

sur l'état général, jusqu'au jour où elle se propage. Les malades succombent par cachexie urinaire; rarement la maladie évolue complètement sans cesser d'être une tuberculose locale. Telle est l'esquisse rapide de la tuberculose vésicale dont nous allons maintenant détailler les symptômes.

Symptômes fonctionnels. — I. *Début.* — Les premières manifestations de la tuberculose sont le plus souvent la *pollakurie indolente*, plus rarement l'*hématurie*; mais ce début peut être modifié par l'état antérieur de la vessie. Souvent une *urétrite blennorragique chronique* se complique de poussées subaiguës de cystite qui finissent par s'établir à demeure et ne guérissent plus par les moyens ordinaires. Cette gonorrhée chronique est infiniment plus fréquente que la prétendue blennorrhée tuberculeuse urétrale. C'est que la tuberculose s'est greffée sur une infection banale. On comprend combien le diagnostic est difficile pendant cette période intermédiaire.

Le premier symptôme apparent est la *pollakurie*. Cette fréquence des mictions est due à des accès congestifs. Les urines sont alors *claires, pâles, limpides*, de quantité normale ou augmentée jusqu'à 2 et 5 litres. Le besoin d'uriner est fréquent et impérieux, le nombre des mictions est très variable, toutes les heures, toutes les demi-heures pendant le jour; elles sont plus fréquentes souvent pendant la nuit ou dans le décubitus horizontal. Leur répétition incessante dans certains cas arrive à créer une *fausse incontinence*. Chez les enfants en bas âge, ces besoins incessants pourraient être confondus avec une incontinence vraie: le fait est très fréquent. Mais la caractéristique de cette première période c'est la limpidité des urines.

L'*hématurie* est en général précoce. C'est une véritable *hémoptysie*, un signe *prodromique* qui précède de plusieurs mois l'apparition des autres symptômes. Cette hématurie est *spontanée, peu abondante*; elle se manifeste par quelques gouttes de sang qui sont émises à la fin de la miction et une teinte rosée de l'urine pendant toute la durée de cette évacuation; elle disparaît sans causes et l'on retrouve ici l'allure capricieuse des hématuries néoplasiques avec cette différence que les tumeurs saignent beaucoup plus abondamment. Souvent ces hématuries ne se manifestent que par de petits caillots noirs qui nagent dans l'urine au moment de l'émission. Quelquefois le sang est émis en si petite abondance que le microscope seul révèle des globules rouges dans l'examen du dépôt laissé au fond d'un verre à expériences (globulurie). A cette période, le *bacille manque* le plus souvent dans l'urine. Les mictions sanglantes deviennent de plus en plus rares à mesure que les lésions s'accroissent, et il est exceptionnel de les retrouver à la période d'état des lésions; mais alors elles peuvent devenir plus abondantes.

II. *Cystite.* — La *douleur* est l'indice de début de la *cystite*; avec elle apparaît la *pyurie*. C'est tantôt spontanément, mais très souvent à la suite d'un cathétérisme qu'elle se manifeste; nous sommes alors en présence d'une cystite tuberculeuse avec ses trois grands symptômes: fréquence de la miction, douleur et pyurie. Si les hématuries ont disparu, la *fréquence* a augmenté, les douleurs s'accroissent de plus en plus et acquièrent parfois une intensité excessive. Les besoins se répètent au point de ne donner trêve ni jour, ni nuit, au patient: toutes les cinq, toutes les dix minutes, quelquefois plus souvent encore il est obligé d'uriner.

La *douleur* précède, accompagne et suit la miction, d'où un état doulou-

reux presque continu. Dans l'intervalle des mictions il persiste une sensation de gêne, de pesanteur derrière le pubis, avec irradiations lancinantes vers le périnée, l'anus, la verge et le méat, s'accroissant sous l'influence du mouvement et de la station verticale, et pouvant simuler une affection calculeuse. Au moment des mictions, la douleur s'exaspère, le malade urine dans les positions les plus bizarres, pour diminuer ses angoisses. La vessie est en effet le siège de contractions violentes qui s'étendent souvent au rectum et s'accompagnent d'une sensation de brûlure, de déchirure dans toute la région urétrale, quelquefois d'une turgescence notable de la verge; et ces crises qui se répètent à chaque miction arrivent à un tel degré d'intensité que les malades réclament eux-mêmes une opération même sanglante pour obtenir quelque soulagement. Toutefois les douleurs n'atteignent pas dans tous les cas une intensité aussi violente et, sans que nous sachions pourquoi, on peut rencontrer des tubercules de la vessie, voire des cystites tuberculeuses s'accompagnant de douleurs très peu accentuées et parfaitement compatibles avec la vie commune. Malgré tout, la vessie se vide normalement; parfois les douleurs s'accompagnent d'un spasme urétral amenant une *rétention* complète d'urine, exceptionnellement une rétention incomplète, avec distension. A une période avancée de la maladie, j'ai souvent trouvé, au contraire, l'*incontinence vraie* par destruction tuberculeuse du col.

