

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⁽¹⁾. 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⁽²⁾ a rapporté 4 cas de fistules vésico-intestinales consécutives à des *accouchements difficiles* (gangrènes par compression) ; Giessler⁽³⁾, 1 cas à la suite de l'ouverture dans la vessie et dans l'intestin d'une *grossesse extra-utérine* ; Martin-Magron et Soulié⁽⁴⁾ enfin, 1 cas consécutif à une *hématoécèle rétro-utérine*. Les *corps étrangers* de la vessie ont été souvent incriminés comme causes des fistules vésico-

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

⁽²⁾ SIMON, in BECHER, Thèse de Berlin, 1896.

⁽³⁾ GIESSLER, Thèse de Marburg, 1856.

⁽⁴⁾ MARTIN-MAGRON et SOULIÉ, Société de biologie, 1860.

intestinales ; cependant il n'existe guère que deux faits de ce genre qui soient certains⁽¹⁾. 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⁽²⁾ 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⁽³⁾) 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.

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

⁽²⁾ WEINLECHNER, *All. Wien. med. Zeitung*, 1887.

⁽³⁾ GIESSLER, Thèse de Marburg, 1856.

— Les *lésions intestinales* sont en général antérieures à l'établissement de la fistule et lui ont, le plus souvent, donné naissance : ce sont des *ulcérations* typhiques, tuberculeuses, syphilitiques, des *rétrécissements*, des *infiltrations néoplasiques*, etc. Quelques-uns cependant sont manifestement la conséquence de la fistule; elles sont dues, la plupart du temps, au passage de l'urine dans le canal intestinal : telle est certainement l'origine de ces *inflammations intenses* et de ces *ulcérations* plus ou moins étendues qu'on a observées sur la muqueuse rectale. Dans certains cas, où le cours des matières fécales était en grande partie dérivé vers la vessie, on aurait noté une *diminution notable du calibre* de l'intestin en aval de la fistule.

Du côté de la *vessie* les lésions sont presque toujours le résultat de l'infection de l'organe par les matières fécales. La *muqueuse* est enflammée, ulcérée, nécrosée parfois sur une large étendue; elle est recouverte d'un *enduit* plus ou moins épais, de nature purulente et stercorale. Les *parois* sont épaissies, friables. L'*urine* est trouble, chargée de *pus*, de *sang*, de *matières fécales*, de *débris alimentaires*. Quelquefois ceux-ci ont servi de noyau à des *calculs* plus ou moins volumineux. Jamais Tuffier et Dumont n'ont pu noter de *lésions des uretères* ou des *reins* (urétérites, pyélo-néphrites, etc.). Chavannaz, au contraire, cite des observations où on a trouvé des lésions classiques de la *pyélo-néphrite suppurée*; d'autres dans lesquelles on a rencontré la *tuberculose rénale* avec gros foyer caséeux, dans des cas de fistules vésico-intestinales tuberculeuses. Le même auteur a noté dans quelques cas une *infiltration d'urine* plus ou moins marquée.

La *prostate* peut être le siège d'une dégénérescence maligne ou d'abcès plus ou moins étendus; parfois elle est transformée en un clapier où viennent s'ouvrir l'urètre, la vessie et le rectum. L'*urètre* est sain ou altéré. La muqueuse peut *s'enflammer* par suite du passage incessant des matières fécales; cette *inflammation* peut aller jusqu'au *sphacèle* (*).

L'*utérus* et ses *annexes* peuvent présenter des lésions qu'on rencontre dans toutes les affections inflammatoires et néoplasiques de ces organes.

Symptômes. — Les fistules vésico-intestinales se présentent avec des *symptômes* toujours les mêmes, mais variant dans leur intensité et dans leur ordre d'apparition.

