PROLAPSUS DU RECTUM

I. — CHEZ L'ENFANT.

Éléments étiologiques : Mauvaise alimentation et troubles digestifs; rachitisme, séjour prolongé sur le vase, efforts (constipation, coqueluche, phimosis, etc.), polypes du rectum; diarrhée, vers intestinaux, athrepsie, etc.

Signes cliniques : C'est généralement le prolapsus muqueux : la muqueuse rectale se continuant avec la peau forme au dehors un boudin d'abord réductible spontanément, puis irréductible par les moyens simples. Avec l'irréductibilité surviennent des accidents (œdème, phénomènes inflammatoires, etc).

1° Réduire le prolapsus par une douce pression avec une compresse enduite de vaseline iodoformée ou boriquée.

2° Proscrire la défécation sur le vase; obtenir une selle rapide par jour dans une serviette, l'enfant étant couché sur le côté; après la garde-robe, séjour au lit d'une demi-heure au moins (aussi le mieux est-il de faire cette petite opération le soir lorsqu'on couche l'enfant); traiter la diarrhée ou la constipation, selon les cas.

3° Localement : Lavements boriqués, pommade avec 2 grammes d'extrait de ratanhia pour 30 grammes de vaseline boriquée.

4° Traitement général : Huile de foie de morue; trois bains salés par semaine.

Hygiène alimentaire : Purées de pois, de haricots, de lentilles; œufs, cervelle, poisson (merlan), laitage; lait à discrétion.

Faire, en variant ces aliments, quatre repas par jour, à heure régulière : les deux principaux repas à midi et le soir à sept heures; déjeuner à huit heures et collation à quatre heures.

S'abstenir de sauces, mets épicés, choux, etc., et, comme boisson, d'alcool, vin, café, etc.

Phosphate de chaux (en mettre une pincée dans les purées, comme si on les salait).

Les moyens précédents réussissent *toujours*, si les parents sont soigneux et intelligents.

5° *En cas d'insuccès :* Faire de quatre à six raies de feu longitudinales, profondes, régulièrement espacées, sur la tumeur; panser à la vaseline iodoformée et réduire avec une compresse bouillie.

Pendant une semaine, constiper l'enfant (une goutte de laudanum de Sydenham par année, depuis un an jusqu'à dix ans, en fractionnant la dose en quatre fois).

Lavages fréquents de l'anus avec de l'eau boriquée.

6° *Complications inflammatoires :* Réduction impossible : Lavages de l'anus à l'eau boriquée froide; grands bains prolongés; réduction sous le chloroforme.

II. — CHEZ L'ADULTE.

Éléments étiologiques : Vieillesse; sexe féminin; affaiblissement du périnée et du sphincter; rectite; abus des lavements et des purgatifs; ascite, hémorroïdes; efforts (calculs, hypertrophie de la prostate, etc...).

Signes cliniques : C'est généralement un prolapsus total : Tumeur globuleuse à plis transversaux présentant l'orifice anal dévié en arrière; perte de la tonicité du sphincter, d'où reproduction de la tumeur après réduction et incontinence de matières. Inflammation, complications infectieuses; étranglement.

A. — Petits prolapsus bien réductibles et se maintenant réduits.

Raies peu profondes, longitudinales, comme pour le prolapsus de l'enfant (A. 5).

B. — Cas moyens.

Essayer le traitement comme pour A.

En cas d'échec : Ano-rectoplastie combinée à la recto-coccypexie ou, mieux encore, à la colopexie qui permet

de faire en même temps l'anus iliaque et de guérir la rectite en mettant le rectum au repos et en le soignant localement.

C. — Gros prolapsus irréductibles.

Appareils de soutien ou résection totale par le procédé de Mikulicz.

D. — En cas d'urgence.

a) Accidents inflammatoires :

Agir comme chez l'enfant (6).

b) Étranglement s'accompagnant ou non de phénomènes d'occlusion intestinale (hédrocèle) :

Inciser transversalement le prolapsus à sa base, couche par couche, jusqu'au péritoine, réduire l'intestin formant hédrocèle et réséquer le prolapsus après avoir lié et suturé sa base (procédé de Mikulicz).

