INCONTINENCE D'URINE

Éléments étiologiques : Fausse incontinence des prostatiques et des rétrécis qui n'est que de la rétention (voir hypertrophie de la prostate et rétrécissements de l'urètre).

Incontinence vraie par paralysie du sphincter (affections de la moelle) ou par distension du sphincter (polype, calcul).

Incontinence nocturne ou infantile.

Signes cliniques : Émission involontaire des urines goutte à goutte ou par miction véritable.

I. — INCONTINENCE VRAIE PAR PARALYSIE OU DISTENSION DU SPHINCTER.

Traiter la cause. Soins de propreté journaliers; urinal pour éviter l'action irritante de l'urine.

II. — INCONTINENCE NOCTURNE OU INFANTILE.

1° S'il existe une malformation (phimosis, adhérences préputiales ou clitoridiennes, etc.), *la traiter.*

Dans le même but, rechercher les fissures anales, les oxyures, les calculs; enlever les tumeurs adénoïdes du pharynx.

2° *Traitement moral :* Ne pas punir l'enfant, ni même le gronder;

Mais l'éveiller de temps en temps, le faire coucher la tête basse ou encore lui faire prendre un peu de thé ou de café pour rendre son sommeil léger et lui permettre de se réveiller sous l'influence du besoin;

Lui donner confiance en lui-même, ce qui suffit parfois à amener la guérison.

3° *Traitement général :* Toniques, huile de foie de morue, hydrothérapie, saison au bord de la mer.

4° *Traitement local :* Électrisation faradique : pôle + dans le vagin ou le rectum, ou encore sur la région lombaire ou le pubis; pôle — au périnée, et même dans l'urètre des garçons ou entre les lèvres des petites filles; durée de la séance : de une à deux minutes.

5° Joindre au traitement local, une à quatre cuillerées à café de sirop de strychnine pour les enfants de cinq à dix ans; commencer par une cuillerée; aller progressivement jusqu'à quatre (sirop de strychnine à 5 centigrammes pour 100 grammes).

INFILTRATION D'URINE

Éléments étiologiques : Affection inflammatoire, septique, microbienne; rétrécissements blennorragiques, ruptures traumatiques de l'urètre. Où se trouve le microbe ? 1° dans l'urine infectée ; 2° dans l'urètre (normal et pathologique). Quel est-il ? colibacille (le plus souvent). Comment passe-t-il de l'urètre dans le périnée ? — *a*) En cas de rétrécissement : à la faveur des lésions urétrales rétrostricturales (périurétrite et sphacèle secondaire du canal suivi de l'effusion de l'urine dans le périnée). — *b*) En cas de rupture traumatique : à la faveur de la solution de continuité urétrale ; infection secondaire (par les microbes normaux de l'urètre), de l'hématome traumatique périnéal (infiltration d'urine sans urine).

Signes cliniques : I. *En cas de rétrécissement* : Dysurie progressive et apparition insidieuse de l'infiltration périnéale (exceptionnellement, rétention aiguë d'urine, éclatement de l'urètre, miction intra-périnéale); voussure périnéale en dos d'âne, nettement médiane, molle, indolente, œdémateuse, bientôt dure et douloureuse; envahissement du scrotum, de la verge, de la paroi abdominale, etc... ; plaques de sphacèle, ulcérations, fistules; pus sanieux, grisâtre... ; phénomènes généraux graves : frissons, fièvre vive, pouls petit, serré, langue sèche, adynamie.

II. *En cas de rupture traumatique.* 1re *période, aseptique :* Infiltration hématique périurétrale de la loge périnéale antérieure [le plus souvent] ou fosse ischiorectale. 2e *période, septique :* Phénomènes généraux, septicémie, infiltration gangréneuse du périnée (périnée antérieur ou fosse ischio-rectale).

« Quand il y a infiltration urineuse du scrotum, il s'est fait un épanchement préalable d'urine et de pus dans le périnée. »

I. — INFILTRATION DANS LA LOGE PÉRINÉALE INFÉRIEURE.

Incision médiane antéro-postérieure du périnée.

