

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'ériges 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'HOMME¹

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.

portion membraneuse, et 2, 5 à 2, 8 cent. à la portion prostatique. Le **calibre** du conduit varie suivant la force avec laquelle on cherche à le dilater; lorsqu'il est abandonné à lui-même, ses parois sont intimement accolées; sa forme, sur une coupe transversale, est celle d'une fente dont la direction varie dans les différentes portions de l'urètre. Lorsqu'on injecte dans ce dernier une masse capable de se solidifier, le moule que l'on obtient pour la portion prostatique

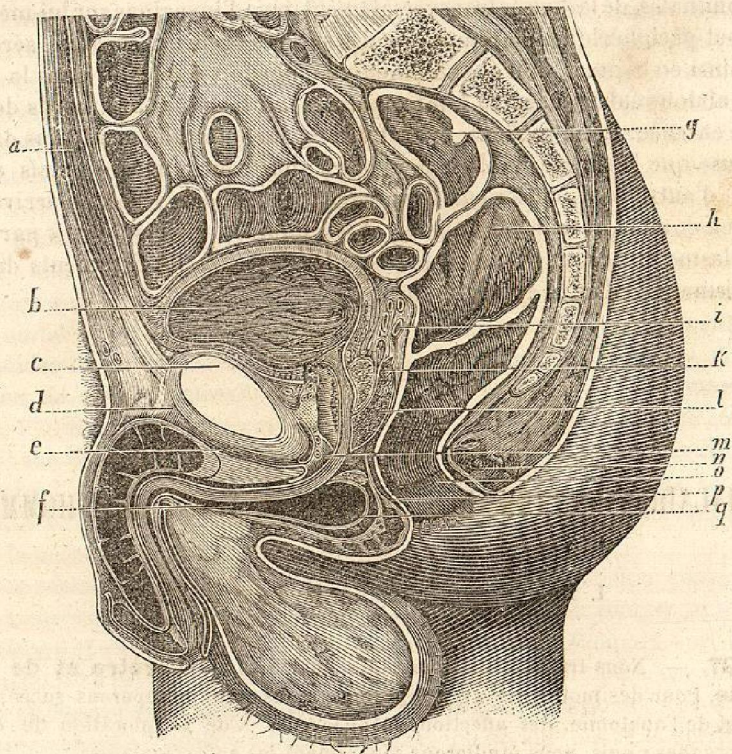


Fig. 59. — Section verticale du bassin de l'homme, d'après M. BRAUNE. — a) Muscle grand droit de l'abdomen. b) Vessie. c) Symphyse. d) Lig. suspenseur de la verge. e) V. dorsale du pénis. f) Glandes de Cowper. h) Rectum. i) Diverticules des canaux déférents. k) Conduits éjaculateurs. l) Prostate. m) Muscle transverse profond du périnée. n. g.) Muscle sphincter externe de l'anus. o. p.) Muscle sphincter interne de l'anus.

est celui d'un fusau ayant sa plus grande épaisseur à la partie moyenne, et allant en s'amincissant du côté de la vessie et de la portion membraneuse. Au niveau de cette dernière, le calibre ne change pas, puis il augmente à l'origine de la portion cavernueuse (cul-de-sac ou fossette du bulbe), pour diminuer de nouveau après un trajet de 2, 5 millimètres. La partie située immédiatement en arrière de l'orifice externe de l'urètre, et qui a reçu le nom de **fosse naviculaire**, est plus dilatable que cet orifice lui-même; mais il n'est pas certain, suivant

HENLE, qu'elle ait un calibre plus grand que la partie du canal située plus en arrière. Les points les plus étroits sont l'orifice externe et la portion membraneuse, avec un diamètre de 7 millimètres; les parties les plus larges sont la portion prostatique, qui mesure 10 à 11 millimètres, et le cul-de-sac bulbaire, qui atteint 13 à 14 millimètres. Chez les jeunes sujets, l'urètre paraît être moins dilatable que chez les individus âgés (REYBARD). Dans son trajet à partir de l'orifice vésical, l'urètre se trouve d'abord en relation avec un organe faisant partie de l'appareil génital: la prostate, qu'il traverse en décrivant un arc à convexité dirigée en arrière et en bas. La paroi postérieure de cette portion du canal présente la saillie du *verumontanum* et les orifices des conduits excréteurs des glandes appartenant à l'appareil sexuel. L'urètre abandonne ensuite l'extrémité inférieure de la prostate pour franchir la cloison fibro-musculaire constituant le diaphragme urogénital, et sort ainsi de la cavité pelvienne en décrivant un arc à rayon plus grand que celui de la portion prostatique dont il n'est que le prolongement. L'urètre est situé à une distance d'environ 26 millimètres en arrière de la face postérieure de la symphyse pubienne, et à 10 millimètres au-dessous du bord inférieur de cette dernière. Parvenu au niveau du bord inférieur de la symphyse, l'urètre se dirige de bas en haut dans toute sa longueur lorsque le pénis est en état d'érection; mais à l'état de relâchement de ce dernier, le canal décrit une seconde courbure à convexité dirigée en haut. Après sa sortie du diaphragme urogénital, il s'engage dans le bulbe, et forme l'axe du corps cavernueux de l'urètre jusqu'à l'extrémité du pénis. Le sommet de la seconde courbure formée par la portion cavernueuse de l'urètre, correspond au bord antérieur du ligament suspenseur du pénis. En somme, le trajet de l'urètre a la forme d'un ω . Quant aux orifices des glandes qui viennent s'ouvrir dans l'urètre, nous avons déjà mentionné ceux des conduits excréteurs des glandes génitales dans la portion prostatique (Voir fig. 59.) Les glandes en grappes de Cowper, qui, suivant HENLE, appartiennent à l'appareil urinaire et sont situées dans le diaphragme urogénital, débouchent dans l'urètre par deux conduits excréteurs, à peu près au milieu de l'espace compris entre le point où ce canal s'engage dans le corps cavernueux et le sommet de sa seconde courbure. En outre, on trouve dans la portion cavernueuse les orifices des conduits excréteurs de glandes en grappes isolées, ainsi que les orifices de conduits simples terminés en culs-de-sac, surtout nombreux le long de la paroi supérieure de l'urètre, sur la ligne médiane (lacunes).

La muqueuse de l'urètre présente à la paroi supérieure du conduit, au niveau de l'extrémité postérieure de la fosse naviculaire, un repli en forme de valvule (valvule de la fosse naviculaire); parfois, au lieu d'une seule valvule, on en trouve 2 ou 3 plus petites. La plus grande partie de la muqueuse urétrale est tapissée d'un épithélium cylindrique; elle ne possède un épithélium pavimenteux stratifié que sur une étendue de 1 à 4 centimètres à partir de l'orifice externe du conduit. Cette portion de l'urètre présente en outre des papilles nombreuses et serrées au niveau du méat; le nombre et le volume de ces papilles diminuent d'avant en arrière, et à quelques centimètres du méat la muqueuse devient parfaitement lisse.

Dans la **portion prostatique** on trouve de nombreuses fibres musculaires lisses mélangées de fibres élastiques, et affectant le plus souvent une direction longitudinale par rapport à l'urètre. La **portion membraneuse** présente une couche externe épaisse de fibres circulaires et une couche mince de fibres