mitée; flexion ne dépassant pas 90°. Souvent, mouvements de latéralité.

1° Réduction le plus souvent facile par pression directe, avec extension et contre-extension.

2° *Si la luxation est ancienne, irréductible et gênante* : arthrotomie avec résection de la cupule radiale.

III. — LUXATION DU RADIUS EN BAS.

Éléments étiologiques : Action de soulever un enfant par le poignet.

Signes cliniques : Douleur vive avec claquement. Mouvements actifs impossibles; membre immobilisé en demi-flexion, la main dans le plan vertical. Pas de déformation.

Réduction :

Technique :

1° Saisir d'une main le poignet malade, l'autre main embrassant le pli du coude, le pouce sur la tête radiale.

2° Faire ensuite un mouvement combiné d'extension et de supination.

3° Puis, flexion de l'avant-bras en portant le poignet un peu en dehors, comme pour produire un mouvement de latéralité externe.

Un léger claquement indique que la réduction s'est produite.

LUXATIONS DE L'ÉPAULE

Éléments étiologiques : A. *Luxations directes.* — Un choc d'arrière en avant sur le bras pendant (surtout en rotation externe) produit une luxation *antéro-interne* plus ou moins avancée selon la force du traumatisme. Un choc d'avant en arrière sur le bras pendant, en rotation interne, produit une *luxation en arrière.*

B. *Indirectes.* — Dans une chute sur le coude ou la main, le membre étant en abduction forcée, la tête humérale sort *par en bas* et y reste, mais la continuation de la violence peut rompre la partie antérieure de la capsule et produire une *luxation antéro-interne.*

Si le bras est en abduction moindre et en rotation externe, il y a luxation antéro-interne.

Si le bras est projeté en avant et en rotation interne, la luxation se fait *en arrière.*

Les luxations de l'épaule sont exceptionnelles chez l'enfant.

Signes cliniques : A. *Signes communs à toutes les luxations de l'épaule* : Douleur, gonflement, ecchymose, crépitation cartilagineuse, attitude de Desault (Épaule malade abaissée; tête fléchie du côté malade; coude malade soutenu par la main saine).

B. *Signes propres à chaque variété* :

a. *Antéro-internes.* 1° *Extra-coracoïdiennes.* — Dépressibilité anormale des tissus du bord externe de l'acromion (examiner le malade par derrière). Légère voussure deltoïdienne. Rotation externe du bras. Mouvements actifs nuls; passifs peu douloureux.

2° *Sous-coracoïdiennes.* — L'épaule semble abaissée; aplatissement du moignon de l'épaule. Saillie de l'acromion. Bord interne de l'omoplate soulevé. Paroi antérieure de l'aisselle allongée. Coude écarté du tronc de 10 centimètres environ. L'axe du membre prolongé coupe la clavicule en son milieu. Rotation interne légère. A la partie externe du creux sous-claviculaire, on sent, au palper, une tumeur ronde qui suit les mouvements de l'humérus (tête humérale). De l'acromion à l'épitrochlée, allongement de 11 à 16 millimètres. Mouvements actifs abolis ; passifs douloureux.

3° *Intra-coracoïdiennes.* — Exagération des signes précédents, mais la tête humérale, trop profonde, est difficile à atteindre par la palpation. Coude peu écarté du tronc. Allongement inconstant (quelquefois raccourcissement). Crépitation rugueuse dans les mouvements passifs. Phénomènes de compression du plexus brachial.

4° *Sous-claviculaires.* — Dépressibilité très grande des tissus mous (on arrive à sentir la coracoïde). Voûte acromio-coracoïdienne très

saillante. Axe de l'humérus dévié en arrière et en dedans. Avec la pulpe du pouce déprimant fortement les tissus sous la clavicule, on sent profondément un corps dur (tête humérale) qui suit les mouvements de rotation imprimés au bras.

b. *En bas.* (*Sous-glénoïdiennes.*) — Forte abduction du bras, dépassant même parfois 90° (*luxatio erecta*). Moignon aplati. Allongement de la paroi antérieure de l'aisselle. L'axe du bras prolongé arrive au-dessous et en arrière de la cavité glénoïde. Tête humérale dans le creux de l'aisselle. Rotation externe. Allongement (jusqu'à 3 centimètres). Douleur et engourdissement du bras.

c. *En arrière.* 1° *Sous-acromiales.* — Épaule repoussée en dehors. Le bras tombe parallèlement au corps, en rotation interne, le coude en en avant. Saillie antérieure du moignon de l'épaule disparue. En arrière, saillie de la tête sous l'acromion. Mouvements peu gênés.

