

à cette phase précoce, des *hématuries*, dont M. Guyon a signalé les caractères et la valeur sémiologique. Ces hématuries précoces sont comparables aux hémoptysies pré-tuberculeuses, qui devancent de plusieurs mois l'éclosion d'accidents pulmonaires nettement caractérisés. L'hématurie est ordinairement peu abondante; parfois elle se borne à l'expulsion de quelques gouttes de sang à la fin des mictions. D'autres fois, la quantité de sang est un peu plus abondante; elle donne à toute l'urine une teinte rosée ou rougeâtre. Ces hématuries se produisent sans cause, surviennent la nuit aussi bien que le jour. Enfin elles sont toujours associées à la fréquence des mictions, et cette association présente une réelle valeur au point de vue diagnostic.

La *douleur* vient plus tard, elle succède en général aux deux autres symptômes; elle inaugure une nouvelle phase, la phase d'infection secondaire: à la tuberculose vésicale a succédé la cystite caractérisée par la douleur, la fréquence des mictions, les hématuries et la purulence des urines. Ces divers symptômes présentent des modalités particulières à la cystite tuberculeuse.

La douleur précède, accompagne ou suit le besoin d'uriner: le besoin d'uriner est tellement impérieux qu'il est lui-même douloureux. Dès le premier jet, l'urine cause une sorte de déchirement auquel succède, pendant tout le reste de l'évacuation, une sensation de brûlure dans la traversée urétrale, sensation plus accentuée parfois au niveau du gland (Guyon). Mais c'est surtout à la fin de la miction que la douleur devient extrême. La vessie est le siège de contractions violentes et douloureuses, qui se propagent quelquefois au rectum: les douleurs s'irradient à tout le bas-ventre, aux aines, à la verge, qui se congestionne et s'érige. Le malade s'agite et pousse des gémissements, comprime sa verge ou son périnée, prend les positions les plus bizarres, jusqu'à ce que la crise soit finie. La cystite tuberculeuse est peut-être celle qui cause le plus volontiers ces grandes douleurs, qui torturent les malades, et leur font demander à tout prix un soulagement à leurs misères. Entre ces crises, la douleur se calme, mais ne disparaît pas complètement; il reste encore à l'hypogastre une sensation de gêne ou de brûlure, qui s'exaspère volontiers sous l'influence de la marche, de la voiture, et fait souvent considérer ces malades comme des calculeux. Dans l'intervalle des crises, le malade reste anxieux et préoccupé, fatigué de la douleur passée, redoutant la crise prochaine. Quand la cystite est prononcée, que les besoins d'uriner se répètent tous les quarts d'heure, les malades ne sont en repos ni jour ni nuit. Le tableau de la douleur cependant est loin d'être toujours aussi sombre et lugubre que nous l'avons tracé: il est des douleurs supportables, il est des formes légères dans lesquelles la douleur est moins vive, et les crises moins violentes que dans les cas graves auxquels nous avons fait allusion.

La *fréquence* des mictions, qui est un des premiers symptômes, s'exagère toujours au moment où paraît la douleur. Elle est plus ou moins considérable suivant les cas, et pour chaque cas suivant les moments de la journée: elle s'exagère après les repas, elle s'exagère sous l'influence de l'usage de l'alcool, surtout du vin blanc, pour lequel certaines vessies sont absolument intolérantes. A part ces quelques variations quotidiennes, la fréquence des mictions est proportionnelle au degré, à l'acuité de la cystite. Dans les formes graves, les besoins se répètent toutes les cinq minutes; un malade de Guyon, qui, pour favoriser les efforts nécessaires à la miction, s'arcboutait sur les mains pendant la nuit, les avait couvertes de durillons, dus aux pressions répétées qu'elles avaient à subir.

Les *hématuries* sont plus rares et moins abondantes qu'elles ne l'étaient dans la période initiale. Le plus souvent elles se manifestent par quelques petits caillots qu'on voit flotter de temps en temps dans le dépôt purulent de l'urine, ou par quelques stries sanguinolentes qui paraissent avec les dernières gouttes de la miction. Quant aux hématuries abondantes et prolongées, on ne les observe que très exceptionnellement à cette époque (Guyon). Dans les périodes avancées de la maladie, elles tendent même à disparaître complètement.

