COXO-TUBERCULOSE

Éléments étiologiques : Voir Tumeurs blanches.

Signes cliniques: Au début: claudication ou douleur (souvent au genou); atrophies musculaires (triceps et fessiers); contractures (adducteurs); ganglions cruraux; douleur à la pression directe sur l'articulation (base du triangle de Scarpa — immédiatement en dehors de l'artère fémorale — et pli fessier); douleur à la percussion sur le talon ou le grand trochanter.

2º période: Flexion, abduction et rotation externe de la cuisse; allongement apparent; abaissement du pli fessier; la contracture musculaire immobilise la hanche (mouvement de sonnette); ensellure

3º période: Flexion, adduction et rotation interne; raccourcissement apparent; élévation du pli fessier. Abcès froids (peuvent apparaître dès la 2º période).

4° période : Luxation pathologique de l'extrémité supérieure du fémur dans la fosse iliaque externe (la plus fréquente).

I. - CHEZ L'ENFANT.

A. - Au début.

1º Traitement général de la tuberculose.

AUSTOBAST

WALT SAW ACEDS

2º Immobilisation au lit et extension continue (Voir Fracture de cuisse: Appareil de Tillaux). Pour faire la contre-extension, élever les pieds antérieurs du lit, ou bien faire porter au malade un corselet en coutil sans baleine attaché aux barreaux de la tête du lit, par des lacs fixés aux épaules.

Pour permettre à l'enfant le séjour au grand air, faire préparer une planche dépassant la taille du malade de 50 centimètres au moins (25 du côté de la tête, 25 du côté des pieds); cette planche sera recouverte d'un mince matelas; la poulie sera fixée sur son support du côté des pieds; deux tiges de fer du côté de la tête maintiendront les deux

lacs du corselet de coutil. Un drain, légèrement tenduentre le pied et une tige métallique fixée sur la planche à la place de la poulie (du côté des pieds), peut remplacer la traction avec la poulie et les poids.

Laisser le malade de six mois à un an dans cet appareil.

3° Lorsque la douleur à la pression sur la hanche a disparu depuis plusieurs semaines, permettre au malade de marcher avec l'appareil plâtré confectionné de la façon suivante:

Technique: Envelopper de ouate le membre entier, le

bassin et le tronc jusqu'à la base du thorax.

Recouvrir la ouate avec une bande en toile, puis avec des bandes en tarlatane plâtrées (huit ou dix épaisseurs de bandes) entre lesquelles on intercalera de grandes lanières de bois de placage ou des bandes de zinc minces.

Laisser sécher en bonne position, puis ouvrir une fenêtre arrondie dans l'appareil, entre le rebord costal et l'ombilic,

pour ne pas comprimer l'abdomen.

L'appareil sec, faire adapter au soulier du côté sain (le seul sur lequel marchera le malade) une semelle épaisse de 7 à 8 centimètres et permettre la marche avec des béquilles.

Cet appareil de convalescence sera maintenu encore trois mois au moins.

B. — Période des attitudes vicieuses.

(2e et 3e période.)

1º Redresser le membre par l'extension continue (A, 2º), mais augmenter progressivement les poids ou la traction au caoutchouc jusqu'à produire le maximum d'extension que pourra supporter l'enfant.

2° Si, après un mois, le redressement n'est pas complet, endormir le malade au bromure d'éthyle, redresser le membre malade et l'immobiliser dans un plâtre (A, 3°).

Si la flexion ne se laisse pas vaincre complètement à la première séance, ne rien brusquer, mais fixer la cuisse, avec l'appareil plâtré, dans l'extension maximum obtenue et faire plusieurs séances successives de redressement, à quinze jours ou trois semaines de distance. Même traitement général que pour A.

3º S'il existe des abcès froids, les évacuer par la ponction aspiratrice et l'injection d'éther iodoformé ou d'huile de gaïacol iodoformée (Pour la technique, voir Abcès froids).

4º Lorsque, malgré plusieurs ponctions suivies d'injection, le pus s'est reproduit, inciser largement, après chloroformisation du malade et antisepsie du champ opératoire; exciser aux ciseaux courbes les tissus malades (poche de l'abcès froid); gratter à la curette, ou mieux, enlever à la gouge l'os malade aussi largement que possible; désinfecter la totalité de la plaie avec un tampon de gaze imbibée de chlorure de zinc au 10°. Ne suturer la plaie à ses extrémités que si elle est très étendue, de façon à la laisser largement ouverte.

