

laisse subsister aucun doute sur la nature de la cystite blennorrhagique, on ne peut jusqu'ici rien inférer de leur absence, car ces micro-organismes peuvent échapper aux recherches les plus sérieusement poursuivies. Nous verrons qu'il en est de même des bacilles de Koch dans la cystite tuberculeuse. Le diagnostic présente donc à ce point de vue un *desideratum* d'autant plus regrettable qu'il existe des *cas limites* (Guyon) où les données de la clinique sont impuissantes à faire pencher la balance plutôt du côté de la cystite blennorrhagique que du côté de la cystite tuberculeuse.

Traitement. — Après ce que nous avons dit du traitement des cystites en général, il est inutile que nous insistions sur le traitement de la cystite blennorrhagique. La médication purement médicale (bains, cataplasmes à l'extérieur, émoullients, balsamiques (dans les cas chroniques seulement), calmants, narcotiques, antispasmodiques, antiseptiques à l'intérieur) donnera seule quelques succès dans les cas légers ou de moyenne intensité. Mais le traitement véritablement héroïque de la cystite blennorrhagique, celui qui convient également bien à toutes ses périodes et n'échoue que dans les formes très anciennes alors que les lésions ne peuvent être modifiées, c'est le traitement par les instillations de nitrate d'argent. Bien faites, c'est-à-dire exactement portées, à l'aide de l'instrumentation et du manuel opératoire précédemment décrit, au niveau de l'urèthre postérieur, du col et du bas-fond, et pratiquées avec une solution suffisamment forte et dont le titre sera commandé par l'intensité de l'inflammation et surtout de la douleur, ces instillations guérissent rapidement et sûrement la cystite blennorrhagique. En général, dès la première instillation, la fréquence diminue, le sang disparaît après la troisième ou quatrième, et les urines reprennent leurs caractères normaux au bout de six à huit instillations dans les cas aigus. Les cas chroniques sont plus rebelles et il faut faire un très grand nombre d'instillations pour en avoir raison. Si les douleurs et les autres symptômes résistent à ce traitement en quelque sorte spécifique, l'ouverture de la vessie et l'attaque directe des lésions de la muqueuse s'imposent en dernier ressort.

§ 9. — Cystite tuberculeuse.

L'existence des tuberculoses locales sans lésions concomitantes des poumons ne saurait être révoquée en doute aujourd'hui, et la loi de Louis est chaque jour infirmée par les constatations anatomo-pathologiques et les faits cliniques. La vessie est précisément un des organes où la présence de la tuberculisation localisée a été d'abord reconnue. C'est à Bayle, au commencement de notre siècle, que l'on doit les premières observations anatomiques sur ce sujet; bien d'autres auteurs ont ajouté à ces remarques d'amphithéâtre, mais c'est au professeur

Guyon et à ses élèves qu'on doit toute entière l'étude clinique de la tuberculose vésicale.

Si presque toujours l'évolution des tubercules dans la vessie finit par déterminer de la cystite, il y a une longue période pendant laquelle la tuberculisation vésicale précède l'inflammation tuberculeuse du réservoir. Il est impossible, on le comprend, de séparer l'histoire de ces deux phases de l'évolution des tubercules dans la vessie; aussi ce chapitre serait-il mieux intitulé tuberculose vésicale que cystite tuberculeuse.

Il est rare que les tubercules envahissent la vessie au cours de la phthisie pulmonaire. La tuberculose vésicale *secondaire* est absolument exceptionnelle, presque toujours elle est *primitive* et, chose remarquable, elle reste cantonnée le plus souvent dans les organes génitaux et urinaires et ne se généralise pas, surtout dans les poumons. Cette épi-thète de primitive appelle d'ailleurs un correctif; ce n'est pas en effet ordinairement par la vessie que débute la tuberculose génito-urinaire, mais par quelque autre partie de ce double arbre anatomique (testicule, épидидyme, vésicules séminales, prostate, reins).

La tuberculose vésicale est l'apanage des adolescents et des adultes. Son maximum de fréquence est en effet dans cette période qui s'étend de quinze à quarante ans, mais on la voit aussi frapper de très jeunes enfants et des vieillards. Le sexe masculin y est plus prédisposé que le sexe féminin dans la proportion de trois contre un, d'après Guyon. Parfois la cystite tuberculeuse s'installe spontanément, sans cause provocatrice, et ce mode d'invasion a une importance diagnostique considérable, car, soit dit en passant, on doit toujours tenir pour suspectes les cystites dont on ne peut retrouver la cause. Le plus souvent elle se déclare à l'occasion de toutes les causes communes déterminantes signalées à propos des cystites en général: froid, fatigue, excès de toute sorte, etc. La blennorrhagie est, de toutes les influences déterminant l'éclosion de la tuberculose vésicale, la plus active. L'urétrite chronique postérieure et la cystite blennorrhagique invétérée créeraient un terrain favorable au bacille de Koch. Celui-ci se substituant insensiblement au gonococcus donne lieu à ces *cas limites* (Guyon) où le clinicien est incapable de se prononcer sur la véritable nature de la cystite.

