RUPTURES DE L'URÈTRE

Éléments étiologiques : 1° Ruptures péniennes : traumatismes directs, faux pas du coït ; 2° ruptures périnéales : chocs sur le périnée, chutes à califourchon, fractures du pubis ; 3° fausses routes par le cathétérisme.

Signes cliniques : Douleur, troubles de la miction (rétention souvent complète), urétrorragie, tuméfaction périnéale (sang, urine).

I. — RUPTURES PÉNIENNES.

A. — L'accident est récent ; la miction est conservée.

Surveiller le malade, ne pas essayer de passer de sonde et faire très doucement des lavages boriqués.

S'il survient un peu de gonflement au point contus, inciser à ce niveau la face inférieure de la verge jusqu'à l'urètre.

B. — L'accident est récent, le malade urine mal ou n'urine pas.

Faire d'emblée la cystostomie sus-pubienne d'urgence.

C. — L'accident est plus ancien et il y a des signes d'infiltration.

1° Cystostomie sus-pubienne.

2° Débridements étendus et profonds au bistouri, au thermocautère (menace de gangrène) au point contus et dans la région infiltrée.

3° Après la chute des accidents aigus, s'occuper de recalibrer l'urètre (Voir *Rétrécissements*).

II. — RUPTURES PÉRINÉALES PAR CHUTE A CALIFOURCHON OU CHOC AU PÉRINÉE.

A. — Cas légers : Urétrorragie nulle ou peu marquée ; pas de tumeur périnéale ; miction satisfaisante.

Ne pas essayer le cathétérisme (toujours nuisible).

Surveiller le malade pour intervenir à la moindre menace d'infiltration.

B. — Cas moyens : Après urétrorragie moyenne, le malade pisse mal, il y a tumeur périnéale nette.

1° Sans s'attarder à multiplier les cathétérismes (sonde en caoutchouc rouge de Nélaton), faire d'urgence l'urétrotomie périnéale.

Technique : Le malade mis dans la position de la taille (siège sur le bord de la table, les cuisses relevées et écartées), le périnée est rasé largement et antiseptisé.

Le chirurgien est assis, le dos à la fenêtre, celle-ci éclairant en plein le champ opératoire ; la nuit, s'éclairer d'une bonne lampe (lampe à reflecteur si possible).

Trois aides (un pour chaque jambe et le troisième placé sur le côté gauche du malade relève la verge et les bourses et tient la sonde destinée à jalonner l'urètre antérieur). Le dernier aide est seul nécessaire ; les deux autres peuvent être remplacés par une paire d'appuie-jambes.

Instrumentation : Deux sondes en caoutchouc rouge (du calibre 15 à 20), un cathéter, un bistouri, une sonde cannelée, une pince à griffes, ciseaux droits et courbes, quelques pinces de Kocher, aiguilles fines courbes (d'Hagedorn ou de Reverdin). Catguts n°s 00 et 1 ; six crins de Florence.

Anesthésie générale.

Le cathéter est introduit prudemment jusqu'à la rupture urétrale.

1er Temps : Incision périnéale, sur le raphé, de la racine des bourses à un centimètre en avant de l'anus ; aller d'emblée jusqu'aux caillots.

2e Temps : Les caillots enlevés avec des tampons ou un jet de liquide antiseptique, rechercher d'abord le bout antérieur

de l'urètre, facile à trouver grâce au cathéter que le doigt sent et que l'œil voit dans la plaie; passer un fil pour le jalonner; hémostase par tamponnement.

3e *Temps :* Recherche du bout postérieur : Si la rupture est incomplète, il existe, à la paroi supérieure de l'urètre, un pont muqueux qui guidera une sonde cannelée vers le bout postérieur ; mettre également un fil sur ce bout de l'urètre, ou une pince de Kocher et, par l'orifice, amorcer le passage de la sonde en caoutchouc rouge (n° 15), introduite dans l'urètre antérieur à la place du cathéter.

En cas d'insuccès dans la recherche du bout postérieur, (surtout difficile à trouver lorsque la rupture est complète), tamponner un instant la plaie pour parfaire l'hémostase, explorer au stylet toutes les dépressions du versant postérieur de la plaie et, si les recherches restent vaines, débrider l'incision en arrière jusqu'au voisinage du rectum ; reconnaître le bec de la prostate, ponctionner l'urètre à ce niveau et introduire par là, d'arrière en avant, dans le canal, une petite sonde qui, en sortant par la plaie, jalonnera le bout postérieur.

