

vessies spacieuses qui suppurent sur une large surface, alors que la sensibilité n'est plus mise en éveil par une légère distension. Les liquides employés seront parfaitement aseptiques. Ce sont encore les instillations antiseptiques qui constituent le meilleur modificateur de la muqueuse dans ces cas. Mais l'abondance du pus, la résistance de l'infection à ces agents modificateurs ou antiseptiques, et surtout la formation incessante de *graviers phosphatiques*, que les lavages sont impuissants à chasser et que la lithotritie ne peut venir constamment broyer, deviennent des indications de cystostomie. Souvent également la *secretion glaireuse* épaisse, agglutinante, n'est qu'imparfaitement évacuée par les lavages. Enfin certaines de ces vessies saignent facilement. Dans tous ces cas, les malades sont menacés d'une pyélo-néphrite ascendante, et la cystostomie devient alors un précieux moyen qui a sauvé de nombreux urinaires (voy. Poncet, *loc. cit.*).

Les formes *pseudo-membraneuses* et *gangreneuses* de la cystite donnent lieu à des indications spéciales. Les premières guérissent par le nitrate d'argent qui modifie la muqueuse et son contenu; mais si les fausses membranes se reproduisent, si elles provoquent une rétention, il faudra en venir au traitement opératoire. — Bien que certains cas de *cystites gangreneuses* aient été suivis de guérison, la plupart du temps on sera obligé d'en venir à la cystostomie pour mettre un terme aux accidents septiques. — A côté de ce traitement local, il ne faut pas oublier l'état *diathésique* du sujet, et c'est souvent en agissant sur l'élément strumeux par les médications sulfurées arsenicales, sur l'élément goutteux par les eaux minérales appropriées ou sur l'état neuropathique du sujet qu'on aura raison de cystites jusqu'alors rebelles à tout traitement.

Lorsque le traitement symptomatique que je viens de décrire échoue, il faut assurer à l'urine son évacuation sans contraction vésicale, sans contact de corps étranger; c'est alors que la *cystotomie* s'impose. On pratiquera, chez l'homme, soit la *boutonnière périméale* avec dilatation forcée du col et drainage consécutif, soit la *taille hypogastrique*. Le drainage permanent par le périnée n'est guère compatible avec l'asepsie vésicale; il oblige à maintenir le malade dans une position qu'il peut rarement conserver pendant des semaines; de plus, cette étroite boutonnière ne permet pas de se rendre un compte exact des altérations vésicales qui, fréquemment, dans les cystites douloureuses, sont de nature bacillaire. Je lui préfère la taille hypogastrique avec examen complet de la muqueuse vésicale et attaque directe des parties malades. Chez la femme, la *dilatation de l'urèthre*, la *taille vésico-vaginale* ou la *taille hypogastrique* ont été pratiquées. La *colpo-cystotomie* est plus simple, plus facile à exécuter, et assure le drainage permanent, mais elle ne permet pas l'attaque facile et directe des lésions intra-vésicales; l'écoulement continu de l'urine souille la malade et détermine une infection vaginale qui est loin de contribuer à l'asepsie recherchée de la vessie. Si, dans certains cas qui, par leur nature même, peuvent faire espérer une prompt guérison, la sonde à demeure est insuffisante, on pourra passer à travers la cloison vésico-vaginale; mais la voie *sus-pubienne* me paraît préférable. Quelle que soit la variété de cystotomie employée, l'ouverture anormale devra être maintenue longtemps béante; on voit ainsi les vessies petites, dures, épaisses, reprendre leur souplesse et leur épaisseur. Pendant tout ce temps, les lésions de la muqueuse pourront être traitées directement par les topiques appropriés. L'ouverture anormale sera surveillée et ne devra être supprimée qu'après maints tâtonnements, sous peine de récidive.

## CHAPITRE VI

## DES PÉRICYSTITES

HALLÉ, Des péricystites. *Ann. gén.-urin.*, nov. 1892. — Martin, Note sur un cas d'abcès de la cavité de Retzius. *Ann. gén.-urin.*, 1895, p. 15. — BLOT, Abcès chroniques de la cavité de Retzius d'origine vésicale. Thèse de Paris, 1894. — ENGLISCH, Tuberculose du tissu cellulaire périprostatique et périvésical. *Mercredi méd.*, 26 fév. 1895. — BRUN, Abcès de la cavité de Retzius par appendicite. *Presse méd.*, 1896, p. 541. — HOTCHKISS, De l'inflammation chronique périvésicale. *Ann. of surgery*, fév. 1896. — PASTEAU et DEBAINS, Péricystite suppurée guérie par le drainage périnéal; coloration anormale de l'urine. *Ann. gén.-urin.*, 1897, p. 285. — ROERSCH, De la péricystite. *Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège*, fév. 1897.

