

mettait d'attribuer à cet antiseptique par excellence de l'infection urinaire. Le nitrate d'argent, d'après les expériences de Hallé (1), exerce un pouvoir antiseptique plus actif sur les microbes urinaires que sur les cultures de pyogènes ordinaires; le sublimé, au contraire, qui détruit mieux les microbes pyogènes vulgaires, est moins puissant contre les cultures des microbes urinaires.

Les lavages de la vessie sont faits chaque jour à la seringue avec une solution de nitrate d'argent à 1 p. 1000. Rapidement, on élève le taux de la solution; chez la femme, on peut l'élever très haut. Nous employons souvent, chez la femme, le nitrate d'argent à 1 p. 300, alors que chez l'homme ces doses sont absolument intolérables, et qu'il est difficile de s'élever au delà d'une solution à 1 p. 500. Une douleur assez vive, des brûlures violentes sont la conséquence momentanée de ces lavages; mais ces phénomènes ne durent que quelques heures, et, dans la majorité des cas, l'amélioration se fait rapidement sentir par l'atténuation de la fréquence et de la douleur, par la diminution de la suppuration.

La douleur très réelle provoquée par le contact du nitrate et de la vessie est un gros inconvénient; on a cherché à y remédier en anesthésiant la vessie avec l'antipyrine ou la cocaïne. Vignerou (2), puis Pousson (3) ont mis en jeu les propriétés anesthésiques de l'antipyrine. Voici comment on procède: on commence par injecter dans la vessie 40 à 50 grammes, suivant sa tolérance, d'une solution d'antipyrine à 4 p. 100. Au bout de dix minutes, l'action est obtenue, la vessie est insensibilisée, et on fait l'injection de nitrate d'argent. Après évacuation de ce dernier, on recommence une nouvelle injection d'antipyrine qu'on laisse pendant dix à quinze minutes; et ainsi se trouvent supprimées les douleurs qui s'observent à la suite des lavages nitrates. Vignerou ni Pousson n'ont vu aucun accident à la suite de ces injections d'antipyrine.

Dans le même but, la cocaïne avait été déjà utilisée; mais la cocaïne, qui dans l'urètre réussit parfaitement, n'est pas, quand elle est injectée dans la vessie, sans inconvénient, et depuis que, en 1891, j'ai vu un cas de mort consécutif à une injection intra-vésicale de cocaïne, j'ai absolument renoncé à me servir de ce médicament pour la thérapeutique de la vessie, et je lui ai substitué l'usage de l'eucaine, dont les propriétés analgésiques sont identiques et dont la toxicité est moindre (4).

(1) GUYON, Traitement des cystites par le sublimé (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1892, p. 15).

(2) VIGNERON, L'antipyrine comme analgésique vésical (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1894, p. 348).

(3) POUSSON, Anesthésie de la vessie par l'antipyrine (*Journ. des méd. de Bordeaux*, mai 1895).

(4) LEGUEU, De l'anesthésie locale par l'eucaine (*Assoc. franç. d'urologie*, 1<sup>re</sup> session, Paris, 1896, p. 47).

INSTILLATIONS. — Si, chez les prostatiques à grande vessie, elles font merveille, les injections sont impraticables dans tous les cas où la vessie est très sensible. Dans ces conditions, en pratiquant quand même des injections et des lavages, on irait à l'encontre du but que l'on se propose; le moindre inconvénient de cette pratique serait d'exciter le muscle vésical, de le distendre, d'augmenter les douleurs, et de transformer en *douloureuse* une cystite qui ne l'est pas. Les lavages de la vessie sans sonde, même avec l'aide de la cocaïne, comme le recommande Lavaux (1), sont tout aussi condamnables. Aussi M. Guyon, depuis longtemps, a-t-il eu l'ingénieuse idée de substituer aux lavages des instillations de quelques gouttes d'une solution antiseptique portées au contact du col. Ces quelques gouttes laissent le muscle au repos; déposées au contact de la muqueuse, elles y exercent cependant l'action voulue. Les instillations sont donc le traitement de choix pour toutes les vessies sensibles, à plus forte raison dans les cystites douloureuses.

