

4. *Suture.* — Passer une première série profonde de fils de catgut gros : aiguille pénétrant à 1 centimètre en dehors de la plaie, traversant le sphincter et ressortant sur la muqueuse à 1 centimètre du bord opposé, sans qu'elle paraisse dans la plaie. Passer une deuxième série de fils superficiels muco-cutanés, au catgut fin.

Enlever ainsi tous les paquets hémorroïdaires existants. S'il restait des dilatations veineuses sur les ponts de muqueuse réservés, les traverser de la pointe du thermocautère.

Pansement.

Retirer le tampon du rectum.
Laver à l'eau bouillie. Introduire dans l'anus un drain de la grosseur du petit doigt (pour l'échappement des gaz), recouvert de gaze aseptique ou iodoformée.
Pansement sec aseptique.
Bandage en T.

Suites.

Le soir même, revenir voir le malade : s'enquérir de savoir s'il a uriné (on observe souvent de la rétention d'urine pendant quelques jours). En cas de rétention, faire le cathétérisme évacuateur au moins bi-quotidiennement (p. 387).
L'alimentation sera liquide.
Donner *tous les jours* une pilule d'extrait thébaïque (2 centigrammes).
Ne pas enlever le pansement avant le *huitième jour*, si possible. Alors, retirer le drain : purger le malade et en même temps lui donner un lavement huileux.
Laver la plaie à l'eau bouillie, après chaque évacuation, et remettre le pansement aseptique sec.
Guérison : en général au bout de *quinze jours*.
Si *inflammation et suppuration*, faire des pulvérisations boriquées chaudes, des lavages de l'anus et des pansements humides à l'eau bouillie. La guérison peut en

être retardée. Surveiller alors de très près la réparation (rétrécissement anal, abcès locaux, voire infection).

2° Destruction au thermocautère.

Préparatifs.

I. — *Avant l'opération.*

Instruments.

Thermocautère.
Valve écarteur.
Bock laveur.
Drain de la grosseur du petit doigt.

Liquides, médicaments.

Eau bouillie en grande quantité.
Vaseline stérile.

Matériel de pansement.

Gaze iodoformée.
Bandage en T double.

Anesthésique.

Général : chloroforme.

Aides.

Deux (un pour l'anesthésie).

Malade.

Même préparation que précédemment (p. 334).

II. — *Préparatifs de l'opération.*

Anesthésier le sujet.

Opération.

Position.

De la taille.

Exécution.

1. *Dilater l'anus* (p. 329).
2. *Laver le rectum* avec le bock rempli d'eau bouillie, puis y enfoncer un tampon de gaze assez gros pour protéger le champ opératoire.

Nettoyer avec une compresse et de l'eau savonneuse tout l'anus (intra et extra). Laver ensuite à l'eau bouillie.

3. La valve écarteur introduite, *enfoncer la pointe du thermocautère chauffé au rouge dans chaque hémorroïde saillante.*

Pansement.

Retirer le tampon du rectum. Faire un lavage à l'eau bouillie.

Introduire dans l'anus le drain recouvert de gaze iodée formée.

Pansement aseptique.

Bandage en T.

Suites.

Le soir même, revoir le malade.

S'il éprouve des douleurs par trop vives, faire pratiquer sur la région malade des pulvérisations boriquées chaudes. Au besoin, faire une injection de morphine. Alimentation liquide.

Tous les jours une pilule d'extrait thébaïque (2 centigrammes) jusqu'au sixième jour. *Le septième jour*, retirer le drain; purgatif et lavement huileux.

Après chaque évacuation, irrigation de la plaie à l'eau bouillie avec le bock à injection, puis, pansement aseptique sec.

Guérison : en moyenne au bout de dix à quinze jours.

APPENDICITE

Maladie toxi-infectieuse, due à l'inflammation de l'appendice vermiforme, à la suite d'un processus infectieux local ou général (grippe, rougeole, etc.).

Caractères. — En général, après des prodromes consistant en troubles digestifs plus ou moins lointains, il se produit : douleur subite et violente dans la fosse iliaque droite, nausées et quelquefois vomissements, fièvre (38 à 39°), constipation avec arrêt

des gaz, pouls rapide, facies tiré. — On observe alors trois symptômes qui font rarement défaut :

1° Douleur exquise à la pression au point de Mac Burney (à mi-chemin entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure droite) et bien moins aiguë ou même nulle aux environs de cette région.