Bourrer la plaie de gaze trempée dans le naphtol camphré ou de gaze iodoformée. Panser tous les trois ou quatre jours.

Si les bourgeons charnus ne semblent pas bien vivaces et font craindre la récidive, toucher les points douteux au thermocautère.

L'extension continue sera faite pendant toute la durée du traitement.

A cette période, la guérison ne s'obtiendra, même chez les enfants, qu'après de longs mois de traitement et avec ankylose de la hanche.

Ne pas faire de tentatives de redressement forcé tant que la coxalgie suppure; redresser, s'il y a lieu, par l'extension continue.

5º En cas de récidive, renouveler l'intervention, sans se décourager, autant de fois qu'il le faudra.

6° Lésions très profondes, avec fièvre et mauvais état géneral : Résection de la hanche.

C. - Luxations pathologiques.

Résection de la hanche.

II. - CHEZ LES TOUT JEUNES ENFANTS.

L'extension continue étant inapplicable, faire d'emblée un appareil plâtré (A, 3°).

Laisser l'appareil en place pendant plusieurs mois, même dans les cas légers.

L'échancrer suffisamment, au niveau du périnée et des fesses, pour éviter sa souillure par les matières fécales et l'urine.

Il sera même bon de le recouvrir d'une couche de collodion, passée au pinceau, pour le rendre imperméable à ce niveau.

Changer l'appareil dès qu'il est devenu génant, par suite de la croissance de l'enfant.

Étendre le petit malade sur une planche recouverte d'un matelas, afin de pouvoir le laisser toute la journée dehors, au grand air.

III. - CHEZ L'ADULTE.

1º Dans les cas légers, extension continue, comme chez l'enfant.

2º Dès qu'il y a des fongosités manifestes et des lésions osseuses profondes, ouvrir l'articulation: enlever les fongosités à la curette et les parois de l'abcès aux ciseaux, gratter profondément les lésions osseuses à la curette ou à la gouge; chlorure de zinc au 10°. Laisser la plaie largement ouverte et tamponner à la gaze imbibée de naphtol camphré.

3º Si les lésions sont graves: Résection de la hanche avec immobilisation prolongée pour obtenir l'ankylose en bonne position (extension, abduction et rotation externe légère).

4° Guérison en attitude vicieuse (flexion et adduction) d'une coxalgie ancienne: ostéotomie oblique sous-trochantérienne permettant de corriger la flexion, l'adduction et le raccourcissement du membre.

Attendre, pour opérer, que la lésion soit guérie depuis plusieurs années, afin d'éviter le réveil de lésions tuberculeuses mal éteintes. Élèments étiologiques: Infections microbiennes: blennorrhagie, cathétérisme septique, injections chez les blennorragiques; causes prédisposantes: congestion, rétention (prostatiques, rétrécis, urétrite postérieure, calculs, corps étrangers); infection à travers les parois (foyer septique périvésical)...

Signes cliniques: Fréquence des mictions, douleur (au début et à la fin), ténesme (à la fin), pyurie (variable); hématurie; formes légères, graves, avec tous les intermédiaires; guérison; passage à l'état chronique; infection ascendante (pyélonéphrite).

I. — CYSTITE AIGUE PAR CALCUL, CORPS ÉTRANGER, RÉTRÉCISSEMENT, FOYER SEPTIQUE PÉRIVÉSICAL, ETC.

A. Traiter la cause: Extraire le calcul (tailles, lithotritie); extraire le corps étranger (voies naturelles ou taille hypogastrique); sectionner le rétrécissement (urétrotomies interne ou externe, suivies de dilatation urétrale); inciser et drainer les abcès périvésicaux, etc.

B. Traiter la cystite comme pour II.

II. - CYSTITE AIGUE (BLENNORRAGIQUE).

Repos au lit; grands bains chauds d'une heure; applications chaudes sur le ventre (grands cataplasmes); petits lavements d'eau très chaude (50°) avec 10 gouttes de laudanum; piqures de morphine; balsamiques à faibles doses (térébenthine, etc.); boire abondamment dulait coupé d'eau de Vichy, tisane de bourgeons de sapin; salol (50 centigrammes en un cachet par jour).