La solution dont on se sert le plus souvent est encore une solution de *nitrate d'argent* mais à titre élevé. On emploie des solutions qui varient de 1 à 5 p. 100, suivant la tolérance de la vessie. Ces instillations sont faites avec une seringue spéciale (fig. 43 et 44). 40 à 50 gouttes sont déposées au delà de la partie la plus profonde de l'urètre postérieur, au contact du col, à vessie vide, c'est-à-dire après que le malade a uriné; cette précaution est nécessaire pour que l'urine ne modifie pas de suite la solution caustique. Ces instillations sont répétées tous les jours ou tous les deux jours, et, en quelques séances, elles parviennent à guérir les cystites blennorragiques et à améliorer la cystite des calculeux.

On se sert encore de solutions de *sublimé* de 1/2000 à 1/500; on

(1) LAVAUX, Le lavage de la vessie sans sonde, thèse de Paris, 1888.

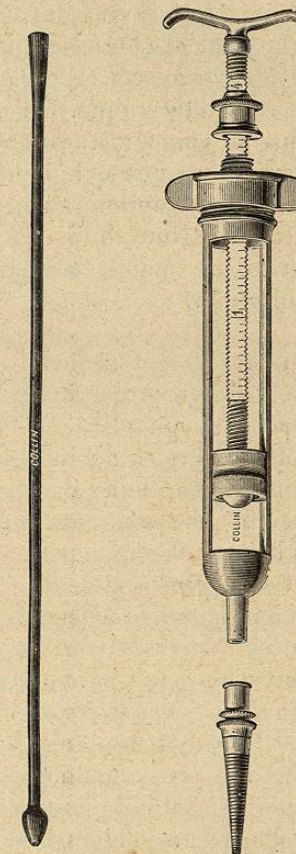


Fig. 43. — Explorateur perforé pour faire des instillations.

Fig. 44. — Seringue à instillations.



injecte 2 à 5 grammes dans la vessie, 10 à 15 gouttes au niveau du col et de la partie profonde de l'urètre postérieur. Mais, en général, dans le traitement des cystites, le sublimé nous a toujours paru inférieur au nitrate d'argent, sauf pour la tuberculose.

Le *gaïacol* a été vanté par Colin (1) dans le traitement de certaines cystites graves et rebelles; il agit comme anesthésique à la fois et comme antiseptique. On peut employer le *gaïacol* en solution huileuse au vingtième, le *gaïacol* iodoformé (*gaïacol* 5 grammes, iodoforme 2 grammes, huile d'olive 100 grammes), ou le carbonate de *gaïacol* en solution au centième. Un ou deux grammes de la solution sont introduits chaque jour dans la vessie. Les douleurs disparaissent complètement pendant les quelques heures qui suivent l'injection.

Le traitement médical, d'une part, le traitement par les lavages ou les instillations guérissent la grande majorité des cystites; il en est cependant qui résistent. Pour celles-là, des moyens moins simples sont à mettre en action pour modifier la source de l'infection établie. Nous allons étudier d'abord ces moyens différents, et nous verrons ensuite quels sont ceux qui doivent être préférés et dans quels cas ils doivent être appliqués.

Ces moyens sont de deux ordres: les uns s'adressent à la muqueuse, qu'ils cherchent à détruire: ce sont les opérations de *curettage*; les autres s'adressent surtout au muscle vésical, qu'ils ont pour but de mettre au repos; parmi eux se placent la *sonde à demeure*, la *dilatation du col chez la femme*, la *cystotomie*.

**1° Sonde à demeure.** — L'idée de mettre une sonde à demeure dans une vessie douloureuse pour la drainer, la mettre au repos, est très séduisante. Depuis surtout que les sondes de Pezzer ont réalisé le problème, jusqu'alors difficile, de joindre à une certaine souplesse la faculté de tenir d'elles-mêmes en place, la sonde à demeure a été souvent utilisée dans le traitement des cystites. J'y ai eu recours à plusieurs reprises avec avantage; dans certaines cystites invétérées, dans certaines vessies très irritables et très douloureuses, la sonde à demeure a, pour un temps, mis les malades au repos en même temps que leur vessie. Une malade de Guyon (2), souffrant depuis huit ans d'une cystite, déjà traitée par le *curettage* d'abord et la taille hypogastrique ensuite, fut reprise, au bout d'un certain temps, de douleurs intolérables: ces douleurs ne furent calmées que par la sonde à demeure.

