

pour ne pas rester les bras croisés ; on aura recours alors à la colotomie qui est notre dernière ressource. Comme le font remarquer avec raison les chirurgiens anglais, cette opération a pour effet non seulement de rétablir le cours des matières gêné par le rétrécissement carcinomateux, mais encore d'empêcher les matières fécales putrides d'arriver en contact avec le néoplasme ulcéré. Quant aux autres indications de la colotomie, nous les avons déjà toutes mentionnées dans les différents chapitres de ce volume. C'est ainsi que nous avons posé les indications de cette opération dans l'étranglement interne ; de même à propos de l'atrésie de l'anus, nous avons fixé les limites dans lesquelles l'établissement d'un anus contre nature peut se trouver justifié. De même encore nous avons soulevé la question de la colotomie dans notre étude des rétrécissements du rectum. Il va sans dire que la création d'un anus artificiel est aussi indiquée lorsque l'obstacle au cours des matières est dû à une tumeur comprimant l'intestin ou développée dans l'intérieur de ce dernier, à condition toutefois que l'on ait réussi à en déterminer approximativement le siège.

C'est aussi dans le but de détourner des parties ulcérées de l'intestin les matières fécales putrides, que l'on a tenté la colotomie dans les cas d'ulcérations syphilitiques ou autres, inaccessibles à tout traitement ; ici encore, ce sont surtout les chirurgiens anglais qui ont opéré sur cette indication ; cependant HAHN, en Allemagne, a pratiqué également cette opération avec succès dans ces conditions.

Enfin, nous devons encore rappeler que la colotomie est certainement indiquée dans les cas de communication anormale entre l'intestin et la vessie, avec pénétration des matières fécales dans cette dernière ; l'établissement d'un anus contre nature a alors pour but d'empêcher le contenu de l'intestin de pénétrer dans la cavité vesicale. C'est surtout BRYANT qui a obtenu de bons résultats de la colotomie pratiquée sur cette indication. SIMON fait remarquer, à bon droit, que ce procédé ne doit être employé que lorsque la fistule est inaccessible à une réunion directe par suture.

§ 196. — L'espace qui permet de pratiquer la colotomie lombaire, c'est-à-dire d'arriver sur le côlon sans blesser la péritoine, est limité en haut par la dernière côte, en bas par la crête iliaque, et en arrière par le muscle carré des lombes. Du côté gauche le côlon descend de la région de la rate, et de cette dernière à la crête iliaque, sa longueur est très variable. Le rein, enveloppé dans sa capsule adipeuse, se trouve situé, le plus souvent, à un demi pouce environ en arrière de la ligne verticale passant par le milieu de la crête iliaque. Comme nous l'avons déjà fait remarquer, le côlon possède parfois une enveloppe péritonéale complète, et, d'autre part, lorsque la paroi postérieure est libre, l'étendue de la partie dépourvue de péritoine varie considérablement. Or, il est possible d'élargir notablement cette partie de la paroi en remplissant le gros intestin d'air

ou de liquide. On ne peut que conseiller l'emploi de ce moyen toutes les fois qu'il y a possibilité de faire pénétrer de l'air (ALLINGHAM) ou de l'eau par le rectum. Lorsque l'obstacle siège trop haut pour que l'ouverture du côlon descendant puisse être de quelque utilité, on s'adressera au côlon ascendant que l'on ouvrira également dans la région lombaire.

Dans la colotomie comme dans l'entérotomie, l'opération doit être pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques ; les vaisseaux qui donnent du sang sont liés avec du catgut, etc. Pour la colotomie lombaire, le malade doit être couché latéralement et un peu sur le ventre, du côté opposé à celui de l'opération. L'anesthésie chloroformique exige une surveillance attentive à cause de la gêne respiratoire que l'on observe le plus souvent dans ces cas (position du malade, tympanisme abdominal).

L'incision commence au-dessous de la dernière côte, à environ 5 centimètres des apophyses épineuses, et se dirige du côté de l'épine iliaque antéro-supérieure sur une longueur de 12 à 14 centimètres. On divise les muscles grand dorsal et grand oblique qui se croisent dans cette région, puis le petit oblique et le transverse ; on rencontre alors le muscle carré des lombes à peu près au milieu de son bord externe, que l'on incise également lorsqu'il se trouve très profondément situé ; on aura soin de respecter le nerf abdomino-génital supérieur, qui passe au devant du muscle. On rencontre alors dans la ligne d'incision, en avant le péritoine, en arrière l'enveloppe adipeuse du rein, et au milieu le côlon, lequel est situé à environ 5 centimètres en avant de la partie moyenne de la crête iliaque. L'intestin se présente encore mieux dans la plaie lorsqu'à ce moment on fait coucher le malade sur le dos. Le doigt sert ensuite de contrôle à l'inspection ; on reconnaît l'intestin à sa résistance élastique, tandis que le péritoine cède et que la région rénale paraît, au contraire, plus résistante. Une fois l'intestin découvert, on reconnaît aux bosselures et sillons et aux bandelettes musculaires longitudinales, que l'on a affaire au côlon ; en outre, ce dernier se distingue par sa grande richesse vasculaire, et le plus souvent ainsi par sa coloration particulière (blanc grisâtre) ; l'examen des faisceaux musculaires longitudinaux et des vaisseaux qui se rendent latéralement à la surface de l'intestin, permettra de s'assurer que l'on se trouve en présence d'une partie dépourvue de péritoine. Mais alors même que la paroi postérieure du côlon aurait une enveloppe péritonéale, on n'en devrait pas moins pratiquer l'incision à ce niveau, car on a aussi l'avantage d'utiliser une partie d'intestin fixée et n'ayant aucune tendance à fuir dans la cavité abdominale.

