

cade crurale. Le chirurgien *incise*, couche par couche, les divers plans de la paroi, qui sont faciles à distinguer. Arrivé près du fascia transversalis, il plonge le doigt dans la plaie pour examiner s'il existe des battements artériels, et si le pus est rapproché; puis il fait une petite boutonnière au fascia transversalis, qu'il incise ensuite sur la sonde cannelée. Le pus s'écoule et le péritoine n'est pas ouvert.

3^o Il faut ensuite favoriser l'écoulement du pus, déterger le foyer purulent par des injections détersives fréquemment renouvelées, et soutenir les forces du malade par une médication tonique et reconstituante.

III. — PSOÏTIS.

La psoïtis est l'inflammation du muscle psoas.

Anatomie pathologique. — La gaine du psoas est pleine d'un putrilage noirâtre, mélange de pus et de fibres musculaires détruites. Le pus vient souvent former un abcès dans le pli de l'aîne, comme les abcès par congestion, ou dans la région lombaire. Quelquefois, il s'ouvre dans l'intestin; on l'a vu pénétrer dans l'articulation coxo-fémorale.

Causes. — La psoïtis se montre à la suite des couches et sous l'influence de contusions dans la région lombaire, d'efforts violents, de marches forcées, peut-être même du rhumatisme.

Symptômes. — *Douleur* le long du psoas, étendue de la région lombaire au pli de l'aîne, *marque impossible*, décubitus dorsal. Dans presque tous les cas, la *cuisse est fléchie* sur le bassin et la pointe du pied est tournée en dedans. Le moindre mouvement imprimé au membre inférieur exaspère considérablement la douleur.

Des symptômes généraux se montrent, le *malade dépérit* insensiblement, en même temps qu'une tumeur purulente se forme et s'ouvre à l'extérieur. La *terminaison* est presque toujours la *mort*, soit par marasme, soit par infection putride.

Diagnostic. — Il est facile de distinguer la psoïtis de la coxalgie, mais on peut la confondre avec un abcès par congestion et un abcès périnéphrétique. L'*abcès par congestion* ne s'accompagne pas de flexion de la cuisse, et l'on constate, en même temps, les autres symptômes du Mal de Pott. L'*abcès périnéphrétique* se distingue aussi par l'absence de rétraction du membre et par l'altération de l'urine.

Pronostic. Traitement. — Cette maladie est extrêmement grave. Les résolutifs et les antiphlogistiques conjurent exceptionnellement la suppuration. Lorsque la présence du pus est manifeste, on ouvre l'abcès soit à la région lombaire, soit au pli de l'aîne, selon les cas, puis on s'occupe du foyer purulent et de l'état général du malade.

SEPTIÈME PARTIE

MALADIES CHIRURGICALES DE L'APPAREIL URINAIRE.

Nous passerons en revue : 1^o les maladies des reins; 2^o les maladies de la vessie.

CHAPITRE PREMIER

MALADIES DES REINS

Les reins, organes excréteurs de l'urine, occupent la partie postérieure de la cavité abdominale. Ils sont situés au-dessous du diaphragme, de chaque côté de la colonne vertébrale; ils s'étendent de la douzième vertèbre dorsale au fibro-cartilage qui unit la deuxième et la troisième lombaire. Le rein droit descend ordinairement un peu plus bas que le gauche.

Enveloppés d'une couche cellulo-adipeuse abondante qui leur forme une véritable capsule, les reins sont en rapport : 1^o par leur *face antérieure*, avec le péritoine et les circonvolutions intestinales; avec la face inférieure du foie, le colon ascendant, la veine cave inférieure, la deuxième portion du duodénum (rein droit); avec la rate, le colon descendant, le pancréas, la grosse tubérosité de l'estomac (rein gauche); 2^o par leur *face postérieure*, avec le diaphragme, les deux dernières côtes, le muscle carré lombaire, les deux premiers nerfs lombaires, l'aponévrose du transverse; 3^o par leur *bord externe*, avec cette même aponévrose, le diaphragme, la dernière côte, le carré lombaire et les muscles spinaux; 4^o par leur *bord interne*, avec le hile du rein, les circonvolutions de l'intestin grêle, le muscle psoas; 5^o par leur *extrémité supérieure*, avec les capsules surrénales; 6^o par leur *extrémité inférieure*, avec la crête iliaque, dont les sépare un intervalle de deux à trois centimètres.

Les uretères conduisent l'urine du rein à la vessie. Ils naissent d'un entonnoir membraneux, le *bassin*, formé lui-même par la réunion de huit ou neuf entonnoirs plus petits, les *calices*. A peu près verticaux dans leur portion abdominale, où ils sont recouverts par le péritoine et croisés par l'artère spermatique, les uretères décrivent dans la cavité du bassin une courbe à concavité antérieure, pour venir s'ouvrir sur le bas-fond de la vessie par deux orifices obliquement taillés en bec de flûte.

La plupart des maladies des reins sont du ressort de la médecine proprement dite ; les maladies chirurgicales sont : la contusion, les plaies du rein et l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure cet organe.

1° Contusion et plaies contuses. — La contusion et même la déchirure du rein peuvent résulter d'un choc violent ou d'une chute d'un lieu élevé.