Le *pus* contenu dans les urines est variable en quantité. Il n'apparaît qu'à la période de cystite et se dépose simplement au fond du vase en légers flocons; plus tard, c'est dans le premier jet d'urine qu'on le retrouve, soit exclusivement, soit avec prédominance. Lorsque les urines deviennent uniformément troubles et abondantes, la polyurie trouble devient l'indice d'une pyélo-néphrite. L'*examen microscopique* des urines montre, dans le dépôt contenu au fond du vase et centrifuge, des globules rouges, des globules de pus, des cellules épithéliales de la vessie, quelquefois les éléments du rein et même des tubes rénaux. Mais c'est seulement l'examen bactériologique qui importe au point de vue diagnostique, car la présence du bacille de Koch lève tous les doutes. Tous les auteurs s'accordent à considérer cette recherche comme difficile; dans 40 à 50 pour 100 des cas, les recherches, même minutieusement poursuivies et répétées, restent négatives. Au contraire, l'*inoculation des produits* donne presque toujours des résultats positifs. Au début, alors que l'urine n'est pas encore purulente, on peut trouver le bacille de Koch seul; plus tard, quand la cystite est constituée, il est associé à toute la flore bactérienne vésicale; mais le compagnon le plus fréquent du bacille tuberculeux est le coli-bacille. Souvent cependant à côté de ce dernier on trouve des staphylocoques. J'ai pu voir une cystite tuberculeuse chez un malade qui n'avait jamais été sondé, le coli-bacille existait à l'état de culture pure et il était impossible de déceler la présence du bacille de Koch; seule l'inoculation leva tous les doutes. Je ne puis entrer ici dans les détails de technique de cette recherche; je dirai seulement qu'il faut se mettre en garde, dans cet examen, contre une cause d'erreur occasionnée par la présence d'un bacille analogue au bacille de Koch, et habitant le sillon balano-préputial (voy. *Tuberculose rénale*, p. 295).

Signes physiques. — Ils sont moins importants que les signes fonctionnels que nous venons d'envisager et ne diffèrent guère des symptômes communs de la cystite en général. Cependant, chez la femme, l'inspection du méat peut faire

constater les excroissances polypiformes signalées par Terrillon (1). Elles sont multiples, constituant une collerette autour du méat, et remontant plus ou moins haut dans l'urèthre, qui est douloureux au contact; toutefois il n'y faut pas attacher une trop grande importance, et M. Guyon en nie la valeur diagnostique. Le toucher rectal, le toucher vaginal, simples ou combinés au palper hypogastrique, dénotent une *sensibilité pathologique* commune à toutes les cystites. Une constatation beaucoup plus importante est la présence de *lésions tuberculeuses dans la prostate ou les vésicules séminales*. Je ne saurais trop insister sur la valeur de cette exploration. Elle ne doit jamais être négligée, et dans la grande majorité des cas elle donnera la clef d'un diagnostic hésitant en faisant constater à la périphérie de la prostate ou sur le bec d'une des vésicules séminales, un changement de consistance sous forme d'un noyau arrondi enchassé dans les tissus voisins. Si l'exploration est négative, on ne peut rien conclure, mais elle sera en général positive, et c'est la fréquence de cette tuberculose prostatique concomitante qui a conduit cliniquement M. Guyon à en faire le point de départ et le centre de rayonnement de la tuberculose urinaire. Le *cathétérisme* pratiqué avec l'explorateur à boule fait constater un spasme dans la région membraneuse et réveille une douleur au niveau du col vésical. Cette exploration ne doit pas être intempestive, car il est fréquent de la voir occasionner des accidents infectieux et douloureux. Les vessies tuberculeuses sont en état de réceptivité toute particulière, et la moindre inoculation détermine l'explosion d'accidents graves par leur persistance et leur ténacité au-dessus de tous les moyens thérapeutiques. — Nous avons établi dans ce chapitre la distinction entre la tuberculose vésicale et la cystite tuberculeuse, aussi insisterons-nous sur le danger du cathétérisme et la nécessité d'une asepsie rigoureuse dans ces cas. — Enfin l'*examen cystoscopique*, en permettant de constater les lésions que nous avons décrites au chapitre de l'Anatomie pathologique et d'en déterminer exactement le siège et l'étendue, achèvera de compléter l'étude des signes physiques, et de décider l'opportunité et la nature de l'intervention opératoire.