Enfin la *purulence* des urines complète le tableau symptomatique de la cystite tuberculeuse; longtemps les urines restent seulement troubles, contenant en suspension quelques filaments. Souvent même on ne trouve le pus qu'en laissant l'urine déposer. D'autres fois, lorsque la maladie est ancienne, l'urine apparaît manifestement trouble dès le moment de son émission. En général, ce sont les premières gouttes et les dernières qui forment la plus grande part du dépôt. Le dépôt est rarement ammoniacal, la réaction reste presque toujours acide.

La *quantité* des urines s'élève souvent à un taux anormal: la polyurie reconnaît ici comme ailleurs, plusieurs degrés. La polyurie trouble, caractérisée par un abondant dépôt qui se détache des urines par ce repos, est l'indice d'une altération rénale. Mais la *polyurie limpide* s'observe souvent, sans qu'il soit besoin d'invoquer une lésion rénale: c'est un phénomène réflexe lié à l'état d'irritation de la vessie, à la fréquence des mictions. M. Guyon, dans une clinique inédite, a mis en lumière la réalité de cette polyurie temporaire et réflexe, qui coïncide avec des poussées douloureuses, et s'atténue au contraire merveilleusement sous l'influence du repos et d'un traitement vésical approprié. Un malade, qui à son entrée à Necker urinait toutes les cinq minutes et donnait par jour deux litres et demi d'urine, n'urinait plus, après un mois de séjour, que 1 200 grammes en vingt-quatre heures; c'est que sous l'influence du traitement, les mictions s'étaient espacées, et ne revenaient plus que toutes les deux heures.

Exceptionnellement, la *rétenion* et l'*incontinence* prennent place parmi les troubles de la miction qui caractérisent la cystite tuberculeuse. La *rétenion* est provoquée par le spasme de l'urètre; celui-ci accompagne les formes douloureuses, la distension de la vessie accroît encore les phénomènes congestifs et douloureux.

La *rétenion* peut conduire à l'*incontinence*: mais celle-ci s'observe encore dans d'autres conditions. On la voit survenir à la phase ultime de l'affection, alors que le col et la région prostatique ont été détruits par l'ulcération tuberculeuse. L'*incontinence* qui résulte de pareilles lésions n'est pas toujours incurable, et j'ai vu dans plusieurs cas l'*incontinence* disparaître, et le sphincter urétral recouvrer la faculté de résister normalement au besoin d'uriner.

Les *signes physiques* sont, à peu de chose près, les mêmes que dans les autres variétés de cystite. La *sensibilité* de la vessie est facilement exaltée jusqu'à la douleur par la pression directe, soit à travers l'hypogastre, soit par le rectum et le vagin. Quelquefois le malade souffre peu lorsqu'on déprime lentement la région hypogastrique avec une seule main, et se plaint davantage lorsque cette main est brusquement retirée.

Le toucher *rectal* ou *vaginal*, combiné à la palpation hypogastrique, dénote, outre la sensibilité de la vessie à la pression, une augmentation de volume de cette dernière, qui tient soit à la *rétenion*, soit à la *péricystite*.

Au *cathétérisme*, on constate presque toujours une sensibilité vive de la portion membraneuse, en même temps qu'un spasme qui empêche parfois le passage des instruments. La vessie est sensible à la distension: elle reçoit à peine 30 ou 40 grammes. Cette sensibilité varie d'ailleurs beaucoup avec le degré de la cystite. A l'examen *endoscopique*, on trouve la vessie rouge et enflammée, la surface est tapissée de granulations ou d'ulcérations; il est rare toutefois que la tolérance de la vessie permette, même sous le chloroforme, un examen suffisant.