C'est à Hallé<sup>(1)</sup> que nous devons la meilleure étude d'ensemble sur les péricystites; nous y avons puisé largement pour la rédaction de ce chapitre.

La « péricystite » est l'inflammation du tissu cellulaire périvésical, consécutive soit à une *cystite (péricystite vraie de Hallé)*, soit à une *phlegmasie des organes pelviens (fausse péricystite)*.

Les Allemands<sup>(2)</sup> distinguent la *péricystite, phlegmasie du péritoine vésical (épicystite de Koenig)*<sup>(3)</sup> de la *paracystite ou inflammation du tissu cellulaire périvésical*; cette distinction est bien artificielle, car, dans la réalité, bien souvent les deux lésions, cellulaire et séreuse, coexistent.

**Anatomie.** — L'étude des péricystites exige que nous rappelions en peu de mots la disposition normale des tissus qui entourent la vessie et ses rapports avec les viscères de l'excavation pelvienne.

Chez l'homme, à l'état de réplétion moyenne, la vessie n'est entourée par le péritoine pelvien que très incomplètement, savoir au niveau de son sommet, de sa face postérieure, et de ses faces latérales dans leurs 5/5 supérieurs (Sappey). Très adhérent au sommet et dans la portion supérieure de la face postérieure de la vessie, le péritoine est séparé, partout ailleurs, de la paroi musculaire par une couche de tissu cellulaire lâche, lamelleuse, vasculaire, dépourvue de graisse à l'état normal et qui prête au glissement de l'organe dans ses variations de volume. — Partout où manque le péritoine, c'est-à-dire au niveau de la face antérieure, d'une partie de ses faces latérales et de sa base, la vessie est plongée dans un tissu cellulaire dont le caractère varie suivant la région. En avant, derrière le pubis, c'est un tissu très lâche, lacuneux, logeant des pelotons adipeux mobiles, véritable cavité séreuse à l'état d'ébauche, permettant l'ampliation de la vessie et la locomotion du cul-de-sac péritonéal. Cette cavité, cavité de Retzius, bien limitée en avant, en haut et en arrière, se prolonge de chaque côté sur les faces latérales de la vessie en se confondant avec l'espace cellulaire sous-péritonéal. La base de la vessie, ses faces latérales dans leurs 2/5 inférieurs, sont plongés dans un tissu cellulaire plus dense, rougeâtre, mêlé de fibres musculaires lisses et de lobules adipeux; ce tissu relie à la vessie

(1) HALLÉ, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, nov.-déc. 1892.

(2) ORTH, *Lehrb. der spec. pathol. Anat.*, 1889, Lief. IV, Bd II, p. 204.

(3) KOENIG, *Traité de pathol. chir.* Trad. de Comte, t. II, fasc. 2, p. 675.

et unit intimement entre eux l'extrémité inférieure des uretères, les vésicules séminales, la base de la prostate, le cul-de-sac recto-vésical, le rectum et les parois de l'excavation.

Chez la *femme*, la base de la vessie est intimement adhérente au vagin sur une étendue de 3 à 4 centimètres; au contraire, elle n'est que très lâchement unie à la face antérieure de l'utérus; le cul-de-sac vésico-utérin descend en arrière d'elle jusqu'à l'isthme de l'utérus.

Chez l'*homme*, la vessie distendue entre en rapport, en haut et en arrière, avec les anses grêles, particulièrement les dernières, souvent avec le bord inférieur du grand épiploon; ces anses grêles, plongeant dans le cul-de-sac recto-vésical, la séparent du rectum auquel elle s'applique dans l'état de distension; à gauche l'anse de S iliaque, à droite, le cæcum et l'appendice cæcal viennent souvent à son contact. — Chez la *femme*, il faut signaler, comme autres rapports spéciaux de la vessie, la base des ligaments larges sur ses parties postéro-latérales, et les annexes utérines qui peuvent venir, quand elle est distendue, ou quand elles sont dilatées, adhérer à la paroi vésicale.

