, ce n'est que la déduction la plus logique et la plus simple de l'observation la plus vulgaire.

Mais ce qui doit vous être particulièrement signalé, c'est que votre pronostic devra être très réservé, devra indiquer la gravité de la situation, quand vous ne trouverez, dans l'examen de l'état actuel ou antérieur du malade, aucune explication bien plausible de la présence continue et prolongée d'une notable quantité de pus dans l'urine.

Il est, en effet, une catégorie de malades, ordinairement jeunes, adolescents pour la plupart, qui n'ont guère d'autre symptôme à soumettre à votre observation que celui qui résulte d'un trouble très prononcé des urines, évidemment dû à la présence d'une très notable quantité de pus. Vous les interrogez, ils n'ont jamais eu la chaudepisse, ils n'ont jamais été sondés; vous les examinez, ils ont le canal libre, la prostate et le bas-fond vésical normaux; la vessie se vide, les urines sont acides, les reins ne sont ni douloureux ni augmentés de volume; ils mangent et digèrent plus ou moins bien. Leur habitus extérieur est souvent normal, ils ne sont point amaigris, ils n'ont pas de fièvre, mais ils pissent du pus.

C'est à cette catégorie de sujets que vous nous entendez souvent donner la dénomination de *Pisseurs de pus*. Cette désignation n'est que l'expression du fait symptomatique dominant et de l'absence de constatation de lésions définies. Vous en avez un exemple très net chez le malade du n° 6:

Il n'est âgé que de dix-sept ans. Depuis trois mois déjà, sans cause déterminante appréciable, il présente des troubles complexes de la miction: besoins fréquents et impérieux, sensation de brûlure au début et à la fin du jet, irradiations pénibles aux régions lombaire et périnéale. La quantité d'urine excrétée est souvent exagérée; il existe de véritables accès de polyurie. Ces phénomènes morbides accessoires ne sont pas calmés par

le repos au lit, ne sont pas exagérés par le cheval ou la voiture; bien plus, ils n'existent pas d'une façon permanente et journalière. Il n'apparaissent que par crises, séparées par des intervalles plus ou moins longs pendant lesquels le malade n'éprouve rien. Un seul symptôme est absolument fixe et constant, nous voulons parler de l'état trouble des urines. Depuis trois mois, elles n'ont cessé d'être sales et lactescentes; elles ont seulement présenté des nuances diverses. Elles ne s'éclaircissent pas par le repos. Le dépôt, obtenu avec peine, est franchement purulent. Si l'on fait uriner le malade dans deux verres, on constate que l'urine est également riche en leucocytes au début et à la fin de la miction. D'ailleurs, pas d'hématurie; mais, parfois et presque exceptionnellement un peu de sang pur après les dernières gouttes d'urine. L'examen direct des organes génito-urinaires ne nous révèle aucune modification de forme ou de consistance soit du réservoir urinaire, soit de la prostate, des épидидymes ou des vésicules séminales; il n'y a pas de calcul, rien d'appréciable du côté des reins. Malgré l'aspect général assez bon de ce jeune homme, nous l'avons soumis à un traitement tonique: quinquina, tannin, bains sulfureux. C'est à peine si localement nous avons pratiqué quelques instillations de nitrate d'argent. L'amélioration des douleurs de la miction est manifeste, mais l'état trouble des urines persiste.

Nous avons soupçonné ce jeune homme de tuberculisation rénale et vésicale, mais nous sommes dans l'impossibilité de baser ce soupçon sur une démonstration clinique.

Vous avez pu suivre deux autres malades exactement semblables à celui-ci. Ils fréquentent l'hôpital Necker depuis trois ans. L'un d'eux y a séjourné encore cet hiver pendant plusieurs mois; le second pendant plusieurs semaines; nous les avons examinés complètement, à plusieurs reprises, sans constater jamais d'autre symptôme que la présence du pus dans l'urine et son abondance. Ni l'un ni l'autre n'ont encore présenté de symptômes de tuberculisation locale. Mais leur santé décline, et ils ont quitté l'hôpital dans des conditions qui nous permettent d'espérer les y revoir pour l'hivernage.

Nous hésitons donc à ranger ces malades parmi les tuberculeux urinaires; mais il nous paraît difficile de douter, bien

que nous n'ayons pas encore eu l'autopsie, qu'il n'y ait dans ces cas de la pyélite et que l'appareil rénal ne soit le principal générateur du pus.