4e *Temps :* Introduire jusque dans la vessie, par le bout postérieur ainsi jalonné, l'extrémité de la sonde qui se trouve dans l'urètre antérieur et fixer la sonde au méat par un point de suture.

5e *Temps : a) Les tissus périnéaux paraissent aptes à la réunion immédiate :* Rapprocher autour de la sonde par quelques points de fin catgut les tissus juxta-urétraux des deux bouts; suturer de même muscles et aponévroses; couche sous-cutanée et peau au crin de Florence. Pansement sec. Sonde à demeure sept à huit jours.

b) Les tissus périnéaux sont inaptes à la réunion : Laisser la plaie largement ouverte et panser à plat.

2° Traitement consécutif :

Dès le dixième ou douzième jour, dilater progressivement l'urètre avec les Béniqué.

III. — Cas graves; contusion profonde; rétention complète et infiltration périnéale volumineuse; hémorragie abondante.

Incision périnéale comme dans le cas précédent.

Lorsque l'urètre est complètement sectionné, la recherche du bout postérieur est difficile.

1° *On trouve l'urètre postérieur :*

Traitement comme pour II.

2° *On ne trouve pas l'urètre postérieur :*

Ou bien : Laisser l'incision largement ouverte et ponctionner la vessie (voir *Rétention d'urine*) à l'hypogastre, s'il survient de la rétention; le malade urinera bientôt par sa vaste brèche périnéale, maintenue béante.

Ou bien : Faire, dans la même séance, le *cathétérisme rétrograde:*

Technique: Raser le pubis; le savonner et le rendre aseptique.

Instruments: Comme pour l'urétrotomie périnéale et, de plus, quatre pinces à forcipressure et une valve.

1er temps : Le malade étant en décubitus dorsal, le chirurgien, placé à droite, incise de haut en bas sur la ligne médiane. L'incision, qui dépasse en bas la symphyse d'un centimètre au moins, remontera à 8 ou 10 centimètres au-dessus du pubis. Sous la peau incisée, reconnaître la ligne blanche, l'inciser à son tour, et reconnaître le tissu cellulo-graisseux sous-péritonéal.

2e temps : Déposer le bistouri et, de l'index droit, reconnaître la vessie qui bombe; avec ce doigt, en grattant de bas en haut la face antérieure de la vessie, refouler en haut le cul-de-sac péritonéal.

3e temps : Ponctionner la vessie au bistouri, aussi haut que possible (hémorragie des plexus veineux situés derrière le pubis).

Au moment où l'urine jaillit, un aide saisit avec une pince à forcipressure chacune des lèvres de la plaie (ne pas tirer sur ces pinces afin de ne pas déchirer; agrandir la plaie vésicale d'un coup de ciseaux et remplacer les pinces qui tiennent les lèvres vésicales par un fil.

Si la vessie n'est pas distendue par l'urine, l'ouvrir sur la face postérieure du pubis : l'incision vésicale doit mesurer 4-5 centimètres.

4e temps : Mettre une valve à l'extrémité supérieure de l'incision vésicale, introduire l'index dans la cavité et chercher le col en avant, sous la symphyse ; *si l'on ne trouve pas l'orifice du col*, c'est qu'on s'est égaré en arrière dans le bas-fond (le col donne au doigt la sensation d'une dépression entourée en arrière et sur les côtés par un bourrelet arrondi plus ou moins saillant).

5e temps : Dans l'orifice, introduire une sonde en caout-

chouc rouge; la pousser doucement jusqu'à ce qu'elle sorte par le périnée.

6e temps : Sectionner le bout arrondi de la sonde vésicale qui sort au périnée et, dans sa lumière, introduire l'extrémité de la sonde qui est dans la partie antérieure de l'urètre; tirer ensuite doucement par la plaie hypogastrique la sonde vésicale jusqu'à ce que l'extrémité de l'autre sonde (qui a été introduite par le méat), soit dans la vessie.

7e temps : Retirer la sonde hypogastrique, suturer la plaie hypogastrique (si l'urine n'est pas infectée) par deux plans : l'un vésical (catgut), l'autre cutané et aponévrotique (crin de Florence).

