

de l'utérus, tandis qu'elle est complètement et brusquement suspendue chez les lithiasiques. Il est d'autant plus intéressant de se demander quelle peut être la cause de ces différences si essentielles, que très grand est le nombre des cancéreuses de l'utérus qui succombent à des accidents urémiques. On l'a évalué à près de la moitié.

La façon dont s'établit la compression a certainement une influence. Elle est graduelle et n'aboutit pas toujours, les autopsies en témoignent, à une oblitération absolue. Elle n'est pas non plus toujours complète dans l'obstruction calculeuse. Ces raisons peuvent cependant servir à expliquer la fréquence de l'hydronéphrose dans les cas de cancer; mais ce qui nous paraît surtout à invoquer, c'est la qualité du parenchyme rénal.

Dans l'anurie calculeuse, le rein, surpris par une oblitération de son uretère, est toujours plus ou moins modifié par des lésions antérieures et ces lésions sont de date ancienne; son congénère est déjà, depuis plus ou moins longtemps, incapable de fonctionner. C'est ce que les faits étudiés par M. Merklen établissent. Il résulte aussi du dépouillement des observations avec autopsie, fait par cet auteur<sup>1</sup>: 1° que c'est par exception que l'on a constaté l'obstruction simultanée et contemporaine des deux uretères; 2° et que jamais, quoi qu'en dise Van Swieten, l'oblitération calculeuse d'un seul uretère, avec intégrité du rein et de l'uretère opposé, n'a pu donner lieu à une anurie assez prolongée pour déterminer la mort.

Chez les animaux que l'on soumet à la ligature de l'uretère, la santé n'est en aucune façon troublée si l'on a pris soin d'opérer aseptiquement. Et non seulement ils vivent avec un rein dont le fonctionnement n'est pas influencé par la strangulation absolue opérée sur l'uretère du rein opposé, mais celui-ci continue à faire de l'urine. Sans doute, dans les premières heures, lorsque la pression rénale monte de 40 à 73 millimètres de mercure, la fonction est profondément troublée dans le rein mis en expérience et son congénère ne tarde pas à être sérieusement influencé. J'ai démontré ces faits<sup>2</sup>. Mais j'ai vu, avec M. Albar-

<sup>1</sup> MERKLEN, *loc. cit.*, p. 25.

<sup>2</sup> F. GUYON, *Influence de la tension intra-rénale sur les fonctions du rein*. C. R. Ac. des sciences, 29 février 1892.

ran<sup>1</sup> que la tension finissait par tomber à 3 et 5 millimètres chez les chiens ligaturés depuis quelques semaines et que la sécrétion, bien que modifiée dans sa quantité et dans sa qualité, continuait à s'effectuer. Or, chez nos animaux, les reins, lorsque nous les mettons en expérience, ne sont pas lésés. Les modifications anatomiques qui surviennent sont secondaires.

Il en est de même chez les cancéreuses de l'utérus. De là le contraste établi par les autopsies et celui non moins significatif fourni par l'observation, car chez elles l'anurie absolue est rarement observée, c'est plutôt de l'oligurie qu'elles présentent; et, abstraction faite des témoignages de la miction, nous avons ceux que fournissent les hydronéphroses si fréquentes chez elles, si rares chez les calculeux.

Si j'ai insisté sur ces questions de physiologie pathologique, c'est que vous devrez les utiliser pour bien peser vos déterminations lorsque vous aurez à intervenir chirurgicalement dans les cas d'anurie calculeuse; je ne suis pas d'avis qu'elles doivent vous détourner d'un effort opératoire, dans des cas où l'on ne sait d'où le salut peut venir. Mais elles vous rendront très réservé dans le pronostic. De fait, les succès opératoires en pareilles circonstances restent encore fort rares; il est à craindre qu'ils ne le demeurent.

*Dans le cours des néphrites*, vous pourrez observer l'anurie soit comme accident initial, soit comme phénomène ultime.