Telle est, réduite aux notions sommaires utiles, la disposition des tissus périvésicaux.

L'inflammation de ces tissus peut-être *aiguë* ou *chronique*.

La seule variété, bien étudiée jusqu'ici, de *péricystite aiguë* est l'*inflammation aiguë, phlegmoneuse, de la cavité de Retzius*. A côté d'elle il faut encore citer ces *cellulites pelviennes diffuses*, décrites par Bouilly (\*) et qui peuvent envahir parfois le tissu cellulaire périvésical. — Mais ces péricystites aiguës, suffisamment connues au point de vue clinique, ne nous arrêteront pas; nous nous attacherons surtout aux cas de péricystite chronique, qui sont moins connues.

**Étiologie.** — Ces cas de *péricystite chronique* se divisent, nous l'avons déjà dit, en deux groupes. Dans le premier, de beaucoup le plus important, c'est la vessie qui a été le point de départ de la lésion: la cystite s'est compliquée de péricystite; il y a *péricystite vraie* (Hallé). Dans le second, l'intestin ou quelque un des organes pelviens a été le siège primitif de la maladie: il y a *fausse péricystite* (Hallé). Ces dernières, aboutissant aux mêmes lésions, traduites par les mêmes symptômes que les péricystites vraies, avec lesquelles on les confondra souvent, méritent d'en être rapprochées, mais distinguées.

Dans cette étude nous nous occuperons surtout des *péricystites vraies*.

**Étude anatomique et clinique.** — La péricystite chronique se présente sous des formes très différentes. Tantôt c'est une simple *inflammation scléreuse* du tissu cellulaire périvésical, sans symptômes propres, méconnue ou soupçonnée seulement pendant la vie; tantôt un *foyer de suppuration enkystée* se forme au voisinage de la vessie, qui peut se manifester par des signes locaux cliniquement appréciables; d'autres fois encore, l'inflammation péricystique aboutit, par l'intermédiaire d'une péritonite localisée, à la *formation d'adhérences entre la vessie et les organes voisins*, une *véritable tumeur périvésicale* se développe, une *communication fistuleuse* peut s'établir. — Étudions séparément ces différentes formes.

I. *Péricystite chronique simple, scléreuse ou scléro-adipeuse.* — C'est une lésion fréquente, banale presque, dans ses formes atténuées; il n'est guère de cystite

(\*) BOUILLY, *Arch. gén. de méd.*, 1879, V, 1, p. 53.

chronique ancienne qui n'en soit accompagnée à quelque degré. Presque toujours, à la coupe de ces vessies épaisses des vieux rétrécis et des prostatiques, on trouve ces lésions, marquées surtout dans la *partie péritonéale de l'organe*. La séreuse adhère plus intimement et sur une plus grande étendue que dans l'état normal. Entre elle et le muscle vésical, au lieu du tissu cellulaire lamelleux normal, existe une couche plus ou moins épaisse de tissu fibro-adipeux dense: cet épaissement peut être étendu à tout l'organe ou disposé en plaques disséminées. Dans les cas ordinaires, cette couche anormale est épaisse seulement de quelques millimètres et contient des veines volumineuses; elle peut atteindre et dépasser 1 centimètre sur certains points, formant de véritables amas pathologiques de graisse dense et fibreuse. — Nous retrouvons donc ici la même production fibro-lipomateuse que nous avons déjà rencontrée autour du rein et de l'uretère dans les inflammations anciennes de ces organes (voy. p. 255). — Autour de la vessie, la production lipomateuse anormale peut, dans certains cas, devenir assez abondante pour former une vraie *tumeur péricystique*, perceptible même au palper abdominal. Jean (\*) rapporte une remarquable observation de ce genre; j'en ai vu moi-même plusieurs.