2° *Sous-épineuses.* — Tête de l'humérus sous l'épine de l'omoplate. Signes cliniques variables.

d. *Luxation en haut.* — Rare. La tête humérale dépasse l'acromion. Bras en rotation externe.

I. — LUXATIONS RÉCENTES SIMPLES.

A. — Antéro-internes.

a) *Extra-coracoïdiennes et sous-coracoïdiennes* :

Manœuvre de Kocher.

Technique :

1° Le malade, nu jusqu'à la ceinture, est assis sur un tabouret (couché sur une table, l'épaule en porte-à-faux, si l'on donne le chloroforme).

Un aide le maintient dans la position verticale.

Le chirurgien, en face du blessé, met un genou en terre.

2° Flexion de l'avant-bras à 90° sur le bras ; coude solidement maintenu contre le tronc avec la main droite (côté droit) ou gauche (côté gauche).

3° Le coude étant dans cette situation, avec l'autre main qui maintient l'avant-bras comme un levier, porter graduellement le bras en rotation externe maximum. Accomplir ce temps lentement, sans à-coup et le prolonger un moment (30 secondes au moins).

4° Le bras étant toujours en rotation externe et l'avant-bras fléchi, le coude est ramené fortement en avant, en haut et en dedans, vers l'épaule du côté sain, jusque sur la ligne médiane. Pendant ce temps, le chirurgien se relève peu à peu.

5° Rapidement, mouvement de rotation interne, ramenant la main sur l'épaule du côté sain.

Répéter plusieurs fois la manœuvre et, en cas d'échec, la pratiquer sous le chloroforme. L'anesthésie est d'autant plus nécessaire que le sujet est plus musclé.

b) *Intra-coracoïdiennes.*

α. Manœuvre de Mothe.

Technique :

1° Elever le bras jusqu'à ce que l'humérus touche la pointe de l'acromion, l'avant-bras étant fléchi à angle droit.

2° Faire l'extension dans cette attitude, en portant le coude en dehors et un peu en arrière. Pendant ce temps, un aide fixe l'omoplate directement ou mieux encore avec une serviette passée en sautoir sous l'aisselle malade et le chirurgien aide la réduction par quelques pressions directes, facilitées par quelques mouvements de rotation imprimés au bras par l'aide qui fait l'extension.

3° Dès que la tête arrive au niveau de la cavité glénoïde, abaisser brusquement le bras.

Si ce procédé ne réussit pas toujours à réduire complètement, du moins il transforme une intra-coracoïdienne en sous ou extra-coracoïdienne, justiciable du procédé de Kocher.

β. La manœuvre de Kocher peut s'appliquer aussi aux luxations intra-coracoïdiennes en lui faisant subir la modification suivante :

Dans le premier et le deuxième temps, il faut porter le coude en arrière ou mettre un gros tampon de ouate dans l'aisselle, avant de rapprocher le coude du tronc.

c. *Sous-claviculaires.*

Mêmes manœuvres que pour intra-coracoïdiennes.

B. — Postérieures.

a) *Sous-acromiales* :

α. Pressions directes avec les doigts, pour faire cheminer la tête humérale vers la cavité glénoïde.

β. Procédé de A. Nélaton :

Le coude étant légèrement écarté du tronc, un fort cachet d'imprimeur est appliqué en arrière sur la tête humérale. Un

coup de marteau sec, donné sur le cachet, réduit l'humérus à sa place.

γ. Procédé de Ch. Nélaton :

Tractions obliques en bas, avec exagération de la rotation interne.

δ. Procédé de Mauclaire :

Technique :
1° De la main gauche placée derrière le dos, saisir la main droite du malade (ou inversement, si la luxation siège à gauche).
2° S'asseoir sur l'avant-bras du malade fléchi à angle droit ; appuyer même un peu afin de produire l'extension, tandis que l'avant-bras droit et la main droite appuient fortement sur la face postérieure de l'humérus pour ramener celui-ci en avant.

b) *Sous-épineuses* :

α. Tractions directes en bas et en avant.