Marche. — La cystite tuberculeuse a une évolution lente et insidieuse: la période prémonitoire, pendant laquelle existent seules la fréquence de la miction et les hématuries, dure souvent plusieurs mois. La cystite, une fois arrivée à la période d'état, continue sa marche lente mais progressive; les douleurs deviennent de plus en plus vives; les besoins plus fréquents, et lorsque la maladie est abandonnée à elle-même, l'exacerbation des douleurs arrive à un tel degré, que les malades ne peuvent jouir d'aucun repos. A ce point de vue, on peut distinguer des formes *légères* et des formes *graves*: les cystites légères, peu douloureuses, en quelque sorte insidieuses et torpides, restent des mois, voire même des années, sans entraver sensiblement la vie et les occupations des malades. Les formes *graves*

sont constituées par le cortège symptomatique et pénible qui caractérise les *cystites douloureuses*.

Quels qu'en soient la forme ou le degré, la cystite tuberculeuse procède par intermittences, par accès. Ces accès sont provoqués par une fatigue, un excès quelconque; ils correspondent à une extension nouvelle des lésions.

La tuberculose de la vessie reste toujours ou presque toujours ce qu'elle est au début, une tuberculose locale ou localisée: il est absolument exceptionnel de voir la tuberculose pulmonaire venir compliquer son évolution.

Mais l'extension de la tuberculose au rein est fréquente; il n'est presque pas de malade qui ne meure de tuberculose vésicale sans qu'on constate, en même temps, des lésions tuberculeuses sur le rein et sur les uretères. L'envahissement des reins se traduit par les symptômes de la cachexie urinaire; l'infection est souvent mixte à cette période ultime, et à la tuberculose s'ajoute le plus souvent une infection colibacillaire ou autre; alors les accès de fièvre répétés, les frissons, la langue sèche, la perte de l'appétit, les vomissements, la polyurie, l'amaigrissement traduisent cette infection combinée, qui conduit rapidement à la mort.

Cependant la cystite tuberculeuse peut guérir: M. Guyon a souvent observé, et nous-même avons suivi des malades qui, après plusieurs années de misères, ont vu leur vessie se calmer, et devenir tolérante. L'amélioration se maintenait des années, sans récidives, sans rechutes, et c'est pour ces cas qu'il est permis de parler cliniquement de guérison.

Diagnostic. — La tuberculose de la vessie revêt dans sa marche des allures assez particulières, pour qu'à première vue elles frappent l'attention du clinicien exercé. La cystite tuberculeuse est une cystite *spontanée*, elle apparaît sans cause, ne succède ni à une blennorragie ni à un cathétérisme. C'est sans cause appréciable et reconnue que les malades voient apparaître, dans l'ordre établi, la fréquence d'abord de la miction et aussi ces petites hématuries dont la valeur sémiologique est si importante. Ces symptômes se développent chez des individus qui le plus souvent n'ont pas de passé urétral, c'est-à-dire dont le canal n'a été le siège d'aucune infection, d'aucun traumatisme. C'est en cela que la cystite tuberculeuse est ou paraît spontanée. Et lorsque chez un malade on constate cette spontanéité, on peut déjà soupçonner la tuberculose.

D'ailleurs les sujets qui sont atteints de cette affection ont presque toujours des tares héréditaires ou personnelles: on retrouve la tuberculose dans leur famille, chez leurs ascendants, et chez eux-mêmes on trouve des traces anciennes de scrofule ou d'adénites tuberculeuses, d'abcès froids, toutes manifestations actuellement disparues d'un terrain défectueux et pourtant propice pour le développement de la tuberculose.

En même temps que la cystite s'établit, il est rare que l'on ne constate pas quelques traces de *tuberculose génitale*: c'est un noyau isolé dans l'épididyme, c'est une induration totale de l'épididyme ou du canal déférent, c'est la prostate enfin qui est farcie de noyaux, durs, irréguliers, donnant à la glande une forme bosselée bien caractéristique; ce sont enfin les vésicules séminales elles-mêmes, qui souvent à leur entrée dans la prostate sont indurées, bosselées, ou irrégulières. Lorsque, chez un individu sans passé urétral, et indemne de toute blennorrhagie urétrale, on constate ces indurations en même temps qu'une cystite, il y a de grandes chances pour qu'elle soit tuberculeuse, et la discussion des symptômes, leur étude minutieuse et raisonnée ne feront que confirmer dans cette première impression.

