

5° Résection des portions malades de l'intestin et de la vessie, puis reconstitution des deux réservoirs par la suture.

Nous nous contentons d'énumérer ces procédés sans entrer dans plus de détails sur la technique opératoire à suivre : elle a trouvé place dans notre mémoire. Disons seulement que : 1° l'incision de la paroi abdominale devra, dans tous les cas, être placée très bas, de façon à obtenir beaucoup de jour et à ne pas être obligé de « plonger » de trop haut dans le petit bassin ; 2° on ne recherchera jamais la réunion immédiate de cette plaie hypogastrique ; la nature des lésions, la longueur des manœuvres intra-abdominales, l'impossibilité d'une antiseptie parfaite imposent le drainage, de préférence avec des mèches qui resteront en place quelques jours ; 3° on ne négligera pas enfin d'instituer un traitement médical complémentaire tel que nous l'avons tracé dans ses grandes lignes au commencement de ce chapitre ; scrupuleusement observé il devient un adjuvant puissant du traitement chirurgical en mettant les sutures vésicales et intestinales dans les meilleures conditions d'une bonne cicatrisation.

Il est impossible actuellement, en l'absence de statistiques précises, de juger de la valeur comparative des différentes méthodes que nous venons de décrire. Nous pensons cependant que, à part certaines conditions spéciales tirées surtout du siège de la fistule, la *laparotomie* doit entrer pour une part très grande dans l'abord des fistules vésico-intestinales : elle donne un large champ opératoire ; elle permet d'explorer les lésions ; de reconnaître exactement la forme, l'étendue, la nature du mal, et de lui appliquer la thérapeutique la plus efficace.

## CHAPITRE VIII

### TUBERCULOSE VÉSICALE

CHAVASSE, Thèse de Paris, 1872. — JEAN, *France méd.*, 1878, p. 265. — TAPRET, *Arch. gén. de méd.*, 1878, t. I, p. 515, et t. II, p. 67. — RAYER, t. III, p. 625 et 645. — TERRILLON, *Progrès méd.*, 1880, p. 101, 124 et 145. — VERNEUIL, *Gaz. hebdom.*, 1885. — LANCEREAUX, *Annales génito-urin.*, 1885. — CRUVEILHIER, *Anatomie pathol.*, t. IV. — CORNIL et BRAULT, *Pathologie du rein*, 1884. — FERNET, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1884, p. 462. — DE GENNES, *Annales génito-urin.*, 1885, p. 521. — BOURSIER, Thèse de Paris, 1886. — BRISSAUD, *Gaz. hebdom.*, 1886, p. 469. — DURAND-FARDEL, Thèse de Paris, 1886. — DUFOUR, Thèse de Paris, 1887. — GUYON, *Leçons cliniques et Congrès de chir.*, 1887, p. 46. — CAYLA, Thèse de Paris, 1887. — REVERDIN, *Annales génito-urin.*, 1889, p. 265. — VON GRÆSER, *Ueber die Tuberkulose der Harnblase*. (Friburg, 1892.) — BELL, *Traitement de la tuberculose vésicale par la taille sus-pubienne*. *Journal of cut. dis.*, août 1892. — OGIER, *Traitement de la cystite tuberculeuse par la cystotomie sus-pubienne* (urèthre contre-nature). Thèse de Lyon, 1892. — MOUGEOT, *De la chloroformisation pour le diagnostic de la cystite tuberculeuse*. Thèse de Paris, 1895. — CATRON, *Contribution à l'étude de la cystite tuberculeuse*. Thèse de Paris, 1895. — VIGNERON, *Résultats de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose de la vessie*. VII<sup>e</sup> Congrès franç. de chir. Paris, 1895. — LAVAUX, *Des infections vésicales secondaires dans la cystite tuberculeuse*. VII<sup>e</sup> Congrès franç. de chir. Paris, 1895. — LUCY, *Cystite tuberculeuse traitée par les instillations de sublimé*. *Ann. gén.-urin.*, 1895, p. 196. — JOLLES, *Sur la recherche du bacille de la tuberculose dans les urines*. *Apotheker Zeitung*, 18 nov. 1895. — BOSSET, *Taille hypogastrique dans la cystite tuberculeuse*. *Limousin médical*, sept. 1894. — BURRAGE, *Tuberculose primaire vésicale diagnostiquée et traitée par la méthode de Kelly*. *Boston med. Journal*, 26 juillet 1894. — PORTER, *Tuberculose uro-génitale de l'homme*. *Ann. of Surg.*, oct. 1894. — BATTLE, *Tuberculose limitée de la vessie ; taille sus-pubienne ; guérison*. *The Lancet*, 9 nov. 1895. — DELAGÉNIÈRE, *Extirpation de la muqueuse vésicale pour tuberculose de la vessie*. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1895, p. 251. —