β. Procédé de Le Dentu :

Technique :
1° Rapprocher le coude du tronc et fléchir l'avant-bras.
2° Rotation de l'humérus en dedans.
3° Élévation et rétropulsion du bras en arrière.
4° Rotation de l'humérus en dehors.

C'est un procédé homologue, mais inverse, de celui de Kocher.

C. — Luxations en haut.

Réduction par des tractions en bas, avec quelques mouvements de rotation.

D. — Luxations en bas.

Procédé de Mothe, ou bien réduire en sous-coracoïdienne, puis procédé de Kocher.

Ces luxations sont généralement faciles à réduire.

E. — Traitement consécutif à la réduction des luxations de l'épaule.

1° Immobiliser le bras dans une écharpe (pendant huit jours au plus).

2° Contre l'atrophie du deltoïde et les raideurs articulaires : Massage, électrisation, douches.

II. — LUXATIONS RÉCENTES COMPLIQUÉES.

1° *Fractures de la coracoïde, de l'acromion, du col de l'omoplate.*

Réduire comme d'ordinaire ; maintenir l'immobilisation jusqu'à consolidation de la fracture et faire prudemment les premières séances de mobilisation.

2° *Fracture de la diaphyse humérale.*

Réduire sous le chloroforme, en se servant du fragment supérieur, comme d'un levier, pour faire la réduction. Celle-ci faite, appliquer un appareil de fracture sur l'humérus.

3° *Fracture du col chirurgical.*

Essayer, sous le chloroforme, de réduire la tête par des pressions directes avec les doigts. On peut enfoncer un poinçon stérilisé dans la tête humérale et s'en servir comme d'un levier pour réduire.

En cas d'insuccès, chercher à produire une pseudarthrose par le massage précoce, ou mieux faire l'arthrotomie et tenter de réduire ou d'extraire la tête déplacée.

4° *Rupture de l'artère axillaire.*

Faire la compression de l'artère sous-clavière sur la première côte, inciser au niveau de l'anévrysme et, dans la plaie, lier les deux bouts de l'artère. Profiter de l'incision pour réduire la luxation.

Plus tard, si la gangrène survient, faire l'amputation ou la désarticulation.

5° *Les compressions nerveuses graves* disparaissent le plus souvent par la réduction de la luxation.

En cas d'insuccès des procédés de réduction ordinaires, on sera autorisé à pratiquer l'arthrotomie.

III. — LUXATIONS ANCIENNES IRRÉDUCTIBLES.

1° Pendant les premiers mois : Tentatives de réduction ordinaires, sous le chloroforme et précédées de mouvements forcés de rotation interne et externe pour rompre les adhérences.

2° *En cas d'insuccès*, dans la même séance : Tentatives de réduction avec les moufles, les appareils de Jarvis, de Hennequin, etc. Ne pas dépasser 100 kilos comme traction.

3° *Dans les luxations très anciennes* : Arthrotomie ou résection, s'il existe des troubles graves (compression nerveuse, douleurs, ankylose, etc.).

En dehors de ces complications : Massage, électrisation, douches ; traitement thermal : Dax, Amélie-les-Bains, Balaruc, Aix-les-Bains, etc.

LUXATIONS DE LA HANCHE (RÉGULIÈRES)

Éléments étiologiques : *Causes générales :* Age : vingt à quarante ans (existent même chez les enfants); Sexe : masculin. Indirectes, mais traumatismes violents.

Causes spéciales : Pendant la flexion ou l'abduction forcée, échappement de la tête fémorale à travers la partie inférieure (de moindre résistance) de la capsule (*variété sous-cotyloïdienne*).

La luxation sous-cotyloïdienne étant instable, s'il y a rotation interne, la tête se déplace en arrière et en bas (*variété ischiatique*) et en arrière et en haut, si l'extension rompt l'obturateur interne et la partie postérieure de la capsule (*variété iliaque*).

Mais, si la rotation est externe, la tête fémorale se porte en avant (*variété obturatrice*) et si la déchirure de la partie antérieure de la capsule le permet, elle se déplace en haut (*variété iléo-pubienne*).

