

Il résulte de cette large ouverture vésicale une incontinence d'urine totale. Il résulte de l'exposition des uretères à l'extérieur, la possibilité d'infections ascendantes qui gagnent les reins et tuent les sujets par la pyélo-néphrite : toutefois, ces complications sont parfois très tardives, et, les précautions de propreté aidant, on voit certains de ces infirmes atteindre l'âge adulte ; l'infirmité n'en est pas moins grave par l'incontinence, l'irritation des parties molles continuellement baignées d'urine et l'infection rénale inévitable, quoique retardée.

Traitement. — Quatre grandes méthodes thérapeutiques sont ici usitées : 1° *s'efforcer de restaurer le type vésical normal par la suture des marges avivées de l'organe* (étant donné que la vessie exstrophée manque de capacité et de sphincter, ce plan est ordinairement irréalisable, même en s'aidant, à la façon de TRENDELENBURG, de la disjonction des symphyses sacro-iliaques, qui a pour but de faciliter le rapprochement des pubis) ; 2° *réparer la face antérieure de la vessie par l'autoplastie*, au moyen de lambeaux cutanés pris dans la peau environnante (malgré le procédé de Wood qui fait cette restauration avec trois lambeaux disposés en deux couches, un médian renversé de haut en bas, face cruenta en l'air et deux latéraux amenés sur cette face saignante, l'autoplastie n'a donné que de médiocres résultats) ; 3° *supprimer par excision la vessie exstrophée, à la façon de Sonnenburg*, et ne conserver que la région du trigone de façon à canaliser les urines vers la région sus-pubienne, en substituant à l'exstrophie large une simple fistule hypogastrique ; 4° *dériver, après excision vésicale, le cours des urines vers l'intestin*, de façon à remplacer le sphincter vésical absent par le sphincter anal. C'est cette dernière méthode qui a maintenant la supériorité : l'opération de Maydl consiste à implanter la région du trigone, avec les uretères y attachés, dans le colon pelvien ; l'opération de Soubotine consiste à créer une fistule vésico-rectale, à fermer la vessie par l'autoplastie et à isoler, dans l'ampoule rectale, un compartiment cloisonné, exclusivement réservé au passage des urines.

ARTICLE II

DES CYSTITES

I. — DES INFECTIONS VÉSICALES EN GÉNÉRAL

Étiologie et pathogénie. — L'infection vésicale a pour conséquence habituelle la cystite ou inflammation de la vessie. L'étiologie des cystites est très complexe, mais leur pathogénie est aujourd'hui assez nettement élucidée grâce aux recherches de PASTEUR et de VAN TIEGHEM, aux travaux de GUYON et de ses élèves CLADO, HALLÉ, ALBARRAN, REBLAUD et REYMOND, aux recherches de KROGIUS, ROVSING, MAX MELCHIOR et récemment de FELTIN.

Normalement, la vessie et l'urine sont microbiennes. Lorsque des microorganismes, par une voie quelconque, sont introduits dans le réservoir vésical, trois éventualités sont possibles : 1° si l'appareil urinaire est sain et fonctionne bien, la vessie expulse les microbes avec l'urine et redevient aseptique, sans que l'infection ait eu le temps de se produire ; il y a infection avortée ; 2° ou bien les microbes ne sont pas expulsés en totalité et ils cultivent dans l'urine sans toutefois déterminer de réaction inflammatoire de la vessie ; il y a infection atténuée ; les urines émises sont chargées de microbes, mais ne contiennent pas de pus ; on dit alors qu'il y a *microburie* ou *bactériurie* ; 3° ou enfin, ce qui est le cas habituel, la muqueuse s'enflamme, du pus se forme, les urines deviennent purulentes, il y a *cystite*.

On voit donc : 1° que la cystite est due à une infection et que, pour se produire, elle nécessite la pénétration de microbes dans la vessie ; 2° que l'agent infectieux est impuissant à déterminer à lui seul une cystite et que des conditions favorisantes sont nécessaires. — Il faut donc étudier dans la pathogénie des infections vésicales : 1° le microbe ; 2° sa voie d'accès ; 3° les conditions qui préparent l'organe à l'inflammation.