2° Contracture musculaire de défense, dans la même région.

3° Hyperesthésie cutanée à ce niveau.

L'albuminurie est fréquente à partir du deuxième ou troisième jour.

Évolution. — La guérison spontanée peut se produire en quelques jours, ou bien il peut se développer une péritonite circonscrite, une péritonite généralisée (cas le plus rare, heureusement), une appendicite à recrudescence, des récidives, une appendicite chronique.

a) PÉRITONITE LOCALISÉE. — Au bout de quelques jours, apparition d'un *plastron iliaque* sensible à la pression, mat à la percussion superficielle, sonore à la pression profonde. Ce plastron peut aboutir à la suppuration, ou, au contraire, se résorber.

On reconnaît la formation d'un *abcès* aux signes suivants (Jalaguier) : on note souvent, à partir du deuxième ou troisième jour une ascension thermique progressive vers 40° et même plus haut ; en même temps, état typhoïde. D'autres fois, vers les quatrième ou cinquième jour, défervescence, avec abaissement proportionnel du chiffre des pulsations. Cette rémission trompeuse cache souvent un abcès. — Quelquefois l'ascension ou la baisse de la température précédée de légers frissons et d'une aggravation des douleurs spontanées venant sous forme de crises pénibles à l'occasion des contractions intestinales, apparaît au cours d'une appendicite circonscrite vers le cinquième ou sixième jour et se maintient plus de quarante-huit heures en dépit du traitement : il y a un abcès qui ne se résorbera pas.

Dans le cas où le plastron n'aboutit pas à la suppuration, il tend vers la résorption spontanée : à partir du huitième ou du neuvième jour, il diminue en même temps que la température et le pouls s'améliorent et que les gaz reviennent par l'anus.

b) PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE. — Température basse ou peu élevée, pouls rapide et petit, vomissements nombreux, ballonnement du ventre, facies grippé, teint subictérique quelquefois, absence de collection dans la fosse iliaque.

c) APPENDICITE À RECRUDESCENCE OU À RECHUTES. — Reprises successives inflammatoires survenant pendant une crise appendiculaire incomplètement finie.

d) APPENDICITE À RÉCIDIVES. — Après une première crise et une période calme plus ou moins prolongée, une nouvelle crise se produit, suivie d'autres dans les mêmes conditions.

e) APPENDICITE CHRONIQUE. — Après une première crise, ou sans même qu'il se soit produit une crise aiguë, on observe des troubles constants caractérisés par des symptômes gastro-intestinaux, des douleurs vagues dans l'abdomen, en relation avec une inflammation chronique de l'appendice. Diagnostic souvent des plus difficiles.

Pronostic. — Variable avec les formes et avec la thérapeutique. En général, grave.

Traitement.

Quelle que soit la forme à laquelle on a affaire, le traitement médical doit être institué dès le début.

A. Traitement médical.

Ni purgation, ni lavement.

1° Immobilisation absolue du malade, grâce au séjour au lit sur le dos, un coussin glissé sous les genoux. N'autoriser aucun mouvement, même pour les besoins naturels.

2° Immobilisation des intestins, grâce à l'emploi de l'opium en pilules de 1 centigramme espacées dans les vingt-quatre heures, à la dose de 0,05 centigrammes pour les enfants de quatre à six ans; 0,10 centigrammes pour ceux de dix à quinze ans et de 0,10 à 0,15 centigrammes pour les adultes.

On surveillera, d'ailleurs, les malades au point de vue des accidents d'intoxication possibles.

3° Vessie de glace en permanence sur tout l'abdomen.

4° Enfin, diète absolue : le malade ne pourra prendre qu'une à deux cuillerées à café d'eau d'Evian ou de Vichy glacée toutes les deux heures pour calmer sa soif.

La première tasse de lait ne sera autorisée que vingt-quatre heures après le retour à la température normale (Jalaguier).

Si le malade est trop faible ou dans les formes graves, recourir dès le début aux injections de sérum artificiel.

Ce traitement sera continué dans les formes sans com-

plication pendant toute la durée de la crise, soit pendant quatre à dix jours.

L'opium sera supprimé dès la cessation des fortes douleurs.