Signes cliniques : 1° *Sous-cotyloïdienne.* — Rectitude sans rotation du membre ; aplatissement de la fesse, dépression trochantérienne ; pli fessier élevé ; tête située à la hauteur de l'ischion ; allongement ; mouvements abolis.

2° *Luxation ischiatique.* — Adduction, rotation interne, flexion très marquée ; fesse saillante ; grand trochanter projeté en arrière ; pli fessier abaissé ; tête fémorale située au-dessus et en arrière de l'ischion ; raccourcissement peu marqué (1 centimètre et demi) ; abduction et rotation externe impossibles.

3° *Luxation iliaque.* — Adduction, rotation interne ; fesse saillante ; grand trochanter très élevé au-dessus de la ligne de Nélaton (de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la tubérosité ischiatique) ; pli fessier élevé ; tête fémorale située dans la fosse iliaque externe ; raccourcissement de plusieurs centimètres ; abduction et rotation externe impossibles.

4° *Luxation obturatrice.* — Abduction, rotation externe, flexion notable, fesse aplatie ; dépression trochantérienne ; pli fessier abaissé ; tête située à la partie interne de la cuisse, près du pubis ou de l'ischion ; allongement ou pas de changement dans la longueur du membre ; adduction et rotation interne impossibles.

5° *Luxation iléo-pubienne.* — Abduction, rotation externe, extension ; fesse aplatie ; dépression trochantérienne ; pli fessier élevé ; tête au pli de l'aine, au-dessous de l'arcade crurale ; raccourcissement inconstant ; adduction et rotation interne impossibles.

I. — RÉDUCTION DES LUXATIONS RÉCENTES.

A. — **Variétés postérieures** (iliaque et ischiatique).

Technique : 1° Coucher le malade par terre sur un matelas dur.

2° Anesthésie au chloroforme ou à l'éther.

3° *Réduction :* Un aide fixe le bassin en appuyant de ses deux mains et de tout son poids sur les deux épines iliaques antérieures et supérieures :

Premier temps : Empaumer d'une main la jambe et de l'autre la cuisse et fléchir celle-ci sur le *bassin jusqu'à l'angle droit.*

Deuxième temps : Faire une traction verticale progressive, mais énergique, sur le membre (pas de traction avant la flexion à angle droit).

Troisième temps : En continuant la traction, mettre le membre en abduction et en rotation externe.

Un échappement indique la réduction ; celle-ci survient souvent au deuxième temps.

Quelquefois, au lieu de se réduire, la luxation se transforme en ovalaire.

Dans ce cas, réduire comme B.

En cas d'insuccès de la méthode précédente (luxations datant de plusieurs jours), employer la suivante :

Technique : 1° Assouplir la hanche par quelques mouvements.

2° Plier une serviette en diagonale, de façon à en former une bande large de quatre doigts environ ; appliquer le milieu en avant de la cuisse, plier les deux chefs dans le creux poplité et les ramener en avant de la jambe; les nouer solidement à quelques centimètres en avant. Dans cette anse, fixer une bonne corde qui se réfléchira au plafond (anneaux servant à accrocher les lustres, barreau d'une forte échelle, etc.)

3° Faire pratiquer par deux aides une traction énergique et soutenue sur la corde réfléchie, tandis qu'un troisième aide fixe de tout son poids le bassin, en appuyant sur les épines iliaques.

B. — **Variété ovalaire ou obturatrice.**

Même technique que pour A, mais au troisième temps, mettre le membre en adduction et rotation interne.

C. — **Variété ilio-pubienne.**

Technique : 1, 2 et 3 comme A.

Premier temps : Soulever légèrement la cuisse et la porter au maximum d'abduction possible.

Deuxième temps : A mesure qu'on fait l'abduction, fléchir la cuisse sur le bassin jusqu'à l'angle droit, en tirant en haut.

Troisième temps : Adduction et rotation interne.

D. — **Luxations compliquées.**

1° *Fracture de la diaphyse fémorale :*

Essayer de réduire comme A, B, C, en agissant sur l'extrémité supérieure du fémur.

En cas d'insuccès, réduire par l'arthrotomie pratiquée le plus tôt possible.