Pas de lavages vésicaux (distension vésicale, dangereuse et douloureuse).

Instillations (nitrate d'argent, protargol, sublimé sans alcool ni acide tartrique); augmenter progressivement le

titre des solutions (nitrate d'argent et protargol de 1 à 4 p. 100; sublimé de 1/8000 à 1/500).

Technique: Faire l'instillation immédiatement après que le malade a uriné.

1º Introduire l'instillateur à bout olivaire dans l'urètre

prostatique ou jusque dans la vessie.

2° Adapter la seringue à l'instillateur et instiller 30 ou 40 gouttes (nitrate d'argent, protargol), ou injecter lentement 1 centimètre cube (sublimé à 1/5000).

Continuer longtemps ce traitement, même après améliorations considérables.

Si la cystite est rebelle et ne s'améliore pas: Ne pas insister et s'en tenir au traitement médical.

CYSTITES CHRONIQUES

Éléments étiologiques: Infections microbiennes; cystites aiguës (et ses causes: blennorragie, cathétérismes); importance des causes prédisposantes à la chronicité (vieillesse, sexe féminin, arthritisme, etc...).

Signes cliniques: Fréquence des mictions, ténesme, douleur, pyurie (d'intensité très variable). Cystites douloureuses (douleurs atroces, subintrantes, fréquence des mictions excessive).

I. — CYSTITE CHRONIQUE PAR CALCULS, CORPS ÉTRANGERS, RÉTRÉCISSEMENTS, TUMEURS, ETC.

Traiter la cause (Voir Cystites aigues I). Assurer l'évacuation vésicale chez le prostatique rétentionniste (cathétérismes, sonde à demeure), puis la cystite comme pour II.

II. — CYSTITE CHRONIQUE DONT ON NE PEUT SUPPRIMER LA CAUSE.

A. Lavages de la vessie (bien s'assurer, avant d'y recourir, que la vessie est susceptible de supporter la distension).

Technique: Instruments nécessaires: Seringue de Guyon, sonde en gomme à lumière large et à deux yeux terminaux. Eau boriquée tiède à 3 p. 100.

Attitude du malade: Couché sur le dos; Attitude du chirurgien: A droite du malade.

Saisir la verge de la main gauche; avec un tampon imbibé de la solution boriquée, bien nettoyer le méat.

Faire pénétrer la sonde jusque dans la vessie et, de la main gauche qui tient la verge, la fixer au niveau du méat.

Saisir de la main droite la seringue de Guyon remplie de la solution boriquée et l'ajuster au pavillon de la sonde; injecter d'un coup de piston sec une cinquantaine de grammes dans la vessie et retirer immédiatement la seringue, en abaissant la verge entre les cuisses, pour favoriser la sortie du liquide.

Avant que la totalité des 50 grammes ne soit évacuée, réajuster la seringue à la sonde et injecter de nouveau dans la vessie cinquante grammes du liquide; retirer la seringue, laisser sortir le liquide et, avant que l'évacuation ne soit totale, injecter de même une nouvelle quantité d'eau boriquée, et ainsi de suite jusqu'à ce que le liquide sorte à peu près clair.

Abandonner dans la vessie, à la fin de la séance, quelques

grammes de liquide.

Faire une séance de lavages, matin et soir.

2º En cas d'insuccès des lavages boriqués: Lavages de la vessie à la solution de nitrate d'argent: Employer d'abord la solution à 1/1000 et en élever progressivement le titre jusqu'à 1/500. — Technique comme pour les lavages à l'eau boriquée.

B. En cas d'échec des lavages ou si la vessie réagit douloureusement: Instillations avec nitrate d'argent, protargol ou sublimé (Voir. Cystites aiquës II).

C. Traitement général: Hygiène alimentaire (pas d'alcool, de mets épicés, de gibier, etc.). Eaux de Vittel, Contrexéville, Vals, Vichy; tisanes de bourgeons de sapin; capsules de térébenthine; Salol (1 gramme par jour); laxatifs fréquents.

III. - CYSTITES DOULOUREUSES.

Traitement général comme pour II.

Traitement local: Jamais de lavages.

Instillations (Voir Cystites aiguës II).

En cas d'échec (fréquent): Sonde à demeure.