Si l'on n'est pas sûr de l'asepsie : Un drain entre les deux plans.

8e temps : Tamponner lâchement la plaie périnéale à la gaze iodoformée, ouate, bandage de corps avec sous-cuisses.

III. — RUPTURES PROFONDES AVEC FRACTURE DU PUBIS.

A. — Il y a une tuméfaction à la partie postérieure du périnée.

Aller à sa rencontre par une incision en T (branche verticale sur le raphé, branche transversale en avant de l'anus):

Si l'on rencontre le bout postérieur de l'urètre : Y placer une sonde et drainer la vessie par le périnée.

Si on ne le trouve pas : Cystotomie sus-pubienne et cathétérisme rétrograde.

B. — Il n'y a pas de tuméfaction périnéale.

Faire la cystostomie sus-pubienne.

Technique : Les trois premiers temps, comme pour le cathétérisme rétrograde.

4e Temps : Suture de la vessie à la peau.

S'il survient de l'infiltration au périnée. Débrider au bistouri (voie prérectale).

SECTIONS COMPLÈTES DES TENDONS

Éléments étiologiques : *Sections nettes* : instruments tranchants (morceaux de verre, de faïence, couteau, sabre, bistouri); *plaies contuses :* avec ou sans perte de substance (écrasement, broiement, armes à feu); poignet, main, doigts.

Signes cliniques : Impotence fonctionnelle immédiate, complète ou partielle (muscles synergiques) du muscle auquel appartient le tendon sectionné; attitudes diverses de la région suivant le tendon intéressé (extenseurs, fléchisseurs); écartement des deux bouts; rétraction plus ou moins considérable du bout central (tonicité du muscle, gaine synoviale).

Évolution variable : *plaie septique :* sphacèle des deux bouts, exfoliation tendineuse (grand écartement), cicatrisation indépendante des deux extrémités, adhérences aux tissus voisins; *plaie aseptique :* guérison spontanée (ne pas y compter) ou chirurgicale.

Indication thérapeutique : **Rétablir par la suture la continuité du tendon. Nécessité absolue d'une antisepsie rigoureuse** (mains, instruments, plaie, pansement).

I. — L'ACCIDENT VIENT DE SE PRODUIRE.

1° Anesthésie générale.

2° Élever le membre blessé pendant deux ou trois minutes, et fixer solidement à sa racine le tube d'Esmarch.

3° Antisepsie de la plaie (sublimé à 1/1000 ; solution phéniquée forte à 5 p. 100) ; enlever les corps étrangers; limiter le champ opératoire avec des compresses aseptiques.

4° Recherche des deux bouts du tendon :

A. — On voit dans la plaie les deux bouts, presque au contact.

1° *Avivement* (ne le pratiquer que si les deux bouts sont mâchés, contus, irréguliers) :

Saisir, avec une pince à dents, successivement chaque extrémité tendineuse et, d'un coup net de ciseaux bien

coupants, en régulariser la surface de section par une résection aussi parcimonieuse que possible.

2° *Suture* (fils de soie fins, catgut n°s 0 ou 1, crins de Florence; aiguilles fines d'Hagedorn, de couturière, de Reverdin) :

a. *Tendon mince et plat :*

Faire, sur chaque extrémité du tendon, à quelques millimètres de la surface de section, une ligature circulaire.

Au delà de ces ligatures circulaires, passer en plein tendon deux ou trois fils parallèles à sa direction et reliant les deux bouts tendineux.

Affronter exactement les extrémités et serrer les fils sans brusquerie.

b. *Tendon extrêmement grêle :*

Superposer les deux bouts tendineux et les fixer dans cette position par un fil qui les embroche.

c. *Tendon cylindrique :*

Passer successivement, dans chaque bout du tendon et d'un bord à l'autre, un premier fil (fil d'appui) parallèle à la surface de section et à un centimètre d'elle ; serrer ce fil, le nouer sur le côté du tendon et le couper ras, après affrontement exact.

En dedans du fil d'appui, passer, en plein tendon, un, deux ou trois fils (suivant le calibre du tendon) parallèles à sa direction et reliant les deux bouts (fils d'affrontement) ; nouer ces fils sur la face antérieure du tendon et couper ras.

3° *Réfection de la gaine synoviale :*

Par surjet au catgut.