Parmi ces symptômes, il faut bien distinguer ceux qui ont *précédé* l'établissement de la fistule de ceux qui *succèdent* à la fistule définitivement constituée. Les premiers sont des plus variables et tirent leurs principaux caractères de l'affection qui a donné naissance à la fistule : symptômes de péritonite généralisée ou de pelvi-péritonite, symptômes d'entérite aiguë ou chronique, d'appendicite, de carcinose ou de tuberculose intestinale, vésicale, de cancer ou de fibrome utérin, etc. Ces symptômes peuvent manquer ou être si peu marqués que la fistule semble s'être établie d'emblée et cela au grand étonnement des malades (fistules par eschares, après un accouchement difficile). Ces cas toutefois sont rares, et presque toujours l'établissement de la fistule s'annonce par un cortège de symptômes généraux d'une grande intensité (fièvre, vomissements, douleurs vives dans l'abdomen et pendant la miction, amaigrissement, etc.). Les *troubles urinaires*, en particulier, sont rarement défaut. Il existe de la *douleur spontanée*, localisée au-dessus de la symphyse, de la *douleur*

(*) TAVIGNOT, *Expériences*, 1842, p. 521.

pendant les mictions, de la *pollakiurie*, parfois de la *rétenion d'urine*. Les *urines* sont troubles contenant parfois du *sang*, du *pus*, des *débris sphacelés* de la muqueuse et de la paroi vésicales.

Ces symptômes se maintiennent avec une intensité variable jusqu'au jour où, à la suite d'un lavement, d'une purgation, d'un écart de régime, d'un effort plus ou moins violent pour uriner, ou sans raison apparente il se fait d'une manière *brusque une communication entre l'intestin et la vessie*. A partir de cet instant les symptômes changent : ceux du début disparaissent, s'atténuent ou s'aggravent ou se compliquent de symptômes nouveaux qui tirent leur caractère du fait du passage anormal que viennent de se créer l'urine, les matières fécales, les gaz intestinaux. Le plus important et le plus fréquent de ces symptômes, c'est la *présence de matières fécales dans les urines des malades*. Ces matières sont presque toujours reconnaissables au dépôt gris verdâtre qu'elles forment dans le fond du vase et à l'odeur repoussante qu'elles communiquent à l'urine. En outre, à la loupe, et même souvent à l'œil nu, on y peut reconnaître, surtout si la fistule est haut placée sur l'intestin, des débris alimentaires digérés (pépins de raisin, de pomme, fibres musculaires, etc.); en tous cas l'examen micrographique lève tous les doutes : nous l'avons constaté dans deux cas.

Avec les matières, les *gaz* passent parfois dans la vessie d'où ils s'échappent souvent avec bruit (surtout chez l'homme), autre symptôme qui, lorsqu'il se produit, attire bien plus l'attention des malades que l'odeur et les sédiments de leurs urines.

Le passage des gaz seuls dans la vessie, phénomène rare, ne s'accompagne en général que de *troubles de la miction* peu accusés. Il en est tout autrement quand les matières pénètrent dans le réservoir urinaire : tôt ou tard celui-ci finit par s'enflammer et les malades se trouvent alors aux prises avec le terrible *complexus symptomatique* de la *cystite* : fréquence et douleurs de la miction, hématurie, pyurie, fièvre, amaigrissement, affaiblissement, etc. La cystite est cependant en général, assez lente à se produire : elle procède en quelque sorte par poussées successives, par crises, et ce n'est que dans les dernières périodes de l'affection ou lorsqu'il existe des conditions éminemment favorables à l'infection qu'on voit celle-ci s'installer à demeure et acquérir une intensité parfois très grande. Entre les mictions les malades ont d'ordinaire des moments de calme, qui leur permettent d'attendre une crise nouvelle. Cependant souvent on voit la douleur persister en dehors de la miction et se réveiller sous l'influence d'une fatigue ou d'un mouvement brusque; les calculs secondaires formés autour de corps étrangers peuvent certainement entrer ici en ligne de compte.