En cas d'échec : a. chez l'homme: Cystostomie sus-pubienne ou boutonnière périnéale.

b. Chez la femme: Cystostomie sus-pubienne ou mieux colpo-cystostomie (Voir Cystite tuberculeuse).

IV. - CYSTITE CHRONIQUE DE LA FEMME.

Traitement comme II.

En cas d'échec : Curettage de la vessie par l'urêtre :

Technique: Anesthésie générale.

1º Dilatation de l'urêtre (bougies d'Hégar, Béniqué, index).

2° Curettage: Avec une curette fenêtrée (curette utérine), curetter rapidement et sans trop appuyer: en arrière, en avant et sur les côtés du col.

Faire suivre le curettage d'un grand lavage à l'eau bori-

quée à 4 p. 100.

Repos au lit pendant trois ou quatre jours.

CYSTITE TUBERCULEUSE

Éléments étiologiques : Bacille de Koch ; hérédité ; cystite blennor-ragique ; de quinze à quarante ans.

Signes cliniques: Tuberculose vésicale: Pollakiurie (surtout nocturne, polyurie, hématurie précoce, prémonitoire, spontanée, diminuant (durée, fréquence) pour disparaître complètement avec les progrès de l'affection.

Cystite tuberculeuse: Douleur, fréquence, pyurie. Évolution très lente; alternatives d'améliorations et d'aggravations. Guérison. Cachexie urinaire (infection ascendante). Toucher rectal, vaginal; examen des épididymes, des poumons, etc.

I. — TUBERCULOSE VÉSICALE (POLLAKIURIE, POLYURIE, HÉMATURIE).

Traitement général de la tuberculose (Voir Orchite tuberculeuse); pas d'alcools, d'épices, de gibier, etc. Stations thermales. Hygiène. Suralimentation, etc.

En cas d'insuffisance: Traitement comme pour II.

II. — CYSTITE TUBERCULEUSE (FRÉQUENCE, DOULEUR, PYURIE).

1º Traitement médical, comme pour I.

2º Instillations: a) de sublimé (de 1/5000 à 1/1000), de 20 à 30 gouttes: déposer la moitié des gouttes dans l'urètre postérieur et l'autre moitié dans le bas-fond de la vessie.

Technique (Voir Cystites aiguës II).

b) D'huile gaïacolée de 3 à 5 p. 100, injecter de 1 à 5 grammes.

3° Pansement permanent de la vessie (Bazy-Pousson): injecter et laisser dans la vessie 20 à 30 c.c. de vaseline iodoformée à 1 p. 20.

III. — CYSTITE TUBERCULEUSE: FORME TRES DOULOUREUSE.

Après échec du traitement II, recourir, sans tarder, à l'intervention opératoire :

A. Chez l'homme: a) Cystostomie sus-pubienne suivie de la cautérisation au thermocautère des ulcérations, du curettage de la muqueuse ou de son extirpation partielle, si les lésions sont étendues.

Si la vessie est trop petite pour être ouverte à l'hypogastre : b) Taille périnéale et sonde à demeure (Malécot, Pezzer).

S'il y a lieu, faire le curettage de la vessie par le périnée.

Technique: Aneslhésie générale. Position de la taille. Introduire dans le rectum l'index gauche, la pulpe tournée vers la cloison recto-urétro-vésicale; avec une curette de Volkmann, de dimension appropriée, curetter la région du trigone et du col, d'arrière en avant, et de droite à gauche, en soutenant toujours avec l'index rectal la portion de vessie que gratte la curette.

Curetter de même la partie antérieure du col vésical (la face postérieure du pubis remplit l'office de l'index), retirer de temps en temps la curette pour ramener au dehors les produits du râclage; terminer l'opération par un lavage de la vessie à la solution boriquée tiède (4 p. 100) et mettre la sonde à demeure.

Il sera utile de faire précéder l'opération de l'examen cystoscopique de la vessie (s'il est possible).

B. Chez la femme : Dilatation de l'urètre, suivie du curettage vésical.

Technique: Anesthésie générale. Position de la taille. Lavage de la cavité vésicale à l'eau boriquée (4 p. 100) (Voir Cystites chroniques).

a) Dilatation de l'urêtre : bougies d'Hégar, Béniqué, dilatateur de Guyon.

b) Curettage vésical: Introduire l'index gauche dans le vagin, pulpe en avant. Technique comme pour (A,b); ne pas négliger de curetter l'urètre lui-même (temps spécial).