Avec la *cystite des rétrécis*, les troubles de la miction prennent toujours ici une importance de premier ordre; le malade a eu dès le début des difficultés de miction, il est sujet à des attaques de rétention, il a eu dans son passé une ou plusieurs blennorrhagies, et l'exploration du canal révèle avec la stricture de celui-ci, la cause de la cystite. Le spasme de la portion membraneuse, qu'on observe presque toujours dans la cystite tuberculeuse, ne sera jamais confondu avec la stricture vraie; son siège, son intermittence, sa perméabilité aux instruments de gros calibre sont des caractères absolument spéciaux au spasme. Une fois l'obstacle franchi, la douleur ressentie par le malade est encore un élément de diagnostic en faveur du spasme, car le rétrécissement n'est pas douloureux au contact des instruments de cathétérisme.

Les *calculs de la vessie* prêtent plus facilement à l'erreur: la cystite qu'ils occasionnent apparaît en quelque sorte spontanément; le malade, longtemps avant, a eu de la fréquence de la miction et des urines sanglantes, et il suffit que la provocation de ces hématuries ait été peu accentuée, ou n'ait pas été remarquée, pour que la confusion s'établisse et qu'on pense à la tuberculose. Il en est ainsi surtout chez l'enfant, qui explique mal ses sensations, qui saigne moins que l'adulte et chez lequel la cystite calculeuse est souvent confondue avec la cystite tuberculeuse, parce que dans les deux cas elle est spontanée. L'exploration a ici une grande importance: le spasme urétral s'observe, il est vrai, dans les deux cas, et il est souvent nécessaire de recourir au chloroforme pour obtenir la tolérance des petits malades. Lorsqu'on ne trouve rien à l'exploration, on conclura à la nature tuberculeuse de la cystite en attendant que l'examen bactériologique des urines vienne donner la confirmation nécessaire.

La *cystite par corps étrangers* peut être confondue pour les mêmes raisons avec la cystite tuberculeuse; l'erreur est d'autant plus facile que les malades, les femmes surtout, n'avouent jamais leur faute, et

le diagnostic s'égare jusqu'au moment où, par l'exploration, on constate le corps du délit.

Les *néoplasmes de la vessie* ne rappellent que de très loin, par les hémorragies spontanées dont ils s'accompagnent, la tuberculose de la vessie à sa première période; les hémorragies sont plus abondantes, et elles ne sont pas accompagnées de ces troubles de la miction, de la fréquence en particulier qui est le corollaire habituel des hématuries pré-tuberculeuses. Plus tard, lorsque la cystite néoplasique est bien accentuée, il est facile de la distinguer de la cystite tuberculeuse: les néoplasmes infiltrés à leur début, déterminent, dès leur apparition, une certaine irritation de la vessie qui se traduit par des signes de cystite. Mais le néoplasme se développe à un âge plus avancé: les hématuries spontanées dans le passé, une infiltration de la paroi appréciable au palper combiné, caractérisent ces tumeurs. Ces caractères, l'épaississement de la vessie en particulier, ne se retrouvent que dans les formes très accentuées et très compliquées, alors qu'il y a en même temps une péricystite intense. D'ailleurs, l'examen bactériologique des urines et l'examen endoscopique de la vessie, rateront, dans les cas difficiles, la pierre de touche du diagnostic.

Le diagnostic avec l'*hypertrophie de la prostate* au début, se pose bien rarement; les troubles de la miction que celle-ci provoque à son début, se distinguent facilement de la tuberculose. Les conditions d'âge sont tout autres, la marche de l'affection très différente.