Au début, c'est dans la néphrite parenchymateuse aiguë, en particulier dans la néphrite scarlatineuse des enfants que vous la rencontrez; à la fin, c'est dans les néphrites parenchymateuses chroniques et dans les néphrites chirurgicales. Dans un cas comme dans l'autre, elle coïncide soit avec des phénomènes fébriles et des lésions rénales très aiguës, soit avec des complications graves, comme la pneumonie, la pleurésie, la péricardite. Dans les néphrites chirurgicales, qui nous intéressent plus particulièrement, vous pourrez voir l'anurie survenir à la suite de certaines opérations, de la taille, par exemple, ou même d'un simple cathétérisme. Mais vous savez combien est rare cet accident, puisque vous ne l'avez jamais observé dans nos salles.

<sup>1</sup> ALBARRAN, *Hydronéphroses fermées d'emblée*. *Semaine méd.*, 1894, p. 13.

L'anurie, dans les néphrites, se traduit par des vomissements, de la dyspnée, des manifestations convulsives et comateuses; parfois vous noterez en outre quelques phénomènes accessoires paraissant liés à des troubles circulatoires, bruit de galop, éruptions érythémateuses.

Le pronostic, toujours grave, l'est cependant moins au début qu'à une période avancée des néphrites. Dans ce dernier cas, la mort est la règle, elle survient en deux ou trois jours.

A l'autopsie, vous trouverez fréquemment une obstruction des tubuli par des détritux épithéliaux, des exsudats albumineux ou sanguins, quelquefois, chez les goutteux, par des cristaux d'acide urique et d'urate de soude. Enfin, dans certains cas où les accidents ont éclaté à la suite d'un cathétérisme, vous pourrez, comme Thompson et Fayer, ne constater rien autre chose qu'une simple congestion des reins. L'anurie est alors un symptôme accessoire; l'état général qui l'accompagne et qui domine la scène est le fait d'une septicémie ou d'une perturbation nerveuse plutôt que de l'urémie.

C'est de cette variété d'anurie que semble se rapprocher l'observation de notre jeune garçon boucher.

Enfin, nous devons ajouter que les troubles circulatoires asystoliques d'origine cardiaque ou pulmonaire, la stase et les thromboses veineuses, donnent souvent lieu à une oligurie très prononcée, qui peut aller jusqu'à l'anurie.

Telles sont les principales variétés d'anurie chez les urinaires. L'occlusion des uretères et les lésions rénales sont les causes principales de ce grave et redoutable accident. Une excitation trop vive ou trop répétée de la vessie pourrait-elle le déterminer?

Un cas que j'ai récemment observé (juillet 1893) semble au premier abord ne pas permettre d'en douter. C'est celui auquel j'ai fait allusion tout à l'heure. Il s'agissait d'une cystite invétérée à forme hémorragique, que je soignais avec succès par les instillations de nitrate d'argent; j'étais arrivé à employer la solution à 40/0. Le malade fut au bout de quelques instillations subitement pris d'une anurie absolue qui ne céda qu'au bout de trois à quatre jours. Cette suppression de la fonction des reins ne fut ni précédée ni accompagnée de coliques néphrétiques. L'interprète qui assistait ce malade, complètement igno-

rant de la langue française, m'apprit alors sur son invitation, que déjà, dans les *mêmes conditions*, c'est-à-dire au cours d'un traitement de sa cystite par le nitrate d'argent, il avait eu, dans son pays, une attaque d'anurie.

Il est donc difficile de ne pas admettre une relation de cause à effet. Le réflexe vésico-rénal est trop connu pour qu'on ne puisse accepter que c'est sous son influence que l'anurie s'est produite. Mais on ne peut davantage ne pas admettre que les reins fussent malades.