En cas d'échec ou d'insuffisance du curettage: Cystostomie sus-pubienne comme pour (A, III) ou taille vésico-

Technique: Anesthésie générale ou locale (cocaïne à 1 p. 100 injectée dans la cloison vésico-vaginale exactement sur la ligne médiane); la pratiquer après mise en position médiane du cathéter. Position de la taille.

1º Introduire par l'urêtre le cathéter cannelé et le faire maintenir par un aide bien exactement sur la ligne médiane et de telle façon (manche vers l'hypogastre) que la partie médiane de la cloison vésico-vaginale bombe vers le vagin,

2º Entre les deux lèvres du cathéter bien repérées, ponctionner au bistouri la cloison vésico-vaginale jusqu'au fond de la gouttière métallique et l'inciser sur une étendue de 3 ou 4 centimètres,

3º Saisir avec une pince à griffes une des lèvres de l'incision de la muqueuse vésicale et l'affronter exactement avec la lèvre correspondante de la muqueuse vaginale; suturer au catgut (nombre de points variable avec la longueur de l'incision), les deux muqueuses, avec une aiguille bien courbe. *Idem* sur l'autre lèvre.

4º Mèche de gaze iodoformée dans le vagin enrobant un

tube de caoutchouc de gros calibre.

5º Bandage en T.

ECTOPIE TESTICULAIRE

Éléments étiologiques: Arrêt du testicule dans sa migration (ectopie abdominale ou inguinale) ou adhérences secondaires en un point anormal après sa sortie de l'anneau (ectopie cruro-scrotale, scrotale, périnéale); celles-ci sont exceptionnelles.

Signes cliniques: Absence du ou des testicules dans le scrotum; présence d'un corps ayant les signes anatomiques du testicule dans le point où s'est produite l'ectopie. Au moment de l'adolescence, accidents douloureux: orchite, torsion du cordon; infantilisme. Coexistence presque constante d'une hernie ou au moins d'un trajet herniaire par persistance du conduit vagino-péritonéal).

I. - ECTOPIE ABDOMINALE.

Pas de traitement.

II. - ECTOPIE INGUINALE.

1º A la naissance.

Commencer, aussitôt que possible, par des massages et des tractions douces mais journalières, à faciliter la descente de l'organe dans les bourses : Pressions lentes, régulières, exercées de haut en bas.

2º Vers six ou sept ans.

Si la migration ne s'est pas produite par les moyens simples, faire l'incision de la cure radicale de la hernie, traiter celle-ci, qui existe presque toujours, au moins à l'état de diverticule péritonéal et aller à la recherche du testicule.

a. La glande est fixée au point anormal par des adhérences et le cordon est long :

Détruire les adhérences, dérouler le cordon et laisser le testicule dans le scrotum, en le recouvrant de vaginale. b. Le testicule est fixé dans son siège anormal par un cordon trop court :

Libérer celui-ci aussi haut que possible, de façon à abaisser le testicule aussi bas que possible; fixer la glande au fond de la bourse correspondante par un point au catgut; suturer le trajet inguinal (ouvert au début de l'opération) assez bas pour empêcher l'organe de revenir dans le canal inguinal. Après guérison de la plaie, massages pour faciliter la migration comme pour II, 4°.

3º Chez l'adulte.

Enlever l'organe (orchites à répétition, dégénérescence maligne).

ENTORSE

Éléments étiologiques: Tout traumatisme direct ou indirect, occasionnant une exagération brusque des mouvements normaux d'une articulation. Contraction musculaire. Surtout fréquente chez l'homme adulte. Entorse juxtaépiphysaire des enfants. Articulations serrées (cou-de-pied, médiotarse, genou, etc...).

Signes cliniques: Douleur très vive, parfois syncopale, au moment de l'accident, diminuant ensuite et localisée, à la pression, au niveau de l'interligne et des insertions ligamenteuses; gonflement variable, parfois très rapide (épanchement sanguin extra et intra-articulaire) ou tardif (hydarthrose, infiltration séreuse périarticulaire); impotence fonctionnelle; ecchymoses inconstantes, mais généralement tardives (deuxième ou troisième jour), siégeant au niveau de la jointure et parfois à distance.