4° *Réunir*, aux crins de Florence, la plaie des parties molles avec ou sans drainage (suivant le degré d'asepsie réalisée).

5° *Pansement :* Gaze iodoformée, ouate hydrophile ; attelle plâtrée disposée de façon à éviter toute traction sur les sutures du tendon.

6° *Enlever la bande d'Esmarch.*

Ne pas toucher au pansement (sauf indications : fièvre, douleur) avant quinze jours ou trois semaines.

B. — On ne voit dans la plaie que le bout périphérique.

Recourir, pour faire saillir le bout central, à la méthode de l' « expression musculaire » :

Enserrer dans les tours d'une bande élastique, depuis le coude jusqu'aux limites de la plaie du poignet, la masse musculaire de l'avant-bras (section tendineuse du poignet).

En cas d'échec : Débrider la plaie dans une direction parallèle à la direction connue du tendon.

a. *Le bout central peut, sans grande traction, être mis au contact du bout périphérique :*

Traitement comme pour A.

b. *L'affrontement est impossible* (écart de 6 à 8 centimètres entre les deux bouts) *ou nécessite une tension exagérée du bout central :*

Si le tendon est de gros calibre (tendon d'Achille) : *Procédé en accordéon :*

1° Faire, au bistouri, sur chacun des bords du tendon, des incisions alternantes, intéressant au moins la moitié de la largeur du tendon.

2° Suturer bout à bout, directement, en long.

Si le tendon est de faible ou de moyen calibre : Suture à distance (catgut chromique n° 2, lentement résorbable) :

Réunir, sans traction aucune, les deux bouts tendineux par des anses multiples de catgut allant de l'un à l'autre.

c. *L'affrontement est impossible* (écart de plus de 8 centimètres entre les deux bouts).

S'il y a un tendon synergique voisin :

Anastomose tendineuse :

Pratiquer, avec un bistouri, une boutonnière dans le tendon synergique et insérer dans cette boutonnière le bout périphérique du tendon sectionné ; le fixer par un ou deux fils.

S'il n'y a pas de tendon synergique voisin :

Suture à distance ou greffe tendineuse.

d. *Le bout central est introuvable* :

Traitement comme pour (B. c.).

II. — L'ACCIDENT EST RÉCENT, MAIS LA PLAIE, INFECTÉE, SUPPURE.

Antisepsie de la plaie et attendre la cicatrisation de la plaie sous un pansement propre; puis traitement comme pour III.

III. — L'ACCIDENT EST ANCIEN; LA PLAIE DES PARTIES MOLLES EST CICATRISÉE.

Suture secondaire :

1° *Recherche des deux bouts :*

Inciser sur le trajet du tendon sectionné (dont on sent parfois les bouts saillants sous la cicatrice).

Isoler patiemment les extrémités tendineuses cicatrisées et adhérentes (leur ménager, autant que possible, une gaine celluleuse).

2° *Suture et pansement :* Comme pour I.

Si plusieurs tendons sont sectionnés : Recourir à l'électrisation des corps charnus pour assurer la correspondance des bouts tendineux.

TARSALGIE DES ADOLESCENTS

Éléments étiologiques : Adolescence : de douze à dix-huit ans; station debout prolongée chez les jeunes gens grands et débiles, avec des chaussures légères sans talon; rhumatisme, rachitisme.

Signes cliniques : Au début : Rien le matin au réveil, mais, le soir, effacement de la voûte plantaire, valgus et douleur dans l'articulation médio-tarsienne; marche pénible.

Plus tard : Même signes mais exagérés et permanents avec augmentation après la station debout; valgus plus marqué; scaphoïde et tête astragalienne saillants sur le bord interne du pied. Douleurs dans la médiotarsienne et vers la malléole interne, plus saillante qu'à l'état normal. Pointe du pied déviée en dehors, contracture musculaire. Le repos au lit prolongé fait cesser ces symptômes.

Dans un troisième degré, il n'y a plus de douleur ni de contracture, mais ankylose, avec la déformation précédente (pied plat valgus).

A. — Dès le début.

1° Changer de profession, si celle du sujet exige la station debout.

2° Repos au lit pendant quelques jours.

3° Faire porter au malade, dans le soulier, une seconde semelle, en forme de demi-lune, taillée en biseau sur son côté arrondi, épaisse de 5 à 10 millimètres sur le milieu du côté rectiligne. Cette petite semelle sera faite en liège ou en caoutchouc, la partie épaisse correspondra au bord interne du soulier; la partie arrondie et amincie au milieu de la plante du pied.