Une question intéressante a été soulevée dans ces derniers temps sur la contagion directe par les rapports sexuels de la tuberculose urinaire et génitale. Cette hypothèse a trouvé des défenseurs dans Conheim, Verneuil et son élève Verchère, Ferret, Derville, etc. Mais aucun des faits rapportés par ces auteurs à l'appui de leur opinion n'est probant; par contre, l'observation journalière des tuberculeux génito-urinaires, le début de l'affection dans les parties les plus profondes de ces appareils (épидидyme, prostate, reins), la marche des lésions qui ne procèdent que par voie de continuité, tendent à infirmer cette hypothèse sur une nouvelle porte d'entrée de la tuberculose,

comme le font très justement remarquer Guyon et Aug. Boursier.

Ce n'est pas directement, mais à la faveur de la diathèse patente ou larvée, que les tubercules éclosent dans la vessie et dans les autres parties de l'arbre urinaire. On devra donc toujours rechercher dans le passé du malade et de ses ascendants s'il existe des traces de strume, de scrofule, de lymphatisme, tels que éruptions croûteuses, blépharocconjunctivites, adénites rebelles suppurées ou non, abcès froids, suppurations osseuses, etc., qui jetteront une vive lumière sur la véritable nature des manifestations urinaires observées. L'enquête devra également porter sur les antécédents de l'appareil urinaire lui-même. Souvent, en effet, on trouvera à ce sujet de précieux enseignements indiquant la faiblesse en quelque sorte native de ces organes (besoins réitérés et impérieux, incontinence infantile, etc.), capable d'expliquer pour quelle raison la diathèse s'est manifestée de préférence sur *locus minoris resistentiæ*.

La cystite tuberculeuse étant précédée très souvent et longtemps à l'avance de la tuberculisation vésicale, il convient de décrire avant les lésions inflammatoires spécifiques l'évolution des tubercules dans la vessie. Ils se développent dans l'épaisseur de la muqueuse et peuvent se rencontrer dans toute son étendue, mais on les trouve plus particulièrement au niveau du trigone, à chacun de ses angles et spécialement à l'embouchure de l'urèthre. C'est toujours en ce point que les lésions, quel que soit leur âge, offrent leur maximum de développement. Cela a une grande importance pour expliquer certaines particularités de la symptomatologie.

Dans la vessie comme dans les autres organes le tubercule se présente sous forme de granulations fines, dont les unes sont à peine visibles à l'œil nu tandis que les autres ont le volume d'un grain de chènevis. Elles sont isolées ou agminées, formant des plaques fermes et grenues. Au microscope, elles apparaissent constituées ici comme partout par une cellule centrale, dite cellule géante, autour de laquelle sont disposées trois ou quatre rangées de cellules épithélioïdes, entourées elles-mêmes de cellules embryonnaires communes. La technique bactériologique y révèle, cela va sans dire, la présence des bacilles de Koch. Au bout d'un certain temps la partie centrale de la granulation grise se désagrège, se ramollit, devient puriforme et jaunâtre, la granulation jaune est alors constituée. Toujours plus volumineuse que la granulation grise, la granulation jaune forme un relief plus ou moins considérable à la surface de la muqueuse et rappelle par son aspect une pustule variolique (Parrot), un follicule hypertrophié de l'intestin (Dufour).

Le ramollissement central des granulations jaunes ne tarde pas à envahir leur périphérie; bientôt elles éclatent, se vident de leur contenu et des ulcérations les remplacent. Lorsqu'elles sont isolées et superficielles, ces ulcérations rappellent par leur aspect l'herpès génital;

mais presque toujours elles sont confluentes et forment des ulcérations larges comme une pièce de 20 centimes, de 50 centimes, de 1 franc, de 5 francs et plus. Leur bord, taillé à pic, surélevé sur le reste de la muqueuse saine ou de niveau avec elle, induré ou non, est rarement régulier, mais festonné, car il résulte de la réunion de plusieurs ulcérations. Leur fond est rosé, mais plus souvent jaunâtre et rappelle assez bien une plaque de favus (Rayer). Leur profondeur variable ne dépasse presque jamais la muqueuse; cependant on l'a vue atteindre la tunique musculuse et même perforer la vessie, mettant ce réservoir en communication avec des abcès péri-vésicaux ou avec des organes voisins, le rectum, par exemple, ainsi qu'il nous a été donné d'en voir un cas.