I. — ENTORSE LÉGÈRE, DOULEURS MODÉRÉES, GONFLEMENT PÉRIARTICULAIRE MINIME (SIMPLE DISTENSION LIGA-MENTEUSE).

Faire, matin et soir, une séance de massage de dix minutes (effleurage pendant une minute, puis pression méthodique).

Dans l'intervalle, entourer l'articulation d'une bande de flanelle, modérément serrée, permettant un certain degré de mobilité articulaire.

Continuer ce traitement jusqu'à disparition complète de la douleur.

II. — ENTORSE DE GRAVITÉ MOYENNE, DOULEURS VIVES, GONFLEMENT PÉRIARTICULAIRE CONSIDÉRABLE, PEU OU PAS D'ÉPANCHEMENT INTRA-ARTICULAIRE (DÉCHIRURES LIGAMENTEUSES ET MUSCULAIRES).

A moins de douleurs particulièrement intenses, nécessitant l'immobilisation temporaire (deux ou trois jours) dans

une gouttière bien matelassée, commencer le traitement suivant le plus tôt possible :

1º Compression élastique.

Technique: Dérouler, dans le sens du courant veineux, sans traction, autour du membre, et dans toute l'étendue de la zone infiltrée, une bande élastique dont les tours doivent s'imbriquer dans le tiers de leur hauteur. Entourer préalablement l'articulation (saillies osseuses, dépressions) d'une couche de coton ordinaire.

2º Balnéation chaude: Matin et soir, enlever la bande élastique et donner un bain local d'un quart d'heure, dont la température sera progressivement portée à 55°; ou bien, si l'articulation ne peut être baignée, envelopper la région, pendant un temps égal, de compresses imbibées d'eau à la même température.

3º Massage: Aussitôt après le bain, massage (centripète) pendant quinze minutes.

Technique : a. Effleurage : Frictionner légèrement la peau avec le plat de la main, jusqu'à diminution suffisante de la sensibilité.

b. Pression méthodique: La pratiquer d'abord légère, puis de plus en plus forte, avec les pouces ou l'éminence thénar, suivant la largeur et l'épaisseur de la région.

Continuer ce traitement jusqu'à disparition de la douleur et diminution notable du gonflement.

Commencer alors la mobilisation progressive de l'article (mouvements passifs et actifs).

- III. ENTORSE GRAVE, ÉPANCHEMENT SANGUIN INTRA-ARTICULAIRE ABONDANT, DÉCHIRURES LIGAMENTEUSES ET MUSCULAIRES, ARRACHEMENT OSSEUX.
- 1º Vider l'articulation du sang qu'elle contient par une arthrotomie précoce.
- 2º Quand la plaie articulaire est cicatrisée (quatre à cinq jours en moyenne), traitement comme pour II.
- 3º Continuer longtemps le massage des muscles périarticulaires (atrophie).

IV. — ENTORSE AVEC PHÉNOMÈNES D'ARTHRITE DOMINANTS.

A. Épanchement séreux articulaire nul ou minime.

1° Compression ouatée du membre et immobilisation dans une gouttière en fil de fer.

2º Quand la douleur a diminué, pratiquer, une fois par jour, une séance de massage de dix minutes (articulation et muscles périarticulaires), en continuant, dans l'intervalle, l'immobilisation dans la gouttière.

3° Mobiliser progressivement l'article, dès que la douleur a disparu, sans cesser le massage des muscles périarticulaires.

B. Épanchement séreux articulaire abondant.

1º Faire l'arthrotomie précoce (Voir hydarthroses).

2º Après cicatrisation de la plaie articulaire (quatre à cinq jours) traitement comme pour IV A.

ÉPISTAXIS

Éléments étiologiques : Causes locales : Varicosités de la partie antéroinférieure de la cloison; traumatismes; polypes muqueux, polypes naso-pharyngiens. — Causes générales : Fièvres éruptives, fièvre typhoïde, hémophilie, affections cardiaques, hépathiques. Épistaxis supplémentaires.