Ce petit appareil, très simple, en soulevant le bord interne du pied et en lui conservant sa forme en voûte, suffit à calmer les accidents.

B. — A la deuxième période. (Permanence des symptômes, même le matin au réveil.)

1° Endormir le malade au chloroforme et, pendant le sommeil, placer sur le pied et le tiers inférieur de la jambe un appareil plâtré ; pendant qu'il sèche, maintenir le pied en creux varus.

Laisser l'appareil en place et le malade au lit jusqu'à disparition complète de la contracture et de toute douleur au lieu d'élection.

2° Dès lors, enlever l'appareil et permettre la marche avec la petite semelle indiquée en A, 3.

3° Joindre au traitement précédent le massage et l'électrisation des muscles de la jambe (surtout des péroniers et du jambier antérieur).

C. — Si les moyens précédents bien appliqués ont échoué (ce qui est exceptionnel) **ou s'il existe des déformations osseuses rendant la réduction impossible.**

1° Extirper le scaphoïde, enlever, à la curette tranchante, le cartilage articulaire de la tête de l'astragale et des cunéiformes et rapprocher les surfaces osseuses grâce à un appareil plâtré maintenant le pied en varus ; ne pas toucher au plâtre avant deux mois.

2° *Ou bien* (surtout en cas d'ankylose), résection cunéiforme du tarse à base interne et empiétant davantage sur la face inférieure que sur la supérieure.

TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE

Éléments étiologiques : Bacille de Koch ; hérédité, milieu, misère physiologique, jeune âge. Région cervicale.

Signes cliniques : 1re *période* : Adénite mono ou polyganglionnaire ; ganglions hypertrophiés indolores, durs, mobiles sous la peau. Accroissement indépendant et inégal. Stade parfois indéfini (polyadénite chronique des strumeux).

2e *période* : Abcès froids ganglionnaires : Caséification, ramollissement inflammatoire ; adhérence de la peau, rouge et de plus en plus amincie ; fluctuation.

3e *période* : Ulcérations à bords décollés, violacés, amincis, fistules intarissables ; pus grumeleux.

Santé générale très variable, parfois étonnamment conservée.

Importance capitale du traitement médical et hygiénique dans toutes les formes, opérables ou non, de tuberculose ganglionnaire.

I. — MONO OU POLYADÉNITE, SUPPURÉE OU NON, AVEC TUBERCULOSE PULMONAIRE, AIGUE, FÉBRILE, MAUVAIS ÉTAT GÉNÉRAL OU GÉNÉRALISATION TUBERCULEUSE.

Contre-indications opératoires absolues. S'en tenir au traitement médical.

II. — MONO OU POLYADÉNITE SUPERFICIELLE ; GANGLIONS DURS, MOBILES, SANS TRACES DE RAMOLLISSEMENT.

Extirpation.

Technique : 1° Mettre à nu, par une incision appropriée, la tumeur ganglionnaire.

2° Saisir successivement, avec une pince à griffes, chacune des lèvres de l'incision, la soulever et, à l'aide d'une sonde cannelée, d'une spatule ou du doigt, libérer la coque ganglionnaire des tissus voisins ; énucléer le ganglion ; disséquer aux ciseaux courbes et à la pince à griffes, en suivant exactement le sillon de clivage qui sépare le ganglion des tissus voisins.

3° Réunion de la plaie aux crins de Florence ; faire un adossement bien exact pour éviter une cicatrice difforme.
4° Pansement à la gaze stérilisée.

Enlever les fils du 6e au 8e jour et envoyer le malade passer deux ou trois mois au bord de la mer ou, au moins, à la campagne.

III. — MONO-ADÉNITE SUPERFICIELLE; GANGLION RÉNITENT, RAMOLLI; CASÉIFICATION CENTRALE; ADHÉRENCES PÉRIPHÉRIQUES.

Extirpation par dissection :

1° Inciser au bistouri jusqu'au ganglion.
2° Libérer, aux ciseaux courbes, le ganglion, de ses adhérences ; déchirer, avec les branches fermées, les connexions molles, couper les adhérences solides entre deux ligatures (vaisseaux importants) ; extraire le ganglion complètement libéré ; hémostase par compression, avec tampons aseptiques.
3° Fermer la plaie, par quelques points de suture, avec ou sans drainage à la gaze, suivant l'étendue de la cavité.