PSEUDARTHROSES

Éléments étiologiques : Interposition de parties molles (muscles) entre les deux fragments, écartement considérable, mauvais appareil immobilisant mal les fragments ; fractures siégeant sur des os malades (tuberculose, sarcome, etc.) ; causes générales : syphilis, alcoolisme, maladies générales (surtout le scorbut).

Fractures les plus sujettes à la pseudarthrose : fractures de la diaphyse de l'humérus, du fémur, des deux os de la jambe...

Signes cliniques : Mobilité anormale sans douleur, au niveau du foyer d'une ancienne fracture ; degré variable.

I. — PSEUDARTHROSE FIBREUSE ET PSEUDO-DIARTHROSE.

1° Saisir, avec chaque main, la portion du membre correspondant à chacun des fragments osseux ; frotter ceux-ci énergiquement l'un contre l'autre (anesthésie au bromure d'éthyle) et immobiliser dans un appareil amovible.

Répéter ces frottements chaque jour, jusqu'à ce qu'il survienne une tuméfaction douloureuse au niveau de la pseudarthrose. Faire ensuite de l'immobilisation et du massage.

Y joindre la ligature élastique en amont de la pseudarthrose jusqu'à stase veineuse, mais sans supprimer la circulation artérielle profonde.

2° *A la jambe*, appliquer un appareil de marche.

Technique : Gouttière plâtrée ordinaire, mais très légère, allant des orteils jusqu'à quatre travers de doigts au-dessous du creux poplité.

Le lendemain, envelopper de ouate la moitié supérieure de la jambe jusqu'au genou.

Faire préparer un étrier en zinc, large de 4 centimètres, formé de deux branches mesurant une longueur égale à celle qui sépare la plante du pied de la partie inférieure des

condyles du tibia, plus cinq centimètres; les deux branches sont réunies par une partie moyenne mesurant un peu plus de la largeur du pied (semelle de l'appareil).

Recouvrir l'étrier métallique d'un étrier semblable en tarlatane (ce dernier sera plus large, de façon à être replié largement par ses bords sur l'étrier en zinc, et plus long, pour être rabattu aussi à ses deux extrémités). L'appareil en zinc sera donc entièrement recouvert de tarlatane plâtrée.

Le tout sera appliqué sur la jambe, la semelle de l'appareil dépassant la plante du pied de 5 centimètres, et l'autre extrémité aboutissant par ses deux branches sous les condyles du tibia.

Fixer cet étrier par une bande de tarlatane plâtrée appliquée au milieu de la jambe jusqu'aux condyles du tibia.

Maintenir, avec quelques bandes sèches en toile, jusqu'au lendemain et permettre au malade de marcher.

3° Pendant ces divers traitements, soigner l'état général du malade (grand air, bonne nourriture) et lui faire prendre cinq tablettes de thyroïdine de 10 centigrammes, chaque jour.

4° *En cas d'insuccès*, résection des deux extrémités osseuses, suture osseuse et immobilisation.

II. — PSEUDARTHROSE FLOTTANTE.

1° Recourir d'emblée à l'intervention sanglante :

Enlever avec soin les parties molles interposées, aviver les surfaces osseuses, les réunir par la suture ou l'enchevillement central avec des corps résorbables (ivoire, os stérilisé, etc.) et immobiliser dans un appareil plâtré.

2° Comme I, 3.

3° *En cas d'insuccès*, avoir recours aux appareils prothétiques qui immobilisent les deux fragments (bons surtout pour le membre supérieur).

4° *Amputation*, lorsque la partie périphérique du membre atrophié est devenue inutile et gênante (surtout fractures intra-utérines non consolidées).

REIN MOBILE

Éléments étiologiques : Femme (surtout); âge adulte; côté droit; hérédité; prédisposition congénitale; rein mobile simple, compliqué (entéroptose); traumatisme, tempérament névropathique, neurasthénie,.. Unilatéralité (rarement bilatéralité).