Marche. — Durée. — Terminaison. — Il faut bien se garder de condamner à une issue fatale et prochaine les tuberculeux urinaires. Nulle part plus que dans les organes génito-urinaires ne s'affirme la différence du pronostic de la tuberculose, suivant l'organe atteint. La marche des accidents est toujours extrêmement lente. Tant que le *bacille est le seul hôte* de la vessie, tant que nous n'avons qu'une tuberculose vésicale, la pollakiurie et de petites hématuries constituent, pendant des années, toute la maladie et l'état général n'est guère touché. Quand l'*infection bacillaire* se complique d'*infection pyogène*, quand les signes de *cystite tuberculeuse* se manifestent, la maladie devient plus grave et son évolution plus menaçante. Elle se complique de poussées aiguës, variables en nombre et en intensité, rétrocedant spontanément et remplacées par des périodes d'accalmie qui font croire à une guérison. La maladie peut durer ainsi plusieurs mois, plusieurs années même, cinq à vingt ans; souvent elle s'atténue, et constitue vraiment une guérison pour les malades suivis pendant plusieurs années et dont les accidents ont complètement disparu. Les examens bactériologiques donnent souvent des résultats concordant avec l'état des

(1) TERRILLON, Progrès méd., 1880, p. 401.

malades; pendant ces accalmies c'est à peine si l'on trouve quelques bacilles dans l'urine. Mais le plus souvent les malades sont tout à coup l'objet d'une nouvelle poussée aiguë qui remet tout en cause. C'est ainsi qu'à la suite d'un refroidissement, d'un excès de régime ou dans le cours d'une maladie générale aiguë, la cystite éclate; les antécédents soigneusement examinés démontrent l'origine bacillaire de l'infection qui, sans cela, pourrait passer comme étant d'origine coli-bacillaire ou pyogène.

Dans les formes *secondaires à une tuberculose du poumon*, la marche est généralement beaucoup plus rapide. Dès que l'*appareil urinaire supérieur* est pris, le malade peut conserver pendant quelque temps encore un état général satisfaisant, mais il finit par devenir un véritable cachectique urinaire, et les troubles digestifs, la sécheresse de la langue, l'amaigrissement rapide témoignent alors de la gravité des lésions. *Le plus souvent* ces malades succombent à l'envahissement de tout l'appareil génito-urinaire, surtout à l'infection urétéro-rénale, soit *bacillaire*, soit vulgairement *infectieuse*. *Plus rarement* des abcès froids développés autour de la vessie, l'*envahissement de la prostate* provoquent des abcès et des fistules périnéales qui contribuent pour leur part à l'affaiblissement du sujet. *Exceptionnellement*, une *tuberculose généralisée aux différents viscères* et surtout aux poumons emporte les malades.

Diagnostic. — Le diagnostic est différent suivant le degré de la maladie, c'est-à-dire suivant qu'on a affaire : 1° à une *tuberculose de la vessie*; 2° à une *cystite tuberculeuse*.

I. Pour reconnaître la *tuberculose de la vessie*, il faut tenir compte de son mode de début, de sa marche, du groupement de ses symptômes. L'*apparition sans cause* de phénomènes vésicaux chez l'homme est toujours suspecte. L'*évolution* d'une maladie caractérisée successivement par les symptômes suivants : fréquence de la miction, légères hématuries, puis apparition d'une cystite, le tout survenant chez un malade jeune plus ou moins entaché de scrofule, doit éveiller l'idée de tuberculose. De tous les modes d'exploration le *toucher rectal* est de beaucoup le plus important; il est rare qu'il ne révèle la présence de nodosités tuberculeuses dans l'appareil séminal. Dans les cas douteux, il faut scruter avec le plus grand soin les différents organes et en particulier le poumon. Enfin l'*examen bactériologique* et surtout les *inoculations* jugeront en dernier ressort.