Signes cliniques: Écoulement de sang, généralement unilatéral, goutte à goutte, avec ou sans phénomènes précurseurs (céphalalgie, bouffées de chaleur). Durée très variable; arrêt le plus souvent spontané; gravité parfois très grande par répétition, durée, abondance; épistaxis rebelles: anémie aiguë, hématémèse, mélæna.

I. - ÉPISTAXIS SIMPLE, SANS GRAVITÉ ACTUELLE.

Faire asseoir le malade, la tête légèrement penchée en avant; élever le bras du côté correspondant à la narine qui saigne; appliquer sur le nez, le front, la nuque des compresses froides; bains de pieds sinapisés; pincer les narines fortement et comprimer ainsi pendant quelques minutes.

II. - ÉPISTAXIS RÉSISTANT AUX MOYENS PRÉCÉDENTS.

Irrigations glacées ou très chaudes.

Introduire dans la narine un tampon de ouate hydrophile imbibée d'une solution de cocarne à 2 p. 100, ou d'une solution saturée d'antipyrine.

En cas d'insuccès, essayer successivement :

a. La solution de gélatine à 50 p. 1000 :

Technique: Injecter dans la fosse nasale qui saigne, avec une seringue à hydrocèle, et très lentement, la gélatine, liquéfiée au bain-marie, à la température de 60°; faire en sorte que la muqueuse soit dans toute son étendue en contact avec la solution.

b. La cautérisation.

Technique: Chasser, par une injection chaude, les caillots qui encombrent la narine, rechercher la surface saignante (partie antérieure de la cloison, des cornets movens, du plancher), en soulevant la pointe du nez, ou mieux, à l'aide du spéculum bivalve de Duplay; éclairer vivement la fosse nasale par le miroir réflecteur; cautériser au thermo ou au galvano-cautère au rouge sombre.

III. - ÉPISTAXIS REBELLE.

Recourir au tamponnement complet.

Technique: Préparer deux tampons de ouate hydrophile; faire le tampon postérieur ovoïde, de 3 centimètres de hauteur sur 2 de large; nouer, au milieu de ce tampon, un double fil long et un fil simple solides.

1º Pousser, dans le méat inférieur, une sonde en gomme élastique; en saisir, avec deux doigts ou une pince, l'extrémité au fond du pharynx.

2º Ramener cette extrémité hors de la bouche et v attacher solidement le fil double du tampon postérieur.

3º Tirer sur l'extrémité nasale de la sonde et appliquer fortement le tampon sur l'orifice nasal postérieur.

4º Nouer les deux chefs du fil double en avant du tampon

antérieur introduit dans la narine.

Ne pas laisser le tamponnement plus de quarante-huit heures : sectionner, avant d'extraire le tampon antérieur. les deux chefs noués du fil double; extraire le tampon postérieur, à l'aide du fil simple qui sort par la bouche

Joindre au tamponnement les injections sous-cutanées ou intra-veineuses (cas urgents) de sérum artificiel, et les injections sous-cutanées d'ergotine.

Bien entendu, ne jamais perdre de vue le traitement local (ulcérations, tumeurs, corps étranger) ou général (impalu disme, anémie, pyrexie, foie, cœur, etc...).

EXTRACTION DENTAIRE (1)

Ne doit être pratiquée que lorsque la dent est nuisible, c'est-à-dire provoque et entretient une périostite chronique des fistules gingivales ou cutanées, un abcès du sinus, des névralgies, la constriction de la mâchoire (dents de sagesse), des ostéites...

A la campagne, l'extraction sera souvent demandée pour pulpite ou périostite aiguë.

I. - INSTRUMENTS A AVOIR.

Quels que soient les instruments dont on usera, les stériliser (ébullition) avant de s'en servir.

I. - Daviers.

Instruments de choix, si les bords résistent.

Nombre de daviers nécessaire :

		Maxillaire supérieur.	Maxillaire inférieur.
Pour les	incisives)	1	1
_	prémolaires	1	1
-	grosses molaires	2	1
-	dents de sagesse	1 9	
-	racines	1 davier baïonnette.	1 davier bec de faucon.
Peut au	besoin se réduire :	à:	
-	canines	1	1 davier bec de faucon.
	prémolaires	1	
_	grosses molaires	2)	4
_	dents de sagesse.	1 5	

⁽¹⁾ Cette consultation a été rédigée par M. le Dr Waton, auqueI nous adressons nos plus vifs remerciements.