Je n'ai pas eu la preuve que le malade fût un lithiasique; la difficulté de l'interroger m'a empêché de me renseigner et l'on sait combien en pareille situation ces renseignements sont nécessaires. L'examen le plus attentif peut en effet ne pas permettre de savoir si les reins sont en état d'insuffisance. Je ne saurais cependant penser que la seule excitation vésicale puisse entraver la sécrétion urinaire. Tout ce que la pratique nous montre chaque jour témoigne contre cette hypothèse. Aussi bien les manœuvres prolongées dans les lithotrities pénibles que les curettages de la vessie et la cautérisation de sa surface interne au fer rouge, sont amplement démonstratifs; jamais vous ne voyez l'anurie ni même l'oligurie en être la conséquence. Il n'est pas moins intéressant de savoir que de mauvais reins, et probablement surtout les reins des néphrétiques, peuvent être influencés par une excitation vive et répétée de la muqueuse vésicale. Il faut à l'occasion s'en souvenir.

En dehors des cas que nous venons d'examiner, vous pourrez encore observer la suppression de l'urine dans l'hystérie et dans certaines affections générales graves.

Dans l'*hystérie*, elle est caractérisée par l'absence de toute lésion appréciable. Aussi ne verrez-vous guère comme symptômes que des vomissements, avec élimination supplémentaire d'urée, sans véritables accidents urémiques. Elle peut être passagère et se montrer à l'occasion des règles, ou durable, elle alterne alors avec des crises de polyurie, de la contracture, de la paraplégie.

Dans les *maladies générales graves*, l'anurie représente un phénomène accessoire que l'on peut expliquer en invoquant tour à tour une perturbation nerveuse profonde, l'altération du sang, les troubles circulatoires et les lésions du rein. C'est

le cas d'un grand nombre de maladies aiguës au début, des dyscrasies avec évacuations abondantes, des péritonites par perforation, de quelques empoisonnements, d'accidents tels que les étranglements, les contusions des reins, les brûlures étendues. Elle est en général, sauf au début des maladies aiguës chez l'enfant, l'indice d'un pronostic des plus graves.

III. AUGMENTATION DE LA QUANTITÉ D'URINE. POLYURIE. — La sécrétion exagérée de l'urine est désignée dans le langage médical sous le nom de polyurie. Nous nous servons de cette dénomination, bien que la polyurie des urinaires présente, au point de vue de la quantité du liquide sécrété, de notables différences avec les polyuries jusqu'à présent étudiées.

La polyurie des urinaires n'a d'autre caractéristique que l'augmentation de la quantité de l'urine excrétée. C'est un symptôme ajouté à ceux que nous avons l'habitude de constater et d'étudier. Vous le rencontrerez fréquemment maintenant que vous êtes prévenus qu'il existe.

Il est donc intéressant de l'étudier en lui-même et de rechercher quelle est sa valeur sémiologique.

La *quantité* d'urine rendue par les polyuriques non urinaires, tels que les diabétiques, les azoturiques, ou même les polyuriques simples, peut varier de 2 à 30 litres. Mais, chez nos malades, l'échelle des variations en quantité est beaucoup moins étendue. Dans les nombreux relevés établis par M. Guignard, depuis une année<sup>1</sup>, c'est de 1,500 grammes à 5 litres qu'ont varié les proportions de l'urine excrétée par nos polyuriques. La moyenne se rapproche de 3 litres.

Un premier fait se dégage de nos observations : la plupart de nos malades urinent en plus grande quantité la *nuit* que le jour.

Voici quelques exemples relevés dans nos observations :

nuit .....	2,500	} 4,500	nuit .....	1,125	} 2,125
jour .....	2,000		jour .....	1,000	
nuit .....	3,000	} 5,250	nuit .....	1,000	} 1,700
jour .....	2,500		jour .....	700	
nuit .....	1,500	} 2,700	nuit .....	2,000	} 3,000
jour .....	1,200		jour .....	1,000	
nuit .....	1,750	} 2,750	nuit .....	2,500	} 3,100
jour .....	1,000		jour .....	600	

<sup>1</sup> 1876.

L'augmentation de quantité a toujours paru être en rapport avec la fréquence des besoins d'uriner, fréquence surtout nocturne, chez les polyuriques urinaires.