Deux symptômes peuvent faire soupçonner cette lésion : la *douleur* au niveau du rein et le pissement de sang, *hématurie*. Nous disons soupçonner, car on ne peut jamais avoir de certitude complète.

Cette lésion est très-grave ; la *néphrite* vient souvent la compliquer. Quelquefois, l'urine s'infiltre dans le tissu cellulaire et détermine une inflammation gangréneuse.

On traite le malade par le repos, la diète, les antiphlogistiques ; on surveille aussi la rétention d'urine, qui peut être causée accidentellement par un caillot sanguin.

2° Plaies du rein. — Le rein peut être blessé par la partie postérieure, sans lésion concomitante du péritoine, ou par la partie antérieure, avec lésion du péritoine. On comprend que, dans ce dernier cas, il y ait complication de péritonite traumatique.

Les *symptômes* qui peuvent faire soupçonner une plaie sont les suivants : *douleur* vive au niveau du rein blessé, s'irradiant vers le pli de l'aîne ; souvent, *rétraction du testicule* ; quelquefois, *hématurie*, et, en même temps, *écoulement d'urine et de sang* par la plaie extérieure ; enfin, tous les symptômes du traumatisme profond : petitesse du pouls, pâleur, etc.

Il y a souvent *rétention d'urine*, mais elle est passagère ; elle est due à la présence d'un caillot qui oblitère l'orifice vésical de l'urètre et se laisse facilement repousser et briser par une sonde.

L'inflammation et l'infiltration urineuse déterminent souvent la mort du malade ; la péritonite est presque toujours mortelle.

On ne peut jamais arriver à une certitude absolue, comme *diagnostic*, parce que les mêmes symptômes peuvent être fournis par une plaie de l'uretère ou de la vessie.

Le *pronostic* est des plus graves ; cependant, on a vu des malades guérir après une longue suppuration.

Le *traitement* consiste à surveiller la rétention d'urine, à retirer les corps étrangers, si cette extraction est facile, à s'opposer à l'hémorrhagie, si elle est abondante, et à conjurer l'infiltration par des moyens antiphlogistiques.

Les *plaies par armes à feu* sont aussi fort graves ; cependant, il faut dire qu'on n'a observé l'infiltration urineuse que dans des cas extrêmement rares.

3° Phlegmon et abcès périnéphrétique. — L'inflammation affecte quelquefois le tissu cellulaire, l'*atmosphère graisseuse* qui entoure le rein.

Les causes les plus fréquentes de ce phlegmon sont : une violente *contusion* de la région lombaire, l'*infiltration urineuse*, un *abcès du rein*, dont le pus se répand dans le tissu cellulaire. On l'a vu se développer à la suite de *fièvres graves*, d'un *excès de fatigue*, de l'*impression du froid*. Enfin, il peut être déterminé par une affection des organes voisins (*pérityphlite*, *perforation* du côlon, etc.).

Une douleur violente existe à la région lombaire ; au bout de quelques jours, il y a une tumeur avec fluctuation profonde et infiltration du tissu cellulaire sous-cutané. Tels sont les seuls symptômes, avec des symptômes généraux fébriles.

Le pus fuse, en décollant le péritoine, quelquefois jusqu'à la région inguinale. L'abcès peut s'ouvrir dans l'intestin, dans le péritoine, et même dans le thorax.

Il faut ouvrir ces abcès aussitôt qu'on a constaté la présence du pus. Cette ouverture se fait en dehors de la masse commune. Une fistule urinaire s'établit au niveau de l'ouverture, si le foyer purulent communiquait avec les voies urinaires.

Les seules affections des uretères qui appartiennent à la chirurgie sont les plaies de ces conduits. Mais elles n'offrent aucun caractère particulier, et se terminent presque toujours, comme celles des reins, par une infiltration urineuse ou une péritonite suraiguë.

CHAPITRE SECOND

MALADIES DE LA VESSIE

Les maladies de la vessie sont nombreuses et très-fréquentes ; elles consistent en lésions traumatiques, lésions inflammatoires, lésions de nutrition, vices de conformation et lésions fonctionnelles.

La vessie, réservoir de l'urine, est profondément située dans l'excavation du bassin, derrière le pubis, au-devant du rectum chez l'homme, de l'utérus chez la femme.

Elle est en rapport : 1° par sa *face antérieure*, avec la face postérieure du pubis et l'aponévrose de l'obturateur interne, dont la séparent des veines volumineuses et du tissu cellulo-adipeux. Lorsqu'elle se remplit, elle s'élève au-dessus du détroit supérieur, et décolle le péritoine dans une étendue de 15 à 20 millimètres ; 2° par sa *face postérieure*, avec le rectum et les vésicules séminales chez l'homme, avec l'utérus chez la femme ; le cul-de-sac recto-vésical du péritoine est situé à 5 à 6 centimètres au-dessus du périnée dans l'état de vacuité de la vessie, à 8 centimètres dans l'état de plénitude ; 3° par ses *parties latérales*, en haut avec le péritoine, en bas avec du tissu cellulaire, des veines, les artères ombilicales et le canal déférent ; 4° par son *sommet*, auquel s'attache l'ouraque,