

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.

Le siège et la nature des lésions entrent surtout en ligne de compte ; l'examen clinique des urines purulentes fournit à cet égard des renseignements que vous savez fort utilisables. Bien que l'urine la plus acide puisse être fort microbienne et que la qualité pyogène ne soit nullement en rapport avec le pouvoir virulent, la conservation des caractères normaux de ce liquide, de même que celle du pus qui y est mélangé, est une condition favorable, même lorsqu'il y a des lésions rénales. Lorsque les urines sont neutres ou alcalines et même ammoniacales, l'intervention reste indiquée ; elle l'est même encore dans bien des cas où les urines sont franchement rénales. Vous avez cependant alors obligation, particulièrement étroite, de vous renseigner sur l'état des organes. Souvent vous serez autorisés par votre examen à agir chirurgicalement d'emblée. En règle, il est cependant utile de modifier les urines en agissant sur la cystite par le repos, les calmants, les médicaments et par les moyens locaux avant d'opérer, en employant au préalable un traitement général approprié.

Dans la plupart des cas, vous ne pourrez triompher de l'effet qu'en vous attaquant à la cause. C'est ainsi que le cathétérisme évacuateur méthodiquement employé, que l'uréthrotomie, que la lithotritie, la taille ou la néphrotomie, s'imposent fréquemment à votre décision. N'hésitez pas à intervenir, pour peu que l'indication soit pressante, et cette apparente témérité sera souvent le salut du malade.

Pour que ce précepte acquière toute sa valeur, nous ajoutons aux exemples que nous vous avons déjà cités, celui des malades que vous pouvez encore observer dans nos salles.

Au n° 22 est couché un malade dont le rétrécissement a été longtemps infranchissable. Pendant la longue période de repos que nous avons dû lui accorder pour essayer de pénétrer dans la vessie avec une bougie, les urines ne se sont jamais modifiées. Elles étaient troubles, chargées de pus, souvent alcalines et plus d'un symptôme grave s'était manifesté. Après avoir franchi directement le rétrécissement, avec l'uréthrotome, nous avons incisé la stricture. Dès lors, le malade a pu vider facilement la vessie et les urines n'ont pas tardé à revenir à l'état normal.

Chez le calculeux que nous venons d'opérer au n° 16, les

urines étaient d'apparence à peu près normale avant la lithotritie. Après la seconde séance, au moment où la vessie contenait en grand nombre des fragments multiples à pointes plus ou moins offensantes, elles devenaient troubles, glai-reuses, alcalines. Nous fîmes des lavages à l'eau tiède et les séances furent rapprochées ; avec le broiement des gros fragments, le calme ne tarda pas à se rétablir, le pus diminua notablement et l'urine redevint acide.

La cystite, dont le premier et inévitable effet est de provoquer et d'entretenir la formation du pus et son mélange avec l'urine, la cystite, qui dans certaines conditions détermine si nettement la transformation alcaline ou ammoniacale des urines, ne constitue pas en effet une contre-indication opératoire. Toutes les fois que la cause qui l'entretient peut être mécaniquement supprimée, il faut intervenir et considérer que la cystite ajoute à la nécessité de l'intervention un nouvel élément de décision. Ce précepte est surtout applicable chez les calculeux soumis à la lithotritie. Il nous arrive journellement de le mettre en pratique au grand bénéfice des malades.

L'indication opératoire est beaucoup moins précise dans des cas où, en apparence, elle semble plus nette et plus facile à remplir.

En effet, lorsque les urines, sans être cependant ammoniacales ou même acides, sont abondantes, se séparent mal du pus, lorsqu'elles offrent, en un mot, les caractères des urines rénales, l'intervention chirurgicale est dangereuse. Nous avons attiré votre attention sur ces cas à propos de certaines formes de la rétention d'urine. Mais ils ne relèvent pas tous de la même cause.

Si la guérison de la lésion, qui a déterminé et qui entretient l'état morbide, dont la qualité des urines n'est qu'une des expressions, exige une intervention mécanique, l'indication opératoire est posée, il faut intervenir. Mais qu'il s'agisse d'un simple cathétérisme ou d'une opération plus complexe vous ne sauriez procéder avec trop de prudence, vous entourer de trop de précautions antiseptiques, trop nettement affirmer la gravité possible de l'intervention.