Chez plusieurs de nos malades, nous avons fait vérifier avec soin la quantité des boissons ingérées ; la quantité de tisane bue pendant la nuit était notablement inférieure à la quantité absorbée pendant le jour. Ainsi, sur trois pots accordés aux malades, deux étaient consommés le jour et un seul la nuit. En admettant même un partage exact entre la nuit et le jour, il resterait encore à l'actif de la journée les boissons des repas. La quantité d'urine n'est donc pas proportionnelle à la quantité de boissons ingérées. Bon nombre des malades, qui rendent une quantité d'urine au-dessus de la normale, ne sont point tourmentés par la soif. Ils boivent comme dans la santé normale, surtout ou même uniquement, le jour. Il y a cependant une catégorie de nos polyuriques qui est polydipsique ; ce sont ceux qui fourniront les chiffres les plus élevés.

Les chiffres que nous avons mis sous vos yeux montrent que la différence entre la quantité des urines diurnes et celle des urines nocturnes est variable dans son expression, mais constante dans son existence. Cette différence est même assez prononcée dans plusieurs observations pour que l'on puisse dire que certains malades ne sont polyuriques que la nuit.

Nous ne pouvons vous donner de meilleur témoignage de la persistance du symptôme que l'observation du polyurique du n° 16 dont les urines ont été régulièrement mesurées matin et soir depuis le 18 octobre 1876 jusqu'au 20 janvier 1877. Le 18 octobre, nous voyons noter 2,500 grammes d'urine la nuit et 2,000 grammes le jour ; le 20 janvier, nous trouvons 1,750 grammes la nuit et 1,500 grammes le jour.

Nous avons observé l'exagération nocturne du symptôme polyurie chez la femme, nous l'avons aussi rencontrée chez des hommes encore jeunes. On ne saurait, par conséquent, accuser plus spécialement la congestion prostatique d'être le point de départ de l'incitation réflexe qui aboutit à la polyurie.

L'urine des polyuriques urinaires mérite d'être étudiée dans son aspect et dans sa composition.

Elle peut être claire ou trouble ; l'état clair est primitif ou secondaire, ce qui revient à dire que les urines rendues à l'état

trouble peuvent, par décantation, devenir claires. Il y a donc une polyurie claire et une polyurie trouble; ces deux espèces doivent être soigneusement distinguées. Mais la première comprend deux variétés: la polyurie claire primitive et la polyurie claire secondaire. Il est nécessaire de ne pas les confondre dans la même description, car elles ont une valeur sémiologique différente. Nous les désignerons, pour la commodité du langage, en claire et en limpide.

Les urines limpides sont celles qui sont primitivement claires; elles ont une transparence parfaite, presque aqueuse.

La limpidité de l'urine va toujours en effet, avec plus ou moins de décoloration. Sa pâleur est proportionnelle à l'augmentation de l'eau qu'elle contient. Rendue à l'état limpide, cette urine, tant qu'elle ne subit pas de décomposition, reste limpide. Elle ne contient pas d'éléments anatomiques, ou du moins l'on n'y trouve que quelques cellules épithéliales; elle ne cultive pas.

Les urines claires sont celles qui, rendues à l'état trouble, deviennent transparentes par le repos; elles sont purulentes et par cela même microbiennes.

L'urine trouble est celle qui, rendue à l'état trouble, décante imparfaitement et reste trouble ou louche; elle est elle aussi purulente et microbienne.

Sachant que l'urine diluée peut agir par le fait même de sa dilution sur les leucocytes et provoquer des modifications telle qu'ils se dissocient, vous pourriez demander pourquoi les urines des polyuriques qui contiennent du pus ne présentent pas toutes ce caractère louche et trouble. Il est facile de vous répondre que, pour que ce caractère se manifeste, il ne suffit pas que les urines soient diluées, il faut aussi qu'elles contiennent beaucoup de pus. C'est précisément l'une des conditions que réalisent certaines altérations de l'appareil rénal; dans les pyélites, en effet, nous voyons se produire de la façon la plus constante et la plus continue les plus grandes quantités de pus.