Si les gaz et les matières passent dans la vessie, *l'urine de son côté peut s'écouler dans l'intestin et de là par l'anus*. Ce fait, *plus rare* que les deux précédents, est en général peu remarqué des malades qui croient à une simple diarrhée, d'autant plus que l'urine est le plus souvent retenue pendant un certain temps dans le tube digestif par le sphincter anal qui ne la laisse échapper qu'à intervalles plus ou moins éloignés (véritables *mictions anales*). L'émission d'urine par l'anus peut d'ailleurs ne pas être constante chez un même individu; elle peut manquer, par exemple, dans certaines positions prises par le malade. Le passage de l'urine à travers l'intestin ne va pas sans amener, à la longue, des lésions de ce dernier. On voit apparaître alors des phénomènes de *rectite*, de *érythème*, des *ulcérations du côté de l'anus*. La *défécation* devient *douloureuse*; il y a souvent du *ténésme rectal*. Les *défécatations difficiles* sont généralement

dues à un rétrécissement de l'intestin cause de la fistule et non à la présence de la fistule elle-même.

Ces trois phénomènes : issue de matières et de gaz par l'urèthre, d'urine par l'anus, ne sont pas d'égale fréquence.

Ainsi, tandis que pour Chavannaz l'émission de gaz par l'urèthre est le symptôme le plus fréquent des fistules vésico-intestinales chez l'homme, Tuffier et Dumont, au contraire, ne l'ont rencontré qu'exceptionnellement chez la femme. Ces derniers ont pu relever dans 24 observations des détails concernant le passage des matières, des gaz et des urines à travers les orifices fistuleux ; voici leurs chiffres : dans 15 cas, il y avait uniquement passage des matières dans les urines ; dans 4 cas il sortait à la fois des matières et des gaz par l'urèthre ; dans 2 cas il passait en même temps des matières dans la vessie et de l'urine dans le rectum.

L'état général d'un sujet atteint de fistule vésico-intestinale est extrêmement variable, ce qui se conçoit déjà si l'on pense à la multiplicité des lésions causales. Mais l'influence de celles-ci mise à part on voit des malades qui, en dépit d'une communication non douteuse entre la vessie et l'intestin, continuent à présenter un état satisfaisant et ne souffrent pas trop de leur situation. Il en est d'autres, au contraire, qui, ayant perdu tout appétit, minés par la fièvre et le manque de sommeil, ne tardent pas à succomber. L'intensité des lésions vésicales et rénales est à ce point de vue particulièrement importante. La mort peut arriver dans le coma ou dans le délire ; le sujet peut encore s'affaiblir peu à peu et succomber dans l'hecticité. Il est à peine nécessaire de signaler la part énorme que peut revendiquer la marche de certaines affections causales comme le cancer et la tuberculose.

La mort peut être causée encore par une infiltration d'urine ou une péritonite aiguë, celle-ci résultant soit d'une simple propagation, soit d'une rupture d'adhérences amenant l'effusion de matières septiques dans la cavité péritonéale. Enfin, dans 1 cas, après vingt-six ans de souffrances, un malheureux malade arriva à se suicider.

Diagnostic. — Le diagnostic des fistules vésico-intestinales repose : 1° sur la constatation du passage de gaz et de matières fécales dans la vessie, d'urine dans le rectum ; 2° sur la constatation de l'existence d'orifices ou de trajets fistuleux mettant la vessie en communication avec l'intestin.

1° Le seul passage de gaz par l'urèthre n'autorise pas à porter le diagnostic de fistule vésico-intestinale, surtout depuis les remarquables travaux de Guyon et de ses élèves sur la pneumaturie. On sait, en effet que ce symptôme peut tenir à bien d'autres causes (abcès gazeux paravésicaux ouverts dans la vessie, gaz provenant de la décomposition des urines diabétiques sous l'influence d'un cathétérisme, troubles vésicaux névropathiques).

