PHIMOSIS

Éléments étiologiques : Congénital ou acquis (chancre mou, blennorragie, diabète).

Signes cliniques : Étroitesse de l'orifice préputial.

Complications : paraphimosis, gêne de l'émission des urines, balanoposthites à répétition, calculs, incontinence d'urine, gêne du coït, prédisposition à contracter les maladies vénériennes, névroses, etc.

I. — PHIMOSIS CONGÉNITAL.

Circoncision.

Technique : Instruments nécessaires : Trois pinces à forcipressure, ciseaux, pince à griffes, aiguille fine de Reverdin, huit crins de Florence très fins.

Anesthésie locale (nirvanine ou cocaïne) chez l'adulte; générale chez l'enfant (pour obtenir l'immobilité).

Soins antiseptiques habituels.

1er temps. — Ramener le prépuce en arrière, afin de bien voir l'orifice préputial et placer sur l'orifice préputial lui-même (et non pas sur la peau) une pince en haut, une autre en bas ; confier ces pinces à un aide qui tire très modérément.

2e temps. — Le pouce et l'index gauches protégeant le gland, couper au delà, d'un coup de ciseaux, toute la peau et la muqueuse exubérantes.

3e temps. — Il reste encore trop de muqueuse : la fendre d'un coup de ciseaux sur la face dorsale de la verge, jusqu'au fond du sillon balano-préputial.

4e temps. — Saisir avec une pince successivement chaque lambeau muqueux, le libérer des adhérences au gland (si elles existent) en s'aidant des ongles ou d'un instrument mousse (pointes des ciseaux).

5e temps. — Arrondir aux ciseaux les pointes des lambeaux muqueux.

6e temps. — Sutures muco-cutanées aux quatre points cardinaux : en haut, en bas et de chaque côté.

Si l'affrontement est insuffisant, ajouter quelques points intermédiaires.

Si l'artère du frein saigne, la prendre dans l'anse d'un point de suture.

7e temps. — Pansement avec la pâte suivante liquéfiée au bain-marie et incorporée à de la ouate stérilisée (ne pas en mettre sur le méat) :

Glycérine	20 grammes.
Gélatine	30 —
Eau	40 —
Oxyde de zinc	10 —
Salol	4 —

Enlever les sutures au cinquième jour.

II. — PHIMOSIS ACQUIS.

A. — Phimosis d'origine chancreuse.

Simple incision médiane sur la face dorsale du prépuce permettant de soigner les lésions (l'opération complète pourrait amener l'inoculation de la plaie).

B. — Phimosis blennorragique.

Soins de propreté ; bains locaux et injections d'eau boriquée entre le gland et le prépuce.

Si ces moyens sont insuffisants, opérer comme pour le phimosis congénital.

C. — Phimosis diabétique.

Soins de propreté ; soigner le diabète (traitement général). Ne pratiquer l'opération que si elle est indispensable et après avoir fait diminuer ou disparaître le sucre par le traitement général.

Rechercher toujours le sucre dans les urines des malades atteints de phimosis inflammatoire.

BIBLIOTECA BIBLIOTECA

BIBLIOTECA

PHLEGMONS DIFFUS

Éléments étiologiques : Inoculation septique du tissu cellulaire : streptococcus pyogenes; classe ouvrière ; piqûre anatomique. Diabète, albuminurie, alcoolisme, surmenage (facteurs de gravité).

Signes cliniques : *Période inflammatoire* : Douleur vive, lancinante; tuméfaction diffuse rapidement progressive ; rougeur violacée des téguments à limites indécises ; sensation de chaleur excessive ; traînées rouges sur le trajet des lymphatiques ; adénites. A la palpation, sensation « tenant de la mollesse de l'œdème, de la dureté du phlegmon circonscrit et de l'élasticité de l'emphysème » ; symptômes généraux : frissons, fièvre vive, agitation, délire... ; phénomènes gastro-intestinaux...

Période de mortification : (du 4e au 6e jour) atténuation des douleurs, diminution de la tension des téguments ; œdème superficiel, mou, dépressible, suppuration : sensation de fluctuation nette ou difficilement perçue (suivant la profondeur du pus) ; persistance ou aggravation des phénomènes généraux.