I. *Le microbe.* — Un nombre considérable de microbes ont été isolés dans les urines infectées. Par ordre de fréquence, on note le colibacille, les staphylocoques, le proteus de Hauser, le streptocoque, le gonocoque; viennent ensuite des bacilles, parmi lesquels le bacille d'Eberth, et des microbes anaérobies. — Donc, il peut y avoir autant de cystites que de microorganismes susceptibles de vivre dans l'urine. Trois points sont à retenir : 1° le colibacille et le gonocoque sont les agents habituels des infections vésicales; 2° l'infection est généralement polymicrobienne, au moins au bout d'un certain temps, et la vessie contient toute une flore dont il est possible d'isoler les éléments; 3° la flore bactérienne varie dans le cours d'une cystite et certains microbes s'installent dans la vessie après en avoir expulsé ceux qui s'y étaient acclimatés, en vertu de l'antagonisme qui existe entre les diverses espèces.

II. *La voie d'accès.* — Comment et par où pénètrent les microbes dans la vessie? — L'invasion peut se faire directement par les canaux afférents (uretère) ou efférents (urètre), ou bien, indirectement, par les vaisseaux sanguins ou les lymphatiques. La voie uréthrale ascendante est la plus fréquemment suivie : un cathétérisme non aseptique, une injection uréthrale, un corps étranger, une blennorragie en sont les causes habituelles. L'infection descendante, par les uretères, n'est pas rare : dans le cours d'une pyélo-néphrite ou d'une infection générale, des urines purulentes ou seulement microbiennes coulent dans la vessie et allument la cystite. Quelquefois, l'infection se fait par la voie sanguine. Plur rarement, mais les recherches de REYMOND ont démontré la réalité du fait, les microorganismes sont charriés de l'intestin ou d'un pyo-salpinx par les vaisseaux lymphatiques dans la paroi vésicale jusque sous l'épithélium : il en résulte une plaque de cystite localisée qui deviendra rapidement totale.

III. *Causes prédisposantes, favorisant l'action microbienne.* — Les différents microbes, injectés dans une vessie saine, sont expulsés avec l'urine, sans déterminer de cystite. Un seul fait exception : c'est le proteus de Hauser. Pour tous les autres, même s'ils sont associés, il faut que le terrain soit préparé par

une des trois conditions suivantes, bien précisées par GUYON, ALBARRAN, REBLAUD et MELGHIOR : le traumatisme, la congestion ou la rétention. Aussi on s'explique que les calculs et les manœuvres d'exploration qui éraillent la muqueuse, le froid, la constipation, les excès de coït qui hyperhémient la vessie, l'hypertrophie de la prostate, les rétrécissements de l'urètre qui l'empêchent de se vider s'accompagnent si facilement de cystite, après un cathétérisme non rigoureusement aseptique.

II. — DE LA BACTÉRIURIE

La *bactériurie* est le premier degré de l'infection vésicale. Elle est caractérisée par l'émission d'urines chargées de microbes, sans globules de pus. L'urine est transformée en un véritable bouillon de culture : elle est trouble à l'émission et présente un reflet chatoyant caractéristique. Le repos ne l'éclaircit pas et la centrifugation permet de recueillir un sédiment purement microbien. La vessie est indemne, et il n'existe pas de symptômes fonctionnels. Mais la première rétention d'urine ou la plus légère congestion peut transformer cette bactériurie en une cystite intense.

III. — DES CYSTITES

Étiologie. — L'âge et le sexe sont sans influence. Toutes les affections traumatiques, infectieuses et néoplasiques de l'arbre urinaire, à des degrés divers, y prédisposent. Les cystites blennorragique, calculeuse, néoplasique, par cathétérisme, sont les plus fréquentes, ainsi que les cystites des rétrécis, des prostatiques, des accouchées et des femmes enceintes. Chez les enfants, les cystites paraissent spontanées : elles sont en réalité sous la dépendance d'une vulvo-vaginite ou d'une entérite colibacillaire.

Anatomie pathologique. — I. *Cystite aiguë.* — L'inflammation est totale, mais toujours plus marquée au niveau du trigone et surtout du col. La muqueuse est rouge, recouverte d'arborisations vasculaires saillantes; bientôt se forment

de petites vésicules qui s'ouvrent et laissent de menues ulcérations au niveau desquelles le derme est à nu. Il se forme quelquefois de petits abcès qui occupent le derme et la musculuse et s'ouvrent en perforant la muqueuse.