VERHOOGEN, *Des injections de sublimé dans les cystites tuberculeuses*. *La Policlinique*. Bruxelles, 1<sup>er</sup> janv. 1896. — REYNOLDS, *La tuberculose de la vessie*. *Amer. med. surg. Bull.*, 4 avril 1896. — ROUTIER, *Traitement des cystites tuberculeuses chez l'homme*. X<sup>e</sup> Congrès franç. de chir. Paris, 1896. — D'HAENENS, *Traitement de la cystite tuberculeuse*. *La Policlinique*. Bruxelles, 1<sup>er</sup> nov. 1896. — GREIFFENHAGEN, *Traitement de la tuberculose vésicale*. *Deutsche Zeit. für Chir.*, 1896, XLIII, p. 281. — ALBARRAN, *Les infections secondaires dans la tuberculose urinaire*. *Ann. gén.-urin.*, janv. 1897. — BAUZET, *Traitement des cystites tuberculeuses*. *Ann. gén.-urin.*, juin 1897. — GUYON, *Ibid. Bull. méd.*, fév. 1897. — RAMOND, *Traitement des cystites tuberculeuses par les injections intra-vésicales d'air stérilisé*. *Bull. méd.*, février 1897.

L'histoire de cette localisation de la tuberculose est longtemps restée dans le domaine de l'anatomie pathologique, et la belle description que Cruveilhier nous en a laissée est demeurée classique. Rayer l'avait étudiée à propos de la tuberculose rénale, mais c'est surtout depuis que l'intervention chirurgicale s'est adressée directement à ces lésions qu'elles ont donné lieu à de nombreux travaux (Lancereaux, Guyon et ses élèves, Tapret, Boursier, Clado). Il semble maintenant établi que cette tuberculose est rarement isolée ; nous aurons à tenir le plus grand compte de ces infections combinées et surtout des différentes associations microbiennes qui créent des types distincts : 1° tuberculose de la vessie ; 2° cystite tuberculeuse.

**Étiologie.** — La tuberculose vésicale est plus fréquente chez l'homme, ce qui semble en rapport avec les connexions anatomiques très étroites de l'appareil urinaire et de l'appareil séminal, si souvent tuberculeux chez lui, tandis qu'elle est plus rare chez la femme, dont les organes génitaux sont nettement séparés de la vessie. C'est dans l'adolescence et dans les premières années de l'âge adulte qu'elle se manifeste surtout (quinze à quarante ans), mais, fait aussi rare qu'important pour la pathogénie de l'affection, on l'a constatée chez des enfants de quatre à cinq ans, et Tapret cite l'observation d'un *vieillard* qui avait quatre-vingt-dix-sept ans.

**Causes prédisposantes.** — Je n'ai rien à dire du tempérament de ces malades, qui sont en général issus de souche tuberculeuse, dont le passé est rarement indemne de scrofule et qui présentent souvent en même temps que la lésion vésicale des manifestations tuberculeuses en d'autres points du corps.

Les *causes prédisposantes locales* ne sont pas nettement établies. Il est certain que des *infections vésicales*, blennorragiques ou autres, peuvent servir d'amorce à la lésion spécifique, et nous trouvons là une vérification des faits signalés par Hanot<sup>(1)</sup> dans sa thèse sur les rapports de l'inflammation et de la tuberculose. On voit les symptômes de l'infection primitive faire place peu à peu à des accidents chroniques et l'on suit ainsi le passage d'une infection banale à l'infection tuberculeuse. D'ailleurs ne voyons-nous pas là le mécanisme habituel de l'évolution tuberculeuse tel qu'il se présente dans les différentes régions de l'économie ?