Mettre le malade en position de la taille. Antisepsie du périnée (Voir *Antisepsie*).

Technique : Faire relever par un aide les bourses du malade.

Inciser au bistouri et bien exactement sur la ligne médiane (raphé), le périnée infiltré, depuis la racine des bourses jusqu'à 2 ou 3 centimètres en avant de l'anus.

Continuer à inciser dans la profondeur (toujours bien exactement sur la ligne médiane), jusqu'à ce que le bistouri ait ouvert le foyer septique

Aller dès lors à la recherche du foyer initial de péri-urétrite à l'aide de l'index droit qui déchirera les cloisons conjonctives qui l'entourent.

Explorer avec le doigt les côtés du bulbe de l'urètre et, si la collection purulente pousse des prolongements vers les fosses ischio-rectales, inciser largement la base de ces fosses.

Pratiquer au niveau des bourses, sur la verge, à l'hypogastre, etc., des incisions de décharge en long, parallèles entre elles et distantes d'au moins 2 ou 3 centimètres les unes des autres ; larder de pointes de feu profondes les zones indurées voisines.

Laver largement à l'eau bouillie chaude toutes les brèches ainsi créées.

Pansement humide : Recouvrir toute la région de compresses bouillies, makintosh, ouate, bandage en T.

Traitement général : Quinquina, injections sous-cutanées de strychnine, d'huile camphrée à 1/10; lavements salés; injections de sérum artificiel (Voir ce mot).

II. — INFILTRATION DANS LA FOSSE ISCHIO-RECTALE.

Technique : Soins préopératoires comme pour I.

Inciser largement dès que l'infiltration est soupçonnée :

Faire au bistouri, parallèlement au raphé médian du périnée, une incision de 6 centimètres et creuser jusqu'à ce que la collection soit ouverte.

Avec l'index droit, enfoncé jusqu'au fond du foyer, creuser, jusqu'à la lésion urétrale d'origine, une large voie au drainage.

Laver largement à l'eau bouillie chaude et jusque dans ses moindres recoins l'énorme brèche.

Tamponner lâchement et jusqu'au fond toute la poche à la gaze aseptique imbibée de sublimé à 1/1000 et recouvrir

le périnée de compresses humides; makintosh, ouate, bandage en T.

Traitement général, comme pour I.

Si la lésion urétrale d'origine est inaccessible (fracture du pubis; fausse route prostatique): Cystostomie et drainage hypogastrique.

INJECTIONS DE SÉRUM ARTIFICIEL

Liquide à employer : Eau salée tiède (9 grammes de chlorure de sodium (deux cuillerées à café) par litre d'eau), bouillie pendant trois quarts d'heure, ou mieux sérum de Hayem.

Instruments nécessaires : Un bock-laveur de 2 à 3 litres, flambé, ou mieux un flacon à deux tubulures;

Un tube de caoutchouc, bouilli une demi-heure ;

Une aiguille de Potain, n° 2 ou 3, une canule de trocart, un bistouri, une pince à disséquer et une sonde cannelée, une paire de fins ciseaux pointus (ébullition d'une demi-heure dans l'eau carbonatée ou flambage).

I. — INJECTIONS SOUS-CUTANÉES (méthode de choix dans la plupart des cas).

Lieux d'élection : Face externe de la cuisse, région trochantérienne, paroi abdominale, fesses.

Technique : A. — Antisepsie de la peau du malade et des mains de l'opérateur. (Voir antisepsie).