Plus difficile est souvent le diagnostic avec la *cystite blennorrhagique* (1). Lorsque la cystite blennorrhagique débute pendant que l'écoulement est encore appréciable, vers le deuxième ou le troisième septénaire, la notion de cause est alors simple à définir. Mais lorsque, deux ou trois mois après une blennorrhagie, on voit se produire tous les signes d'une cystite, l'hésitation peut être grande entre une cystite gonococcique, conséquence d'une urétrite latente, et une cystite tuberculeuse; si par ailleurs le malade est un tuberculeux pulmonaire, comme le sujet qui fit l'objet de la clinique de M. Guyon, on comprend combien les difficultés peuvent être sérieuses. En général, la cystite blennorrhagique débute d'une façon aiguë; la cystite tuberculeuse, au contraire, évolue d'une façon lente et insidieuse, une période plus ou moins longue de fréquence de mictions et d'hématurie précède la cystite proprement dite. On trouve presque toujours sur les épидидymes, la prostate ou les vésicules séminales, les noyaux caractéristiques. Enfin la recherche des bacilles, le traitement d'épreuve par le nitrate d'argent trancheront la question: le nitrate d'argent améliore presque de suite la cystite blennorrhagique, alors qu'au contraire il reste impuissant ou il est

(1) Guyon, *loc. cit.*, p. 77.

nuisible dans la cystite tuberculeuse. Mais la recherche des bacilles et l'inoculation sont la seule manière de confirmer le diagnostic ; cet élément a surtout une grande valeur lorsque la tuberculose vésicale succède à une cystite blennorragique ou à une poussée de congestion cantharidienne. M. Guyon a signalé ce début particulier de quelques cystites tuberculeuses, dont il importe de savoir reconnaître de bonne heure la nature, et pour cela l'examen bactériologique est extrêmement important.

Par la clinique seule, par l'étude des symptômes et surtout de l'évolution de la maladie, par l'analyse du terrain sur lequel elle s'est développée, on arrive le plus souvent à poser le diagnostic de la tuberculose vésicale. L'examen de la vessie ne fournit à ce point de vue aucun élément spécial et caractéristique : l'examen *endoscopique* lui-même ne donne pas de renseignements probants et la spontanéité de l'affection chez un sujet prédisposé est le principal élément sur lequel on puisse baser le diagnostic ; chez la femme, cependant, les difficultés sont plus grandes : toutes les cystites y sont spontanées, et c'est dans ces cas surtout que l'examen *bactériologique* est utile. C'est à lui qu'il appartient de donner la confirmation absolue de ce diagnostic. D'ailleurs, il est incontestable que la recherche des bacilles faite d'une façon hâtive permettrait, si elle est positive, de reconnaître la tuberculose, longtemps avant que des signes cliniques ne viennent la caractériser ; cette méthode d'examen a donc une importance de premier ordre.

La démonstration du bacille tuberculeux n'est pas toujours facile (1) ; souvent on ne le trouve pas, bien que la cystite soit franchement tuberculeuse (Guyon, Hallé, Melchior). Dans ces cas, l'absence dans l'urine des micro-organismes ordinaires de la suppuration de l'appareil urinaire constitue déjà une certaine probabilité. D'ailleurs, l'inoculation à l'animal, et plus spécialement au cobaye, donnera la vérification que le simple examen était impuissant à fournir. En général, dans l'urine, les bacilles sont singulièrement longs et grêles, souvent fortement granuleux : tantôt ce sont des bacilles isolés et peu nombreux, plus souvent ce sont des amas, des faisceaux de bacilles, rares, mais déjà volumineux (fig. 46). Ces « fagots » bacillaires peuvent faire hésiter et tromper même un observateur peu exercé (fig. 47). Il faut connaître encore ces énormes amas bacillaires flexueux, contournés en S, analogues à ceux que fournissent les cultures (Hallé) (fig. 48).

Il faut savoir, cependant, que si la présence des bacilles dans l'urine indique une tuberculose urinaire, elle n'indique pas nécessairement une tuberculose vésicale. La tuberculose rénale coexiste parfois avec une cystite banale ; le rein a été pris le premier, la vessie s'est infectée secondairement sans que le bacille de Koch soit en cause.

(1) FRITSCH, Zur diagnose der tuberkulösen Erkrankungen des Urogenitalsystems (*Centralblatt für Chir.*, 1891, n° 44, p. 864).