Telles sont les lésions de la péricystite simple dans la *portion péritonéale* de la vessie, sommet, face postérieure et partie supérieure des faces latérales. Mais l'inflammation chronique n'épargne pas non plus la base de l'organe, c'est-à-dire sa *partie extra-péritonéale*. Là encore, dans les cystites chroniques, s'observe fréquemment le tissu fibro-adipeux, dense et adhérent. Parfois la lésion est *diffuse*, étendue à toute la base vésicale, « cellulite pelvienne chronique », faisant adhérer en un bloc la vessie et les organes voisins. Mais le plus souvent elle a un *siège d'élection* où elle atteint habituellement son maximum. Sur les parties postéro-latérales de la vessie, au-dessus de la base de la prostate et des vésicules séminales, autour de la dernière portion des uretères, ou, plus précisément encore, dans l'angle aigu qui sépare ces conduits de la paroi vésicale, on voit se former un tissu fibro-graisseux qui englobe et réunit tous ces organes. Ainsi se trouvent constituées, au-dessous et en arrière de la vessie, deux masses postéro-latérales symétriques, atteignant parfois le volume d'un œuf, allongées suivant la direction des uretères. Dures, denses, adhérentes, elles ne permettent pas la dissection des organes qu'elles englobent: il faut les enlever en bloc avec la vessie et tout le contenu pelvien pour y sculpter avec peine l'uretère, la vésicule, le canal déférent, les conduits éjaculateurs et la prostate. Très fréquemment, à leur partie supérieure, ces tumeurs péricystiques renferment des *cellules vésicales* volumineuses à parois épaisses et adhérentes, symétriques des deux côtés: nous verrons plus loin que ces dernières ont un rôle important dans le développement des lésions de péricystite. Ces masses postéro-latérales, sus-vésiculaires ou péri-urétérales que nous venons de signaler sont un des traits saillants de la péricystite. Leur constatation anatomique a une réelle importance pour le diagnostic. Adhérentes à la prostate qu'elles prolongent, aux vésicules et aux uretères qu'elles englobent, elles sont accessibles au toucher rectal; on peut donc les constater cliniquement.

Les lésions de péricystite fibro-adipeuse ne sont pas exclusives à l'*homme*: la gravité des lésions de cystite chronique qui succèdent aux rétrécissements et à l'hypertrophie prostatique expliquent chez lui cette fréquence. Quand la cystite

(\*) JEAN, Thèse de Paris, 1879.

chronique arrive au même degré chez la femme, elle peut se compliquer des mêmes lésions.

II. *Péricystite suppurée enkystée.* — Les lésions de péricystite chronique simple que nous venons de décrire se compliquent souvent de suppuration : on trouve alors un ou plusieurs foyers purulents enkystés au milieu du tissu scléro-adipeux et des adhérences périvésicales. Ces abcès péricystiques ne sont pas rares. On peut les rencontrer en divers points de la région prévésicale ; on les voit au sommet de la vessie et sur les parties voisines de ses faces antérieure et postérieure ; ils sont fréquents sur ses parties postéro-latérales, au siège même des tumeurs scléro-adipeuses que nous avons décrites. Tantôt il s'agit de petits abcès multiples, gouttes de pus enkystées au milieu des lames fibro-adipeuses de la péricystite, tantôt c'est une collection volumineuse, à parois épaisses, inégales, déchiquetées, creusée en plein tissu fibreux, ou limitée partiellement par le péritoine induré et des anses intestinales adhérentes. Leur contenu est soit du pus franc, soit du pus blanc épais, soit encore du pus séreux d'odeur fétide, intestinale ou urinaire. Dans ces cas, il n'existe pas de communication directe visible entre la cavité vésicale et la collection purulente : c'est un véritable abcès de voisinage indépendant dont on ne peut expliquer l'existence que par l'infection des lymphatiques.

Le diagnostic anatomique de ces abcès, pièces en main, n'est pas toujours facile. On peut les confondre soit avec les *cellules vésicales complètes* qu'on rencontre si fréquemment dans les masses scléro-adipeuses de péricystites et qui sont remplies de pus ou d'urine purulente, soit avec les *abcès interstitiels de la paroi vésicale*. La recherche et la constatation de l'orifice vésical des cellules, la régularité de leurs parois les feront le plus souvent reconnaître. Il n'en est pas de même des abcès de la paroi vésicale, d'autant plus qu'ils coexistent le plus souvent avec les abcès périvésicaux. On voit l'épaisse couche de tissu pathologique qui constitue la paroi vésicale disséquée et stratifiée par des foyers purulents superposés. Dans quelle couche s'est faite la suppuration ? Dans l'épaisseur de la paroi ou bien en dehors d'elle, sous son enveloppe péritonéale épaissie ? Il est souvent difficile de le dire sans le secours du microscope.