Avec la sonde à demeure, on peut faire des injections très douces, ou, ce qui vaut mieux, des instillations. L'amélioration qui suit le

(1) COLIN, *Journ. de méd. et de chir. pratique*, 25 janv. 1896.

(2) GUYON et MICHON, Contribution à l'étude de la sonde à demeure (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1896, p. 385).

*curettage*, comme nous le verrons plus loin, n'est peut-être due qu'au maintien, pendant quelques jours, de la sonde à demeure et au drainage de la vessie, qu'elle assure très efficacement.

**2° Dilatation du col chez la femme.** — Cette opération est née d'une erreur, de l'analogie établie entre la fissure à l'anus et la fissure vésicale. On dilatait l'urètre et, avec lui, le col de la vessie, comme on traite encore par la dilatation la contracture fissuraire du sphincter anal. Elle se pratiquait à l'aide du dilatateur de Guyon-Duplay, qui sert aussi chez l'homme, et le canal, largement ouvert et souvent déchiré, laissait, avec ou sans sonde à demeure, les urines s'écouler librement.

Il y a dix ans, cette opération a eu son heure de vogue; remise en honneur par Simonin (1) (de Nancy), elle fut pratiquée par Monod (2), Tillaux, Duplay, par Guyon. Cederrier, depuis longtemps, y a renoncé; pour un bénéfice aléatoire et souvent nul, la malade est exposée à garder une incontinence irrémédiable, et, à tous points de vue, la cystotomie vaginale est préférable.

**3° Curettage de la vessie.** — Les premiers essais de *curettage* de la vessie furent pratiqués chez la femme, par M. le professeur Guyon, en 1889. D'abord tenté, et avec succès, dans la cystite tuberculeuse, le *curettage* fut étendu aux cystites chroniques. Bazy (3), Callionzis (d'Athènes), Battlé, publiaient quelques faits nouveaux. Coursier (4), élève de Guyon, a résumé dans sa thèse les avantages et les résultats de cette opération nouvelle.

Chez l'homme, le *curettage* se combine à la taille périnéale.

Chez la femme, voici comment l'opération se pratique:

Après anesthésie chloroformique, et la femme étant mise dans la situation de la taille périnéale, on fait l'antisepsie de la vulve et du vagin; puis on introduit dans la vessie la grosse sonde évacuatrice de la lithotritie. On lave largement la vessie avec plusieurs seringues de nitrate d'argent au millième. M. Guyon se sert encore, pour ces lavages, d'un mélange composé d'une partie de liqueur de Van Swieten, pour deux parties de solution concentrée d'acide borique.

Une fois la vessie vidée — précaution indispensable — on introduit l'index de la main gauche dans le vagin et on fait pénétrer la curette par le canal de l'urètre; on commence le *curettage* en se servant du plan résistant que forme le doigt vaginal soulevant la paroi postérieure de la vessie.

Il est besoin d'une certaine force pour « râcler la muqueuse » sans

(1) SIMONIN, *Bull. de thérapeutique*, 1873.

(2) MONOD et GAUTHIER, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, mai et juin 1885, p. 289 et 348.

(3) BAZY, Traitement de certaines affections chroniques de la vessie par le râclage et l'écouvillonnage (*Sem. méd.*, 26 juillet 1889).

(4) COURSIER, Traitement des cystites chroniques rebelles chez la femme par le *curettage* vésical pratiqué par la voie urétrale, thèse de Paris, 1894.



crainte de perforer la musculuse. De temps en temps la curette ramène les lambeaux détachés. Après la face inférieure, la face antérieure est attaquée d'autant plus facilement que le pubis forme un plan résistant contre lequel on prend appui ; puis on s'attaque tout particulièrement au pourtour du col et à la partie profonde de l'urètre.

Le curettage est terminé : deux ou trois seringues de liquide lavent encore une fois la vessie, d'abord très saignante ; et une sonde de Pezzer est mise à demeure pendant dix à quinze jours.