Avec de petites ou moyennes quantités de pus telles qu'en offrent la plupart des cystites et certaines pyélites, pour peu que l'urine soit encore acide, le trouble spécial et persistant dont je parle ne se maintiendra pas, malgré la dilution du liquide urinaire. L'urine deviendra claire.

Les *polyuriques à urines claires* diffèrent essentiellement, au point de vue clinique, *des polyuriques à urines limpides et à urines troubles*. Les urines qui deviennent claires et les urines qui restent troubles de même que la polyurie limpide ont une importance sémiologique très différente.

Les urines troubles appartiennent à nos grands polyuriques, c'est-à-dire à ceux qui rendent 4, 5 et 5 litres et demi de liquide. Vous pouvez, en voyant un échantillon de ces urines, déclarer à l'avance que le malade pisse en quantité exagérée. Bien qu'il n'y ait pas entre ces deux phénomènes de corrélation forcée, vous les verrez cependant marcher de pair dans nombre de cas; par cela même que l'appareil rénal suppure, la polyurie sera plus prononcée.

Les urines qui deviennent claires appartiennent, en général, à des polyuries moins accusées, représentées par 3 litres en moyenne; elles sont rendues par des malades dont les lésions urinaires sont moins avancées et moins étendues.

La polyurie trouble indique, en effet, d'une façon certaine, que l'appareil rénal est malade et suppure abondamment. Cette suppuration a pour origine l'inflammation chronique des calices et des bassinets, et l'on comprend combien, dans ces conditions, le tissu rénal est atteint. Il ne reste en effet qu'une bien petite proportion de substance rénale saine et cependant la quantité d'urine est chaque jour uniforme et considérable. L'activité de la sécrétion est bien loin d'être l'indice de la bonne santé du rein. La polyurie persistante avec ou sans suppuration, est au contraire le témoignage positif de son état morbide.

La polyurie limpide s'observe chez des sujets dont l'appareil rénal, malade, ne suppure pas encore; mais il n'est que trop vrai qu'il est tout prêt à suppurer et à largement suppurer. Il est en effet en plein état de réceptivité. Un cathétérisme, un refroidissement peuvent être la cause déterminante de la suppuration. Il est aussi certain qu'alors même qu'ils ne sont pas conduits à la suppuration, les malades affectés de polyurie limpide peuvent présenter un grave ensemble de symptômes, parce qu'ils ont de grandes lésions.

Chez les polyuriques troubles ou limpides qui atteignent aux chiffres de 4 et 5 litres ou plus et qui ont en même temps une distension de la vessie, la dilatation des calices et des bassinets

est portée fort loin. Le parenchyme rénal, diminué par cette dilatation, sous le coup de la néphrite interstitielle hyperplasique, remplit si médiocrement son rôle épurateur malgré la suractivité fonctionnelle à laquelle il est soumis, que la moindre perturbation, la moindre rupture dans l'équilibre qui donne à ces malades l'apparence d'un reste de santé, détermine les plus graves et les plus évidentes manifestations d'un état urémique jusque-là latent. Selon les circonstances, les phénomènes propres à l'infection urinaire s'y ajoutent. Déjà, nous vous avons fait ces remarques en étudiant la rétention d'urine incomplète avec distension. Nous devons actuellement les renouveler. Nous ajouterons que les grands polyuriques à urines troubles ou limpides ont les reins malades même lorsque leur vessie fonctionne normalement et se vide.

Si les polyuriques à urines qui redeviennent claires diffèrent nettement des polyuriques à urines qui restent troubles, les *polyuriques à urines limpides* peuvent en être rapprochés. L'étude clinique du symptôme polyurie nous fera connaître les conditions qui autorisent ce rapprochement.