Les risques que vous êtes obligés de faire courir au malade sont compensés par la possibilité du succès, par la marche

nécessairement fatale de l'affection abandonnée à son cours. Votre responsabilité est entièrement à l'abri, car vous avez agi au mieux des intérêts du malade.

En est-il de même de l'intervention qui s'applique aux urinaires qui sont sous le coup d'une sécrétion habituelle et prolongée de pus, et surtout à ceux qui ont non seulement cette sécrétion habituelle et prolongée, mais une sécrétion abondante.

Chez ces malades comme chez les précédents, la suppuration est d'origine rénale. Ce sont des pyélitiques. Leur pyélite peut évoluer sans rétention rénale, n'être à aucun moment compliquée d'accumulation passagère ou habituelle du pus dans l'un des reins. Ce sont ces organes que vous devez explorer en mettant à profit les méthodes d'examen chirurgical, qui permettent d'apprécier leur augmentation de volume. Faire banalement dans ces cas l'exploration de la vessie est une faute. C'est une faute qui peut empêcher le diagnostic en détournant l'attention de son véritable objectif. C'est une faute qui peut être préjudiciable aux malades, car l'exploration instrumentale est dans ces cas facilement suivie d'accidents.

Vous commencerez donc par explorer les reins et vous n'arriverez à l'exploration intravésicale qu'après avoir épuisé toute la série des ressources que vous offrent l'interprétation physiologique des symptômes méthodiquement recueillis et l'analyse attentive des signes fournis par la palpation simple et le toucher rectal. C'est en présence de semblables malades que les principes que nous cherchons à vous enseigner sont surtout applicables.

Vous savez à quel point nous estimons les merveilleuses ressources que met à la disposition du chirurgien l'exploration de l'urèthre et de la vessie à l'aide des instruments. Vous savez quelle confiance nous inspirent les belles opérations que la chirurgie a su perfectionner et qui nous permettent d'intervenir avec une puissance si réelle. Mais vous savez aussi que l'exploration par les instruments ne doit être que le résultat logique des indications fournies par l'étude des troubles fonctionnels et par l'examen méthodique dont la palpation directe est l'agent.

Dans les cas dont nous vous parlons actuellement, de même que dans ceux dont nous vous entretenions il n'y a qu'un instant,

l'intervention par l'exploration et même par l'opération sera cependant complètement justifiée si vous avez relevé, par un examen préalable bien complet, une indication formelle.

Lorsque vous pouvez rationnellement supposer que le canal est rétréci, que la vessie reste trop incomplètement vidée, qu'il y a un calcul, soumettez le malade à l'exploration et agissez ensuite, si les résultats de l'exploration sont démonstratifs. N'hésitez pas davantage à intervenir sur le rein s'il y a pyonéphrose. Le succès est possible même dans les périodes les plus avancées. Aussi bien pour la vessie que pour le rein, vous pouvez avoir la satisfaction de modifier heureusement et même de transformer les situations les plus graves. Mais n'oubliez pas que vous agissez dans de très mauvaises conditions. Sans faire abus de comparaisons, nous donnerons à notre pensée toute son expression, en disant que vous vous engagez sur un terrain miné, où vous pouvez, même en avançant avec les plus minutieuses précautions, vous trouver en face d'un danger menaçant, d'un danger difficilement conjurable.

Soyez donc sobres d'interventions, n'obéissez qu'aux indications les plus formelles, mais suivez-les alors sans hésitations. Prenez vos décisions avec la même fermeté quand il n'y a rien à attendre d'une opération. Toutes les fois que l'abstention chirurgicale est de mise, vous devez conclure qu'elle est de règle. Elle est d'autant plus la règle ici que le traitement médical est loin d'être impuissant.

Le jeune homme du n° 6, dont nous vous avons tout à l'heure rappelé l'observation et qui nous demande ce matin même sa sortie, est dans un état très satisfaisant, grâce au repos, à une médication générale tonique et à une hygiène convenable.

Une alimentation appropriée, le repos, l'hygiène, les médications qui agissent d'après les indications fournies par les troubles digestifs divers, que présentent toujours ces catégories de malades, les toniques, les médications reconstituantes, et, en particulier, celles que permettent les changements d'air; le séjour sur le littoral du midi pendant l'hiver, pendant la belle saison, les bains salés ou sulfureux, l'hydrothérapie, etc., constituent un ensemble de moyens thérapeutiques fort efficaces. Les résultats qu'il en obtient sont de nature à consoler le chirurgien de n'avoir pas trouvé l'indication d'une intervention

directe ; ils peuvent parfois lui permettre de l'aborder ultérieurement dans de meilleures conditions.