L'opération est certainement partielle, puisque la paroi postérieure est inattaquée, mais elle est suffisante puisque les lésions sont toujours localisées autour du col et au niveau du bas-fond.

Une amélioration constante est la conséquence immédiate de l'opération. Est-elle durable ? malheureusement non. Au bout d'un temps variable, les malades recommencent à souffrir.

Aussi peut-on se demander si l'amélioration obtenue n'est pas à mettre tout entière sur le compte du drainage, de la sonde à demeure. Les résultats que j'ai obtenus chez l'homme, où le curettage est encore bien plus difficile et bien plus imparfait que chez la femme, m'autorisent à le croire.

4° **De la cystostomie.** — Emmet et Bozeman chez la femme, Parker chez l'homme, sont les premiers à avoir pratiqué la cystostomie pour traiter la cystite. En France, M. Guyon (1) en a été le promoteur ; en 1887, il inspirait la thèse de Hartmann (2), et depuis, dans ses cliniques, dans la thèse de son élève Michon (3), il a montré tous les avantages qu'il y avait à mettre la vessie au repos pour supprimer la douleur.

Suivant les préférences la taille se fait haute ou basse.

Chez la femme, on a presque toujours recours à la *taille vaginale*, ou *colpocystostomie*. Pour éviter la fermeture prématurée de la fistule, il est bon de suturer, sur chaque lèvre de l'incision, la muqueuse vaginale à la muqueuse vésicale.

Malgré cela, la fistule a grande tendance à se fermer ; elle doit être maintenue ouverte pendant plusieurs mois, pendant lesquels on continue à faire le traitement par les instillations.

Quand on se propose non plus seulement d'ouvrir la vessie, mais aussi de traiter la muqueuse malade, c'est la *taille hypogastrique* qui est indiquée.

La *taille hypogastrique* se pratique suivant les préceptes que nous établirons plus loin. À l'ouverture de la vessie, on ajoute l'action

(1) GUYON, *loc. cit.*, p. 938.

(2) HARTMANN, Des cystites douloureuses et de leur traitement, thèse de Paris, 1887.

(3) MICHON, Valeur thérapeutique de l'incision hypogastrique de la vessie, thèse de Paris, 1894, p. 37.

directe sur la muqueuse. Le grattage des fongosités et des granulations, la destruction des plaques de leucoplasie, les cautérisations au thermocautère, sont les compléments indispensables de la taille. Si les lésions sont peu accentuées, on peut, à la suite, fermer la vessie. Mieux vaut, en général, établir un drainage ; Albarran, pour laisser la vessie plus complètement au repos, associa une fois le cathétérisme des uretères au drainage de la vessie. Deux sondes urétérales introduites par l'ouverture de la taille dans les uretères, ressortent par l'urètre. Je me contente, pour ma part, de fistuliser la vessie comme dans la cystostomie pour infection ; une sonde à demeure est mise en place par la fistule. Elle est destinée à assurer le drainage de la vessie et à maintenir ouverte une fistule qui a grande tendance à se fermer. La fistule doit rester perméable un temps variable suivant l'intensité des lésions, de plusieurs semaines à plusieurs mois.

La *taille périnéale*, dont Thompson est toujours resté le défenseur, semble, depuis quelque temps, sortir du discrédit dans lequel elle était tombée ; M. Guyon, depuis quelques années, y est revenu. Je l'ai moi-même (1) pratiquée un certain nombre de fois, sur les conseils de mon maître, en la combinant au curettage, et les résultats que nous avons obtenus sont assez encourageants (2).

On fait à l'urètre une boutonnière périnéale, et, après curettage de la vessie, on met à demeure une grosse sonde de Pezzer, qui doit rester six semaines en place. Vigné (3) décrit d'une façon différente la technique d'Augagneur ; celui-ci fait au périnée une double incision oblique en bas et en dehors. Après la ponction de l'urètre, il introduit un lithotome qui sectionne la prostate suivant ses deux grands diamètres obliques postérieurs, et la vessie, sans curettage, est drainée avec une grosse sonde n° 25, ou avec un gros drain, qui est retiré au bout d'un mois, en moyenne. L'important est, à mon avis, de bien maintenir pendant six semaines au moins le drainage.