Élimination des escarres : phlyctènes sanguinolentes, noirâtres, amincissement et perforation de la peau en plusieurs points ; issue d'un pus mal lié, visqueux et de tissus profonds mortifiés (tissu cellulaire, tendons, aponévroses) ; disparition des phénomènes généraux.

Réparation : bourgeons charnus : tissu cicatriciel : adhérences, difformités permanentes, impotence fonctionnelle. *Complications :* infection purulente, hémorragie, etc., pouvant causer la mort à toutes les périodes.

I. — INFLAMMATION COMMENÇANTE.

Essayer, *sans s'y attarder*, le traitement abortif :

1° *Balnéation antiseptique chaude* (solution phéniquée à 1 p. 200 à la température de 50°) pendant deux heures matin et soir (extrémités des membres).

Dans l'intervalle des bains, *pansement humide :* Envelopper la région de compresses de tarlatane trempés dans la solution de sublimé à 1 p. 2000 à la température de 50° ; makintosh, ouate et bande de tarlatane.

2° *Si la région ne peut être baignée :* Pansement humide permanent, comme pour ci-dessus, fréquemment renouvelé.

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

II. — PÉRIODE D'ÉTAT.

Recourir aux *larges débridements*, *au drainage* et à une *désinfection rigoureuse*.

Technique : Anesthésie générale (sauf contre-indications absolues).

Antisepsie du champ opératoire et de l'opérateur (1).

Les incisions seront précoces, profondes, multiples dans l'axe du membre et faites couche par couche.

a) *Précoces :* Les pratiquer sans jamais attendre signes nets de suppuration.

b) *Profondes :* Atteindre, de toute nécessité, les foyers profonds sous-aponévrotiques.

c) *Multiples :* Ouvrir tous les foyers superficiels et profonds (œdème superficiel et douleur maximum localisée par la pression digitale).

d) *Parallèles à l'axe du membre* et, d'une façon générale, à la direction des organes importants de la région (notions anatomiques exactes).

e) *Pratiquées méthodiquement, couche par couche* et à 4 centimètres au moins les unes des autres.

Préférer le bistouri au thermocautère.

Dépassser les limites de la zone enflammée et faire, s'il y a lieu, en pleine zone limitante d'apparence saine, de nombreuses ponctions au thermocautère.

Drainage : Gros tubes à drainage, drainant largement les foyers profonds et conduits d'une incision à l'autre, avec la pince à drain perforant les tissus intermédiaires infectés.

Injecter par les drains, plusieurs fois par jour, des solutions antiseptiques (sublimé à 1 p. 1000 ; eau phéniquée à 3 p. 100).

(1) L'opérateur devra se servir de gants en caoutchouc stérilisés et changer de vêtements après l'opération. Il prendra les mêmes précautions à chaque pansement. Faute de ces précautions, il s'abstiendra, pendant 48 heures au moins, de pratiquer des accouchements ou des opérations pour lesquelles une asepsie rigoureuse est de rigueur.

Balnéation antiseptique chaude prolongée suivie de pansements antiseptiques humides comme pour I.

Pansements humides ou pulvérisations antiseptiques, si la balnéation est impossible.

III. — PÉRIODE DE RÉPARATION ET DE CICATRISATION COMMENÇANTE.

a) Envelopper la région de gaze aseptique.

b) Pansement ouaté légèrement compressif.

IV. — INFECTION DE DATE ANCIENNE (phlegmon diffus mal traité ou évoluant sur un terrain sans résistance. Suppuration abondante, intarissable. Phénomènes généraux graves).

Amputation.

Importance capitale du traitement général (alcool, champagne, sulfate de quinine) dans tous les cas ; injections sous-cutanées ou intraveineuses de sérum artificiel (Voir ce mot).

BIBLIOTECA BIBLIOTECA

PHLEGMONS ET ABCÈS CHAUDS DE L'AISSELLE

I. — INFLAMMATIONS CUTANÉES.

Éléments étiologiques : Infection microbienne des glandes sébacées intradermiques (furoncles) ou des glandes sudoripares sous-cutanées (hydrosadénites). Acreté de la sueur ; grattages ; frottements ; malpropreté.