Chasser l'air du tube et de l'aiguille en laissant couler un peu de liquide;

B. — Saisir et soulever entre le pouce et l'index gauches la peau de la région; enfoncer d'un coup sec et obliquement, à la base du pli ainsi formé, l'aiguille de Potain (3-4 centimètres) tenue de la main droite, comme une plume à écrire ; s'assurer qu'on est bien dans le tissu cellulaire sous-cutané ; bock-laveur tenu par un aide ou suspendu à 75 centimètres au-dessus du malade;

C. — A mesure que le liquide pénètre sous la peau, pratiquer avec la main gauche un léger massage de la région.

L'injection terminée (2-300 grammes), retirer l'aiguille d'un coup sec, et recouvrir l'orifice de ponc on d'une couche de collodion iodoformé.

Faire en une autre région, et immédiatement, s'il y a lieu, une injection semblable.

II. — INJECTIONS INTRAVEINEUSES (cas d'extrême urgence).

Température du sérum 38°. Il est important de *chasser l'air du trou de l'aiguille* (Entrée de l'air dans les veines).

Lieux d'élection : Pli du coude (médiane ou céphalique), cou-de-pied (saphènes).

Précautions antiseptiques comme pour I.

Technique : 1° Dénuder la veine sur une longueur de 4 à 5 centimètres (compression circulaire au niveau du bras, du mollet, si elle est peu visible).

2° Passer sous la veine un fil double (aseptique) de soie ou de catgut fin et lier immédiatement le fil correspondant au bout périphérique de la veine.

3° Saisir le vaisseau avec la pince à disséquer et l'ouvrir prudemment d'un coup de ciseaux perpendiculaire à sa direction.

4° Pincer et soulever la lèvre supérieure de la boutonnière veineuse et introduire la canule laissant déjà s'écouler le liquide (danger de l'injection d'air) ; élever le bock à 50 centimètres au-dessus du malade.

5° Serrer sur la canule et, d'un simple nœud, le fil supérieur.

L'injection terminée (1000 à 1500 grammes), retirer la canule et lier, à double nœud avec le fil d'attente, le bout central de la veine.

7° Laver au sublimé à 1/1000 la plaie et la suturer.

8° Pansement aseptique : Gaze, ouate, bande.

Ne pas craindre de répéter les injections de sérum (sous-cutanées ou intraveineuses) autant de fois qu'il est nécessaire (pouls).

III. — INDICATIONS DES INJECTIONS DE SÉRUM ARTIFICIEL

Hémorrhagies graves ; shock ; injections.

KYSTES SÉBACÉS

Éléments étiologiques : Frottements répétés ; infection, hérédité. Cuir chevelu, épaules, nuque, face..., etc...

Signes cliniques : Tumeurs de nombre et de volume variables (pois, noix de coco), sphéroïdales, dures ou pâteuses, mobiles sous la peau, sauf au niveau de leur pôle superficiel (kystes sous-cutanés), immobiles (kystes intra-dermiques) ; point noir central, inconstant (orifice du follicule pilo-sébacé) ; indolence ; état stationnaire, ou bien inflammation, suppuration, fistules ; transformation possible en épithélioma.

I. — KYSTE SÉBACÉ SOUS-CUTANÉ, MOBILE SOUS LA PEAU, A LAQUELLE IL EST OU NON RÉUNI PAR UN MINCE PÉDICULE.

Extirpation totale au bistouri :

Technique : Antisepsie de la région et anesthésie à la cocaïne à 1 p. 100 : ou à la nirvanine à 5 p. 100.

Instruments nécessaires : Bistouri ; ciseaux courbes ; aiguille à sutures ; pince à griffes ; sonde cannelée ; seringue de Pravaz (pour l'injection anesthésique).

1° *Incision de la peau :* Faire sur la tumeur et très attentivement une incision rectiligne jusque sur la paroi du kyste.

2° *Isolement de la poche :* Saisir avec une pince à griffes une des lèvres de l'incision cutanée, la soulever et, à l'aide d'une spatule mousse, d'une sonde cannelée ou de l'index, séparer la capsule du kyste, des tissus voisins ; poursuivre cet isolement jusqu'à la partie profonde du kyste.

Isoler de même la face opposée de la tumeur.

Extraire le kyste sans l'ouvrir.