**Causes déterminantes.** — *Pathogénie.* — La *cause déterminante* unique et suffisante de la tuberculose vésicale, c'est l'envahissement de la muqueuse par le *bacille de Koch*. Comment et quand se fait cet envahissement ? Tels sont les deux points de *pathogénie* qu'il importe de résoudre, mais que les recherches, pourtant nombreuses, de ces dernières années n'ont encore qu'à peine éclaircis. Un fait certain et remarquable, c'est la *grande résistance qu'oppose la*

(1) HANOT, Thèse d'agrég. de Paris, 1885.

*muqueuse vésicale saine à l'envahissement bacillaire.* Il existe de nombreux exemples de tuberculose rénale avec bacillurie qui se sont prolongés pendant des années, sans la moindre complication vésicale. D'autre part, Cayla<sup>(1)</sup> et Rovsing<sup>(2)</sup>, ayant injecté des bacilles dans la vessie de lapins et de cobayes, n'ont pu provoquer de cystite tuberculeuse même en liant l'urètre, et Tilden Brown rapporte des cas de bacillurie d'ordre général chez des tuberculeux sans lésion rénale ni vésicale.

Lorsque cette infection a lieu elle semble se localiser fréquemment en certains points spéciaux, l'embouchure des uretères et le col. De là à prétendre que cette prédilection n'est que le résultat du contact prolongé de ces orifices avec les bacilles déversés sans cesse à leur niveau, il n'y avait qu'un pas. De fait, les lésions tuberculeuses des orifices urétéraux sont fréquentes dans la tuberculose rénale, et celles du col dans la tuberculose de la prostate ou des vésicules séminales. *Infection par l'uretère, infection par l'urètre*, voilà donc déjà deux modes possibles de l'infection tuberculeuse de la vessie. Aujourd'hui ils sont bien établis et incontestés. Les autopsies, les opérations, la cystoscopie ont permis de constater de visu la *marche descendante de l'infection*. C'est ainsi que j'ai vu, après beaucoup d'autres, une tuberculose rénale s'accompagner, *plusieurs années après son début*, d'une ulcération tuberculeuse vésicale exactement limitée à l'embouchure urétérale correspondante. — La *voie ascendante ou uréthrale*, quoique moins fréquente que la précédente, est également indiscutable dans le cas où, par exemple, une tuberculose de la prostate ou des vésicules séminales existant depuis longtemps déjà, on voit apparaître des symptômes de tuberculose du côté de la vessie. Mais la voie uréthrale peut-elle servir à une inoculation directe du bacille venu du dehors, par exemple, chez l'homme, après un coït avec une femme dont le vagin contiendrait du mucus vaginal tuberculeux? Le fait est possible — Conheim, Verneuil, Fournier en ont apporté des preuves jadis dans une discussion remarquable — mais il est très rare. En tout cas la tuberculose des enfants et des vierges échappe à cette interprétation. D'ailleurs, même pour la tuberculose vésicale secondaire à la tuberculose de la prostate ou des vésicules séminales, il n'est pas certain que, dans tous les cas, la contagion se fasse par l'intermédiaire de l'urètre. Ne peut-on pas admettre que dans bien des cas la tuberculose gagne de proche en proche par les espaces lymphatiques et les mailles du tissu connectif, ou enfin prenne la voie plus longue du courant sanguin? — Cette *infection de la vessie par la voie de la circulation* a prêté à de nombreuses discussions. Actuellement encore, alors que certains auteurs la considèrent comme très fréquente — et je suis de ce nombre — d'autres la regardent comme excessivement rare. König<sup>(3)</sup> n'est même pas loin de la nier. Cependant ce mode d'infection qui est bien démontré aujourd'hui pour nombre d'organes, en particulier pour le rein, n'a rien qui puisse *a priori* étonner, appliqué à la pathogénie de l'infection tuberculeuse de la vessie. Les faits si fréquents de tuberculose vésicale primitive sans la moindre lésion de ce genre du côté du reste de l'appareil uro-génital, nous obligent à admettre l'infection directe par voie sanguine, et les constatations anatomiques de Clado<sup>(4)</sup>.