*Résultats.* — De ces opérations, quels sont les résultats ?

Les résultats *immédiats* de la cystostomie sont, dans tous les cas, très favorables : c'est la suppression complète des douleurs, de là un bien-être relatif pour les malades, qui peuvent renaître un peu à la santé, reprendre le sommeil et l'appétit.

Les résultats *éloignés* sont également favorables : l'amélioration est la règle, la guérison s'observe dans une notable proportion. Sur six des malades dont Michon rapporte l'histoire, il y eut, après la

(1) LEGUEU, Du drainage périnéal de la vessie dans les cystites rebelles (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, déc. 1895).

(2) ROCHET et DURAND (*Arch. prov. de chir.*, avril 1896) ont proposé de pratiquer la cystostomie périnéale en abordant directement le bas-fond vésical par une incision prérectale. Ces auteurs se basaient jusqu'alors sur des recherches cadavériques, et il convient d'attendre, pour apprécier ce procédé, qu'il ait été appliqué sur le vivant.

(3) VIGNÉ, thèse de Lyon, 1895.



taille hypogastrique, 3 incisions et 3 améliorations ; mais ces améliorations correspondaient à des guérisons, car les malades ne conservaient que de la fréquence de la miction. Les résultats signalés par Escat, chez la femme, sont encore plus favorables ; il rapporte des exemples de guérison complète et durable après la taille hypogastrique. Et le fait est d'autant plus important que l'opération s'adressait à des cystites vraiment douloureuses, à des cas extrêmes. Elle a mis chez plusieurs malades la vessie en état de recevoir et de continuer un traitement par les instillations, auquel elle était auparavant absolument réfractaire, et elle a contribué à assurer une guérison qui n'aurait jamais pu être espérée sans cela.

Quant à la valeur relative de ces diverses opérations, elle n'est pas absolument comparable. Elles ne répondent pas au même but : la taille vaginale a surtout une action de drainage ; j'en dirais autant de la taille périnéale. Le curetage ne s'adresse qu'à des lésions absolument limitées au col. Au contraire, la taille haute permet d'exercer sur la muqueuse une action plus nette, plus précise et plus énergique que n'importe quelle autre opération, et, à ce point de vue, elle présente sur ces dernières une incontestable supériorité.

**Indications thérapeutiques.** — Un malade atteint de cystite se présente : quel traitement lui faire ?

Si l'on connaît la cause, c'est à la cause d'abord que l'on s'adressera : s'agit-il d'une cystite cantharidienne ? elle guérira d'elle-même. S'agit-il d'un rétréci, d'un prostatique, d'un calculeux, d'un néoplasique ? la cystite relève alors d'indications spéciales, qui seront traitées ailleurs.

Restent donc ici les cystites communes, les cystites blennorragiques ou les cystites à colibacille.

Cliniquement elles se divisent en trois groupes : les cas légers, les cas moyens et les cas graves, et, malgré le vague de cette délimitation, tout le monde la comprend très bien.

Les cas légers guérissent simplement : voici, par exemple, une *cystite blennorragique*. Le repos au lit, un régime alimentaire aussi sévère que possible, duquel sont proscrits le thé, le café, les boissons alcooliques ou fermentées, assure déjà une amélioration sensible. Balzer (1) met ses malades au régime lacté absolu et leur donne des alcalins à l'intérieur ; nous préférons les balsamiques, le santal ou la térébenthine. Grâce à ce traitement, beaucoup de ces cystites guérissent sans qu'il soit besoin d'en venir au traitement local. Celui-ci est constitué par les lavages au permanganate de potasse, au nitrate d'argent. Nous préférons, pour notre part, les instillations à n'importe quel lavage.

Les cas moyens sont justiciables du même traitement ; ils guériront

(1) MARCO CHARALAMBIEFF, Étude sur le traitement de la cystite blennorragique aiguë de l'homme, thèse de Paris, 1895.

plus lentement, mais ils guériront. C'est ici qu'il est utile de ne pas faire de lavages ; les lavages auraient sûrement pour effet d'augmenter la sensibilité de la vessie et de transformer en douloureuse une cystite qui ne l'était pas. Ce qui convient, ce sont donc les instillations de nitrate d'argent à 2 ou 4 p. 100, répétées tous les deux jours, et, si elles ne réussissent pas, les instillations de sublimé.

