

et à la distension, épaissement des parois vésicales, péricystites. Je n'ai pas à revenir sur la façon de constater ces symptômes qui peuvent être très atténués et passer inaperçus du malade et du chirurgien. A propos de ces signes physiques j'insiste sur la nécessité d'explorer soigneusement le rectum et l'anus dans les cas difficiles parce que l'actinomyose frappe ces régions avant de gagner la vessie.

L'examen microscopique de l'urine montre les grandes cellules de la vessie (dans les cas de leucoplasie, on trouve de véritables plaques de cellules pavimenteuses), des leucocytes, des cristaux de phosphates ammoniaco-magnésiens, le coli-bacille associé à des microbes pyogènes variés (voy. fig. 154). Cet examen ne permet pas de faire un diagnostic. Dans les cas de cystite pseudo-membraneuse ou gangréneuse, les débris expulsés sont formés de fibrine et de cellules épithéliales dans le premier cas, des éléments normaux de la vessie dans le second. Dans les cystites actinomycosiques, le microscope permet de reconnaître les grains de l'actinomyose à leur forme et à leur coloration jaune caractéristique (voy. p. 600).

**Symptômes généraux.** — L'état général des malades atteints de cystite chronique se maintient indemne pendant très longtemps. Ce n'est guère que dans les états particulièrement douloureux qu'il peut survenir des troubles de la nutrition générale, et il est très intéressant de voir combien les malades peuvent résister à ces infections, alors même que la quantité de pus émise chaque jour est considérable. C'est ainsi que nous voyons des malades vivre pendant des années sans se soucier de l'état purulent de leurs urines. Cependant il est rare qu'à une période avancée on ne voie l'état général faiblir. Les malades s'amaigrissent, leur teint devient pâle, terreux, la peau sèche, la langue saburrale; les digestions sont pénibles, la pyurie augmente, et peu à peu se développe le cortège symptomatique de la pyélo-néphrite chronique. Plus souvent cette tolérance vésicale fait place brusquement à un état aigu caractérisé par des frissons, de la fièvre et tous les signes d'une infection rénale aiguë. Cette infection peut même faire méconnaître son point de départ vésical quand celui-ci a été peu marqué.

**Marche. — Formes. — Terminaison.** — Les symptômes que nous venons de décrire peuvent évoluer d'une façon régulière, mais en général ils sont entrecoupés de poussées aiguës, caractérisées par une accentuation des douleurs, une fréquence plus grande des mictions. A la suite d'un excès de régime, d'une fatigue, ou après une intervention ou un cathétérisme, ces poussées aiguës se manifestent. L'infection chronique de la vessie est susceptible de s'amender et même de guérir sous l'influence du traitement, surtout si la cause peut être supprimée (rétrécissement ou calcul). Mais, avant de prononcer le mot de guérison, il faut s'assurer de l'état bactériologique de l'urine et observer le malade longtemps, pour être bien sûr qu'il ne s'agit pas là d'un silence momentané des accidents: si rien n'est plus fréquent en effet que la disparition des principaux symptômes, rien n'est plus rare que la guérison vraie au sens bactériologique du mot. La vessie peut rester muette pendant dix, quinze ou vingt ans sans cesser d'être infectée. Quant à la cystite chronique, vous la verrez persister pendant des années sans grands troubles de la santé générale.

Un certain nombre de complications peuvent se manifester pendant cette évolution et constituer des formes particulières. C'est ainsi qu'à la suite d'un

accès de rétention, par exemple, des hémorragies plus ou moins abondantes se produisent, se répètent et donnent lieu à une véritable cystite hémorragique. De même certains malades ont une prédisposition toute spéciale à uriner du sang. Il suffit du moindre attouchement de la vessie, d'une instillation, d'un lavage, pour provoquer immédiatement une hémorragie, et chaque nouvelle tentative est suivie des mêmes accidents. C'est également pendant une poussée aiguë avec hématuries que se produisent généralement ces expulsions de fausses membranes qui constituent la cystite membraneuse. Cette expulsion est toujours plus ou moins difficile, elle peut amener une rétention d'urine, mais, quand elle s'est effectuée, les malades sont susceptibles de guérison. Dans le cas où ces fausses membranes sont constituées par les parois de la vessie gangrenée, l'odeur toute spéciale de macération anatomique que prennent les urines et leur purulence sont caractéristiques. La prédominance de chacun des symptômes a fait créer les variétés cystites douloureuses, cystites catarrhales; leurs causes les a fait diviser en cystites des calculeux, des rétrécis, des prostatiques, des néoplasiques, cystites de la femme, cystites puerpérales, cystites de la ménopause. Sans doute, certaines nuances, certaines évolutions de la maladie justifient ces divisions, mais il suffit d'avoir bien présents à l'esprit les symptômes de la cystite chronique pour comprendre qu'elle peut se modifier un peu dans ses allures, suivant ses causes, et que la suppression d'un calcul, d'un rétrécissement ou d'un néoplasme est un des éléments de succès qui fait défaut chez les prostatiques, surtout chez les rétentionnistes. Nous ne ferons que signaler les suppurations périvésicales qui sont rares, et la péritonite par perforation également exceptionnelle (voy. Péricystites, p. 568).

