

tion. On emploie donc assez rarement le cystoscope. L'instrument peut rendre des services réels dans certain cas, cependant (ulcérations tumeurs, etc., près du col). Pour s'en servir la vessie doit contenir environ 150 grammes d'un liquide transparent ; il faut éviter tout écoulement de sang. L'examen doit être rapide et de courte durée vu la chaleur dégagée par la lampe ; il faut à tout prix que celle-ci ne vienne pas en contact avec les parois de la vessie, car elle produit des brûlures avec escharres, qui sont graves. Les images données par le cystoscope sont renversées.

En résumé, donc, messieurs, pour l'examen des voies urinaires chez la femme, vous suivrez la marche suivante :

- 1o Préparation de la malade.
- 2o Analyse complète des urines.
- 4o Examen des organes externes et des sécrétions. — palper de l'uretère.
- 4o Désinfection des voies génito urinaires.
- 5o Examen des organes génitaux.
- 6o Examen de l'urètre, (soude, spéculum).
- 7o Examen de la vessie, (le palper, la sonde, le spéculum).
- 8o Examen des orifices urétéraux.
- 9o Exploration des uretères et des bassinets.
- 10 Cystoscopie électrique.

Voilà, messieurs, dans un aperçu bien rapide, les points les plus pratiques qu'il vous faut connaître dans le technique de l'examen des voies urinaires chez la femme. Saisissez-en bien l'importance et faites-en bénéficier vos clientes. Vous resterez, je l'espère, messieurs, convaincus que cet examen n'est pas une chose banale qui se fait en passant et à la légère, mais, qu'au contraire, c'est une chose sérieuse, importante qui exige de la méthode, des connaissances et qui mérite toute votre attention.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement des hémorroïdes.

La Société de chirurgie vient d'étudier cette question pratique avec les résultats suivants. Les mesures considérées sont la dilatation anale, l'igniponcture, la cautérisation, la volatilisation, l'excision, la ligature, et l'opération de Whitehead. Tous sont d'accord que le procédé doit varier suivant les lésions. La dilatation simple n'est pas suffisante à elle seule ; elle est cependant une ressource précieuse contre les douleurs sphinctérales, contre le saignement et pour prévenir les crises de tuméfaction douloureuse. Elle ne fait qu'aggraver généralement le prolapsus habituel qui survient après les évacuations intestinales ou pendant la marche (Berger). La dilatation sert cependant plutôt de préparatif à une intervention plus radicale. On préconise l'orthoforme (vaseline 30 p. orthoforme 1 p.) comme analgésique locale. (Ollier, Schwartz).

Il y a certaines hémorroïdes que l'on ne doit pas opérer : "celles des personnes à tempérament sanguin, à vaso-moteurs sensibles, sujettes à des congestions cutanées ou viscérales passagères et qui malgré leurs pertes sanguines conservent une santé et une activité parfaites ; aussi celles de certains névropathes irritables ou dégénérés (Tuffier)." "Il faut s'abstenir d'opérer pendant une crise douloureuse aiguë ; on peut soulager alors en piquant les bourrelets les plus distendus et en recouvrant d'un pansement antiseptique humide. (Berger)."

Pour les petits bourrelets hémorroïdaires non procidentaux l'igniponcture est préférable de l'avis de tous presque. Les hémor-

roïdes sont-elles procidentales quelques opérateurs préfèrent l'excision avec le bistouri et la suture de la muqueuse.

Schwartz et Routier attachent avec un fil et sectionnent.

Les hémorragies graves, entraînant l'anémie, des douleurs vives pendant ou après la défécation, un prolapsus volumineux progressif ou difficilement réductible la concomitance d'une rectite ulcéreuse (Picqué), exigent une intervention opératoire plus considérable : la cautérisation, la volatilisation, l'ablation sanglante.

Tillaux reste fidèle au fer rouge, qu'il emploie avec succès depuis 35 ou 40 ans, et qu'il n'a jamais cru devoir abandonner. Il insiste que le thermocautère est hémostatique quand on sait s'en servir : il est indispensable de le tenir au rouge sombre et d'appuyer un peu sur les tissus. Il rappelle qu'il ne cherche jamais à couper avec le fer rouge ; il veut seulement avoir une cautérisation interstitielle. Il ne repousse pas le Whitehead, mais dit que puisque dans la cautérisation on possède un traitement excellent, simple, à la portée de tous les médecins, pourquoi le changer ? Ollier, Pozzi et Berger sont de l'avis de Tillaux. Berger fait de la cautérisation, de la volatilisation avec les pinces-cautère de Richet depuis 24 ans et s'en est bien trouvé ; il n'a jamais eu de rétrécissements post-opératoires, rarement de récurrence, et n'a eu qu'une seule hémorragie. Berger distingue quatre formes d'hémorroïdes, chaque forme pouvant exister seule ou plusieurs coexister ; les h. saignantes, les h. douloureuses, les h. enflammées, et les h. procidentales.

Pozzi fait de l'igniponcture depuis 20 ans. Il fait la dilatation, abaisse les bourrelets et les cautérise avec la pointe du thermocautère ; pour prévenir les rétrécissements, au niveau de chaque hémorroïde, il fait une cautérisation profonde. Les résultats ont toujours été excellents ; l'opération est simple et non dangereuse.

Bazy pratique la volatilisation surtout dans les hémorroïdes volumineuses et voit une indication de cette opération dans l'anémie extrême de certains malades.

Monod, depuis 1882, fait l'excision au bistouri. Il fait administrer deux purgatifs successifs ; ne donne pas de lavement et emploie l'anesthésie chloroformique. Il fait la dilatation avec le spéculum de Trélat, saisit un à un les bourrelets avec un clamp placé bien parallèlement à l'axe de l'intestin et en le faisant monter aussi haut que possible dans la cavité rectale : il évite ainsi les sutures cutané-muqueuses. Il sectionne au devant du clamp seulement les hémorroïdes, sans la muqueuse saine, et il suture en faisant une hémostase soignée. Les résultats seraient toujours parfaits.

Reclus pratique la même opération pour laquelle il trouve la cocaïne le meilleur anesthésique. Il fait un pansement avec un gros tube enroulé de gaze enduite de pommade à l'orthoforme. Résultats parfaits.

Jusqu'à il y a deux ans, Schwartz faisait la volatilisation, mais il trouvait les suites pénibles, les douleurs vives et le traitement prolongé. Maintenant il fait un Whitehead qui lui réussit toujours et qui est une excellente opération à la condition d'être pratiquée avec minutie.

Pozzi trouve que l'excision est toujours délicate, souvent difficile, expose aux rétrécissements et est d'une asepsie difficile.

Poirier se prononce contre le thermocautère. Il dit en parlant de l'ablation circulaire qu'il n'a jamais pu obtenir une réunion sans aucune supuration. Tuffier dit si le bourrelet fait cercle complet il faut un Whitehead, qui est une opération facile, commode, à résultat net, radical ; c'est la seule opération applicable, la seule logique et efficace, seulement, s'il se fait de la suppuration on court le risque d'un rétrécissement.

On conseille d'éviter de sectionner la peau, dans le Whitehead, de bien limiter son incision à la jonction de celle-ci et de la muqueuse. Bazy fait la remarque qu'il faut éviter de sectionner trop dans la peau, mais que pour se débarrasser des franges gênantes il faut savoir enlever la quantité de peau nécessaire, tout en évitant l'inconvénient d'une éversion de la muqueuse.