Signes cliniques : Mobilité du rein verticale, transversale, de haut en bas, de bas en haut; ballottement rénal; palpation du rein (affût, capture, échappement). Absence de symptômes fonctionnels, ou bien : début par douleur brusque ou, plus souvent, insidieux; troubles nerveux de l'appareil digestif, de l'appareil génital, cessant avec la réduction du rein (rein mobile simple), ou persistant malgré la réduction et, pour la plupart, indépendants de la mobilité rénale (rein mobile compliqué); étranglement rénal, hydronéphrose intermittente.

Considérations très importantes : **Nécessité absolue d'un examen attentif et complet du malade, afin d'attribuer exactement à la mobilité rénale la part qui lui revient dans la pathogénie des phénomènes cliniques observés (rein mobile simple, rein mobile compliqué).**

I. — REIN MOBILE SIMPLE.

1° *Réduire le rein dans sa loge :*

Mettre le malade en position horizontale, cuisses fléchies et soulever le siège par deux coussins placés sous la région sacrée. On peut même avoir recours à la position dite de Trendelenburg.

Si cela ne suffit pas :

Saisir le rein entre la main droite enfoncée dans le flanc et la main gauche placée à plat sous la région lombaire et le refouler de bas en haut.

2° *Maintenir la réduction par un bon bandage :*

Ceinture élastique à pelote, appliquée dans le décubitus

horizontal : appliquer la pelote dans l'espace costo-iliaque antérieur (l'élasticité du ressort doit être proportionnelle à la résistance et à l'épaisseur de la paroi abdominale).

Après l'application du bandage, faire lever le malade et s'assurer que le rein est bien maintenu pendant les divers mouvements.

II. — REIN MOBILE SIMPLE : bandage intolérable (douloureux, incompatible avec genre de vie) ou inefficace.

Néphrorraphie lombaire. Recourir toujours à I, avant d'en venir à l'opération.

La néphrectomie n'est qu'un pis aller. Il n'est permis d'y songer que dans les cas graves de rein mobile simple, lorsque la récidive de la mobilité rénale s'est reproduite après deux tentatives de néphrorraphie.

III. — REIN MOBILE SIMPLE BILATÉRAL.

Traitement comme pour I et II.

IV. — REIN MOBILE SIMPLE, SIÈGE D'ÉTRANGLEMENT RÉNAL OU D'HYDRONÉPHROSE INTERMITTENTE.

Réduire le rein et le maintenir réduit comme pour I et II.

La récidive des accidents est une indication opératoire (II).

V. — REIN MOBILE COMPLIQUÉ (entéroptose, dilatation de l'estomac, hernies, varices, etc.).

A. *La mobilité rénale tient sous sa dépendance un certain nombre de troubles fonctionnels* (leur disparition par réduction du rein) : Traitement comme pour I et II.

B. *Dans le cas contraire* : Massage, ceinture de Glénard. Traitement médical (frictions sèches, hydrothérapie, etc...).

RÉTENTION AIGUE D'URINE

Éléments étiologiques : Rétrécissements de l'urètre ; hypertrophie de la prostate ; ruptures de l'urètre ; corps étrangers et calculs de l'urètre ; paralysies vésicales (opération sur une région voisine ; maladies du cerveau ou de la moelle, fièvres graves) ; compression de l'urètre par des tumeurs.

Signes cliniques : Absence de mictions s'accompagnant d'envies d'uriner de plus en plus impérieuses. Globe vésical.

(Pour rétention chronique, voir : *Rétrécissements de l'urètre et hypertrophie de la prostate.*)

Axiome : **Ne quitter jamais le malade avant d'avoir vidé sa vessie.**

Instruments à préparer (1) :

1° Sondes en caoutchouc rouge (dites de Nélaton) n°s 14 et 18 (2) ;

2° Sondes olivaires en gomme, n°s 6, 8, 12 ;

3° Trois bougies filiformes souples ;

4° Si l'âge du sujet fait penser à l'hypertrophie de la prostate, y joindre deux ou trois sondes à béquilles (en gomme), n°s 14, 16 et 20 et deux sondes métalliques à grande courbure et d'un seul morceau de métal ;

5° Un appareil de Potain ou de Dieulafoy, ou au moins un trocart fin assez long ;

6° Une seringue dite à hydrocèle ;

7° Vaseline boriquée ; 30 grammes.