2° La constatation des matières fécales dans l'urine, quand on a pris soin d'écarter la possibilité d'une communication entre le rectum et les voies urinaires au-dessous de la vessie, est au contraire pathognomonique d'une fistule vésico-intestinale. On se rappellera seulement que le passage des matières peut être intermittent et on pourra à ce sujet observer l'influence de l'état de diarrhée et de constipation.

3° Le passage de l'urine dans le rectum indique soit une fistule uréthro-rectale soit une fistule vésico-intestinale, soit enfin une fistule urétéro-intestinale. Pour

écarter l'idée de fistule uréthro-rectale on pourra se baser en général sur ce fait que l'écoulement de l'urine par l'anus ne se produit pas au moment de la miction par la voie naturelle. Dans les fistules urétéro-intestinales, il y a bien écoulement de l'urine par l'anus comme dans les fistules vésico-intestinales, mais il n'existe pas, comme il est presque de règle dans ces dernières, de passage des matières fécales dans l'urine.

4° Les injections de liquides inoffensifs colorés dans la vessie (lait, permanganate de potasse) permettent, lorsqu'ils sont évacués en totalité ou en partie par l'anus, d'affirmer l'existence d'une communication entre les deux cavités. Il faudra se rappeler seulement que lorsque cette expérience reste négative, elle n'infirmé nullement pour cela le diagnostic, étant donné que la disposition de l'orifice ou des orifices fistuleux est parfois telle qu'elle empêche le passage des liquides de la vessie dans l'intestin (bourrelets muqueux ou valvules).

5° L'exploration de la vessie à l'aide d'instruments métalliques ne donnera que rarement des renseignements utiles.

6° Il en sera bien autrement de la cystoscopie qui le plus souvent permettra de trouver l'orifice anormal, mais qui cependant, dans certains cas, pourra être mise en défaut, par exemple lorsque l'orifice, petit, sera situé au fond d'une cellule vésicale ou que la cavité vésicale sera remplie, comme cela s'est vu, d'une véritable masse de matières fécales dures. Dans un cas qui nous est personnel, cet examen montra nettement la perforation.

7° Le toucher vésical chez la femme, pratiqué sous anesthésie, pourra rendre parfois de grands services.

8° Le diagnostic du siège de la fistule pourra dans bien des cas être porté d'une façon précise par l'exploration rectale. Cette exploration sera faite à travers l'anus par tous les moyens que le chirurgien possède. On s'aidera donc du toucher et de la vue. On pourra, suivant les circonstances, employer ou non des valves rectales, faire ou non la dilatation, examiner la malade sous chloroforme. Le doigt rectal cherchera à sentir un cathéter introduit par l'urèthre. On utilisera encore ici les injections colorées et on cherchera à voir sourdre sur la paroi rectale les liquides injectés dans la vessie.

9° Lorsque l'exploration du rectum reste négative, lorsqu'on a devant soi une fistule vésico-intestinale proprement dite, il sera souvent plus difficile d'arriver à un diagnostic complet. Ici on devra tenir compte de l'aspect des matières contenues dans l'urine, de leur odeur, de leur état de digestion, autant de renseignements pouvant donner une idée de la hauteur à laquelle siège, sur l'intestin, la communication anormale.

10° L'état général, l'examen des autres appareils, la connaissance des anamnestiques, et, quand on le pourra, l'examen histologique d'un petit fragment obtenu par biopsie ou trouvé dans les selles, permettront souvent d'acquiescer des notions exactes sur la nature étiologique de la fistule.

Dans tous les cas, l'état des voies urinaires et en particulier des reins, les modifications de l'état général, les accidents causés par la communication anormale et leurs modifications sous l'influence des traitements déjà suivis par le malade, devront être soigneusement étudiés, car ces données entreront toujours fortement en ligne de compte dans le diagnostic et dans l'indication thérapeutique.

Pronostic. — Le pronostic variera suivant la nature, le siège, la disposition de la fistule et beaucoup aussi suivant l'absence ou la présence de compli-