

Pronostic. — L'infection bacillaire de la vessie est avant tout une lésion chronique, et sa marche, à coup sûr, une des plus lentes des tuberculoses viscérales. Tant qu'elle existe à l'état de lésion *exclusivement tuberculeuse*, on peut espérer une rétrocession, et promettre une longue survie au malade. La fréquence des mictions est en effet le seul accident, et, à moins que cette fréquence nocturne ne soit une cause de faiblesse par la perte de sommeil qu'elle provoque, l'état général reste indemne. L'étendue des lésions constitue également un élément de pronostic. Lorsqu'on trouve les vésicules séminales et les testicules envahis, surtout si l'affection est de date récente, le pronostic deviendra d'autant plus grave que la marche du processus paraîtra plus *rapide*. Quand l'affection est à sa seconde période, quand la *cystite* s'est développée, les douleurs, la suppuration sont autant de causes d'affaiblissement et viennent assombrir le tableau. Cependant la vie n'est point encore menacée, et c'est l'état général du sujet, l'évolution de la maladie, l'efficacité du traitement qui permettront de poser un pronostic. Il en est tout autrement si les reins sont en cause ou si vous trouvez un foyer tuberculeux sur un autre point du corps. Chez l'enfant cette bacilliose vésicale serait moins favorable et l'évolution qui équivaut à une guérison y serait rare.

Traitement. — Pendant longtemps, la thérapeutique n'a songé à agir sur la tuberculose de la vessie que par l'intermédiaire de l'état général, et elle a été purement *médicale*. Les notions d'infection bacillaire ont donné place au traitement chirurgical dont l'extirpation radicale des lésions a été un instant le but théorique. L'expérience n'a malheureusement pas confirmé ces vues, si bien que l'ancien traitement médical, joint à une *intervention chirurgicale* le plus souvent *symptomatique*, est, à l'heure actuelle, la base de cette thérapeutique. Il faut savoir d'ailleurs que la tuberculose vésicale, comme toutes les tuberculoses locales, est curable ou au moins modifiable par le traitement général qui devra être employé avant tout autre et continué régulièrement et pendant longtemps. Cette *guérison* peut devenir complète et définitive, lorsque au *traitement médical* on joint le *traitement local* par les topiques, ou le *traitement chirurgical* proprement dit.

Traitement médical. — Il s'adresse à la diathèse tuberculeuse. Nous savons combien il en faut rabattre des prétendus spécifiques à cet égard, et, après bien des années, nous en revenons à l'idée d'augmenter les forces de résistance de l'économie et d'activer sa nutrition. Dans ce but, les frictions sèches, les bains sulfureux ou salés, le repos à la campagne, au bord de la mer, dans le Midi, le traitement thermal à Salies-de-Béarn, Luchon ou la Bourboule, enfin les préparations arsenicales, créosotées, ou l'huile de foie de morue, jointes à une alimentation substantielle, suivant les règles posées par Grancher, par Chuquet⁽¹⁾ pour l'alimentation des tuberculeux en général, suffisent à cet égard, et souvent c'est la seule médication à employer quand il n'y a pas d'accidents locaux graves. C'est alors au médecin bien plus qu'au chirurgien que le malade doit se confier. Dans le choix de la médication, il faut éliminer toutes les substances capables d'influencer la vessie, en particulier les alcooliques sous toutes les formes; les préparations employées comme stimulants de l'estomac, telles que la noix vomique et les épices, doivent être proscrites.

⁽¹⁾ *Hygiène des tuberculeux*. Paris, 1898.

Traitement chirurgical. — Mais, dès que la cystite apparaît, et surtout si elle revêt la forme douloureuse, le traitement chirurgical s'impose. Celui-ci est applicable sous deux formes : 1^o *topiques modificateurs* portés dans la vessie et 2^o *opérations*.

