

TRAITEMENT DE LA CYSTITÉ TUBERCULEUSE, par le Dr ROUTIER, de Paris.—*Rev. de chir.*

Après avoir essayé les divers moyens préconisés contre la cystite tuberculeuse, M. Routier en est arrivé à diviser cette affection en deux périodes au point de vue du traitement.

Dans une première période, qu'il prolonge le plus longtemps possible, il s'abstient de toute intervention locale, proscrit aussi bien les instillations que les lavages et se contente d'instituer un traitement général, régime lacté partiel, huile de foie de morue créosotée, frictions révulsives sur les reins et l'abdomen, bains salés.

Quand les mictions sont trop fréquentes ou sanglantes, quand les malades sont, par les douleurs et les envies d'uriner, privés de sommeil, M. Routier pratique une cystotomie sus-pubienne : tout au plus, s'il y a trop d'ulcérations viscérales, il les touche au thermocautère.

Quand le méat hypogastrique fonctionne bien, qu'il n'y a plus de douleurs, il fait par ce méat d'abord, puis par voie urétrale, des lavages boriqués ; on arrive ainsi peu à peu à reconstituer une capacité vésicale raisonnable. Quand ce résultat est bien acquis, après trois, quatre, six mois, il referme le méat hypogastrique.

Cette méthode est longue, mais n'entraîne aucune gravité ; les résultats en sont très encourageants.

INFECTIONS PÉRI-URÉTRALES, LEUR TRAITEMENT, par le Dr VIGNERON, de Marseille.—*Rev. de chir.*

On connaît de longue date la folliculite, qui constitue une complication fréquente des urétrites ; mais on n'a pas suffisamment distingué les modalités qu'elle peut présenter alors qu'elle se manifeste à la période chronique ou aiguë des infections urétrales.

Dans le premier cas l'infection du diverticule glandulaire est atténuée comme celle de l'urètre ; tout se réduit à la folliculite et à la péri-folliculite. Aussi peu de chose comme symptômes, ou tout au moins rien de bien facile à reconnaître : la persistance de l'écoulement en l'absence de complications centrales, en dépit d'un traitement bien dirigé, doit y faire songer. L'urétroscope peut, dans quelques cas, rendre le diagnostic plus précis en montrant l'issue de la sécrétion par l'orifice dilaté de la glande, ou bien de la pression de l'urètre en un point précis peut ramener au méat, sitôt après la miction, une goutte purulente. La douleur locale n'est que d'un secours très obscur. Avec la péri-folliculite on peut cependant arriver à sentir une petite tuméfaction.

Cette forme atténuée et chronique est fréquente : un traitement local persévérant doit arriver à en avoir raison, sans intervention.

Il peut en être autrement de la folliculite des urétrites aiguës. L'infection plus virulente peut dépasser les limites de la glande, détruisant ses parois, envahissant les tissus péri-urétraux, créant un véritable abcès para-urétral.

Cette complication est relativement rare. Nous en relatons six cas (nous ne parlerons pas des abcès urinaires), tous dans la région du gland. Leur marche est aiguë ; c'est celle de tout abcès avec douleur lancinante, formation d'une tuméfaction qui tend à s'ouvrir, tendant à se vider par la pression en donnant issue à du pus par le méat. Abandonné, l'abcès devient fistule, qui persiste ou se ferme en partie, et peut alors donner naissance à de nouvelles collections qui, devenues fistuleuses à leur tour, et à la fin sclérosées, rendent le méat absolument cicatriciel (3 cas chez de vieux rétrécis). Avant d'aboutir à cette cicatrisation, la fistule reste longtemps perméable et infectée, ulcérant les téguments, entretenant ou amenant à nouveau l'infection de l'urètre et de la vessie, déterminant des rétrécissements, parfois des abcès urinaires : puis l'infection urinaire, sans compter les abcès à répétition (2 cas sur 6).

Dans des conditions telles, l'intervention est justifiée et elle doit être précoce,