II. *Cystite chronique*. — Dans les formes graves et anciennes, la vessie est rétractée derrière le pubis; elle a le volume d'une mandarine et même d'une noix et ne peut plus contenir que 50 à 20 grammes d'urine. Elle a pris une capacité et une forme invariables: ses parois se sont fortement épaissies; la vessie est devenue, comme le disent HALLÉ et MOTZ, un organe solide creusé d'une cavité réelle. La muqueuse fortement altérée est recouverte de végétations irrégulières qui ont fait donner à certaines cystites le nom de *cystites végétantes*. Il se forme parfois des plaques d'un blanc mat, de consistance parcheminée, qui s'ulcèrent et ne sont autre chose que de la *leucoplasie vésicale*: les leucoplasies urinaires, comparables à la leucoplasie buccale, sont caractérisées par la kératinisation de l'épithélium et l'ulcération leucoplasique peut se transformer ici, comme dans la bouche, en épithélioma. Au point de vue histologique, les lésions se réduisent à une sclérose généralisée qui a fusionné la muqueuse, la sous-muqueuse et la musculuse: ces tuniques qui normalement glissent et se plissent les unes sur les autres forment un bloc compact dans l'épaisseur duquel se forment souvent de petits abcès. Dans certains cas la muqueuse s'exfolie ou se gangrène et s'élimine par fragments: d'où le nom de *cystite exfoliante et gangréneuse*.

III. *Péricystite*. — L'inflammation peut se propager au tissu périvésical et au péritoine: il se forme, alors, comme autour du rein infecté, une épaisse coque de tissu fibro-lipomateux où des collections purulentes se développent qui peuvent s'ouvrir dans le bassin ou dans la vessie.

Symptômes. — Trois symptômes, dont l'intensité varie suivant que l'affection est aiguë, subaiguë ou chronique, caractérisent une cystite: 1° la fréquence des mictions; 2° la douleur à la miction; 3° la pyurie ou émission d'urines purulentes.

I. *Fréquence des mictions*. — Le besoin se répète, toutes les demi-heures, tous les quarts d'heure, toutes les cinq minutes;

dans les cas aigus, il est absolument impérieux et le malade ne peut y résister: il urine dans ses vêtements. Le repos, le séjour au lit diminuent légèrement le nombre des mictions.

Douleur à la miction. — Elle précède, accompagne et suit l'évacuation vésicale; elle se caractérise par une violente sensation de crampe et brûlure pré- et rétro-pubienne irradiée au gland, aux aines, à l'anus, aux lombes.

III. *Pyurie*. — Les urines émises sont troubles parce qu'elles contiennent du pus. Par le repos, elles laissent se former un dépôt nuageux, assez dense, constitué par des cellules épithéliales, des globules de pus, des microorganismes abondants, des sels urinaires. Au début, les urines purulentes sont généralement acides; elles deviennent souvent alcalines plus tard par le fait de la fermentation ammoniacale qui a décomposé l'urée en carbonate d'ammoniaque. Dans ce cas, les urines ne sont plus purulentes, mais glaireuses; elles laissent déposer une matière jaunâtre, épaisse, visqueuse, filante, qui est le résultat de la transformation du pus par le carbonate d'ammoniaque.

Au début d'une cystite, la miction se termine souvent par l'expulsion de quelques filaments sanguinolents ou de quelques gouttes de sang pur: cette hématurie terminale, inconstante, est rarement abondante; mais elle peut, surtout chez les prostatiques, prendre un caractère plus grave et constituer un véritable symptôme: d'où le nom de *cystite hémorragique*.

La cystite isolée, sans complication, ne s'accompagne pas de fièvre: lorsque celle-ci se montre, elle est due soit à une rétention d'urine, soit à de la péricystite (inflammation de l'atmosphère celluleuse périvésicale) soit surtout à une propagation infectieuse du côté de la prostate ou des reins (urétéro-pyélie ascendante).

Variétés. — L'infection vésicale, une fois établie, tend à persister et disparaît difficilement. Après une période aiguë, ses symptômes s'atténuent et on dit qu'elle devient chronique: d'où les termes aujourd'hui abandonnés de cystite aiguë et cystite chronique. En réalité, l'infection persistant, la maladie présente, sous la moindre influence — excès de table, coit, constipation, fatigue — des poussées aiguës à répétition. On

s'accorde à reconnaître quelques variétés cliniques dont la physiologie diffère légèrement, mais dont les conséquences sont identiques : l'infection rénale ascendante.