En cas d'ouverture de l'abcès ganglionnaire pendant la dissection : Continuer la dissection ; mais si celle-ci est jugée impossible :

1° Ablation aux ciseaux de la plus grande partie de la poche, curettage énergique et cautérisation de la cavité au chlorure de zinc au 10e, ou mieux à la solution phéniquée à 5 p. 100, s'il y a de gros vaisseaux dans le voisinage (escarre des parois veineuses).
2° Drainage (deux drains de caoutchouc en canon de fusil) et pansement à la gaze iodoformée.

IV. — MÊMES FORMES DE TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE QUE II ET III, MAIS GANGLIONS PROFONDS EN RAPPORT AVEC DES ORGANES IMPORTANTS.

Extirpation par dissection ou énucléation : Opération, dans ce cas, délicate, laborieuse et dangereuse (artères, veines, nerfs); faire appel au chirurgien.

V. — POLYADÉNITE; GANGLIONS COALESCENTS PAR PÉRIADÉNITE, RAMOLLIS A DIVERS DEGRÉS; MASSE LOBULÉE, IRRÉGULIÈRE, DE CONSISTANCE INÉGALE.

1° Mettre à nu la tumeur par une large incision, ou, si la peau adhère, la circonscrire dans une incision elliptique et l'exciser.
2° Enlever, aux ciseaux courbes, au bistouri et au thermocautère, toutes les parties dures non caséifiées de la masse fongueuse; gratter énergiquement à la curette tout ce qui ne peut être enlevé ; cautériser au chlorure de zinc au 10e, à la solution phéniquée forte à 5 p. 100, au naphtol camphré.
3° Bourrer de gaze iodoformée.

L'extirpation vaut mieux que la méthode précédente, mais elle exige un chirurgien exercé.

VI. — POLYADÉNITE ULCÉRÉE, FISTULEUSE.

Traitement comme pour V.

TUBERCULOSE DU TESTICULE

Éléments étiologiques : Bacille de Koch : traumatisme, épididymite blennorragique ; hérédité ; période de la vie génitale (18-40 ans), enfance (assez fréquemment).

Signes cliniques : A. *Forme chronique* : 1re *période* : Tête de l'épididyme bosselée, dure, irrégulière, à nodules indolents ; queue plus rarement atteinte ; état stationnaire (mois, années) ; sclérose de guérison ou bien envahissement du corps épididymaire dans sa totalité.

2e *période* : Ramollissement d'un ou de plusieurs nodules, adhérence de la peau à leur niveau, amincissement, perforation (de 6 mois à 4 ans après le début).

3e *période* : Fistules (uniques ou multiples) à la partie postérieure du scrotum ; pus séreux, à flocons caséeux ; cicatrisation des fistules (cordes fibreuses réunissant la peau des bourses à l'épididyme ; ou bien, persistance indéfinie, ou bien, fongus bénin superficiel ou glandulaire.

Toucher rectal (prostate, vésicules séminales) examen des poumons, etc... Bilatéralité fréquente, successive.

B. *Forme aiguë* (tuberculisation galopante, orchite tuberculeuse aiguë) : Caséification rapide de la glande (2-3 mois) ; quelques rares faits de guérison par sclérose.

I. — TUBERCULOSE TESTICULAIRE COEXISTANT AVEC DES LÉSIONS AVANCÉES DES POUMONS, DE LA VESSIE, DES REINS, ETC.

Traitement général de la tuberculose (hygiénique et médical).

Y recourir dans tous les cas de tuberculose testiculaire, quelle qu'en soit la forme, comme pour II, 2°.

II. — TUBERCULOSE TESTICULAIRE, A MARCHE LENTE, AVEC TENDANCE MANIFESTE A LA GUÉRISON PAR SCLÉROSE.

1° Immobiliser le testicule dans un bon suspensoir compressif.

2° *Soins hygiéniques et médicaux :* Grand air, saisons

d'altitude (montagnes du midi de la France) ; ou bien, cures à Balaruc, Biarritz, Salies de Béarn, etc... Huile de foie de morue, jusqu'à sept ou huit cuillerées à soupe par jour pendant l'hiver (surveiller l'estomac).