a. Topiques. — Le traitement topique uni au traitement général convient à toutes les périodes. Il ne saurait être employé trop tôt. Il y a toujours avantage à n'en pas différer l'emploi, à la condition expresse d'utiliser ces topiques suivant des règles précises. Une série d'agents ont été proposés, soit pour modifier la muqueuse, soit pour atteindre l'élément spécifique, et ils paraissent d'autant plus indiqués que la tuberculose vésicale reste pendant longtemps exclusivement localisée à la muqueuse. L'*acide borique* s'est montré inactif en instillations et mauvais en lavages. Le *nitrate d'argent* a été infidèle; quelques cas ont été améliorés par cette médication, un grand nombre étaient aggravés par son emploi, et souvent des poussées aiguës, très difficiles à calmer, des hématuries ont reconnu cette origine; aussi son emploi doit-il être très surveillé. Des différentes substances employées comme spécifiques, l'*iodoforme*, qui semble donner des résultats satisfaisants dans les cas de tuberculose locale, est ici insuffisant; des injections d'huile, de glycérine tenant en suspension ce médicament ont été pratiquées à l'hôpital Necker et ont donné des résultats si peu encourageants qu'elles ont été abandonnées. On a ensuite essayé sans résultat le *borate de soude*, le *sulfate de cuivre*, l'*acide lactique*, l'*acide carbonique*, l'*acide sulfureux*, le *formol* en instillations ou sous forme de vapeurs. En réalité, jusqu'à présent, deux substances se sont montrées efficaces : le sublimé et le gâïacol. Les *solutions de sublimé* de 1/1000 à 1/2000 employées en lavages n'avaient donné que des échecs, quand M. Guyon nous a montré que les *instillations* de sublimé pratiquées à certains titres pouvaient rendre les plus grands services⁽¹⁾. Ces instillations, à titre variant de 1/5000 à 1/1000 (il est rare toutefois qu'on puisse dépasser 1 pour 5000) et à doses variant de 10 à 40 gouttes, constituent non seulement une médication symptomatique capable de diminuer la fréquence des mictions et des douleurs, mais elles pourront encore agir comme bactéricides, puisque les examens attestent la diminution, sinon la disparition des bacilles dans les urines après l'emploi prolongé de cette médication. Elles seront donc indiquées non seulement lorsque la cystite est développée et que des éléments infectieux sont joints au bacille spécifique, mais encore à la période initiale de la maladie, alors qu'il y a simple tuberculose et même chez les sujets qui n'ont que des signes présomptifs de tuberculose, « qui sentent la tuberculose » (Guyon)⁽²⁾. Ces instillations doivent être faites suivant les règles d'asepsie rigoureuse. La vessie étant vidée, on introduit un explorateur à boule perforé (n^o 12 ou 14), en ayant soin de s'arrêter aussitôt qu'on aura franchi le sphincter uréthral; on fait alors tomber successivement le nombre de gouttes nécessaires en commençant par toucher l'urèthre postérieur qui est presque toujours malade; on finit par le bas-fond vésical, c'est-à-dire là où les lésions prédominent.

Dans ces dernières années, on a préconisé (Colin)⁽³⁾ le *gâïacol* dans le traitement de cystites tuberculeuses. Ce médicament, encore insuffisamment étudié,

⁽¹⁾ GUYON, *Annales génito-urin.*, 1892, p. 1.

⁽²⁾ GUYON, *Bull. méd.*, 1897, p. 54.

⁽³⁾ COLIN, Thèse de Paris, 1895.

jouit d'une action anesthésique spéciale très précieuse quoique peu durable; il a sur la cocaïne l'avantage d'agir sur la muqueuse enflammée; la douleur et la fréquence des mictions sont parfois notablement amendées soit isolément, soit simultanément. Plus récemment, Ramond (1) a conseillé de traiter les cystites tuberculeuses par des injections intra-vésicales d'air stérilisé. Employé 3 fois par l'auteur, ce traitement aurait donné chaque fois de très bons résultats. D'après lui, l'air injecté agirait probablement ici comme dans la péritonite tuberculeuse. Je n'ai aucune expérience de cette méthode.

Ce traitement local agit contre la fréquence, la douleur, la pyurie; mais c'est le symptôme fréquence qui est de beaucoup le plus difficile à atténuer.

Lorsque le traitement général aidé du traitement local par les topiques n'aura pas donné des résultats satisfaisants, il faudra recourir au traitement chirurgical proprement dit, c'est-à-dire aux opérations.

b. Traitement opératoire. — Celui-ci doit remplir une double indication : 1° mettre la vessie au repos et empêcher sa contraction douloureuse en assurant l'écoulement continu de l'urine; 2° permettre d'agir directement sur les lésions spécifiques. Ces deux buts ont été recherchés par la *taille hypogastrique* avec drainage consécutif, ou pour mieux dire par la *cystostomie sus-pubienne*. Cette opération permet en effet d'explorer complètement la muqueuse vésicale du corps et du col et de traiter chirurgicalement par l'excision, le curettage ou la cautérisation les lésions qu'elle présente: en outre, par le drainage consécutif elle assure le repos complet de la vessie. Je décrirai plus loin (voy. p. 684) le manuel opératoire de la cystostomie sus-pubienne. Je la préfère à la *taille périméale* et souvent même à la *taille vaginale* préconisée dans ces cas. Mais chez la femme, le *curettage par les voies naturelles* avec endoscopie m'a donné personnellement des résultats très satisfaisants.