**Diagnostic.** — En présence d'un malade qui se plaint de mictions douloureuses, le premier soin doit être de rechercher s'il existe en même temps de la fréquence des besoins et de la pyurie, leur ensemble étant pathognomonique. La méconnaissance de ces trois symptômes réunis explique la fréquence des erreurs commises. A la vérité, les affections qui peuvent donner le change sont: la névralgie vésicale, la tuberculose de la vessie, la pyélo-néphrite, la bactériurie.

Les états névropathiques de la vessie s'accompagnent de fréquence et de douleurs, mais l'urine n'est pas purulente. La fréquence fait souvent défaut pendant la nuit. La vessie n'est sensible ni au contact ni à la distension par une injection boriquée. Si elle présente une quantité même minime de pus, il faut penser à une névralgie symptomatique d'une cystite et rechercher dans l'état général du sujet la cause des phénomènes douloureux. — Si, au contraire, le malade accuse le seul symptôme de fréquence, à l'exclusion des douleurs, et de la suppuration, il s'agira le plus souvent d'une tuberculose au début. — Mais, lorsque les trois symptômes sont groupés, il peut très bien s'agir d'une pyélo-néphrite. Disons cependant tout d'abord qu'il est rare que le rein et l'uretère soient envahis sans que la vessie ait été le point de départ de l'affection, et que par conséquent il y a peut-être plus souvent concomitance que dissociation de ces deux états pathologiques. La pyélo-néphrite se distingue de la cystite en ce que les urines sont uniformément troubles, et restent troubles même après le repos; la pyurie après lavage vésical reparaît tout de suite. L'état général des sujets est rarement indemne: il existe des accès fébriles intermittents, on trouve une sensibilité exagérée du rein et de l'uretère, alors que la vessie n'est sensible ni au contact, ni à la distension; l'examen microscopique de l'urine montre des

cylindres rénaux avec les caractères qui leur donnent une valeur diagnostique (voy. fig. 54 et 55). Je renvoie pour le diagnostic bactériurie à la page 541.

Le diagnostic cystite chronique étant posé, restent à reconnaître la *variété*, la *cause* et les *complications*. Il est facile de retrouver la *variété* par l'examen des symptômes (voy. p. 556 à 558); il est plus difficile de juger du *degré d'intensité* des lésions. A cet égard, la douleur et la fréquence sont d'autant plus marquées que l'inflammation est plus aiguë. Mais il en est tout autrement de la purulence des urines; souvent elles sont à peine troubles dans les cystites suraiguës, et au contraire absolument opaques dans les cystites chroniques. L'épaississement des parois vésicales constaté par le toucher rectal acquiert alors une grande valeur.

Au point de vue *étiologique*, le passé urétral du malade joue le plus grand rôle; le début par une blennorrhagie, l'apparition après un cathétérisme, les symptômes antécédents de calcul, et les signes d'un rétrécissement permettent de préciser le facteur étiologique. Dans les cas où la cystite s'est développée *spontanément*, il faut penser de suite à une *tuberculose vésicale* surtout s'il s'agit d'un homme; car chez la femme, la porte d'entrée de ces inflammations vésicales, nous échappe souvent. Chez l'homme, cette absence de causes équivaut à une constatation positive, et acquiert une valeur diagnostique considérable. Dans certains cas, les deux processus se superposent, et une cystite qui a débuté à la suite d'une blennorrhagie a pu devenir tuberculeuse. Le résultat du traitement et l'examen *bactériologique* ou l'inoculation peuvent alors seuls lever tous les doutes. Si l'infection ascendante n'est pas confirmée, il faut rechercher du côté d'une cystite *descendante* ou d'une infection provoquée par une *maladie générale*. Au contraire, ce n'est qu'avec une extrême réserve qu'on acceptera l'étiologie de cystite rhumatismale, cystite *a frigore*, car souvent, en sondant le passé de ces malades, on trouvera quelque ancienne *urétrite latente* qui a cultivé sur place les micro-organismes pendant des années avant leur pénétration dans la vessie.