Il est cependant un certain nombre d'affections qui peuvent simuler la tuberculose. La *fréquence des mictions*, qui constitue pendant longtemps le seul symptôme, se rencontre dans les *névralgies vésicales*; mais ces névralgies sont sous la dépendance d'accidents nerveux, tels que la neurasthénie, l'hystérie, l'épilepsie et l'ataxie, que l'examen attentif des signes révéleront dans tous les cas. Elles se manifestent surtout le jour pour disparaître pendant la nuit. De plus, elles présentent une mobilité toute spéciale, caractérisée par des disparitions éphémères de tous les accidents, enfin elles s'accompagnent de douleurs, alors que dans la tuberculose il y a seulement et exclusivement fréquence. Lorsque les *hématuries apparaissent*, on peut penser à un *calcul* ou à une *tumeur*; ce sont là les deux affections qui déterminent le plus souvent des hématuries et une cystite. L'influence du mouvement et du repos sur les douleurs et les hématuries des calculeux est absolument pathognomonique et ne se rencontre en aucune façon chez les tuberculeux. Quant aux *tumeurs*, les

hémorragies qu'elles provoquent sont autrement abondantes que celles de la tuberculose; enfin les tumeurs ne sont pas précédées de cette fréquence de la miction si spéciale à l'infection bacillaire et ne se présentent généralement pas au même âge.

II. Lorsque la *cystite tuberculeuse* est constituée, c'est le diagnostic différentiel des cystites qui se pose. Il n'existe pas de caractères cliniques différentiels de la cystite tuberculeuse; seule son évolution, c'est-à-dire son mode de début, ses causes, la fréquence des mictions, l'hématurie, puis l'apparition d'une cystite vraie, constitue un type clinique différent de celui d'une cystite blennorrhagique par exemple. Mais, dans les cas où la tuberculose se greffe sur une *vieille gonorrhée vésicale*, le diagnostic différentiel devient difficile; ce sont ces *cas limites* (Guyon) dont le critérium est fait par l'échec de la thérapeutique et par les résultats positifs des inoculations en cas de tuberculose. Le toucher rectal, dans ces cas, révélera une induration de la périphérie de la prostate, et l'examen des épидидymes rendra les plus grands services. Chez la femme, ce diagnostic différentiel des cystites est particulièrement difficile, car le reste des organes génitaux est généralement indemne, ou, en tout cas, les lésions ne sont pas suffisantes pour être appréciables; il s'ensuit que les anamnétiques n'ont qu'une valeur contingente. D'autre part, chez la femme, les cystites sans cause appréciable sont fréquentes, et cette spontanéité perd ici la valeur considérable qu'elle avait pour établir le diagnostic de la cystite tuberculeuse chez l'homme, si bien que la recherche du bacille et l'inoculation, jointes à l'inefficacité du traitement par les instillations argentiques, sont nos seuls moyens de reconnaître l'affection.

L'examen microscopique et bactériologique des urines sera également d'un grand secours pour différencier la *cystite tuberculeuse* de l'*actinomycose de la vessie* (1). Les cas sont nombreux, en effet, dans lesquels l'ensemble des troubles urinaires du début de l'actinomycose en a imposé pour une cystite tuberculeuse (et même pour des calculs de la vessie). C'est ainsi que, dans une observation de Billroth (2), on a cru se trouver en présence d'une cystite tuberculeuse, alors qu'il s'agissait d'actinomycose, et qu'on a institué le traitement par des injections de tuberculine. Quelquefois il peut y avoir coexistence de ces deux affections (3). Dans ces cas l'état général du malade, ses antécédents personnels et héréditaires seront un bon guide; mais c'est surtout le microscope qui tranchera le diagnostic: presque toujours, s'il s'agit d'actinomycose, il décelera dans les urines la présence des grains caractéristiques de l'actinomycose; au contraire, s'il s'agit de tuberculose vésicale, il montrera des bacilles de Koch en plus ou moins grande quantité. D'ailleurs l'évolution ultérieure des accidents ne saurait prolonger l'erreur. L'actinomycose, en effet, marche plus rapidement que la tuberculose; les tissus périvésicaux ne tardent pas à s'infiltrer d'une façon caractéristique: des points tuméfiés se produisent en plusieurs places, avec ramollissement irrégulier et coloration livide de la peau de l'hypogastre; puis les foyers s'ouvrent au dehors par des fistules multiples donnant un liquide urineux mélangé de pus épais, granuleux et contenant les *petits grains jaunâtres* de l'actinomycose.