Je me contenterai de dire ici quelques mots de nos *moyens d'action directe sur les lésions*, c'est-à-dire sur les ulcérations de la muqueuse vésicale. Lorsque les lésions sont peu étendues, leur cautérisation au *thermo-cautère* peut suffire; lorsqu'elles sont plus accentuées il faudra recourir au *curettage* ou mieux à l'*excision* de la muqueuse vésicale altérée. Cette excision effectuée au bistouri ou aux ciseaux est pratiquée aujourd'hui par beaucoup de chirurgiens; certains d'entre eux se sont même efforcés d'extirper la totalité de la muqueuse vésicale (2). Je considère cette action directe comme bien préférable à la seule cystotomie que pratiquent ceux qui estiment (3) que le seul fait de mettre la vessie au repos par le drainage hypogastrique suffit la plupart du temps à amener la guérison des lésions. Quoi qu'il en soit, la cystotomie sus-pubienne étant effectuée, qu'elle ait été suivie ou non d'une intervention sur la muqueuse vésicale, il y a deux façons de se comporter ensuite: ou bien *maintenir la vessie ouverte* pendant un certain temps (cystostomie) ou refermer la vessie en assurant son drainage par une *sonde à demeure*. A laquelle de ces deux manières d'agir faut-il se conformer? Voici ce que pour ma part je conseillerai de faire: dans le cas de non-intervention ou d'intervention bénigne (cautérisation) sur la muqueuse, refermer la vessie et la plaie hypogastrique comme je l'indiquerai plus loin et se contenter de laisser une sonde à demeure dans l'urèthre, sonde qui servira à la fois à assurer l'écoulement continu de

(1) RAMOND, *Bull. méd.*, 5 fév. 1897.

(2) VOY. DELAGENIÈRE, *Soc. de chir.*, 27 mars 1895.

(3) VOY. ROUTIER, 10^e Congr. de chir., 25 oct. 1896.

l'urine et à injecter des topiques. Dans les cas de *curettage* et surtout d'extirpation plus ou moins étendue de la muqueuse vésicale, je ne ferais qu'une *suture partielle* de la vessie et de la plaie hypogastrique, de façon à drainer largement la cavité vésicale et afin d'y pouvoir pratiquer de grands lavages antiseptiques (sublimé, sulfate de cuivre). Lorsque toutes les opérations ont échoué, quand l'état général du sujet le permet, quand aucune contre-indication ne peut être présentée, on peut songer à la *résection partielle ou totale de la vessie*.

M. Guyon a publié en 1897, dans le *Bulletin médical*, une statistique qui résume bien les résultats fournis par les différents modes de traitement de la tuberculose vésicale: sur les 116 cas sur lesquels porte cette statistique, 84 ont été soumis au traitement médical pur ou associé au traitement par les topiques. Les 7 malades qui ont subi le traitement médical pur, ont été, comme je l'ai déjà mentionné plus haut, tellement améliorés qu'on peut les considérer comme guéris. Des 77 malades restants, 52 ont été traités par les instillations de sublimé (4 guérisons complètes, 5 grandes améliorations, 18 améliorations légères, 15 insuccès, soit 27 pour 100 des cas de succès), 17 par le gâtaicol (4 améliorations passagères, 4 améliorations portant sur un symptôme unique [la douleur 2 cas, ou la fréquence des mictions 2 cas], 6 résultats nuls, donc 16,6 pour 100 d'améliorations), 7 par le formol, 5 par l'huile créosotée, 5 par l'acide borique, 11 par le nitrate d'argent, 1 par le sulfate de cuivre. Des 56 malades soumis à une intervention chirurgicale, 16 ont subi la *taille hypogastrique* (1 guérison, 2 améliorations, 7 morts, 6 résultats négatifs; en somme, la douleur seule a été amendée et encore d'une façon imparfaite), 7 fois on a établi le drainage périméale suivi de *curettage* de la vessie chez des *hommes* (1 mort, 1 résultat nul, 5 améliorations dont 2 chez des malades ayant subi sans succès la *taille hypogastrique*). Enfin, chez 9 *femmes*, on a pratiqué le *curettage vésical* par les voies naturelles (urèthre); on a obtenu 8 améliorations portant surtout sur le symptôme douleur.

CHAPITRE IX

ACTINOMYCOSE DES VOIES URINAIRES

L'actinomycose des voies urinaires, aussi curieuse que rare, a été signalée, il y a plusieurs années déjà, par les auteurs étrangers, comme une complication d'une autre localisation actinomycosique (intestin, foie). Mais jusqu'ici aucun traité classique français ne l'avait mentionnée. C'est encore au professeur Poncet (de Lyon) et à l'un de ses élèves Michailoff (1), que nous devons la première étude d'ensemble parue sur ce sujet dans notre pays.

On comprendra que, dans un traité du genre de celui-ci, nous nous dispensions de donner des détails sur la biologie de l'actinomycose. Il nous suffira de rappeler que l'*actinomyces bovis* ou *hominis* est un champignon parasitaire qui se présente au sein des lésions qu'il provoque sous forme d'agglomérations

(1) MICHAILOFF, Thèse de Lyon, 1899.