III. *Péricystite suppurée avec perforation vésicale : péritonite adhésive et tumeur péricystique.* — Les abcès périvésicaux évoluent en général insidieusement, en sorte qu'ils sont ordinairement inconnus dans la vie et ne sont découverts que sur la table d'amphithéâtre. Ils peuvent néanmoins, à un moment donné, s'ouvrir largement dans la vessie et cette perforation s'accompagne alors de symptômes plus ou moins bruyants et surtout de l'apparition d'une tumeur plus ou moins nette et volumineuse qui attirent l'attention du chirurgien. La perforation, en effet, quelle que soit sa cause, — rupture d'une cellule vésicale suppurée, ou ulcération progressive de la paroi vésicale de dedans en dehors, — est suivie en général de l'apparition d'une *péritonite chronique, circonscrite et adhésive*. On l'observe aussi, bien que plus rarement, dans la péricystite simple ou dans la péricystite suppurée ; mais elle est constante dans la péricystite avec perforation. Ces adhérences, portant sur l'intestin grêle, l'S iliaque, le rectum, l'appendice cæcal, le bord inférieur de l'épiploon, constituent une véritable tumeur, perceptible à la palpation ou au toucher bimanuel. C'est, en réalité, le dernier terme des lésions de la péricystite.

En s'ouvrant secondairement dans le rectum ou l'intestin grêle, l'abcès peut créer une *fistule vésico-intestinale*. D'après Guyon, la communication fistuleuse

suivrait plus souvent — et c'est aussi notre avis — la voie inverse et succéderait d'habitude à une lésion intestinale envahissant en second lieu, par l'intermédiaire d'un abcès enkysté, la paroi de la vessie (voy. p. 572).

IV. *Péricystites tuberculeuses et néoplasiques.* — La *cystite tuberculeuse* peut se compliquer de péricystite. Celle-ci est le plus souvent simple, scléro-adipeuse ; elle vient renforcer la paroi vésicale dégénérée. Cette *péricystite scléro-adipeuse* est même constante dans les formes lentes et anciennes. La *péricystite suppurée tuberculeuse*, l'*abcès froid périvésical* doit être très rare : Rœrsch<sup>(1)</sup> aurait pu suivre un malade atteint de tuberculose vésicale chez lequel s'était produite une perforation vésico-intestinale à la suite de lésions de cellulite limitées au bas-fond de la vessie.

Il existe également une *péricystite des néoplasiques* ; elle peut être scléreuse, suppurée ou adipeuse ; elle s'observe dans les vieux néoplasmes infectés, tout particulièrement en arrière de la vessie où il n'est pas rare de trouver une masse celluleuse indurée qui enveloppe les vésicules séminales ; pareille lésion mérite d'être signalée car elle peut donner lieu à des erreurs de diagnostic quand, par le palper combiné, on essaie d'apprécier le volume d'une tumeur.

V. *Péricystites d'origine intestinale ou génitale (fausses péricystites de Hallé).* — Dans ces cas le point de départ de la lésion, son siège principal, sont en dehors de l'appareil urinaire, dans l'intestin ou les organes génitaux internes. Le cæcum, l'appendice surtout, l'S iliaque, les annexes utérines chez la femme sont les points d'origine les plus fréquents de la lésion. Anatomiquement, on peut trouver au voisinage de la vessie une tumeur solide adhérente, un foyer de suppuration enkysté ou communiquant. La lésion primordiale est le plus souvent néoplasique ; elle aboutit fréquemment à l'établissement d'une fistule vésico-intestinale<sup>(2)</sup>.

Cliniquement on constate des symptômes de cystite plus ou moins accentuée, parfois des hématuries ou une pyurie intermittente, l'évacuation de fragments néoplasiques, de matières fécales, de gaz avec les urines ; il existe, au voisinage de la vessie, une tumeur pelvienne accessible au palper abdominal, au toucher rectal ou vaginal. Le diagnostic est en général très difficile à faire, plus ardu encore que pour les péricystites vraies dans lesquelles le passé du malade peut parfois indiquer le siège et la nature de l'affection.