Vous avez, en effet, affaire, dans beaucoup de ces cas, aux sujets prédisposés à la suppuration et facilement tuberculisables dont je vous ai entretenu dès le début et au cours de cette leçon. De même que les tuberculeux proprement dits, la façon dont ils vivent et dont ils sont soignés a la plus manifeste influence sur leur destinée. Une pratique prolongée vous mettra à même de constater que les pyélitiques, malgré une pyurie qui dure depuis des années, vivent cependant avec les apparences de la santé. Si je suis obligé de reconnaître que la pyélite résiste aux médications et qu'il est difficile, sinon impossible de la guérir, je suis à même d'affirmer qu'il est, le plus souvent, facile d'en gouverner l'évolution, d'en faire supporter la présence, de la rendre compatible avec une santé réellement satisfaisante et d'assurer une longue existence à ceux qui en sont atteints.

## SEIZIÈME LEÇON

### EXAMEN CLINIQUE DES URINES

#### LES GAZ DANS LA VESSIE

##### (Pneumaturie)

Étude clinique du symptôme. — Origine diverse des gaz. — 1° Introduction mécanique. — 2° Passage dans la vessie, à travers une fistule vésico-intestinale, des gaz formés dans l'intestin. — 3° Développement spontané des gaz dans la vessie par fermentation alcoolique des urines qui contiennent du sucre. — 4° Développement spontané de gaz, indépendant de la glycosurie. — 5° Pneumatose rénale.

Nous avons longuement étudié dans les chapitres précédents les diverses altérations physiques et chimiques de l'urine ; nous vous avons appris non seulement à reconnaître dans ce liquide la présence du sang et du pus, mais à déterminer la valeur sémiologique de ces mélanges et les indications que l'on doit en tirer pour le pronostic et pour le traitement. Avant d'en finir

avec les substances anormales que l'urine peut contenir, nous croyons utile de dire quelques mots de l'émission de gaz pendant la miction ou *pneumaturie*. C'est un phénomène assez rare pour que nous jugions superflu d'entrer à ce sujet dans de longs développements, mais assez curieux et intéressant pour que nous ne le passions pas sous silence.

Voyons d'abord comment il se présente cliniquement.

La pneumaturie n'est précédée, en général, d'aucune sensation spéciale plus ou moins comparable au météorisme intestinal. Il n'existe ni tension hypogastrique, ni gêne d'aucune sorte, ni même envies plus fréquentes d'uriner. Rien ne fait pressentir la prochaine expulsion de vents par l'urèthre ; c'est dire qu'il n'y a jamais ballonnement et que le volume des gaz présents dans la vessie à un moment donné n'est jamais considérable.

Leur expulsion a lieu presque toujours à la fin de la miction, après l'écoulement de l'urine, ce qui paraît dû simplement à la position déclive du col et à la légèreté spécifique des gaz.

En s'échappant, ces derniers produisent parfois un véritable bruit plus ou moins comparable à celui que déterminent les gaz intestinaux, parfois un sifflement. Toutefois le son peut être très faible et consister simplement en un bruit de souffle. En général, cependant, le mélange des gaz avec les dernières gouttes d'urine qui restent dans le canal donne lieu à une sorte de gargouillement plus ou moins retentissant.

Le passage des gaz ne provoque pas la moindre sensation douloureuse. Parfois il détermine un chatouillement qui n'a rien de pénible ; il est toujours perçu.

La pneumaturie ne se produit pas à chaque miction, mais d'une manière intermittente et sans qu'il soit possible d'attribuer son apparition à aucune circonstance nettement déterminée.

Tel est le phénomène en lui-même, abstraction faite des signes concomitants engendrés par l'affection dont la pneumaturie n'est qu'un des symptômes.

Tout indique que les gaz qui s'échappent ainsi par l'urèthre viennent directement de la vessie et c'est de la pneumaturie vésicale que nous allons vous entretenir. Mais nous aurons à vous dire quelques mots de la pneumaturie rénale.