Les cas graves comprennent les cystites douloureuses, sévères par leur intensité, rebelles, graves par leur ténacité. Douloureuses, elles le sont rarement dès le début ; elles arrivent peu à peu à ce degré de gravité par le fait d'un traitement mal dirigé ou par les progrès mêmes du mal non traité. Aussi les malades ont-ils épuisé la liste des traitements usités en pareil cas. Rien n'a réussi ; la morphine seule améliore. Que faut-il faire ?

Tout dépend de la localisation et de la gravité des lésions. Chez la femme, si les lésions sont surtout localisées au pourtour du col, ce dont on s'assure par l'endoscope, on peut essayer le curetage par l'urètre. Si, au contraire, la cystite est totale, si la muqueuse est altérée dans toute son étendue et hérissée de végétations ou de plaques de leucoplasie, la taille haute est préférable puisqu'elle permet une action plus étendue. La taille vaginale, au contraire, s'adresse aux cas plus compliqués et, en quelque sorte, désespérés, dans lesquels des lésions rénales graves, une infection chronique et une douleur atroce priment tous les symptômes. Ici, il faut surtout parer au danger, et l'ouverture vaginale de la vessie répond à ces indications.

Chez l'homme, c'est à la taille sus-pubienne que, pour la même raison, je donne la préférence, réservant le curetage et le drainage par le périnée aux malades qui ont déjà subi la taille hypogastrique et n'en ont pas éprouvé un résultat persistant.

Trois des malades que j'ai traités par la taille périnéale avaient déjà subi la taille haute : tous avaient été améliorés par cette première intervention, mais la récurrence survenait au bout de quelques semaines. Ils ont été taillés et curetés par le périnée, et, depuis deux ans et un an, ils sont restés guéris, au point de ne plus éprouver aucun trouble.

Ces grandes lignes du traitement s'appliquent de tous points aux cystites gangreneuses ; la désinfection soignée de la vessie, l'évacuation systématique de tous les produits sphacéliques : voilà ce qu'il faut obtenir avant tout. Et si, malgré cela, l'infection persiste, la cystostomie sera faite hâtivement pour ne pas laisser le temps aux désordres de s'aggraver. Dans un cas de ce genre, Girard (1), trouvant une moitié de la vessie sphacélée, en pratiqua la résection et guérit

(1) GIRARD, *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, n° 11, juin 1889, p. 330.



son malade. Sans aller jusque-là, on aura, dans la cystostomie sus-pubienne, un bon moyen précoce de désinfecter complètement et de drainer la vessie.

## VI

## TUBERCULOSE DE LA VESSIE

Comme sur d'autres appareils, le bacille de Koch peut se localiser sur la vessie; les lésions qu'il y détermine constituent la tuberculose de la vessie, qu'on appelle encore « cystite tuberculeuse ». En clinique, les deux termes sont à peu près équivalents; au point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologique, il n'en est pas de même. Lorsque le bacille de Koch habite seul dans la vessie, il y provoque seulement des lésions spécifiques; la tuberculose de la vessie peut exister sans cystite à proprement parler. Mais la cystite vraie, une cystite banale, due le plus souvent au coli-bacille, vient un jour ajouter ses lésions d'inflammation vulgaire et non spécifique à celles déjà développées sous l'influence du bacille de Koch; il y a à la fois tuberculose vésicale et cystite. La tuberculose et l'inflammation microbienne surajoutée s'associent pour compléter ensemble leur œuvre; et c'est dans ces conditions que se poursuit et s'aggrave une affection qui a commencé par être de la tuberculose pure et finit par être une cystite mixte.

Pour toutes ces raisons, l'histoire de la tuberculose vésicale mérite d'être distraite de l'étude des cystites.

Au point de vue anatomo-pathologique, elle a été depuis longtemps mentionnée d'abord, puis bien étudiée. Les travaux de Bayle, de Laënnec, de John Howship, de Larchier, de Ammond, de Bermond, les traités de Boyer, de Cruveilhier, Roger, Barthez Andral, Louis, Dufour, Lancereaux, ont largement contribué à nous faire connaître les lésions de la cystite tuberculeuse. Au point de vue bactériologique et clinique, les travaux de M. Guyon et de ses élèves, Boursier, Clado, ont établi les conditions d'infection de la vessie, et défini le tableau clinique propre à cette affection (1).