Principes du cathétérisme évacuateur dans tous les cas de rétention :

Se laisser guider par la sonde et ne jamais forcer.

(1) Les sondes et bougies en gomme et en caoutchouc seront stérilisées d'urgence par trente minutes d'ébullition ; les instruments métalliques seront flambés. Vérifier le bon état des sondes avant de s'en servir.

(2) Les numéros des sondes sont indiqués d'après la filière Charrière.

Cesser de sonder le malade dès que le canal saigne.

Préparation du malade : Savonner le gland et le laver avec une solution faible de sublimé ou à l'eau boriquée.

Attitude : Décubitus dorsal, les cuisses fléchies, le thorax un peu élevé, le ventre souple.

I. — RÉTENTION PAR PARALYSIE DE LA VESSIE OU PAR COMPRESSION DE L'URÈTRE.

Pousser doucement, jusque dans la vessie, la sonde de Nélaton, après l'avoir enduite de vaseline boriquée.

Faire une antisepsie rigoureuse, à cause de la facilité et du danger de l'infection.

II. — RÉTENTION PAR HYPERTROPHIE PROSTATIQUE.

1° Essayer *d'abord* de passer avec la sonde de Nélaton, n° 18, et la laisser à demeure.

2° *En cas d'insuccès,* user de la sonde métallique à grande courbure, introduite avec méthode :

Technique : Le chirurgien, étant à gauche, saisit avec sa main gauche la verge qu'il relève sur le ventre.

De la main droite, la sonde est présentée au méat; sa concavité est dirigée vers l'aine gauche ; l'instrument pénètre peu à peu jusqu'au périnée, tandis que son pavillon est ramené sur la ligne médiane : tirer un peu sur la verge avec la main gauche, tandis que la droite appuie pour pousser le bec aussi loin que possible.

Le pavillon de la sonde est alors abaissé : c'est le temps dangereux. *S'il y a résistance :* retirer la sonde et recommencer plusieurs fois si c'est nécessaire ; **ne jamais forcer.**

3° *Après plusieurs tentatives infructueuses,* essayer, avec la même technique, les sondes à béquilles, dont le bec doit toujours suivre la face supérieure de l'urètre.

4° *En cas d'échec,* faire la ponction hypogastrique (Voir III, 3), après avoir essayé le grand bain chaud prolongé, qui permet quelquefois au malade d'uriner seul dans le bain.

III. — RÉTENTION PAR RÉTRÉCISSEMENTS.

1° Commencer par introduire une sonde olivaire n° 12; si elle ne passe pas, elle renseignera sur le nombre et le degré

des rétrécissements; essayer alors les numéros au-dessous.

2° *S'il est impossible d'enfiler le rétrécissement principal,* se servir des bougies filiformes.

User de patience, répéter plusieurs fois les tentatives; courber les bougies en baïonnette ou les tordre en tire-bouchon et les tremper dans du collodion pour maintenir leur forme; essayer de passer des bougies filiformes en faisceau.

En cas de succès d'un des moyens précédents, laisser l'instrument à demeure : la vessie se videra goutte à goutte.

3° *Sinon*, faire la ponction hypogastrique, après avoir donné, comme il a été dit plus haut, un grand bain chaud prolongé.

Technique de la ponction hypogastrique : Raser et savonner le pubis; le rendre aseptique.

1° Rechercher avec soin la ligne médiane et sur celle-ci, à un travers de doigt au-dessus du pubis, enfoncer, d'un coup sec, l'aiguille ou le trocart, jusqu'à 5 centimètres de profondeur et même plus, si la paroi est grasse ou œdémateuse : aller sans crainte jusqu'à ce que le liquide apparaisse.

2° Laisser l'urine s'écouler doucement; ne pas presser sur le ventre et, quand la vessie est vide, retirer rapidement l'aiguille ou le trocart et obturer la petite plaie avec de la ouate stérilisée et du collodion.

Répéter deux ou trois fois par vingt-quatre heures cette petite opération, sans danger si elle est aseptique, et, après quelques jours, essayer de nouveau de passer une sonde dans le canal décongestionné (grâce à l'évacuation régulière de la vessie). Faire précéder le cathétérisme d'un grand bain prolongé. Le plus souvent, l'instrument réussira à pénétrer jusque dans la vessie.