Pendant l'été : liqueur de Fowler ; commencer par cinq gouttes à chaque repas (deux fois par jour) ; augmenter progressivement d'une goutte chaque jour, jusqu'à dix gouttes ; rester huit jours à cette dose et diminuer ensuite progressivement jusqu'à cinq gouttes ; se reposer quinze jours, et reprendre le traitement sur les mêmes bases (surveiller les fonctions digestives, au point de vue de l'intolérance : interruption définitive ou temporaire du médicament).

Iodure de sodium à très faible dose et très longtemps continué (le prendre le matin à jeun).

Suralimentation : œufs (crus), beurre, lait, viandes grillées, poudre de viande, cervelle, poissons, purées de pois, de haricots, de lentilles, etc... Frictions sèches sur tout le corps, bains salés...

III. — TUBERCULOSE TESTICULAIRE A MARCHE LENTE, AVEC TENDANCE DE QUELQUES NODULES A SE CASÉIFIER.

Traitement comme pour II.

Y joindre : *Injections sclérogènes de chlorure de zinc au 20e à la périphérie des lésions :*

Technique : Antisepsie.

Saisir de la main gauche le scrotum au niveau de son insertion pubienne, énucléer le testicule et le rabattre en haut sur la face antérieure du pubis.

Enfoncer, de la main droite, une longue aiguille de la seringue de Pravaz chargée de la solution, profondément, jusqu'en plein tissu épididymaire, périnodulaire.

Déposer en ce point quatre ou cinq gouttes de la solution.

Répéter la même manœuvre aux quatre points cardinaux de la masse tuberculeuse.

Avoir bien soin, pendant les injections, et quelques minutes après, de comprimer assez énergiquement le cor-

don avec la main gauche qui tient les bourses (embolie).

Compression méthodique des bourses (suspensoir largement matelassé de ouate ordinaire).

Repos au lit deux ou trois jours.

Attendre, au minimum, une dizaine de jours, avant de procéder, s'il y a lieu, à une nouvelle séance.

IV. — TUBERCULOSE TESTICULAIRE AVEC UN OU PLUSIEURS NODULES CASÉIFIÉS SUR LE POINT DE S'OUVRIR A LA PEAU.

Technique : Incision. Antisepsie.

1° Inciser au thermocautère le ou les foyers purulents.

2° Évacuer la ou les collections caséeuses.

3° Cautériser la ou les cavités au thermocautère porté au rouge sombre et poursuivre, avec la fine pointe rouge, tous les diverticules secondaires.

4° Tamponner à la gaze iodoformée et appliquer un suspensoir compressif.

Panser chaque jour et cautériser, à chaque pansement, avec la solution de chlorure de zinc au 10e.

V. — TUBERCULOSE TESTICULAIRE : NODULES TUBERCULEUX DURS, DISSÉMINÉS DANS TOUTE L'ÉTENDUE DE L'ÉPIDIDYME (tête, corps, queue) ; INTÉGRITÉ (clinique) DU TESTICULE.

a. Recourir aux injections sclérogènes de chlorure de zinc, comme pour III.

En cas d'échec :

b. Épididymectomie.

Faire une incision exploratrice du testicule et agir suivant les circonstances :

1° *Le testicule est sain :* Suturer l'incision (catgut en surjet).

2° *Le testicule renferme des nodules tuberculeux :* Curetage, cautérisation (fer rouge, chlorure de zinc); suture de la glande.

Si le cordon est envahi : Faire l'épididymo-funiculectomie.

VI. — TUBERCULOSE TESTICULAIRE; ÉPIDIDYME FORMANT GROSSE MASSE CASÉIFIÉE A LA PARTIE POSTÉRO-INFÉRIEURE DE LA GLANDE.

Faire, suivant les circonstances : *L'épididymectomie; L'épididymo-funiculectomie ;*

La castration (après incision exploratrice du testicule).

VII. — TUBERCULOSE TESTICULO-ÉPIDIDYMAIRE UNILATÉRALE GRAVE ; FISTULES ÉPIDIDYMAIRES MULTIPLES; SUPPURATION INTARISSABLE; TESTICULE TENDU, DOULOUREUX; ÉTAT GÉNÉRAL SUFFISANT (sans lésions pulmonaires ou avec des lésions légères).

Pratiquer la *castration.*