Si le malade n'a pas été à la selle, un lavement d'eau de guimauve additionnée d'une à deux cuillerées de glycérine sera donné vingt-quatre heures au moins après la fin de la crise. La première tasse de lait sera alors permise; il est bon de savoir que la température pourra remonter un peu, mais il n'y a pas d'inquiétude à avoir, si la douleur locale ne présente pas de recrudescence (Jalaguier).

La quantité de lait sera peu à peu augmentée, sans autre aliment, jusque vers le *quinzième jour*. On entretiendra la régularité des garde-robes grâce aux lavements glycerinés, ou aux suppositoires à la glycérine neutre, ou aux laxatifs (manne, huile de ricin).

Lever à la fin de la troisième semaine, en moyenne.

Conseiller la *résection à froid*. En tous cas, attendre, pour cette opération, au moins six semaines après la fin de la crise : on ne doit plus sentir de masse inflammatoire. Pronostic bénin : il ne doit pas y avoir de mortalité opératoire. [1 décès sur 131 cas (Jalaguier); 125 cas sans décès (Routier)...]

B. Traitement chirurgical.

Nous donnons le conseil de s'assurer au plus vite, d'un chirurgien de profession, dès que l'on a affaire à une appendicite, le praticien ne pouvant assumer la responsabilité des laparotomies parfois fort délicates dont l'indication peut se produire.

1° Si le diagnostic d'appendicite aiguë peut être posé dans les vingt-quatre heures qui suivent son début, l'intervention paraît aussi simple qu'à froid. Mais, c'est là un cas exceptionnel. L'opération est d'habitude impossible dans des limites aussi étroites.

2° Que faire en cas de *péritonite circonscrite* ? L'interven-

tion se trouvera indiquée dans les cas suivants (Roux, Jalaguier, Ricard et Launay) : si, après vingt-quatre ou trente-six heures de traitement, on ne constate aucune amélioration ; lorsqu'il y a de l'agitation, des douleurs vives et surtout augmentation du nombre des pulsations, sans élévation ou avec abaissement de la température ; *la dissociation du pouls et de la température, par accélération du pouls ne concordant plus avec les degrés du thermomètre, est une indication formelle d'intervention immédiate.* La dissociation inverse, indiquant la formation d'un abcès, n'implique pas cette hâte. Il faut opérer encore, lorsqu'après une amélioration de courte durée, on constate une recrudescence des symptômes ; ou lorsqu'après la défervescence normale et une période de bien-être de quelques jours, une nouvelle poussée survient, causée souvent, du reste, par un écart de régime ou la cessation de l'immobilité. Il faut encore opérer lorsqu'au lieu de décroître vers le cinquième ou le sixième jour, les symptômes s'accroissent avec frissons, douleurs vives, augmentation du plastron, de l'empatement, fièvre à caractère hectique ; enfin, dans l'appendicite à recrudescence, lorsqu'après défervescence, on assiste à une succession de petites crises plus ou moins intenses.

En dehors de ces cas, le traitement médical doit être seul employé, la résection de l'appendice à froid restant la méthode de choix.

3° Péritonite généralisée :

Dans la forme hypertoxique, l'opération peut se faire, mais avec des chances infimes de guérison. Pronostic fatal.

Dans la forme purulente généralisée, il faut intervenir ; les chances de guérison, sans être bien nombreuses, le sont suffisamment pour justifier l'intervention.

ORGANES GÉNITO-URINAIRES DE L'HOMME

EXAMEN DE L'APPAREIL URINAIRE

REIN

I. — INSPECTION

L'inspection se fait, le malade « à quatre pattes », le derrière tourné vers la lumière, le médecin du côté de la tête du patient face au jour. Une tuméfaction de l'une des régions lombaires est généralement en rapport avec une lésion périnéale.

II. — PERCUSSION

En avant (décubitus dorsal) : si on trouve de la sonorité au niveau d'une tumeur du flanc, penser au rein.

En arrière (décubitus ventral, un coussin relevant légèrement l'abdomen au niveau de la ceinture) : la percussion a une valeur très relative, à moins que du côté gauche la tuméfaction ne remonte très haut (matité sous-pleurale en imposant pour une pleurésie de la base).

III. — PALPATION

C'est le mode d'exploration qui fournit les renseignements les plus précis.

A. Palpation à deux mains.

Position du malade. — Décubitus dorsal, un coussin soulevant légèrement les épaules et la partie supérieure du thorax, les cuisses fléchies, les talons rapprochés.