(1) VOILLEMIER et LE DENTU, Traité des maladies des voies urinaires. — F. GUYON, Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie. Paris, 1888, p. 642. — GUEBHARD, Étude sur la cystite tuberculeuse, thèse de Paris, 1878. — TAPRET, Étude clinique sur la tuberculose vésicale (*Arch. gén. de méd.*, 1878, t. I, p. 513, et t. II, p. 57). — BERRY, Tuberculose primitive des voies urinaires, thèse de Paris, 1878. — HACHE, Étude clinique sur les cystites, thèse de Paris, 1884. — BOURSIER, De la tuberculose de la vessie, thèse de Paris, 1885. — CAYLA, thèse de Paris, 1887. — GULARD, Diagnostic et traitement des cystites (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1888). — MELCHIOR, Cystite et infection urinaire. Paris, 1895. — ALBARRAN, Les infections secondaires dans la tuberculose urinaire (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1897, n° 1, p. 1).

**Anatomie pathologique.** — Les lésions que l'on constate à l'autopsie d'un malade mort de tuberculose de la vessie sont de deux ordres : les unes sont des lésions propres et spécifiques de tuberculose, les autres sont des lésions banales de cystite. Celles-ci ont déjà été étudiées, elles sont d'ailleurs secondaires : il suffira de les signaler.

**I. Lésions de la vessie.** — Le processus d'évolution de la tuberculose dans la vessie n'est pas différent de ce qu'il est ailleurs. La lésion initiale est constituée par des *granulations* grises; plus tard la caséification de ces granulations constitue les *tubercules*, et le ramollissement dont ils sont le siège aboutit à l'*ulcération*.

Les granulations *grises* sont visibles à l'œil nu, elles ont le volume d'un grain de chènevis. Elles sont plus ou moins nombreuses, parfois nettement séparées les unes des autres, d'autres fois confluentes, réunies en masses plus ou moins compactes et saillantes, assez comparables aux follicules agminés de la fièvre typhoïde (Guyon). De consistance ferme, elles donnent au doigt promené à leur surface la sensation d'une surface grenue. D'après Clado (1) elles prennent naissance dans la muqueuse elle-même et non dans le tissu sous-muqueux. Aussi les voit-on surtout dans la région la plus vasculaire de la vessie, dans la région du trigône.

Dans une deuxième période, la granulation grise se transforme et fait place à la *granulation jaune*, à contenu caséux. Souvent alors, les granulations se présentent sous forme d'élevures à sommet blanchâtre, à base indurée et entourée d'une auréole rouge. Ce sont des saillies comparables aux pustules varioliques ou aux follicules hypertrophiés de l'intestin. Tantôt acuminées, tantôt ombiliquées, elles peuvent être entourées d'une sorte de bourrelet induré.

Lorsque le tubercule se ramollit, alors commence la troisième phase, la *phase d'ulcération*. Si les tubercules sont isolés, on trouve une multitude de pertuis, plus ou moins profonds, creusés dans la muqueuse. Plus souvent, les granulations sont confluentes, et donnent lieu après leur fonte à des ulcérations multiples réunies par leurs bords, et offrant en général les dimensions qui varient de celles d'une pièce de 20 centimes à celles d'une pièce de 5 francs. Quelquefois elles se réunissent les unes aux autres de manière à constituer de larges plaques ulcérées, occupant jusqu'à la moitié de la surface interne de la vessie. Leurs bords sont taillés à pic, comme à l'emporte-pièce, et sont souvent légèrement élevés au-dessus de la muqueuse environnante. Leur contour est souvent arrondi, d'autres fois irrégulier; le fond est parfois de couleur rosée ou jaunâtre, il est couvert d'une couche puriforme. La profondeur de ces ulcérations est très variable; souvent elles sont très superficielles, et offrent absolument l'apparence des ulcérations de l'herpès génital (Tapret), ou des pus-

(1) CLADO, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1887, p. 46.