2° *Rupture des vaisseaux :*

Ligature des vaisseaux à ciel ouvert.

II. — TRAITEMENT CONSÉCUTIF A LA RÉDUCTION.

1° Immobiliser le malade au lit pendant quinze jours.

2° Pendant ce temps, faire de l'électrisation et du massage (triceps, fessiers, muscles périarticulaires).

3° *Si la luxation a tendance à se reproduire* (fracture du sourcil cotyloïdien), faire, après réduction, l'extension continue (Voir *Fractures de cuisse*).

III. — LUXATIONS IRRÉDUCTIBLES.

a) *Récentes*: Après plusieurs tentatives de réduction sous le chloroforme, faire d'emblée l'arthrotomie.

b) *Anciennes* :

1° Tenter la technique de I, A, B, C, sous le chloroforme, après avoir fait décrire au membre des mouvements de circumduction énergiques destinés à rompre les adhérences.

2° Faire l'arthrotomie et essayer de replacer la tête dans le cotyle.

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U.A.N.L.

3° En cas d'insuccès, faire, séance tenante, la décapitation de la tête fémorale.

4° *Si la cuisse est fixée en position vicieuse et ankylosée*, recourir à l'ostéotomie sous-trochantérienne ou à l'ostéotomie oblique pour redresser le membre.

5° *Lorsque les troubles fonctionnels ne rendront pas le membre absolument impotent*, employer le massage, l'électrisation et l'hydrothérapie, pour donner à l'articulation le maximum de force et de mouvements.

LUXATIONS DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE

La luxation en avant est la seule à étudier; les autres sont exceptionnelles.

Éléments étiologiques : Adultes; femmes.

Causes prédisposantes : Largeur anormale de l'apophyse coronoïde, convexité exagérée du bord antérieur du coroné, étroitesse de l'aire zygomatique.

Causes déterminantes : Ouverture exagérée de la bouche (bâillements, rires...); choc violent sur le menton...

Signes cliniques : *Luxation unilatérale :* Menton dévié du côté sain; déplacement latéral de l'arcade dentaire; joue aplatie; dépression préauriculaire et saillie coronoïdienne intra-buccale du seul côté luxé.

Luxation bilatérale : Impossibilité de fermer la bouche; écartement permanent des arcades dentaires avec projection du menton en avant; dépression en avant des conduits auditifs; joues aplaties, allongées; cordes des masséters; apophyses coronoïdes perceptibles par le toucher intrabuccal. Écoulement continu de la salive au dehors; parole et déglutition gênées; mastication impossible.

I. — LUXATION RÉCENTE.

A. — Luxation unilatérale.

Réduction par abaissement et rétropulsion :

Technique : Attitude du malade, du chirurgien et de l'aide : Asseoir le malade sur une chaise, la tête solidement maintenue par un aide placé derrière ; se placer en face du malade ; introduire les pouces entourés d'un morceau de linge jusque sur la partie la plus reculée du bord alvéolaire, tout près de la branche montante du maxillaire; embrasser de chaque côté, avec les autres doigts, l'angle et la branche horizontale du maxillaire.

1° Abaisser un peu le menton en exagérant l'ouverture de la bouche et exercer avec les deux pouces et de haut en bas une pression vigoureuse et continue.

2° Pousser ensuite en arrière, tout en relevant le menton.

B. — Luxation bilatérale.

Même technique : Agir successivement et non simultanément sur les deux condyles.

En cas d'échec : Étendre le malade sur un matelas ; se placer au-dessus de la tête, jambes écartées ; pousser en bas et en arrière, avec les pouces introduits jusqu'aux dernières molaires.

En cas d'échec (exceptionnel) : Recourir à l'anesthésie générale.

Soins consécutifs à la réduction : Après réduction, s'opposer pendant quelques jours, au moyen d'un chevestre (bandage en fronde), aux mouvements trop étendus de la mâchoire ; prévenir le malade des récidives possibles.

II. — LUXATION ANCIENNE.

Agir comme pour I.

En cas d'échec : Procédé de la bascule : Introduire entre les deux maxillaires, au niveau des dernières molaires, un bouchon, ou un coin de bois bien matelassé de ouate et relever vigoureusement le menton.