Pendant que se développent ainsi les tubercules dans la muqueuse, cette membrane et les autres tuniques vésicales subissent des altérations irritatives qui déterminent la cystite. Ce sont, du côté de la muqueuse, le gonflement, l'œdème, la vascularisation anormale soit en réseau, soit en plaques grisâtres, ardoisées, ecchymatiques. Du côté de la musculuse, c'est l'infiltration dans les espaces inter-fasciculaires d'éléments embryonnaires purement inflammatoires ou spécifiques. Alors la tunique moyenne est épaissie, dure, comme cartilagineuse, la vessie fortement rétractée est réduite à une petite masse ratatinée derrière le pubis et non sans analogie d'aspect avec un utérus. Dans les cas extrêmes, le processus phlegmasique peut dépasser les enveloppes vésicales, atteindre le tissu péri-vésical et donner lieu à des collections purulentes soit à l'intérieur, soit dans les viscères voisins, comme nous le rappelions il y a un instant.

Il est ordinaire de voir des lésions de même nature préexistant dans d'autres parties de l'arbre génito-urinaire ou s'y développant secondairement subir une aggravation parallèle à celle de la vessie, de sorte qu'à l'autopsie de la plupart des malades ayant succombé à une cystite tuberculeuse, on trouve les uretères, les reins, l'urèthre plus rarement, les testicules et épидидymes, la prostate, les vésicules séminales envahis plus ou moins profondément et détruits par les tubercules.

Si la tuberculisation de la vessie se développe dans le cours d'une cystite, d'une cystite blennorrhagique par exemple, comme cela est assez commun ainsi que nous l'avons dit, la maladie est de suite confirmée à l'état de cystite. Par contre, lorsque le développement des tubercules précède l'éclosion de la cystite, il y a une période initiale de tuberculisation devançant la phase inflammatoire du réservoir. Nous décrivons successivement ces deux étapes de l'affection.

La période initiale de tuberculisation est caractérisée par des phénomènes d'irritation et de congestion se traduisant par la fréquence des mictions, leur caractère impérieux, l'incontinence et dans certains cas l'hématurie. Étudions ce que présente de particulier dans l'espèce chacun de ces symptômes communs à une foule d'affections de la vessie.

La fréquence, variable dans son intensité, oblige parfois les malades à uriner toutes les deux heures, toutes les heures, toutes les demi-heures ou même plus souvent. Son caractère le plus important est d'être aussi prononcée dans le repos que dans l'activité, la nuit que le jour, souvent même elle s'exagère par le décubitus horizontal et la chaleur du lit, ce qui prouve que le phénomène est d'ordre congestif, comme cela s'observe chez les prostatiques et les néoplasiques vésicaux. Les mictions sont impérieuses au point de ne pas donner au malade le temps de satisfaire le besoin et de l'exposer à mouiller ses vêtements. Dans ces cas les patients sont atteints d'incontinence apparente, mais il peut survenir aussi, quoique rarement, de l'incontinence vraie, qui simule tout à fait l'incontinence infantile lorsqu'elle survient chez les adolescents.

L'hématurie a été justement comparée au point de vue de sa physiologie pathologique à l'hémoptyisie de la tuberculose pulmonaire et elle a pour la vessie la même signification sémiologique que pour le poumon. Mais comme l'hématurie est un symptôme fréquent dans les affections vésicales, il convient de bien mettre en relief l'allure et les caractères de celle qui relève de la présence de tubercules dans les parois de la vessie. Ses caractères sont d'être spontanée, de survenir aussi bien la nuit que le jour; le mouvement ne l'augmente pas, mais le repos ne la fait pas disparaître; elle cesse brusquement comme elle est venue; en général peu abondante, elle se réduit à quelques gouttes de sang à la fin de la miction, parfois elle teinte en rouge tout le produit d'une miction, mais elle est exceptionnellement assez abondante pour donner lieu à la formation de caillots dans le réservoir. Ces symptômes de la première période de la tuberculose de la vessie sont bien en accord avec les données de l'anatomie pathologique qui montre l'absence de phénomènes inflammatoires; en effet, la douleur et la suppuration qui avec la fréquence constituent la triade symptomatique de la cystite font défaut.

Cette période initiale a une durée indéterminée, elle présente souvent des temps d'arrêt, puis des reprises jusqu'au jour où la cystite s'installe. La phase de cystite confirmée se traduit par la continuation et même l'augmentation de la fréquence des mictions, l'apparition des douleurs et, chose digne de remarque, par la diminution des hématuries. A ces symptômes communs à toutes les cystites s'ajoutent du spasme de l'urèthre et de l'incontinence.