L'incision de l'intestin exige de grandes précautions. Le mieux est de procéder dans ces opérations de la même manière que dans l'établissement d'une fistule stomacale. On commence par fixer l'intestin dans la plaie, et l'on peut parfois employer pour cela le même procédé que dans

la gastrostomie : on passe à travers les parois de l'intestin deux longues aiguilles à acupuncture dont les bouts s'appliquent transversalement sur les bords de l'incision cutanée, ou bien on fait aux deux angles de la plaie quelques points de sutures provisoires intéressant les tuniques séreuse et musculaire, et non pas toute l'épaisseur de la paroi intestinale, pour traverser ensuite les bords de l'incision des téguments. Cela fait, on applique un grand nombre de points de suture réunissant la peau avec l'intestin autour de l'endroit où ce dernier doit être incisé. En général, la suture est ici plus difficile que lorsqu'il s'agit de l'estomac, car l'on a affaire à un intestin non pas à l'état de vacuité, mais rempli de matières fécales. La suture terminée, on ouvre le côlon; souvent, une fois les matières fécales évacuées, on est obligé d'agrandir l'incision. Si le contenu de l'intestin ne sort pas par la plaie, il ne faut pas chercher à en provoquer la sortie; il y a quelque avantage à attendre que les bords de la plaie se soient accolés, de façon que cette dernière soit mieux en état de tolérer le contact des matières fécales. On ne doit toutefois opérer ainsi que lorsqu'il y aurait danger à retarder l'incision de l'intestin. Mais on ne se hâtera pas d'ouvrir le côlon s'il n'y a aucun inconvénient à attendre quelques jours; on procède alors comme nous l'avons dit à propos de l'établissement d'une fistule de l'estomac ou de l'intestin (§ 63, 77). On fait un pansement antiseptique et l'on attend que le côlon se soit soudé à la plaie des téguments. Une fois les adhérences produites, on incise l'intestin. Cette précaution est surtout à conseiller dans la colotomie avec ouverture du péritoine, mais elle a aussi ses avantages dans la colotomie extra-péritonéale.

Pour pratiquer l'**entérotomie iliaque** on fait une incision commençant à environ 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure et s'étendant parallèlement au ligament de Poupart sur une longueur de 7 ou 8 centimètres. On divise ainsi la peau, puis les divers plans musculaires (grand oblique, petit oblique et transverse). Après hémostase complète, on divise le fascia transversalis, on ouvre le péritoine que l'on a eu soin de soulever au moyen d'épingles ou de pinces à griffes, puis on agrandit l'incision commencée. On reconnaît le côlon à ses appendices épiploïques, à ses bandelettes longitudinales, à ses bosselures et sillons (haustra), tandis que le jéjunum et l'iléon ont une forme cylindrique régulière et présentent à leur intérieur les valvules conniventes de Kerkring. Lorsque la partie de l'intestin qui se présente dans la plaie n'est pas le côlon, on l'écarte pour aller à la recherche de ce dernier. Avant d'ouvrir l'intestin on applique des points de suture de la manière décrite plus haut; la réunion à la peau doit être faite encore plus exactement que dans la colotomie lombaire. On procéderait à droite d'une façon analogue si l'on voulait ouvrir le cœcum rempli de matières fécales, ou la partie inférieure de l'intestin grêle (Voir § 76, 77).

Enfin, lorsqu'on veut mettre à nu le côlon du côté péritonéal, suivant

la méthode de FINE, on fait une incision verticale allant de l'extrémité antérieure de la onzième côte à la crête iliaque; après avoir divisé toutes les parties molles et le péritoine, on va à la recherche du côlon immobile que l'on suture dans la plaie.

Dans les carcinomes du rectum ayant déterminé un arrêt du cours des matières, on a conseillé dans ces derniers temps (SCHINZINGER, MADE-LUNG, etc.) d'attirer l'intestin au dehors à travers une incision des parois abdominales, de le diviser transversalement, puis d'invaginer sur lui-même le bout périphérique, de réunir par des sutures les deux surfaces séreuses ainsi en contact, et d'abandonner cette portion d'intestin dans la cavité abdominale. Quant au bout supérieur, on le suture aux bords de la plaie cutanée. Cette méthode opératoire est incontestablement plus dangereuse que le simple établissement d'un anus contre nature, mais elle offre, d'autre part, de sérieux avantages; les matières fécales n'arrivent plus en contact avec le carcinome, et les liquides infects fournis par le néoplasme ulcéré, ne viennent pas souiller et irriter les téguments dans le voisinage de l'anus contre nature.

## V. MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES DE L'HOMME<sup>1</sup>

### I. MALADIES DES ORGANES URINAIRES.

§ 197. — Nous traiterons d'abord des maladies de l'**urètre et de la vessie**. Pour des motifs aisés à comprendre, nous nous occuperons successivement de l'anatomie, des affections congénitales et de l'exploration de ces deux organes; puis, nous étudierons séparément les autres maladies.

#### 1. Considérations anatomiques.

L'urètre est divisé, d'après les parties qu'il franchit successivement, en *portion caverneuse* ou *spongieuse*, *membraneuse* et *prostatique*. Les limites qui séparent ces différentes portions, ne peuvent être déterminées qu'extérieurement, tandis qu'elles sont à peine indiquées à l'intérieur du canal. La longueur de l'urètre est d'environ 20 à 22 centimètres, dont 2 à 2, 5 cent. appartiennent à la

1. Ce chapitre a été rédigé, à ma demande, par M. le professeur MAAS de Fribourg-en-Brigau. KOENIG.