I. *Cystite blennorragique*. — Très fréquente, elle apparaît vers la fin d'une uréthrite aiguë ou plutôt sous l'influence d'une injection forcée. Elle peut être très légère (uréthro-cystite) ou violente : dans ce cas, l'hématurie est constante et souvent très abondante. Il survient quelquefois de la rétention. Quand elle ne guérit pas en quelques semaines, l'infection vésicale devient permanente et peut jouer un rôle d'appel pour la tuberculose.

II. *Cystite calculeuse*. — L'intensité des douleurs la caractérise. Le moindre mouvement du calcul détermine des crises atroces. Elle guérit chez les jeunes qui n'ont pas de bas-fond vésical, après l'extraction du calcul.

III. *Cystite des néoplasiques*. — Les douleurs sont plus violentes encore : elles débutent brusquement, après un cathétérisme. Rapidement, si le néoplasme est ulcéré, l'urine devient putride et le malade expulse des urines sales avec des fragments de tumeur putréfiés.

IV. *Cystite des rétrécis*. — Indolente, elle est souvent masquée par les symptômes de la sténose uréthrale et ne se reconnaît qu'à la pyurie. Elle disparaît rapidement après la dilatation du canal.

V. *Cystites des prostatiques*. — L'infection vésicale peut rester longtemps insidieuse, ne déterminer aucune douleur et se caractériser seulement par le trouble des urines et plus tard leur odeur ammoniacale. Mais si elle survient au cours d'une rétention, par le fait d'un cathétérisme septique, elle s'accompagne de phénomènes fonctionnels très intenses et d'épreintes atroces. La pyélonéphrite ascendante en est la terminaison habituelle.

VI. *Cystite cantharidienne*. — Elle a une marche aiguë et de courte durée. La cause en est un vésicatoire appliqué chez un prédisposé, ou l'ingestion de poudre de cantharides. Les douleurs sont très vives, et l'urine contient des fausses membranes.

VII. *Cystite douloureuse*. — Caractérisée par la prédominance

et la persistance, malgré tous les traitements, du symptôme douleur, cette forme est désespérante par sa ténacité. Elle peut être l'aboutissant d'une des formes précédentes, et semble due à l'infiltration scléreuse des parois vésicales qui entravent l'organe dans son expansion et sa contraction.

VIII. *Cystite pseudo-membraneuse*. — Le malade expulse des membranes blanchâtres sous forme de pellicules minces ou de plaques épaisses. Celles-ci peuvent obstruer l'uretère et déterminer de la rétention. Elles constituent des noyaux autour desquels se forment les calculs, et sont quelquefois l'origine de lésions vésicales qui aboutissent à la rupture de l'organe et à la péritonite mortelle.

Diagnostic. — Il faut : 1° reconnaître la cystite ; préciser sa cause ; 3° chercher ses complications.

1° **DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL**. — La triade symptomatique : fréquence des mictions, douleur et pyurie, est pathognomonique : toutes les fois qu'elle existe, il y a cystite. On en complète le diagnostic par l'examen objectif de la vessie dont la sensibilité au contact et à la distension est toujours exagérée en cas d'infection, même très ancienne. Normalement, on peut palper la vessie par l'hypogastre, le vagin ou le rectum, sans provoquer de sensation pénible ; de même, une sonde introduite dans sa cavité, ne détermine pas de réaction douloureuse ; enfin, une vessie non enflammée se laisse distendre par une injection de 150 à 200 centimètres cubes de liquide sans que le besoin d'uriner se fasse sentir. Dans la cystite, tous ces modes d'exploration éveillent la douleur et le besoin d'uriner : la vessie a perdu sa contenance normale et se contracte dès qu'on y introduit 40 ou 50 grammes de liquide.

L'erreur est possible quand un ou deux des symptômes habituels ont perdu de leur netteté : on peut alors confondre avec une cystite chronique une affection bien différente s'accompagnant soit de besoin fréquent d'uriner, soit de douleurs à la miction, soit de pyurie.