La fréquence des mictions est excessive, le malade est obligé d'uriner tous les quarts d'heure, toutes les dix minutes et quelquefois plus souvent. Les douleurs concomitantes, qui ne manquent jamais, ajoutent encore à son supplice en l'empêchant de prendre le moindre repos et en lui faisant perdre le sommeil et l'appétit. Il souffre même en dehors de l'émission des urines et éprouve sans cesse une sensation de gêne, de

pesanteur, de brûlure derrière le pubis s'irradiant au rectum, au périnée, à la verge. Ces sensations, dues au contact de l'urine avec les ulcérations du col de la vessie, augmentent dans la station verticale, pendant la marche, l'exercice de la voiture, toutes circonstances qui pourraient facilement entraîner des erreurs de diagnostic avec l'affection calculuse notamment.

Tout à fait au début le pus est peu abondant dans les urines, et il est nécessaire de le rechercher par l'expérience des trois verres; c'est ordinairement le premier et le troisième verre qui renferment le plus de suppuration. Lorsque la maladie est en pleine évolution, le pus adultère la totalité des urines, mais, fait curieux à noter, ces urines purulentes subissent rarement la fermentation ammoniacale. Cette absence de fermentation trouve peut-être sa raison dans la diminution de l'azoturie résultant du retentissement de l'inflammation de la vessie sur le rein et du ralentissement de la nutrition générale. A ce moment les tubercules, caséifiés et ulcérés déversent dans les urines, en même temps que les leucocythes, les bacilles de Koch; leur constatation est donc précieuse pour le diagnostic dans les cas douteux et leur recherche ne doit jamais être négligée. Malheureusement ici, comme dans la tuberculose pulmonaire, les bacilles n'apparaissent que lorsque les lésions sont assez avancées pour que leurs symptômes ne donnent prise à aucun doute et, de plus, leur recherche étant toujours longue, difficile, laborieuse en raison de leur petit nombre, on ne doit rien conclure de l'examen négatif d'une urine douteuse à ce point de vue.

L'hématurie, avons-nous dit, est moins abondante à cette phase de la tuberculisation vésicale qu'à la première. Ce phénomène, en apparence paradoxal, s'explique par le mode pathogénique des hématuries, qui sont essentiellement sous la dépendance de poussées congestives. Le produit des hémorragies, une fois la cystite déclarée, se réduit à quelques caillots filamenteux flottant dans l'urine et striant le dépôt purulent qui se dépose dans le verre, au sein duquel ils forment des stratifications géologiques.

Deux phénomènes, que nous n'avons même pas signalés dans la symptomatologie de la cystite en général et sur lesquels je n'ai fait que passer à propos de la cystite blennorrhagique, sont particuliers à la cystite tuberculeuse. Ce sont: le spasme de l'urèthre et la paralysie ou du moins l'insuffisance du sphincter interurétral. Le spasme de l'urèthre sur lequel Dolbeau et Guyon ont appelé l'attention est fréquent et sa constatation a une valeur sémiologique importante. Il ajoute singulièrement à la gravité de l'affection en devenant le point de départ de rétention complète ou incomplète, qui augmentent la congestion vésicale et fournissent de nouveaux éléments à l'inflammation. L'insuffisance du sphincter interurétral a pour conséquence l'incontinence. Elle se produit soit parce que le malade urine par rengorgement,

soit parce que les lésions ulcératives ont intéressé la région cervicale et prostatique. Chose remarquable et sur laquelle insiste Guyon, cette incontinence n'est jamais définitive, elle cesse si les lésions anatomiques viennent à s'améliorer et à disparaître.

La palpation hypogastrique et le toucher rectal, soit isolés ou combinés, doivent être pratiqués ici comme dans toutes les cystites. Ils révèlent une certaine sensibilité du bas-fond, l'induration, la perte de souplesse des parois de la vessie dans cette région. Le toucher rectal en particulier fait souvent découvrir dans la prostate et les vésicules séminales des bosselures indiquant l'infiltration tuberculeuse de ces organes. A part une grande sensibilité de la région prostatique et cervicale et le spasme de la portion membraneuse mis en évidence par le cathétérisme, ce mode d'investigation ne fournit que des données banales et, comme ces manœuvres ne sont pas sans quelque danger, il vaut mieux s'en abstenir si le diagnostic ne les réclame pas absolument et les pratiquer dans tous les cas avec la plus grande douceur.