L'urine des polyuriques est ordinairement *acide* à l'émission ; l'acidité est faible plus ou moins selon les cas : elle se maintient après l'émission même dans le bocal souvent incrusté de ferment où on la recueille (Guiard). Cela tient sans doute à ce que ces urines sont, par le fait même de leur abondance, relativement pauvres en urée, c'est-à-dire en matière fermentescible. Cependant, sous l'influence de la cystite et de la fièvre, elles peuvent devenir ammoniacales ; mais dans ces conditions la polyurie diminue ou même disparaît, tandis que l'urée augmente, ce qui explique la possibilité d'une fermentation plus active.

La densité est nécessairement abaissée, elle oscille entre 1,005 et 1,010 ; rarement nous l'avons notée à 1,015 ; l'urine normale pèse, vous le savez, de 1,018 à 1,020.

On retrouve dans ces urines les éléments normaux en proportion normale ; l'acide urique fait seule exception. La quantité d'urée, le poids des sels, tels que les phosphates, les chlorures, les sulfates, etc., ne s'éloigne pas sensiblement du chiffre normal. Il faut nécessairement, pour obtenir des résultats exacts, rapporter les quantités observées par 1,000 grammes à

la totalité des urines des 24 heures et ne pas s'arrêter à la diminution proportionnelle.

L'acide urique est en si petite quantité qu'on n'en retrouve de traces qu'avec les plus grandes difficultés. Qu'on le recherche directement à l'aide du microscope après avoir diminué par l'évaporation la quantité d'urine en observation et l'avoir laissée reposer 24 heures, ou qu'on ait recours à la précipitation par l'acide chlorhydrique, il est toujours laborieux d'en constater la présence. Il est surtout difficile d'en obtenir suffisamment pour les pesées. Dans plusieurs observations, l'on a noté 15 à 30 centigrammes pour les 24 heures.

Cette diminution de l'acide urique a depuis longtemps été constatée par Méhu dans les urines purulentes. Notre collègue l'avait également constatée dans les urines de nos polyuriques et M. Guignard est arrivé aux mêmes résultats après les recherches les plus complètes. Nous avons eu l'occasion de dire (p. 407) que M. Chabrié a fait des constatations semblables.

L'étude clinique du symptôme polyurie va nous rendre compte de sa marche, de sa durée, de l'état local et général des urinaires atteints de polyurie.

Les polyuriques se divisent en deux classes : chez les uns, la polyurie est passagère et tout accidentelle ; chez les autres, elle est permanente. Chez quelques malades, la polyurie cesse pour reparaître, elle est en quelque sorte intermittente.

L'état des urines peut faire prévoir la durée. Les urines claires, c'est-à-dire celles qui s'éclaircissent par le repos, et les urines véritablement limpides *lorsque la polyurie est intermittente*, permettent d'espérer la disparition plus ou moins prochaine du phénomène morbide. Les urines troubles et louches ne peuvent au contraire laisser de doute : le symptôme persistera, et souvent même d'une façon définitive, parce que ces urines sont le témoignage de lésions à la fois complexes et avancées dans leur évolution. Les urines limpides peuvent, elles aussi, nous le répétons, lorsqu'elles sont en quantité exagérée et que *cette surabondance dans la sécrétion est permanente*, témoigner d'un fort mauvais état de l'appareil rénal.

La polyurie a donc par elle-même une valeur sémiologique bien déterminée ; son association avec la pyurie ne fait que l'ac-

centuer. Il est bien rare qu'elle ne soit pas alors permanente. Vous savez combien en sémiologie il faut tenir compte de la durée et de la continuité des manifestations morbides. Aussi, ne mettez-vous jamais sur le même rang par exemple, le prostatique qui, polyurique la nuit, rend pendant le jour une quantité normale et celui qui, tout en exagérant le travail du rein pendant le sommeil, ne cesse pas de le faire fonctionner au-delà de la mesure normale pendant la veille.

L'affection urinaire préexistante influence la marche et la durée de la polyurie. Elle peut lui imprimer un cachet spécial et parfois presque pathognomonique.