L'observation clinique et l'observation anatomo-pathologique nous ont, en effet, démontré, dans bien des circonstances, la corrélation qui existe entre la sécrétion habituelle et abondante du pus et la pyélo-néphrite chronique. Entre autres faits, nous vous rappelons l'observation de cet homme qui a séjourné pendant dix-huit mois à la salle Saint-Vincent et l'histoire d'une femme que nous avons eue pendant près d'une année à la salle Sainte-Cécile. Chez l'un et l'autre de ces malades, nous avons chaque jour constaté la présence d'une quantité plus ou moins abondante, mais toujours très notable, de pus dans les urines, et nous vous avons montré à l'autopsie une pyélonéphrite qui, chez la femme, était d'origine calculieuse. Chez l'un et chez l'autre, la vessie très petite, revenue sur elle-même, ne pouvait sécréter une grande quantité de pus et en contenait à peine. Les bassinets et les calices dilatés offraient au contraire de vastes cavités remplies de pus<sup>1</sup>.

Les malades dont nous vous parlons sont souvent pyuriques, mais ne le sont pas d'une façon permanente. Ils nous ramènent toutefois à ces cas dont nous vous avons signalé

<sup>1</sup> Les faits qu'on vient de lire et les réflexions qu'ils suggèrent ont été publiés dans la première édition de cet ouvrage (1881). Tout ce que j'ai vu depuis en confirme l'intérêt. Il y a toute une catégorie de sujets qui présentent une aptitude innée ou acquise à la suppuration de l'appareil urinaire et à son envahissement par les microbes. Leur vessie ou leur appareil rénal fournissent quotidiennement du pus sans qu'ils aient jamais eu de blennorrhagie, subi de cathétérismes ou été atteints d'une maladie infectieuse. C'est, dans la majeure partie des cas, la première manifestation morbide dont ils aient à se plaindre. Ils présentent donc un état de réceptivité très particulière. Cette réceptivité de l'appareil urinaire, qui se montre en dehors de toute lésion primitive des organes qui le composent, porte contre la résistance de l'organisme, contre des santés en apparence irréprochables, un témoignage dont bien souvent j'ai constaté la sincérité et la valeur. Cette réceptivité si facile, dont le plus souvent on ne peut expliquer les manifestations, fait d'ailleurs contraste avec la résistance que présente à l'infection et à la suppuration la muqueuse d'un appareil sain, appartenant à un sujet vraiment bien portant et même, comme les faits le démontrent, à un sujet atteint de maladie infectieuse. On sait qu'en pareil cas, et malgré les éliminations qui s'imposent au rein, les modifications subies par les urines sont rarement durables. Quand on constate cette aptitude à la réceptivité sous la forme pyurique, on méconnaîtrait gravement sa signification si l'on ne tenait compte de l'avertissement et si l'on ne s'empresait d'instituer, en faveur de ceux qui la possèdent, une médication appropriée et très prolongée; sans préjudice du traitement local, si toutefois il y a lieu de le mettre en œuvre.

toute la gravité en vous parlant de ces urines décolorées, abondantes et à trouble persistant, que nous avons désignées à votre attention sous le nom d'urines rénales.

Ici, le pronostic est particulièrement sévère, car ces malades sont atteints de troubles digestifs graves et vivent sous l'imminence de complications plus sérieuses, spontanées ou provoquées par la moindre manœuvre chirurgicale. Comme les précédents, ils peuvent être améliorés, ils peuvent même être guéris; mais ne craignez cependant pas de prévoir la possibilité d'une terminaison funeste; elle peut se montrer non à échéance lointaine, comme chez les simples pisseurs de pus, mais souvent à très court délai.

Les urines purulentes et alcalines fournissent aussi au pronostic des éléments importants, surtout lorsqu'il y a état ammoniacal. Cependant, la gravité du pronostic reste avant tout subordonnée, dans ces cas, à la nature de la lésion. Lorsque le chirurgien peut efficacement la combattre, la guérison est le plus souvent obtenue. Vous avez vu de nombreux exemples où l'intervention opératoire a pu à la fois déterminer la guérison du malade et le retour de l'urine à l'état acide.

#### VI. — INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Nous ne terminerons pas les considérations que nous venons de vous présenter sur le pus dans l'urine sans vous donner un aperçu général des indications et des contre-indications qui en résultent pour le traitement.

La présence du pus dans l'urine ne crée pas par elle-même de contre-indication opératoire.

Il ne faut cependant pas oublier que, par le fait même de la suppuration, l'appareil urinaire est infecté; que la suppuration est en outre une des conditions de sa réceptivité; que cette réceptivité est d'autant plus grande que les lésions sont plus étendues et plus profondes; enfin que certains sujets, que je vous ai signalés, offrent une prédisposition spéciale à la suppuration. Aux indications du traitement local, à la nécessité de l'observance rigoureuse de l'antisepsie s'ajoutent donc, dans certains cas, celles du traitement général.