La marche de la cystite tuberculeuse est bien différente suivant que l'affection est primitive ou secondaire. La cystite tuberculeuse primitive a une marche extrêmement lente avec des rémissions très longues qui peuvent quelquefois en imposer pour la guérison. Sa durée se chiffre par des années, trois, quatre ans, dix, quinze et même vingt ans. La cystite tuberculeuse secondaire a une marche constamment progressive et rapide. Ajoutant sa gravité à celle des lésions des autres organes, elle ne dure que quelques mois, un an, rarement davantage. La mort dans cette forme secondaire est due à l'évolution des tubercules dans les autres organes, du développement d'une méningite, d'une péritonite, etc. Dans la forme primitive, la mort survient à la suite de l'épuisement qu'entraînent après elles les horribles douleurs supprimant le sommeil et l'appétit, les hémorrhagies et la suppuration vésicale; elle survient à la suite de la propagation des tubercules aux uretères et aux reins; exceptionnellement, le malade est emporté par la tuberculisation des poumons, des méninges, etc. D'après Guyon l'issue ne serait pas toujours fatale, et il existe des cas avérés de guérison de cystite tuberculeuse.

Absolument fatal dans la forme secondaire, le pronostic est donc très grave dans la forme primitive, mais non pas désespéré.

Le diagnostic de la cystite tuberculeuse secondaire ne présente aucune difficulté, l'existence de tubercules dans le poumon ou autres organes indiquant la spécificité de l'inflammation de la vessie. Cependant, comme un tuberculeux n'échappe pas aux causes de cystite commune, on devra, avant de donner l'épithète de tuberculeux aux phénomènes inflammatoires vésicaux, s'assurer qu'aucune autre circonstance ne peut expliquer l'inflammation de la vessie et étudier avec soin l'allure des symptômes de la maladie si caractéristiques dans la cystite

bacillaire. La cystite tuberculeuse primitive se reconnaît d'abord à son développement souvent spontané, « les cystites spontanées ne valent guère mieux que les bronchites spontanées (Guyon) », à sa longue durée, à sa résistance au traitement; en second lieu, aux signes positifs fournis par l'examen des épidydimes, de la prostate, des vésicules séminales, à la constatation du spasme du col, etc. Dans les cas obscurs, la recherche des bacilles resterait comme une précieuse ressource s'il était toujours permis de conclure de ses résultats négatifs. C'est en présence de ces cas douteux que le professeur Guyon a créé la classe des « cas limite ».

Bien pénétré de l'évolution si caractéristique de la cystite tuberculeuse, un praticien ne pourra guère commettre l'erreur de confondre ses symptômes avec ceux des calculs de la vessie, des néoplasmes vésicaux, de l'hypertrophie de la prostate, des rétrécissements de l'urèthre.

Traitement. — Le traitement de la cystite tuberculeuse est souvent tout un traitement médical, consistant d'abord dans une hygiène bien entendue, un régime tonique et reconstituant, l'administration à l'intérieur de l'arsenic, des phosphates, de l'huile de foie de morue, de la créosote, l'emploi à l'extérieur des bains sulfureux et salés dans les formes torpides de l'affection. Les douleurs seront combattues par les calmants divers, administrés, soit par la voie buccale, soit même par la voie rectale. Des topiques narcotiques ou anesthésiques, comme la morphine, la cocaïne, ont été portés directement sur la région malade par la méthode des installations, mais ils n'ont pas donné de bien grands résultats. Il n'en est pas de même des instillations d'iodoforme, en suspension dans un véhicule approprié, par exemple l'huile de vaseline; elle nous a donné dans un assez grand nombre de cas des résultats bien nets en diminuant la douleur et la fréquence des mictions. Les manœuvres que nécessitent ces instillations doivent être faites avec douceur et abandonnées dès qu'elles semblent provoquer une réaction violente du col de la vessie. Contrairement à ce qui a lieu pour toutes les autres cystites, les solutions argentiques mises en contact avec le col sont ici formellement contre-indiquées sous peine d'aggravation des lésions. Dans les formes très douloureuses de la cystite tuberculeuse, l'incision de la vessie a donné les mêmes résultats que dans les autres variétés de cystite, et le chirurgien, quelque gravité que présente pour la vie du malade l'existence des tubercules dans la vessie, ne doit pas hésiter à avoir recours à la cystotomie. Il choisira, pour les raisons si souvent rappelées déjà, la voie hypogastrique de préférence à la voie périnéale et il joindra, s'il y a lieu, à l'ouverture du réservoir un traitement topique des lésions par la cautérisation potentielle ou au fer rouge, par leur attouchement avec des substances antiseptiques et antiparasitaires.