Une rétention d'urine aiguë, franche, passagère, s'accompagne toujours de polyurie ; mais, de même que l'accident initial et provocateur, la polyurie sera purement transitoire.

Si parfois, dans la tuberculose des voies urinaires, la polyurie se montre sous forme continue et persistante, bien plus souvent, presque toujours même, pour être plus exact, elle présente des oscillations étendues. Un jour elle sera des plus évidentes, un autre jour elle fera entièrement défaut. Les crises de polyurie apparaîtront à intervalles plus ou moins rapprochés ; elles ne dureront que quelques heures ou se prolongeront pendant plusieurs jours. C'est l'excitation vésicale qui la provoque.

Les polyuries intermittentes des tuberculeux urinaires se font remarquer par la limpidité des urines. Cette limpidité fait contraste avec leur état habituel, leur dépôt purulent, mélangé ou non de sang, qui s'observaient journellement avant la crise et qui reparaitront immédiatement après. Cette transformation n'a rien qui puisse surprendre : l'abondance de la sécrétion urinaire a permis le lavage complet de la vessie ; le pus a été balayé, emporté par les premières mictions et n'a pas encore eu le temps de se reproduire. Là où il n'y a plus assez de pus, l'urine perd ses droits au trouble et au dépôt.

Pour trouver une polyurie persistante, alors que l'influence de la vessie est seule en jeu, il faut s'adresser à ces malades qui, par suite d'un rétrécissement ou d'une hypertrophie prostatique, ne vident pas leur vessie ou ne la vident qu'avec peine. C'est dans ces conditions que la polyurie peut prendre droit de domicile.

Il faut, cependant, établir une distinction.

Si l'affection uréthrale ou prostatique n'est pas de date trop ancienne, la polyurie ne sera que transitoire. Les échéances sont généralement assez longues chez les urinaires. Si les avertissements sont compris (et le symptôme polyurie est un des nombreux avertissements prodigués par ces malades), un traitement approprié peut la faire disparaître. Vous avez en ce moment dans les salles deux uréthrotomisés (n° 2 et n° 5) qui étaient polyuriques à leur entrée dans le service, et qui sont aujourd'hui guéris de leur polyurie et de leur rétrécissement. Nous avons pu, dans ces cas, supprimer à temps l'obstacle qui s'opposait à la libre émission de l'urine, et cela seul a suffi pour guérir la polyurie ; le même résultat peut être obtenu lorsque l'on vide régulièrement et facilement la vessie des prostatiques. Mais il faut agir sans délais.

Lorsque l'affection uréthrale ou prostatique qui a déterminé les empêchements ou les difficultés de la miction est de date trop ancienne, vous avez toute chance de voir persister le symptôme polyurie. Le rein est alors définitivement en cause.

Vous êtes d'ailleurs avertis, dans ces cas, par la nature des urines qui sont troubles et louches, et par le degré de la polyurie, qui s'élève en moyenne à 4 ou 5 litres ; si les urines sont limpides, par le degré et la durée de la polyurie. Le symptôme persiste même après guérison de la lésion. Vous avez observé, au n° 16, ce malade dont les urines ont été mesurées du mois d'octobre au mois de janvier ; vous avez constaté que leur quantité quoique amoindrie est toujours bien au-dessus de la moyenne normale et qu'elles sont toujours troubles et louches. Cependant ce malade, qui est un rétréci, est guéri de son rétrécissement, que nous avons dilaté ; il vide mieux sa vessie, mais ne la vide qu'avec peine.

Pour comprendre la persistance de la polyurie trouble et aussi, disons-le de suite, pour apprécier à leur juste valeur ses indications pronostiques, il suffit de jeter les yeux sur les pièces pathologiques que nous vous présentons. Elles proviennent du grand polyurique à urines troubles que vous avez observé au n° 24. Ce malade rendait plus de 5 litres d'urine et avait la vessie distendue. Il a succombé rapidement à cette affection fort ancienne. Les lésions ne sont pas, tant s'en faut,