Dans ces conditions, seul, le cathétérisme cystoscopique d'un uretère permettra de recueillir l'urine du rein suspect, et de faire le diagnostic entre la cystite et la lésion rénale.

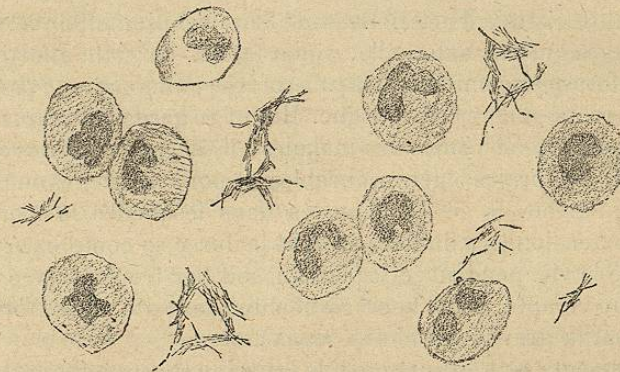


Fig. 46. — Bacilles tuberculeux en faisceaux volumineux, forme fréquente (N. HALLÉ).

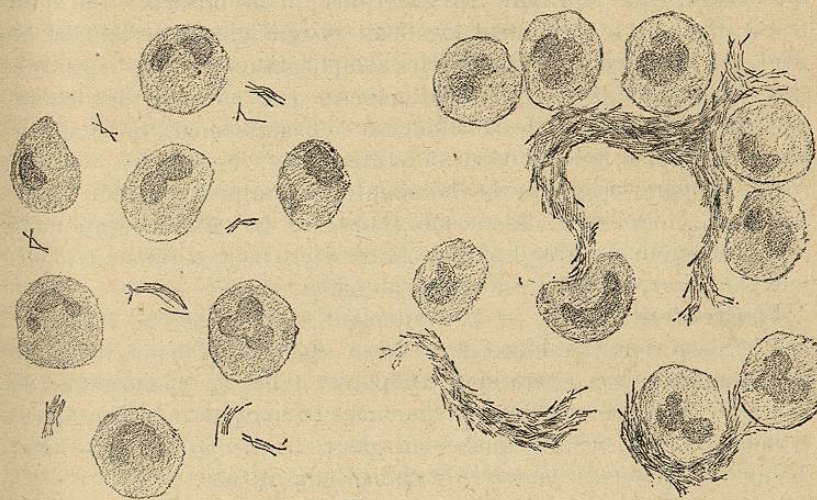


Fig. 47. — Bacilles tuberculeux en petits faisceaux, forme la plus commune (N. HALLÉ).

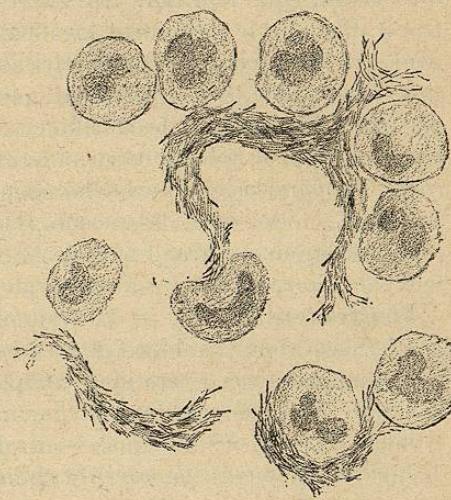


Fig. 48. — Bacilles tuberculeux en volumineux amas, flexueux, contournés en forme d'S, forme plus rare (N. HALLÉ).

Une fois reconnue la nature tuberculeuse de la cystite, il faut rechercher ses complications locales ou à distance. La péricystite se reconnaît aisément. Les lésions rénales sont beaucoup plus difficiles à reconnaître : c'est le propre de ces lésions tuberculeuses de rester souvent latentes. Seuls, l'importance et l'abondance de la pyurie, la polyurie durable, la fièvre rémittente, les troubles digestifs permet-