<sup>(1)</sup> CAYLA, Thèse de Paris, 1887.

<sup>(2)</sup> ROVSING, Études cliniques et expérimentales sur les infections des voies urinaires. *Ann. gén. urin.*, 1897-98.

<sup>(3)</sup> KÖNIG, *Lehrbuch der speciellen Chirurgie*, 1895, p. 664.

<sup>(4)</sup> CLADO, *Bull. gén. de therap.*, 1884.

qui a montré que dans la vessie les tubercules se forment autour des vaisseaux de la muqueuse, notamment dans le riche plexus capillaire du trigone vésical, viennent à l'appui de cette opinion.

Le plus souvent cependant l'infection par voie sanguine ne se limite pas à la vessie seule; elle s'étend en même temps aux différentes parties constituantes de l'appareil génital voisin (prostate, vésicules séminales, testicule). Si, en effet, on examine à la période initiale un malade atteint de cystite tuberculeuse, fréquemment on trouve déjà à la périphérie de la glande prostatique ou sur les vésicules séminales, ou moins souvent sur le testicule, des indurations caractéristiques.

Voici le bacille tuberculeux introduit dans la muqueuse vésicale, soit par le courant sanguin, soit grâce à la faveur d'une lésion traumatique ou inflammatoire de cette muqueuse. Voyons quels sont les dégâts qu'il y va provoquer.

**Anatomie pathologique.** — A l'autopsie d'un malade ayant succombé à cette affection, on trouve la *région périvésicale* souvent infiltrée d'une graisse jaune, véritable *dégénérescence fibro-lipomateuse*. La *vessie* est généralement petite, ratatinée, revenue sur elle-même, souvent dure au toucher. A la coupe, les parois sont épaisses, indurées, mesurant jusqu'à 2 centimètres et 2 centimètres 1/2 d'épaisseur. La *muqueuse* est tantôt rougeâtre, tantôt ecchymosée; mais en général elle est rugueuse, irrégulière, souvent fongueuse. Les lésions qu'elle présente ont toujours leur localisation exclusive ou leur maximum dans la zone pathologique du *triangle de Lieutzul*; elles sont analogues à celles qu'on observe dans les autres viscères: elles consistent en *granulations grises* et en *ulcérations*.

Les *granulations* sont rarement appréciables. Elles se présentent sous l'aspect d'un fin piqueté grisâtre, visible surtout quand la muqueuse a été lavée. Quelquefois ces granulations atteignent le volume d'un grain de millet ou même de chènevis. Elles sont tantôt nettement séparées les unes des autres, tantôt au contraire elles sont confluentes, formant des masses compactes et saillantes; presque jamais cependant on ne trouve là les grosses masses tuberculeuses qu'on rencontre si fréquemment dans le rein. Ces lésions spécifiques s'accompagnent en général d'une cystite avec ses caractères vulgaires et d'un gonflement de la muqueuse qui masque en grande partie les altérations. — Quant à la constitution histologique de la granulation, elle est ici ce qu'elle est ailleurs, c'est-à-dire qu'elle est formée par une agglomération de *follicules tuberculeux* (en moyenne de 20 à 40). Je rappellerai brièvement la structure de ces follicules: au centre une cellule géante à longs prolongements, à protoplasme grenu, entourée d'une zone dite épithélioïde; à la périphérie, plusieurs rangées de cellules arrondies, embryonnaires; disséminés au milieu de ces éléments une quantité plus ou moins grande de bacilles tuberculeux; on trouve de ces bacilles jusque dans la cellule géante. Les granulations tuberculeuses de la vessie siègent, ainsi que l'a montré Clado<sup>(1)</sup>, dans l'épaisseur même de la muqueuse, sous l'épithélium, et non dans la sous-muqueuse comme on le croyait jusqu'alors. « Quand, dit-il, on observe une vessie dans laquelle l'ulcération ne s'est pas encore produite, on voit que les granulations, pour peu qu'elles soient volumineuses (grain de millet, pépin de raisin), font une saillie très appréciable

<sup>(1)</sup> CLADO, *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, 1887.