La pathogénie de la péricystite est assez simple : elle succède par voie de propagation directe aux cas de cystite chronique interstitielle ou bien l'inflammation s'allume par voie lymphatique. Cette infection par les lymphatiques explique aussi les abcès enkystés non communicants ; les autres s'expliquent d'eux-mêmes. La néoformation ou l'hyperplasie du tissu graisseux est une lésion de nutrition dont le mécanisme intime est difficile à préciser.

Telles sont, les lésions de la péricystite. Leur importance n'échappera pas au chirurgien qui devra toujours les avoir en vue en faisant l'examen d'un cas de cystite chronique ; le toucher rectal ou vaginal, le palper combiné fait dans l'état de distension et de vacuité de la vessie permettront d'habitude de les déceler ou de les soupçonner ; c'est à elles qu'il faut penser si une tumeur est appréciable, avant de s'arrêter au diagnostic d'une néoplasie véritable qui beaucoup plus

<sup>(1)</sup> RÖRSCH, *Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège*, février 1897.

<sup>(2)</sup> VOY. CHAVANNAZ, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, déc. 1897 et janv. 1898. — TUFFIER et DUMONT, *Revue de gyn. et de chir. abdom.*, mai-juin 1898.

rarement est sensible au doigt, à moins de s'imposer par des symptômes cliniques évidents. Toujours il faut penser à la combinaison possible des deux processus et tâcher de démêler la part qui revient à chacun d'eux dans l'état révélé par l'examen. Autant de questions difficiles à résoudre, mais qu'on doit se poser et qu'on doit discuter avec soin, si on ne veut s'exposer à des erreurs qui peuvent être des plus préjudiciables au malade.

## CHAPITRE VII

### DES FISTULES VÉSICO-INTESTINALES

J'étudie ces seules fistules vésicales, les autres ayant été décrites plus haut aux chapitres *Vagin, Utérus, Périnée* de ce Traité.

Les fistules vésico-intestinales, plus fréquentes qu'on ne le croyait jusqu'alors, ont fait tout récemment l'objet de deux mémoires parus presque en même temps : l'un de G. Chavannaz dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* (novembre et décembre 1897 et janvier et février 1898), l'autre que j'ai publié en collaboration avec J. Dumont<sup>(1)</sup>. Ce sont ces deux mémoires que j'ai utilisés pour la rédaction de ce chapitre.

**Étiologie.** — En laissant de côté les *fistules congénitales* qui sont rares et qui n'offrent d'ailleurs aucun intérêt pratique, étant donné qu'elles sont presque toujours incompatibles avec l'existence, on peut diviser les fistules vésico-intestinales *acquises* en : 1° fistules traumatiques ; 2° fistules non traumatiques.

I. FISTULES TRAUMATIQUES. — Ces fistules sont rares. On les rencontre pour ainsi dire exclusivement chez l'homme : sur 95 cas de fistules vésico-intestinales rassemblés par Chavannaz, cet auteur a trouvé 45 fistules traumatiques, alors qu'aucune des 54 fistules trouvées chez la femme ne reconnaissait cette cause (Tuffier et Dumont). Le traumatisme cause de la fistule était *accidentel* dans 12 cas chez l'homme : dans 5 cas il s'agissait d'un coup de feu. Une seule fois le traumatisme était chirurgical et consécutif à une taille périnéale.

II. FISTULES NON TRAUMATIQUES. — Elles reconnaissent la plupart du temps pour cause des *processus inflammatoires* ayant leur point de départ dans l'intestin, la vessie, la prostate, l'utérus ou ses annexes, le tissu cellulaire pelvien, etc. Souvent elles succèdent à un cancer, à une tuberculose de l'un de ces organes. Les *ulcérations syphilitiques* de l'intestin peuvent avoir le même résultat. Simon<sup>(2)</sup> a rapporté 4 cas de fistules vésico-intestinales consécutives à des *accouchements difficiles* (gangrènes par compression) ; Giessler<sup>(3)</sup>, 1 cas à la suite de l'ouverture dans la vessie et dans l'intestin d'une *grossesse extra-utérine* ; Martin-Magron et Soulié<sup>(4)</sup> enfin, 1 cas consécutif à une *hématoécèle rétro-utérine*. Les *corps étrangers* de la vessie ont été souvent incriminés comme causes des fistules vésico-

<sup>(1)</sup> TUFFIER et DUMONT, *Revue de gynéc. abdom.*, mai-juin 1898.