L'étude chimique de l'urine sur laquelle on voulait fonder une base diagnos-

(1) Voy. MICHAÏLOFF, Thèse de Lyon, 1899.

(2) BILLROTH, *Wien. med. Woch.*, 1891, n° 10.

(3) MICHAÏLOFF, *loc. cit.*, p. 55.

tique ne donne rien, et l'acidité que l'on regardait comme symptomatique de la bacillose se rencontre dans nombre d'autres cas. Bien autrement important est l'examen microscopique et bactériologique des urines. Il faut dire qu'il n'est pas toujours exempt de difficultés et qu'il reste souvent négatif, au moins en ce qui concerne le bacille de Koch; la majorité des auteurs s'accorde à constater que dans près de la moitié des cas il en est ainsi. Il n'en faudra pas pour cela nier l'existence d'une cystite tuberculeuse; très souvent un deuxième, un troisième, un quatrième examen mettront seulement au jour la présence du bacille. Celui-ci est masqué, en effet, la plupart du temps par le nombre considérable de microbes pathogènes qui, venus à la suite du bacille tuberculeux, ont infecté secondairement la vessie. La constatation de bacilles nombreux est d'ailleurs rare; le plus souvent dans une préparation on ne trouve que quelques bacilles; parfois on a de la peine à en trouver deux ou trois. Il faudra donc: 1° ne pas se décourager trop tôt dans les recherches; 2° les faire toujours minutieuses et répétées. C'est principalement dans le dépôt purulent de l'urine centrifugée qu'il faut chercher le bacille; cependant on peut le trouver dans l'urine non purulente. Pour la technique à employer je renvoie aux articles spéciaux écrits sur ce sujet. Mais si cette recherche est difficile, l'inoculation du produit centrifugé devient un moyen commode et bien démonstratif, et c'est à lui qu'il faut surtout recourir.

La constatation du bacille de Koch dans l'urine prouve seulement qu'il y a tuberculose urinaire; mais en quelle partie de l'arbre urinaire cette tuberculose se localise-t-elle? Le *cathétérisme des uretères*, qui permettra de recueillir directement de l'urine de l'un ou de l'autre rein, pourra, dans les cas difficiles, fixer ce point important du diagnostic.

Mais, dans certains cas, on retirera également un grand bénéfice de l'*endoscopie vésicale* grâce à laquelle on pourra constater *de visu* des lésions de la vessie. Dans la *cystite tuberculeuse*, on voit au début un semis de granulations jaunâtres en grain de millet chagrinant la muqueuse. Ces granulations sont disposées par plaques dont l'ensemble paraît jaunâtre par rapport au reste de la muqueuse: le Dr Nitze a donné dans son atlas de cystoscopie de bonnes photographies de cette forme. Plus tard, mais alors la cystoscopie devrait être plutôt évitée à cause de ses dangers en pareil cas, on voit des ulcérations irrégulières recouvertes d'un enduit pultacé nageant en partie dans le liquide; autour de ces lésions on voit le recouvrement grisâtre des cystites chroniques.

Le diagnostic de cystite tuberculeuse étant posé, reste à reconnaître les complications de l'affection. A cet égard, c'est l'envahissement de l'uretère et du rein qui nous intéresse le plus. La polyurie trouble, les douleurs provoquées sur le trajet des uretères ou au niveau de la glande, les troubles digestifs, constituent les meilleurs éléments de diagnostic. Quant aux *suppurations périvésicales*, aux *fistules* consécutives, soit du côté du rectum, soit du côté du vagin, soit même dans la cavité de Retzius, elles se produisent à une période avancée de la maladie, et il est impossible alors de méconnaître la nature des lésions. Enfin l'examen général du sujet, les signes d'une lésion pulmonaire, seront de la plus haute importance pour le diagnostic des cas douteux et pour l'établissement du pronostic qui alors devient beaucoup plus sévère, puisque les malades sont menacés à brève échéance par leurs lésions pulmonaires, alors que les altérations localisées à l'appareil génito-urinaire pouvaient leur faire espérer une survie de plusieurs années encore.