S'il s'ouvre accidentellement, bien éponger et exciser, aux ciseaux courbes, les parcelles de poche restées adhérentes.

3° *Suture de la plaie :* Après excision partielle de la peau, s'il est nécessaire, rapprocher par la suture les lèvres de la plaie cutanée, en faisant passer les fils profondément (catgut, soie, crins de Florence), pour supprimer toute cavité.

Si c'est à la face : suture intradermique.

4° *Pansement:* Légèrement compressif: gaze aseptique recouvert d'une couche de ouate ; fixer le tout par quelques tours de bande de tarlatane.

II. — KYSTE SÉBACÉ PARTIELLEMENT INTRADERMIQUE, N'ADHÉRANT A LA PEAU QUE PAR SA PARTIE SUPERFICIELLE.

Extirpation totale au bistouri :

Technique: 1° *Incision de la peau :* Circonscrire la base du kyste par une incision elliptique faite en dehors de la zone d'adhérences ; enlever à la fois kyste et peau adhérente.

2°, 3° et 4°, comme pour I (*technique*).

III. — KYSTE SÉBACÉ TOTALEMENT INTRADERMIQUE, ADHÉRANT PARTOUT A LA PEAU.

Extirpation totale au bistouri :

Technique: 1° *Incision de la peau :* Circonscrire la base du kyste par une double incision demi-circulaire.

2° *Isolement de la poche:* Isoler attentivement, au bistouri et à la pince à griffes, la capsule du kyste des parties voisines qui lui adhèrent.

Si on ouvre la poche, ce qui est fréquent en pareil cas, s'efforcer d'extraire la totalité de la capsule, aux ciseaux courbes et à la pince à griffes. Si c'est impossible, gratter énergiquement la cavité à la curette tranchante, cautériser à l'eau phéniquée forte à 5 p. 100, au chlorure de zinc à 1/12 ou au thermocautère et tenter la réunion. Pansement comme pour I.

IV. — KYSTE SÉBACÉ ADHÉRANT AUX PARTIES VOISINES PAR INFLAMMATION LÉGÈRE.

Opérer comme pour III.

V. — KYSTE SÉBACÉ SUPPURÉ.

Incision de la poche suffisante pour évacuer le pus.

Curettage et cautérisation au chlorure de zinc au 1/10 ; tamponnement à la gaze iodoformée.

Pansement humide (liqueur de Van Swieten dédoublée).

LUXATIONS DU COUDE

Nous n'étudierons que les luxations des deux os en arrière, celles du radius en avant et du radius en bas. Les autres luxations du coude sont rares.

I. — LUXATIONS DU COUDE EN ARRIÈRE (complète ou incomplète).

Éléments étiologiques : *Causes directes* (rares) : coups sur la partie postérieure du bras ou antérieure de l'avant-bras.

Causes indirectes : Chutes sur la paume de la main avec : flexion forcée, extension forcée, flexion latérale ou torsion.

Signes cliniques : *A la vue* : Gonflement du coude; flexion de l'avant-bras sur le bras (de 125° à 140°) ; l'axe du bras prolongé coupe l'avant-bras vers son quart supérieur et non au niveau de l'interligne articulaire ; dans l'extension, la pointe de l'olécrane est au-dessus de la ligne qui unit l'épicondyle à l'épitrochlée (ces trois points sont sur une même ligne droite à l'état normal) ; dans la flexion, la pointe de l'olécrane est bien en arrière du plan vertical qui passe par les tubérosités (elle affleure ce plan à l'état normal). *A la palpation* : vide sous-épicondylien; cupule radiale sur la face externe de l'olécrane. *A la mensuration* ; augmentation du diamètre antéro-postérieur du coude ; saillie énorme de l'olécrane en arrière pendant la flexion avec dépression manifeste au-dessus ; avant-bras raccourci (mesurer de l'épitrochlée à l'apophyse styloïde du cubitus); bras raccourci lorsqu'on regarde par derrière. *Mouvements* actifs nuls ; passifs : extension exagérée; flexion arrêtée avant l'angle droit ; mouvements de latéralité.