4° Mais, *si l'obstacle demeure insurmontable*, recourir au cysto-drainage ou mieux encore à la cystostomie sus-pubienne. Ces derniers procédés seront indiqués d'autant plus tôt qu'il existera un état infectieux de la vessie et surtout des reins.

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'ŒSOPHAGE

Éléments étiologiques : Ingestion de liquides caustiques (acide sulfurique, potasse) ou brûlants... Altérations inflammatoires et ulcéreuses : tuberculose, syphilis...

Signes cliniques : Dysphagie progressive ; obligation de mastiquer et d'insaliver de plus en plus les aliments ; trois degrés successifs de dysphagie (solides, bouillies, liquides)... Accès de spasme œsophagien ; régurgitation, inanition croissante, mort... Signes fournis par le cathétérisme œsophagien.

I. — RÉTRÉCISSEMENTS FRANCHISSABLES, CÉDANT A LA DILATATION.

Dilatation lente, progressive : Méthode de choix.

Technique : Employer la série graduée des bougies olivaires, cylindro-coniques de Bouchard.

Agir avec douceur ; ne jamais forcer.

Attitude du malade : Assis sur une chaise, en face du jour, la tête renversée en arrière.

Attitude de l'aide : Placé derrière le malade, maintenant la tête immobile en bonne position.

Attitude du chirurgien : En face et un peu à la droite du malade.

Recommander au malade de respirer tranquillement ; badigeonner, s'il y a lieu, l'arrière-gorge avec une solution de cocaïne au vingtième.

1° Introduire l'index gauche au fond de la bouche, sur la base de la langue et la déprimer.

2° Glisser sur cet index, comme conducteur, la bougie préalablement huilée ou vaselinée, tenue de la main droite comme une plume à écrire.

3° Enfoncer la bougie jusqu'à la face postérieure du pharynx ; augmenter alors légèrement la pression, pour diriger l'instrument vers l'orifice œsophagien ; retirer l'index gauche.

4° Faire progresser la bougie dans l'œsophage, *sans brusquerie* et *lentement*.

Si la sténose résiste, ne jamais forcer ; faire pendant

quelques minutes le « cathétérisme appuyé » et si la bougie ne passe pas, la retirer et en prendre une autre de calibre inférieur.

5° Le rétrécissement franchi, laisser la bougie dans l'œsophage pendant cinq à huit minutes et recommander au malade de tenir sa tête fléchie en avant (salive, mucosités).

Recommencer la séance tous les deux ou trois jours.

A chaque séance, repasser deux ou trois fois le numéro de la séance précédente, avant de passer le numéro immédiatement supérieur.

Ne pas porter chez l'enfant la dilatation au delà de 15 à 20 millimètres ; chez l'adulte, au delà de 20 à 22 millimètres.

Ce degré de dilatation atteint, recommander au malade (fait capital) de se faire cathétériser l'œsophage une ou deux fois par mois (récidive).

II. — RÉTRÉCISSEMENTS SERRÉS, TRÈS DIFFICILES A FRANCHIR.

Dilatation permanente :

Employer comme agents de dilatation, des bougies œsophagiennes en gomme.

Laisser à demeure dans l'œsophage, pendant quelques heures ou quelques jours, la sonde qu'il aura été possible d'introduire.

Alimenter le malade par la sonde (bouillon, lait).

Au bout de ce temps, retirer la sonde et tenter d'en placer à demeure une autre d'un calibre supérieur.

III. — RÉTRÉCISSEMENTS TRÈS SERRÉS OU INFRANCHISSABLES OU REBELLES A LA DILATATION.

Adresser le malade à un chirurgien qui pratiquera la gastrostomie (bouche stomacale) et tentera, au bout de deux ou trois semaines la dilatation progressive par les voies naturelles (disparition du spasme) ou, en cas d'échec,

recourra au cathétérisme rétrograde, à la divulsion, etc.

En cas d'échec : Gastrostomie permanente pour alimenter le malade.

Plus rarement : Œsophagotomie externe.