I. — *Il y a douleur à la miction* : a) dans les calculs du rein et de l'uretère, même dans l'intervalle des coliques néphrétiques ; il s'agit là d'un réflexe réno-vésical bien élucidé par Guyon ;

b) dans les *névralgies vésicales*, mais alors l'urine est limpide, la vessie n'est pas sensible au contact ni à la distension; c) dans les *calculs vésicaux*, mais la douleur n'apparaît qu'à la fin de la miction, quand la vessie se contracte sur la pierre, et l'explorateur métallique permet facilement le diagnostic.

II. — *Il y a fréquence des mictions*, sans douleurs ni pyurie : a) dans les *tumeurs vésicales*; b) dans la tuberculose vésicale au début; c) dans certains états nerveux ou diathésiques (pollakiuries névropathique, goutteuse, rhumatismale, diabétique, etc.); d) dans certaines lésions de l'appareil génital de la femme (déviations et prolapsus utérins, tumeurs pelviennes, etc.).

III. — *Il y a des urines troubles ou purulentes* dans la *bactériurie*, les *urétéropyérites*, les *pyélo-néphrites*, l'*urétrite postérieure*. Dans la bactériurie, le dépôt ne contient pas de globules de pus mais seulement des microbes, les urines sont scintillantes et non pas troubles comme dans la pyurie. — Dans l'urétéro-pyérite ou la pyélo-néphrite, il y a presque toujours cystite coexistante; la question consiste donc à ne pas mettre les urines purulentes sur le compte d'une cystite simple et à reconnaître l'extension rénale. Elle sera évitée en constatant la quantité énorme de pus des urétéro-pyérites (un quart ou un tiers du volume total de l'urine émise), l'ancienneté de l'affection, les troubles généraux, le volume et la sensibilité des reins. — L'épreuve des trois verres permettra de distinguer une urétrite postérieure : le premier seul contient du pus.

2° DIAGNOSTIC DE LA CAUSE. — L'exploration de l'appareil urinaire montrera que la cystite est primitive ou au contraire secondaire et liée à l'existence d'un rétrécissement de l'urètre, d'un calcul, d'un corps étranger, d'un néoplasme, d'une hypertrophie prostatique, d'une infection rénale.

L'examen bactériologique du dépôt urinaire décelera le ou les microorganismes cystitogènes et l'absence de bacille de Koch.

3° DIAGNOSTIC DES COMPLICATIONS. — On recherchera les calculs secondaires ou phosphatiques qui se forment si souvent dans l'urine alcaline, la péricystite scléreuse ou suppurée, l'urétéro-pyérite, les lésions rénales.

Pronostic. — L'infection vésicale récente guérit assez aisément. Si elle est ancienne, la sclérose de l'organe entrave son évacuation complète et le résidu vésical, constitué par de l'urine infectée, suffit à perpétuer la cystite. Celle-ci peut aboutir à l'urétéro-pyérite ascendante et à la mort parpyélonéphrite.

Traitement. — I. *Traitement causal.* — Inciser un rétrécissement; enlever un calcul ou un corps étranger vésical : évacuer la vessie rétentionniste d'un prostatique : telles sont les premières indications dans les cystites symptomatiques.

II. *Traitements symptomatique.* — A la période aiguë, alors que les douleurs sont intolérables, que les besoins d'uriner se répètent à chaque instant, le malade sera soulagé par les grands bains tièdes, le repos, les cataplasmes laudanisés sur l'hypogastre, la morphine ou l'opium en suppositoires, l'antipyrine en lavements.

III. — *Traitement curatif.* — Ces moyens ne sont que des palliatifs : il faut, pour supprimer l'infection, l'atteindre dans la vessie. On y parvient par deux moyens : 1° les *instillations*; 2° les *lavages*. Les instillations consistent à verser, à l'aide d'une sonde à boule olivaire et d'une seringue, dans la vessie, quelques gouttes d'une solution concentrée de nitrate d'argent ou de protargol, ou de sublimé au deux millième : on évite ainsi de mettre la vessie en tension et l'on fait, comme dans la conjonctivite purulente, une désinfection énergique de la muqueuse. — Les *lavages* se font avec une forte seringue ou un bock-laveur et une sonde en gomme : on n'emploie que des solutions faibles, eau boriquée saturée, permanganate de potasse à 1 pour 1.000, nitrate d'argent à 1 pour 1.000. Les injections sont substituées aux lavages lorsque l'état purulent domine l'état douloureux et quand il est possible, sans déterminer la contracture du corps vésical, de nettoyer la muqueuse et d'enlever ses produits de sécrétion. Le lavage joue un double rôle : il est désinfectant et évacuateur : dans les cystites glaireuses, il permet seul de débarrasser l'organe des glaires qui l'emplissent et adhèrent à la muqueuse.