A. — Réduction des luxations récentes.

A. — *Méthode de la traction et de la pression combinées.*

Technique :

1° Le malade est couché sur une table.

2° Un aide, placé près de la tête du malade, fait la contre-extension en tirant sur le bras.

3° Un second aide tire sur le poignet en faisant alternativement de légers mouvements de rotation interne et externe combinés à des mouvements de latéralité en dedans

et en dehors. Les tractions seront douces, régulières, continues, sans à-coup.

4° Le chirurgien, placé en arrière, embrasse de ses deux mains la partie antérieure et inférieure du bras pour refouler l'humérus en arrière, tandis que ses deux pouces pressent sur l'olécrâne, pour le refouler en avant.

B. — *Méthode de la flexion forcée.*

Technique :

1° Placer un corps résistant (morceau de bois) dans le pli du coude.

2° Fléchir fortement le bras.

3° Faire sur le coude des pressions directes comme A. 4.

C. — *Méthode de l'extension forcée.*

Technique :

1° L'extension de l'avant-bras sur le bras est portée jusqu'à produire un angle postérieur.

2° Deux aides font l'extension et la contre-extension comme pour A.

3° Le chirurgien, par des pressions directes, essaie de réduire.

En cas d'insuccès de ces méthodes, les répéter sous le sommeil chloroformique.

Soins consécutifs. N'immobiliser que pendant quelques jours après la réduction et commencer de suite, surtout chez l'adulte, le massage et la mobilisation.

S'il y avait fracture de l'olécrâne, de la coronoïde ou de la tête du radius et si la réduction a été possible (ce qui n'a pas toujours lieu dans ce cas), ne pas immobiliser plus de quinze jours.

B. — Luxations récentes irréductibles.

En cas d'irréductibilité pour une luxation récente, faire l'arthrotomie pour en reconnaître la cause, la faire disparaître si possible ou même parfois pratiquer, séance tenante, la résection (le plus souvent partielle : humérus seul).

C. — La luxation est ancienne.

Manœuvre de Farabeuf :

Technique :

1° Sous le chloroforme, fléchir plusieurs fois fortement l'avant-bras sur le bras, avec les mains seules. et faire des mouvements forcés de pronation et de supination pour rompre les adhérences fibreuses.

2° Le bras est placé par rapport au tronc dans l'abduction à 90°, après avoir été entouré d'ouate ; il est fixé dans cette position par des chevilles fichées dans une planche percée de trous, sur laquelle repose le bras.

3° L'avant-bras est fléchi horizontalement à angle droit, le radius en haut, le cubitus en bas, tandis qu'un appareil à mouffles exerce sur la partie antibrachiale du pli du coude une pression de 50 à 60 kilos.

4° Une main placée sous le coude le soulève à petits coups secs, pour rompre les adhérences externes.

5° Quelques petites pesées brusques sur la face externe rompent les adhérences internes.

6° Sans cesser la traction, faire des mouvements de pronation et de supination.

7° Les surfaces articulaires se rapprochent peu à peu et, quand elles sont assez voisines, on termine *par une flexion exagérée de l'avant-bras* qui amène la coronoïde dans la gorge de la trochlée.

Répéter plusieurs fois cette manœuvre qui réussit souvent lorsqu'elle est bien faite.

En cas d'insuccès, s'il persiste des mouvements, les augmenter par des manœuvres d'assouplissement progressif (surtout chez les enfants).

Si l'ankylose est complète et surtout si elle est en mauvaise position, recourir à l'intervention sanglante : *résection humérale surtout.*

II. — LUXATION DU RADIUS EN AVANT (complète ou incomplète).

Éléments étiologiques : *Directe* : Chûte sur la partie postéro-externe de l'avant-bras.

Indirecte : Pronation forcée, traction sur les poignets. Coexistence avec la fracture de l'extrémité supérieure du cubitus.