En cas d'échec : Employer la pince de Stromeyer.

Soins consécutifs à la réduction : Comme pour I.

III. — LUXATION IRRÉDUCTIBLE.

Si l'ankylose de la mâchoire n'est pas très marquée, faire la dilatation graduelle avec le coin de bois ou l'ouvre-bouche.

S'il y a ankylose : Résection condylienne.

IV. — LUXATION RÉCIDIVANTE.

Faire l'arthrotomie et la suture du ménisque.

LUXATIONS DU POUCE ET DU GROS ORTEIL

La luxation en arrière est la seule à étudier. La luxation en avant est rare.

Éléments étiologiques : Extension forcée du pouce (chute ou choc). — Subluxation spontanée chez certains sujets. Luxation complexe presque toujours produite par les manœuvres d'un praticien ignorant et maladroit.

Signes cliniques : A. *Luxation incomplète.* — Les sésamoïdes sont encore en rapport avec la tête métacarpienne. Les deux phalanges du pouce et le métacarpien forment un Z mal accentué ; le pouce fixé, (sa première phalange en hyperextension), a sa longueur normale.

B. *Luxation complète.* — Les sésamoïdes ont perdu tout rapport avec la tête métacarpienne. Déformation en Z très accentuée, avec première phalange presque à angle droit sur le métacarpien ; tête métacarpienne saillante à la région thénar et en opposition ; raccourcissement notable du pouce.

C. *Luxation complexe :* Pouce dans la rectitude, mais diamètre antéro-postérieur très augmenté et doigt raccourci.

I. — LUXATION SIMPLE INCOMPLÈTE.

Technique : de la réduction :

Exagérer un peu l'hyperextension tout en appuyant sur la base de la première phalange pour lui faire franchir la tête métacarpienne. On sent un ressaut : la réduction est faite.

II. — LUXATION SIMPLE COMPLÈTE.

Dans ce cas, plus encore que pour la variété précédente, *ne jamais essayer de redresser le doigt sur la phalange ;* c'est tentant, mais on n'arriverait qu'à transformer la luxation simple en luxation complexe.

Technique : 1° Saisir à pleine main le pouce perpendiculaire à la phalange.

2° Exagérer l'extension du doigt en redressant fortement

la phalange sur le métacarpien et en s'efforçant de contourner la tête métacarpienne avec la base de la phalange.

3° Ne redresser que quand la base de la phalange a été contournée par la tête métacarpienne.

III. — LUXATION COMPLEXE.

Technique : 1° Tirer le pouce, solidement empoigné ou tenu avec la pince de Farabeuf, dans l'axe, jusqu'à ce que le doigt ait repris sa longueur normale et même un peu plus de cette longueur, si c'est possible.

2° Tout en continuant la traction, relever le pouce à angle droit sur le métacarpien.

3° Appuyer avec la base de la phalange ainsi relevée, comme si l'on voulait la faire pénétrer dans la tête métacarpienne.

4° Quand la tête métacarpienne est franchie — *mais pas avant* — fléchir la phalange.

Cette manœuvre est faite sous le chloroforme et répétée deux ou trois fois, si c'est nécessaire.

En cas d'insuccès, ouvrir l'articulation en dehors du tendon extenseur bien reconnu ; essayer de réduire en redressant les sésamoïdes sur une rugine courbe, ou bien, par cette voie, sectionner à sa base le ligament glénoïdien.

On a quelquefois dû pratiquer la résection de la tête métacarpienne.

IV. — LUXATIONS ANCIENNES IRRÉDUCTIBLES.

Résection de la tête métacarpienne.

V. — LUXATIONS RÉCIDIVANTES.

Arthrodèse métacarpo-phalangienne.

Les mêmes manœuvres sont applicables aux luxations du gros orteil.

LYMPHANGITES AIGUES

Éléments étiologiques : Infection des vaisseaux lymphatiques due le plus souvent au streptocoque ; solutions de continuité septiques des téguments : piqûres, écorchures, plaies, ulcères... ; formes graves : phlegmoneuse diffuse, gangréneuse ; (surmenage, diabète, alcoolisme, misère physiologique...).