IV. — *Traitement des formes douloureuses.* — Celles-ci ne guérissent pas par ces moyens de petite chirurgie urinaire : il faut

mettre la vessie au repos absolu. On y parvient par la sonde à demeure, la dilatation du col chez la femme, le drainage périnéal, la taille hypogastrique et le drainage sus-pubien. Lorsque la sonde à demeure n'amène pas de soulagement, la cystostomie hypogastrique est indiquée : elle draine parfaitement la vessie, n'expose pas autant que l'incision périnéale aux infections secondaires, permet l'exploration de la muqueuse et la cautérisation directe. Le *curettage* de la vessie qui consiste dans l'abrasion de la muqueuse enflammée ne paraît pas donner de résultats meilleurs que la cystostomie.

ARTICLE III

TUBERCULOSE VÉSICALE

La bacille de Koch détermine au niveau de la vessie des lésions de tuberculose vésicale. Celle-ci évolue vers la caséification et l'ulcération : il se produit alors une infection secondaire qui détermine une cystite qui est dite tuberculeuse. Le rôle de cette association microbienne ici, comme dans toutes les tuberculoses en général, est de transformer et d'activer la marche de la maladie et très souvent de la rendre incurable.

Étiologie et pathogénie. — C'est une affection du jeune âge et de l'âge adulte. Elle survient spontanément chez un affaibli ou un individu prédisposé par l'hérédité. La cystite blennorragique est une condition favorisante qui prépare le terrain au bacille de Koch. — Comment pénètre ce microbe dans la vessie? CONHEIM et VERNEUIL ont incriminé la voie uréthrale : il est démontré aujourd'hui que le coït avec une femme atteinte de lésions génitales tuberculeuses n'est qu'un mode de contagion exceptionnel et même hypothétique. — CAYLA a défendu l'infection descendante, l'infection de la vessie par les reins. Le début des lésions par le voisinage des uretères, les tuberculoses rénales guéries après néphrectomie sans infection vésicale sont des arguments qui rendent cette théorie admissible pour certains cas. — Le plus souvent le bacille de Koch arrive

à la vessie par le torrent circulatoire : c'est une infection apportée par le sang. L'expérience de CLADO en donne la preuve expérimentale : si on contusionne la vessie d'un animal et qu'on lui injecte des bacilles de Koch dans une veine de l'oreille, la tuberculose vésicale apparaît. Il est d'ailleurs fréquent de voir des lésions multiples dans l'appareil génito-urinaire, dans la prostate, les testicules, les vésicules séminales, qui sont également sous la dépendance évidente d'une infection hémato-gène.

Anatomie pathologique. — La cystoscopie permet de suivre l'évolution anatomique des lésions. Celle-ci se fait en quatre étapes : il se forme d'abord des granulations grises ; celles-ci subissent la dégénérescence caséuse ; puis, elles déterminent les ulcérations ; enfin, à ces ulcérations tuberculeuses s'ajoutent les lésions d'inflammation secondaire qui constituent la cystite tuberculeuse proprement dite.

Au début, l'examen cystoscopique permet de reconnaître l'existence de petites saillies du volume d'un grain de chènevis, isolées les unes des autres ou plus ou moins confluentes et comparées par GUYON aux follicules agminés de la fièvre typhoïde. Ce sont des *granulations grises*, nées dans la muqueuse, constituées histologiquement par des cellules géantes entourées d'une double couronne de cellules épithélioïdes et de cellules embryonnaires. Leur siège d'origine est le trigone.

A la seconde période, ces granulations grises subissent la transformation caséuse et deviennent des *tubercules* à sommet blanchâtre, à base indurée et rouge, comparés aux pustules varioliques, aux vésicules d'herpès. — Dans un troisième stade, ces tubercules se ramollissent et s'ouvrent à la surface de la muqueuse, en déterminant des *ulcérations*, d'abord petites et indépendantes, à bords taillés à pic, à contour irrégulier, à fond jaunâtre, enduit de pus épais ; elles s'étendent peu à peu, se réunissent les unes aux autres, finissent par détruire une grande partie de la muqueuse, en même temps qu'elles rongent en profondeur la paroi vésicale et que des perforations peuvent se produire. — A ces lésions de tuberculose proprement dite s'associent toujours des lésions banales de cystite secondaire,

avec rétraction et sclérose de la vessie, et péri-cystite scléro-lipomateuse.