Signes cliniques. — Avant-bras demi-fléchi, la main dans le plan vertical. Angle externe de l'avant-bras sur le bras exagéré. Si le gonflement le permet, on sent, en avant, la cupule du radius ; en arrière, une dépression à 2 centimètres au-dessous de l'épicondyle. Extension li-

mitée; flexion ne dépassant pas 90°. Souvent, mouvements de latéralité.

1° Réduction le plus souvent facile par pression directe, avec extension et contre-extension.

2° *Si la luxation est ancienne, irréductible et gênante* : arthrotomie avec résection de la cupule radiale.

III. — LUXATION DU RADIUS EN BAS.

Éléments étiologiques : Action de soulever un enfant par le poignet.

Signes cliniques : Douleur vive avec claquement. Mouvements actifs impossibles; membre immobilisé en demi-flexion, la main dans le plan vertical. Pas de déformation.

Réduction :

Technique :

1° Saisir d'une main le poignet malade, l'autre main embrassant le pli du coude, le pouce sur la tête radiale.

2° Faire ensuite un mouvement combiné d'extension et de supination.

3° Puis, flexion de l'avant-bras en portant le poignet un peu en dehors, comme pour produire un mouvement de latéralité externe.

Un léger claquement indique que la réduction s'est produite.

LUXATIONS DE L'ÉPAULE

Éléments étiologiques : A. *Luxations directes.* — Un choc d'arrière en avant sur le bras pendant (surtout en rotation externe) produit une luxation *antéro-interne* plus ou moins avancée selon la force du traumatisme. Un choc d'avant en arrière sur le bras pendant, en rotation interne, produit une *luxation en arrière.*

B. *Indirectes.* — Dans une chute sur le coude ou la main, le membre étant en abduction forcée, la tête humérale sort *par en bas* et y reste, mais la continuation de la violence peut rompre la partie antérieure de la capsule et produire une *luxation antéro-interne.*

Si le bras est en abduction moindre et en rotation externe, il y a luxation antéro-interne.

Si le bras est projeté en avant et en rotation interne, la luxation se fait *en arrière.*

Les luxations de l'épaule sont exceptionnelles chez l'enfant.

Signes cliniques : A. *Signes communs à toutes les luxations de l'épaule* : Douleur, gonflement, ecchymose, crépitation cartilagineuse, attitude de Desault (Épaule malade abaissée; tête fléchie du côté malade; coude malade soutenu par la main saine).

B. *Signes propres à chaque variété* :

a. *Antéro-internes.* 1° *Extra-coracoïdiennes.* — Dépressibilité anormale des tissus du bord externe de l'acromion (examiner le malade par derrière). Légère voussure deltoïdienne. Rotation externe du bras. Mouvements actifs nuls; passifs peu douloureux.

2° *Sous-coracoïdiennes.* — L'épaule semble abaissée; aplatissement du moignon de l'épaule. Saillie de l'acromion. Bord interne de l'omoplate soulevé. Paroi antérieure de l'aisselle allongée. Coude écarté du tronc de 10 centimètres environ. L'axe du membre prolongé coupe la clavicule en son milieu. Rotation interne légère. A la partie externe du creux sous-claviculaire, on sent, au palper, une tumeur ronde qui suit les mouvements de l'humérus (tête humérale). De l'acromion à l'épitrochlée, allongement de 11 à 16 millimètres. Mouvements actifs abolis ; passifs douloureux.

3° *Intra-coracoïdiennes.* — Exagération des signes précédents, mais la tête humérale, trop profonde, est difficile à atteindre par la palpation. Coude peu écarté du tronc. Allongement inconstant (quelquefois raccourcissement). Crépitation rugueuse dans les mouvements passifs. Phénomènes de compression du plexus brachial.

4° *Sous-claviculaires.* — Dépressibilité très grande des tissus mous (on arrive à sentir la coracoïde). Voûte acromio-coracoïdienne très