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE

Eléments étiologiques : Urétrites (blennorragie), traumatismes (chutes et coups sur le périnée), rétrécissement du méat (congénital ou par cicatrice).

Signes cliniques : Amincissement du jet de l'urine, bifidité, etc. Diminution de la force du jet. Rétention aiguë d'urine ou rétention chronique (fausse incontinence). Efforts plus ou moins violents pour uriner.

Exploration de l'urètre.

Complications vésicales, urétérales, rénales. Fistules périnéales, etc.

I. — RÉTRÉCISSEMENT DU MÉAT.

Dilatation et mieux débridement au bistouri.

S'il vient un peu de sang, faire quelques points de suture ou mettre une sonde à demeure.

II. — RÉTRÉCISSEMENT ORDINAIRE (blennorragique).

A. — Rétrécissement simple, admettant l'olive fine de l'explorateur.

1° Dilatation avec les bougies.

Technique : Après lavage du gland (savonnage) et de l'urètre (injection d'eau boriquée tiède), introduire dans le canal la bougie olivaire en gomme (1) du numéro correspondant à l'explorateur, le malade étant couché, les cuisses légèrement écartées et fléchies.

Laisser la bougie à demeure pendant trente minutes (vérifier chaque fois les bougies, qui doivent être en parfait état).

Après la première séance, prescrire : repos au lit jusqu'au lendemain matin et 50 centigrammes de sulfate de quinine.

2° Si tout s'est bien passé, faire tous les deux jours une

1) Stérilisation des bougies en gomme, p. 291, en note.

nouvelle séance. Passer chaque fois le numéro qui a franchi l'obstacle la dernière fois, puis le numéro suivant. Mêmes lavages antiseptiques que pour II, A, 1.

De même les jours suivants.

3° A partir du numéro 12, se servir des bougies métalliques avec conducteur de Guyon ou de Bazy ou bien de bougies Béniqué (1). La dilatation est ainsi plus rapide qu'avec les bougies en gomme.

Flamber les bougies métalliques pour les stériliser et éviter le spasme que produirait la sensation du froid.

4° Ne cesser la dilatation que quand le canal aura repris son calibre normal; aller jusqu'au 29 ou 30 de la filière Charrière ; débrider le méat, dès qu'il fera obstacle.

5° Recommander au malade de se sonder lui-même avec une bougie en gomme (conservée dans l'acide borique en poudre), d'abord une fois par semaine (première année), puis tous les quinze jours.

B. — **Rétrécissement serré, n'admettant pas l'olive la plus fine de l'explorateur.**

1° Cathétérisme avec les bougies filiformes :

Technique : Après lavages (comme II, A, 1), injecter dans le canal 2 à 3 grammes d'huile iodoformée ou stérilisée ; pincer le méat, après avoir introduit la bougie filiforme et essayer de franchir l'obstacle.

Si l'on n'y parvient pas avec la bougie ordinaire seule ou en faisceaux, courber la bougie en baïonnette, la tordre en tire-bouchon, la fixer dans sa forme en la trempant dans le collodion et tenter de nouveau le cathétérisme.

2° *Si la bougie passe*, la laisser à demeure pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, en la maintenant avec une muselière ou avec deux fils fixés au collodion à la racine de la verge.

(1) Les numéros de ces filières correspondent au double de la filière Charrière employée pour les bougies en gomme. Ainsi, le n° 12 (Charrière) correspond à 24 des bougies métalliques.

3° Les jours suivants faire la dilatation comme pour II, A.

4° *Si la bougie filiforme n'a pas franchi l'obstacle après plusieurs tentatives*, prescrire le repos au lit et de grands bains tièdes prolongés et, de nouveau, essayer d'introduire des bougies filiformes.

En cas d'échec, agir comme pour D.

C. — **Rétrécissement franchissable, mais ne se laissant pas dilater, saignant ou s'accompagnant d'infection vésicale ou rénale ou d'accidents** (orchites, etc.).

1° Faire l'urétrotomie interne avec l'appareil de Maisonneuve :

Technique : Instruments : Bougie conductrice (vérifier son état, l'adhérence de l'armature métallique à la bougie, et s'assurer que son pas de vis s'adapte à celui du conducteur cannelé et de la tige conductrice); conducteur cannelé sur la concavité ; lame urétrotome ou flamme n° 2 ; tige conductrice; sonde à bout coupé n° 15 ou 16; seringue à hydrocèle chargée d'eau boriquée tiède.