Symptômes. — 1^o PHASE DE TUBERCULOSE VÉSICALE. — Si la tuberculose vésicale se développe dans une vessie saine, le début est toujours insidieux. Pendant plusieurs mois, un seul symptôme se montre : la *pollakiurie*, d'abord peu marquée, puis forçant le malade à uriner toutes les heures, la nuit et le jour. A la fréquence des mictions s'ajoute alors le *besoin impérieux d'uriner* qui détermine une fausse incontinence et oblige les malades à porter un urinal. Enfin, un troisième symptôme peut survenir : c'est l'*hématurie*, comparée à l'hémoptysie au début de la phtisie pulmonaire, et dont elle a les caractères : elle est spontanée, capricieuse, peu abondante, et ne cesse pas toujours par le repos. Cette période dure un temps variable, avec des rémissions plus ou moins longues. Elle se caractérise donc par des symptômes d'excitation congestive et non par des phénomènes d'infection. Les urines sont claires, limpides et l'examen bactériologique est presque toujours négatif.

2^o PHASE DE CYSTITE TUBERCULEUSE. — Mais le jour où les tubercules se sont caséifiés et ont déterminé des ulcérations, la porte est ouverte aux infections secondaires qui vont provoquer des phénomènes de cystite : le tableau change complètement. A la fréquence des mictions devenue plus grande au besoin impérieux et à l'hématurie, vont s'ajouter la douleur à la miction et la pyurie. La douleur est atroce, plus violente que dans toutes les autres variétés de cystite : elle dure pendant toute l'évacuation de la vessie, mais elle est surtout intense à la fin. La station debout et la marche, en favorisant le contact de l'urine avec les ulcérations du col, font réapparaître les douleurs qui surviennent par crises de plus en plus rapprochées, tous les quarts d'heure et même toutes les cinq minutes. — Les hématuries restent stationnaires ou disparaissent. Les urines faiblement purulentes restent acides et contiennent des bacilles de Koch. L'examen de la vessie, très difficile, à cause des douleurs qu'il provoque, permet seulement de reconnaître l'extrême sensibilité de l'organe au toucher et à la distension.

Évolution et pronostic. — Si la tuberculose vésicale est primitive, sa marche est lente et progressive; elle peut se prolonger pendant cinq, dix ou quinze ans et aboutir à une guérison. Si elle est greffée sur une cystite antérieure, elle évolue en quelques mois ou un an. La mort arrive soit par extension aux uretères et aux reins, soit par méningite ou tuberculose pulmonaire.

Diagnostic. — La cystite tuberculeuse est une cystite « spontanée » survenant sans cause apparente, chez un individu d'état général médiocre, à antécédents héréditaires ou personnels entachés de tuberculose; on recherchera l'existence d'autres tuberculoses locales, surtout génitales. La distinction est souvent difficile à établir entre la cystite blennorragique à forme douloureuse et la cystite bacillaire. La recherche du bacille de Koch dans le dépôt urinaire, l'inoculation de l'urine aux animaux permettront souvent le diagnostic. Le nitrate d'argent qui améliore la cystite gonococcique et qui, au contraire, exaspère la douleur de la cystite tuberculeuse, a une réelle valeur indicatrice. Quand on soupçonne une lésion rénale tuberculeuse, le cathétérisme urétéral qui permet l'examen de l'urine du côté malade aidera au diagnostic.

Traitement. — Le *traitement local* devra éviter la mise en tension de l'organe et surtout les infections secondaires qui transforment la tuberculose vésicale en cystite. Il consistera dans les instillations de sublimé au millième, dissous grâce au chlorure de sodium dans une solution faible de cocaïne au centième (FORGUE). Le nitrate d'argent aggrave cette affection; l'huile iodoformée à 4 p. 100 et le gaïacol iodoformé rendent quelques services. — Dans certains cas, le curettage intégral de la muqueuse pourra donner un résultat favorable, puisqu'on sait qu'elle est le siège de développement primitif des tubercules. — Comme dans toutes les tuberculoses locales, le traitement général aidera puissamment à l'action des topiques locaux.