*Diagnostic bactériologique.* — Il serait intéressant de pouvoir faire le diagnostic bactériologique d'une cystite et d'en induire un pronostic spécial. Malheureusement, il est bien difficile de superposer les symptômes à la variété d'infection. Les cystites coli-bacillaires semblent guérir plus facilement; mais il faudrait établir la virulence du coli-bacille pour distinguer les cas légers des cas graves, et, comme Roger l'a bien montré, cette virulence chez l'homme peut être absolument différente de la virulence qu'on constate pour un animal donné. Il ressort cependant des travaux de Hutinel que la *cystite coli-bacillaire* infantile guérirait souvent même par un simple traitement médical.

La constatation du *staphylocoque pyogène*, qui produit la fermentation ammoniacale, indiquerait un pronostic plus sérieux, puisqu'il serait la manifestation d'une cystite profonde, intense. Bastianelli a vu chez les animaux une véritable cystite interstitielle dans les cas où il avait injecté ces micro-organismes et lié la verge. Si l'examen décèle la présence du *proteus de Hauser*, tout porte à croire qu'il s'agira d'une infection vésicale particulièrement grave, souvent accompagnée d'accidents généraux. La présence du *gonocoque de Neisser* a été trop rarement constatée pour permettre un pronostic spécial. En somme, l'examen bactériologique peut, à la rigueur, éclairer le pronostic; mais on ne peut créer des espèces cliniques distinctes basées sur ces constatations.

Les formes se reconnaissent facilement puisqu'elles ne sont constituées que

par l'exagération de l'un des symptômes : *catarrhe*, *douleurs*, *hématuries*, ou par des lésions spéciales : *pseudo-membranes*, *gangrènes*; par leur cause : *rétrécissement*, *calcul*, *néoplasme*; par leur origine : cystite *post partum*, cystite par *cathétérisme*, cystite par *rétenion*.

Quant aux complications, les seules qui soient fréquentes et graves, sont les *pyélo-néphrites ascendantes* : nous avons vu que l'état fébrile, les symptômes gastriques ou intestinaux sont alors le meilleur critérium de leur existence. Une manœuvre spéciale peut rendre quelques services dans ces cas, elle consiste à laver soigneusement la vessie avec une solution boricuée, et à examiner la transparence de l'urine qui sort de la sonde après ce lavage; si ce liquide est trouble, c'est en général qu'il existe une lésion urétéro-rénale. Les *péri-cystites* se reconnaissent par le toucher rectal combiné au palper abdominal. On trouve alors un épaississement énorme de la vessie préalablement vidée (voy. p. 566).

*Pronostic.* — Les cystites chroniques ne compromettent pas en elles-mêmes la vie du malade, mais elles sont une menace constante de pyélo-néphrite. C'est d'après leur *évolution*, la *tolérance du sujet*, et surtout d'après les *causes* de l'infection qu'on peut porter un pronostic exact. Il est certain que si le facteur étiologique peut être supprimé par le traitement, comme chez les rétrécis et les calculeux, le pronostic sera beaucoup moins sombre que chez les malades dont l'infection reconnaît une cause permanente. La cystite des rétrécis et des calculeux, en dehors de toutes altérations du côté des parties supérieures de l'appareil urinaire, cède en effet rapidement, après que l'on a rendu au canal son calibre primitif et que l'on a débarrassé la vessie de la pierre.

D'autres cystites ne sont graves que par leur *persistance*; chez les vieillards par exemple, cet état, que les anciens appelaient le catarrhe de la vessie, est plus rebelle, plus préoccupant pour le malade que menaçant pour sa vie. De même, les cystites qui évoluent chez les *scrofuleux* et chez les *tuberculeux* peuvent toujours à un moment donné se compliquer d'une lésion infectieuse spécifique et sont tout particulièrement graves. A cet égard, les divers symptômes observés ont également une signification bien différente. L'*abondance du pus n'a aucune signification pronostique*; la *fréquence* est plus sérieuse, parce qu'elle ne permet aucun repos au malade, et surtout parce qu'elle est tout particulièrement rebelle au traitement. Mais de toutes les formes de cystite, la plus grave est la *cystite douloureuse chronique*, qui, par l'intensité de ses accidents, par leur persistance, leur résistance à tout traitement et la fréquence des complications qui l'accompagnent, constitue une des affections vésicales les plus redoutables.

Les cystites *pseudo-membraneuses* sont surtout graves par la rétention d'urine causée par les fausses membranes; en dehors de cet accident, elles guérissent par la thérapeutique commune. Il en est autrement des cystites *gangreneuses* dans lesquelles la mort est la terminaison fréquente; les symptômes généraux indiquent bien le pronostic, et c'est dans l'adynamie profonde, habituelle à toutes les septicémies gangreneuses, que succombent les malades.

*Traitement.* — I. De même que les cystites aiguës, les cystites chroniques demandent à être *traitées préventivement*. L'*asepsie* rigoureuse ne saurait être trop recommandée dans toutes les explorations intra-vésicales; l'extinction complète des infections aiguës de l'urètre et de leurs complications est une autre recommandation aussi importante.