<sup>(2)</sup> SIMON, in BECHER, Thèse de Berlin, 1896.

<sup>(3)</sup> GIESSLER, Thèse de Marburg, 1856.

<sup>(4)</sup> MARTIN-MAGRON et SOULIÉ, Société de biologie, 1860.

intestinales ; cependant il n'existe guère que deux faits de ce genre qui soient certains<sup>(1)</sup>. Les fistules dues aux calculs enchatonnés de la vessie doivent être également rares, malgré ce qu'on a écrit à ce sujet dans les traités : ce qui est vrai c'est que bien plus souvent le calcul vésical est consécutif à la fistule.

Si l'on en excepte celles qui sont d'*origine traumatique* et qui se rencontrent à tous les âges, puisque nous voyons Weinlechner<sup>(2)</sup> intervenir chez un enfant de six ans et demi, les fistules vésico-intestinales se rencontrent de préférence dans l'*âge adulte* et dans la *vieillesse*. L'homme y est plus sujet que la femme : pour 95 hommes (Chavannaz) on trouve 54 femmes (Tuffier et Dumont).

**Anatomie pathologique.** — Les fistules vésico-intestinales font communiquer la vessie soit avec le *gros intestin*, soit avec l'*intestin grêle*. Tantôt la communication est *directe*, les deux organes adhérant intimement l'un à l'autre, séparés seulement par une cloison plus ou moins épaisse sur laquelle siège l'orifice fistuleux ; tantôt la communication est *indirecte*, médiate ; elle se fait : 1° par l'intermédiaire d'une cavité plus ou moins vaste (dans le cas de Giessler<sup>(3)</sup>) elle renfermait un fœtus de sept mois) et régulière, contenant un mélange de pus, d'urine, de matières fécales, d'aliments non digérés ; ou 2° d'un *trajet fistuleux* creusé au milieu des adhérences qui séparent les deux viscères. La longueur de ce trajet, sa direction, son calibre, varient avec les cas. Il en est de même du nombre, des dimensions, de la forme des *orifices fistuleux* placés sur la vessie ou l'intestin ; en général il n'existe qu'un orifice unique, tant sur l'intestin que sur la vessie ; cependant Chavannaz a rencontré 11 fois (sur 95) des orifices multiples sur l'intestin et 5 fois sur la vessie ; Tuffier et Dumont n'ont noté qu'une fois (sur 54) un double orifice du côté de l'intestin, par contre 2 fois un double orifice vésical. L'orifice fistuleux est en général étroit, mais peut atteindre la dimension d'une pièce de 50 centimes. Nous ajouterons que chez la femme, la présence de l'*utérus* en arrière de la vessie ne semble pas influencer notablement ni la situation, ni la direction, ni les dimensions des fistules.

En ce qui concerne le *siège* des orifices fistuleux, tant sur l'intestin que sur la vessie, voici les tableaux réunis de Chavannaz et de Tuffier et Dumont (129 cas) :

La fistule siège sur le rectum. . . . .	47 fois.
— PS iliaque. . . . .	17 —
— le colon. . . . .	9 —
— le colon et l'intestin grêle. . . . .	4 —
— l'appendice. . . . .	2 —
— l'intestin grêle. . . . .	11 —
Enfin le siège de la fistule est resté inconnu. . . . .	59 —

Dans la majorité des cas, d'après Chavannaz, la perforation vésicale siégerait à la *base* de l'organe. Au contraire, Tuffier et Dumont donnent les chiffres suivants : 2 fois l'orifice fistuleux occupait le bas-fond de la vessie, 5 fois la région du *sommet*, 1 fois la paroi postérieure et 1 fois la paroi gauche. Ajoutons que les mêmes auteurs ont rencontré 2 cas de fistule vésico-intestinale compliquée de fistule abdominale stercorale ou uro-stercorale.

À côté de la fistule il existe, tant sur l'intestin que sur la vessie, parfois sur les organes voisins, des *lésions concomitantes* dont nous dirons quelques mots.

<sup>(1)</sup> CAUDMONT, *Bull. de la Soc. anat.*, t. XXV, p. 554, et PAMARD, *Soc. de chir.*, 16 avril 1890.

<sup>(2)</sup> WEINLECHNER, *All. Wien. med. Zeitung*, 1887.

<sup>(3)</sup> GIESSLER, Thèse de Marburg, 1856.