

gnait déjà la présence, indiquant une bonne perméabilité. Grâce donc à la cystoscopie et à la séparation endovésicale des urines nous pouvions préciser non seulement le diagnostic de lésion rénale avec rétention septique, — mais on plus les indications opératoires et ne pas craindre de faire la néphrectomie, si elle était nécessaire, puisque l'organe congénère faisait ample suppléance. A l'opération nous trouvâmes une hydropyoméphrose énorme, la poche kystique allant jusqu'aux vertèbres. La néphrectomie fut faite. L'organe enlevé n'était plus qu'un énorme sac présentant en un point une petite masse de tissu rénal parsemé d'un semis de tuberculeux nombreux. L'uretère fut bas resséqué. Les suites opératoires furent sans incidents et la convalescence rapide. Aujourd'hui la malade est très bien portante.

L'observation de la malade que voici comporte aussi son intérêt clinique. M<sup>de</sup> G., 36 ans, (obs. per. 1341), vient nous consulter pour une fistule au côté droit. Cinq mois auparavant nous lui avions ouvert un large abcès périnéphritique et extrait un calcul du rein. Vu l'atmosphère périrénale très infectée et le mauvais état général de la malade nous ne lui avions pas enlevé le rein à cette première intervention, et avec raison. Elle revenait maintenant avec une fistule lombaire à gauche, qui ne donnait que du pus, pas d'urine. La palpation montra une masse dure et un peu douloureuse tandis que le toucher vaginal fit sentir un uretère gauche gros et douloureux. Qu'allaient nous dire les urines? du pus en abondance probablement. Au contraire elles étaient absolument normales. Devions-nous en conclure que le rein opéré fonctionnait au parfait et que nous devions nous contenter de traiter simplement la fistule? Nous avons raison de craindre la tuberculose. Il fallait donc préciser et prendre une décision. La "CYSTOSCOPIE" confirma la constatation du toucher vaginal et montra un orifice urétéral malade jusqu'à la vessie, où il apparaissait proéminent et béant: celui de droite était normal. La "SÉPARATION ENDOVÉSICALE" au Luys allait tout préciser: urine normale à droite, — anurie à gauche. La conclusion était claire autant que précise: la néphrectomie s'imposait. Nous trouvâmes un rein dur et petit et comme nous devions nous y attendre fort difficile à enlever. Le parenchyme rénal était détruit et nous n'avions plus qu'une masse scléreuse limitant des loges de pus. Les suites opératoires furent sans incidents et la convalescence rapide. La malade est aujourd'hui très bien portante.

Je citerais encore ce cas de tuberculose fermée rapportée par Pillet. Il s'agissait d'une jeune femme souffrant depuis trois ans de douleurs vives aux deux côtés de la région lombaire, avec hématurie intermittente. Crise douloureuse au flanc droit, où la palpation révèle une tumeur réniforme. Urines claires, mais contenant quelques coli-bacilles. Apyrexie. Le cathétérisme urétéral non contre-indiqué puisque l'urine ne contenait pas de pus, révèle anurie à droite. L'apyrexie et l'anurie faisaient penser à un kyste rénal. L'opération permet d'enlever un rein gros et fluctuant, réduit à une coque suppurante contenant 500 c.c. de pus. Il s'agissait d'une pyonéphrose tuberculeuse fermée. Résultat: guérison.

Rafin de même vient de rapporter l'observation d'un malade opéré pour un vaste abcès de la loge lombaire, pris pour un abcès froid d'origine vertébral et qui n'était rien autre que d'origine rénal. L'urine ne trahissait rien et pourtant le rein fut trouvé tuberculeux et dut être enlevé. Résultat: guérison.

### BACILLURIE TUBERCULEUSE.

L'examen microscopique révèle des bacilles de Koch, ce que confirme l'inoculation au cobaye, mais le malade n'accuse aucun trouble urinaire ni du côté de la vessie ni du côté des reins. Devons-nous conclure nécessairement à une tuberculose urinaire, rénale ou vésicale? Non, disions-nous dans notre rapport au Congrès de Québec (p. 21 et 22).

Précisons et qu'entendons-nous par *bacillurie*? Il y a bacillurie quand dans l'urine fraîchement émise on trouve un dépôt exclusivement formé par des micro-organismes. Parfois on y trouve aussi des éléments figurés, — cellulaires épithéliales, leucocytes ou hématies. Mais ces dernières ne sont qu'en nombre très restreint et le sédiment est à proprement parlé formé des micro-organismes seuls.

Cette question de la bacillurie au cours des infections est un des chapitres intéressants de la pathologie urinaire. Déjà en 1894 Krogius avait publié sur ce sujet des notes qu'il complétait par un second mémoire en 1898. Hogge, puis Jeanbrau, qui en réunissait 67 cas, continuaient l'étude de cette question, nouvelle alors.

La BACILLURIE est diverse, comme on le conçoit facilement. Tantôt streptococcique ou staphylococcique, elle est encore et plus souvent colibacillaire ou typhique. En effet l'observation clinique a montré qu'elle existe dans le quart des cas de fièvre typhoïde. Pour mettre les bacilles typhiques en évidence, il faut centrifuger l'urine, prélever le dépôt et le cultiver sur le milieu spécial de Drigalski-Conradi. Et tous ont remarqué combien rare est la pyonéphrose d'origine typhique.

De même en est-il dans la tuberculose et tel l'avaient constaté Charmin, Landouzy et Brown en 1886, puis Fournier et Beaufumé dans une communication à la Société de Biologie en 1902. Enfin plus près de nous Jousset, puis Bernard et Salomon reprennent ces études sur la Bacillurie tuberculeuse. Ces deux derniers expérimentateurs viennent de faire part à l'Association française pour l'avancement des Sciences (Réunion de Lille, août 1909), des nouvelles recherches entreprises chez 25 malades du service du Prof. Landouzy. Sur ces 25 malades, les auteurs n'ont jamais trouvé le bacille de Koch dans les urines par le simple examen microscopique, mais ce fut grâce à l'inoculation au cobaye, qui fut positive dans 4 cas sur 25. Fait intéressant, parmi les autopsies qui purent être faites de ces malades deux cas présentaient des lésions microscopiques de tuberculose rénale, et cependant même l'inoculation au cobaye de leurs urines avait été négative: c'était encore deux cas de tuberculose rénale fermée.

Aussi Bernard et Salomon concluent-ils ainsi:

10. La bacillurie tuberculeuse est très rare chez les tuberculeux pulmonaires;