Soins préopératoires : Passer dès la veille une bougie conductrice dans le canal et la laisser à demeure. Avant l'opération, asepsie du champ opératoire (pubis, verge, bourses). Anesthésie locale (cocaïne, nirvanine); exceptionnellement chloroforme (malades pusillanimes).

L'opérateur d'un côté, un aide en face de lui ; malade sur le dos, cuisses écartées et fléchies ; un coussin sous le siège.

1° *Introduction de la bougie conductrice* (comme une bougie filiforme ordinaire).

2° *Introduction du conducteur cannelé :* Le visser à fond sur l'armature de la bougie conductrice ; le pousser doucement derrière la bougie conductrice; s'assurer qu'il a franchi l'urètre profond; le confier à un aide qui le maintient.

3° *Section de la stricture* : Prendre la verge de la main gauche; de la droite, introduire la flamme urétrotome dans la glissière et la pousser dans le canal; sectionner les brides qui font obstacle; la mener jusqu'au fond et la retirer.

4° *Mise en place de la sonde à bout coupé :* Retirer le conducteur cannelé (lui seul) ; le dévisser de la bougie conductrice (laissée dans le canal) et, sur celle-ci, visser la tige conductrice qui est introduite jusqu'au delà de la section.

Sur cette tige, glisser la sonde à bout coupé, jusque dans la vessie. Retirer tige et bougie conductrices ; par la sonde (fixée à demeure : muselière en caoutchouc, procédé de Necker avec les fils de soie, points de suture fixant la sonde à l'urètre, etc.), faire un lavage à l'eau boriquée.

Suites opératoires : Après l'opération, reporter le malade dans son lit; urinal avec eau boriquée ou sublimé dans laquelle plonge un tube en caoutchouc mis en prolongement à la sonde à demeure.

Laisser la sonde en place de vingt-quatre à quarante-huit heures ; commencer les cathétérismes (avec les Béniqué) au dixième jour. Continuer pendant longtemps la dilatation (II, A, 4 et 5).

Accidents de l'urétrotomie interne :

a) *Étroitesse du méat* (le débrider au bistouri ou au méatotome).

b) *Hémorragie :* Au moment de l'accident, presque toujours insignifiante, elle cède par la présence de la sonde à demeure ; au moment des premiers cathétérismes, elle indique qu'on a commencé trop tôt la dilatation ou qu'on va trop vite.

c) *Fièvre :* La sonde a été enlevée trop tôt (la replacer) ; la sonde introduite est trop grosse (la changer).

d) *Infiltration d'urine* (Voir ce mot) : C'est qu'on n'a pas mis de sonde à demeure ou que celle-ci est trop grosse.

2° S'il existe une sclérose étendue et profonde, comme après certains traumatismes, faire plutôt l'*urétrotomie externe sur conducteur*, avec résection des parties sclérosées (pour éviter la récidive).

La récidive, après l'urétrotomie interne, indique aussi l'urétrotomie externe sur conducteur. Il en est de même des fistules périnéales anciennes.

D. — Rétrécissement infranchissable après plusieurs essais régulièrement pratiqués.

1° Faire l'urétrotomie externe sans conducteur.

2° Si, pendant l'opération, on ne trouve pas le bout postérieur de l'urètre (rare), ouvrir la vessie pour pratiquer le cathétérisme rétrograde (exceptionnel). Profiter de la plaie périnéale pour exciser les tissus sclérosés.

3° A titre exceptionnel et, dans des cas très graves (scléroses très étendues, très anciennes, avec des récidives multiples, surtout chez les vieillards ayant un mauvais état des voies urinaires supérieures), pratiquer l'urétrotomie périnéale et même la cystostomie sus-pubienne.

Dans tous les cas, quelle qu'ait été l'intervention qui a recalibré l'urètre, le malade devra se sonder régulièrement (II, A, 5).

Pour les complications voir : Rétention aiguë d'urine, infiltration d'urine, etc.