Signes cliniques : *Lymphangite superficielle réticulaire :* Fin réseau de filaments rosés se fusionnant par places et formant des plaques rouges, rose pâle ou fauves, érysipélateuses, disparaissant à la pression, légèrement surélevées, sans relief nettement accusé sur les bords ; adénites des ganglions tributaires ; phénomènes généraux nuls ou peu intenses.

Lymphangite superficielle tronculaire : Traînées onduleuses, rouges, à direction générale parallèle à l'axe du membre, faisant parfois un léger relief à la vue et au toucher, anastomosées entre elles par des branches obliques ou transversales ; ganglions gros et douloureux ; phénomènes généraux variables (frisson, fièvre, délire, etc...).

Lymphangite profonde : Douleurs sourdes, spontanées et à la pression, sur le trajet des lymphatiques profonds ; nodosités, empâtement, œdème du membre, engorgement ganglionnaire, fièvre vive ; après un ou deux jours, plaques rosées sur la peau, traînées de lymphangite superficielle, suppuration circonscrite ou diffuse.

Lymphangite phlegmoneuse diffuse : Vrai phlegmon diffus.

Lymphangite gangréneuse : Début de lymphangite franche ; puis phlyctènes à évolution rapide, quelquefois très volumineuses, séreuses ou roussâtres, sanguinolentes, sur les plaques rouges ; rupture des phlyctènes ; escarres blanches et sèches (feuille morte), noirâtres, unies, lisses, sous les phlyctènes ; chute des escarres : ulcères plus ou moins profonds. Phénomènes généraux plus ou moins graves ; mort dans l'ataxo-adynamie ou par complications viscérales.

I. — LYMPHANGITE SUPERFICIELLE.

A. — Des extrémités des membres (mains, avant-bras, pieds, jambes).

1° *Balnéation antiseptique chaude* (solution phéniquée à 1 p. 300 à la température de 50°) pendant une heure, matin et soir.

2° Dans l'intervalle des bains, *pansement humide :* Envelopper la région de doubles de tarlatane trempés dans la solution chaude de sublimé à 1 p. 2000, makintosh, ouate et bande de tarlatane.

B. — **Des autres régions** (bras, cuisse, tronc, face, etc.)

Pansement humide permanent, comme pour A.

Ou mieux : *Pulvérisations antiseptiques* (voir *Anthrax*).

II. — LYMPHANGITE AVEC PETITS ABCÈS ANGIOLEUCITIQUES, PHLEGMONS CIRCONSCRITS.

1° Incision au bistouri de toutes les collections purulentes (voir *Abcès chauds*).

2° Traitement comme pour I.

III. — LYMPHANGITE PROFONDE, NON SUPPURÉE; ÉTAT GÉNÉRAL SATISFAISANT.

Traitement comme pour I.

IV. — LYMPHANGITE PROFONDE, MEMBRE ŒDÉMATIÉ; SUPPURATION DOUTEUSE, ÉTAT GÉNÉRAL MAUVAIS.

Anesthésie générale.

1° Incisions profondes, multiples et étendues, parallèles à l'axe du membre.

2° Balnéation antiseptique (si la région s'y prête).

3° Pansement humide antiseptique chaud.

V. — LYMPHANGITE PHLEGMONEUSE DIFFUSE.

(Voir *Phlegmon diffus*).

VI. — LYMPHANGITE GANGRÉNEUSE.

Intervenir le plus tôt possible.

Technique : Anesthésie (chloroforme, éther), sauf éta semi-comateux.

1° Torréfier les escarres en éteignant sur les surfaces gangrénées plusieurs gros cautères cultellaires.

2° Pratiquer, tout le long des traînées lymphangitiques, des raies de feu multiples et passer l'instrument plusieurs fois dans le même sillon.

3° Dépasser les limites de la zone enflammée et faire, au thermocautère, en pleine zone limitante d'apparence saine, jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané, de nombreuses ponctions au thermocautère.

4° Pincer et lier au besoin les vaisseaux de calibre qui saignent.

5° Balnéation continue (eau phéniquée à 1 p. 300 ou sublimé à 0,25 p. 1000), ou pansements humides avec la même solution.

Importance capitale du *traitement général* dans les formes graves de lymphangites (alcool, champagne, sulfate de quinine, injections de sérum, etc.).