Signes cliniques : Furoncles ; hydrosadénites : foyers inflammatoires multiples, à marche subaiguë ; résolution ou ouvertures cutanées.

Raser les poils et lavage antiseptique de la peau.

Ponction au bistouri.

Pansement humide (solution de sublimé à 50 centigrammes p. 1000).

II. — INFLAMMATIONS ET ABCÈS SOUS-CUTANÉS.

Éléments étiologiques : Propagation de I ; lymphangites superficielles du membre supérieur ou du sein ; érysipèle. Diabète et mauvais état général.

Signes cliniques : Comme abcès chauds ; tendance à la diffusion vers le tissu cellulaire sous-aponévrotique (abcès en bouton de chemise).

Soins préopératoires comme pour I.

Incision au bistouri, parallèle au tendon du grand pectoral, après anesthésie au chloréthyle. Ouvrir de bonne heure pour éviter la propagation vers la profondeur.

Pansement humide.

III. — PHLEGMONS ET ABCÈS PROFONDS.

Éléments étiologiques : Généralement ce sont des adéno-phlegmons (plaies des doigts, du sein, etc.) ; propagation profonde de II ; ostéomyélites costale, claviculaire, humérale, etc. ; misère physiologique (formes septiques).

Signes cliniques : Signes des abcès chauds. Gravité spéciale de certains abcès septiques (piqûres anatomiques) avec phénomènes généraux intenses. Propagations : (mauvais état général) vers la plèvre, vers la paroi antérieure du thorax (phlegmon sous-pectoral).

A. — Abcès simple.

Incision :

Technique : Antisepsie de la région (raser, savonner, laver à l'alcool et au sublimé à 1/1000).

1° Placer le bras en abduction et inciser, sur la paroi interne de l'aisselle, la peau et l'aponévrose (incision parallèle au tendon du grand pectoral).

2° Avec la sonde cannelée, aller à la recherche du pus.

Drainer et recouvrir d'un pansement humide.

B. — Phlegmon septique.

Grands débridements précoces; grands lavages antiseptiques de la poche (sublimé à 50 centigrammes par litre); contre-ouverture, drainage.

Si la suppuration ne s'est pas encore produite, enlever les ganglions enflammés.

Pansement humide antiseptique (sublimé).

Incision et antisepsie du foyer primitif d'inoculation ; pansement humide.

Injection de sérum antistreptococcique et lavage du sang (Voir *Injection de sérum.*).

Soigner l'état général : Boissons abondantes, grogs, champagne, sulfate de quinine, etc.

PHLEGMONS ET ABCÈS DE LA MAIN

I. — PHLEGMONS SUPERFICIELS.

Éléments étiologiques : Infection (staphylocoques, streptocoques).

Signes cliniques : Lymphangite superficielle autour d'une petite plaie infectée (phlegmon érythémateux) ; petit anthrax ou furoncle du dos de la main (phlegmon anthracoïde) ; inflammation du derme au-dessous d'un durillon (durillon forcé).

A. — Phlegmon érythémateux.

Désinfection de la plaie ; bains locaux antiseptiques (sublimé à 50 centigrammes par litre); pansements humides.

B. — Phlegmon anthracoïde.

(Voir *Anthrax et Furoncle.*)

C. — Durillon forcé.

Au début comme A.

Dès qu'il y a une phlyctène, l'ouvrir et exciser aux ciseaux courbes la totalité de l'épiderme soulevé ; pansement antiseptique humide.

II. — PHLEGMON SOUS-CUTANÉ.

Éléments étiologiques : Inflammation superficielle mal soignée ; plaie septique.

Signes cliniques : Phénomènes inflammatoires, gagnant souvent la face dorsale au niveau des commissures interdigitales ; doigts écartés, mais mouvements spontanés possibles, quoique gênés ; phénomènes généraux ; puis suppuration : œdème, fluctuation. Abcès en bouton de chemise ; le pus gagne vers la face dorsale ou devient profond (III).

1° *Au début :* Grands bains locaux antiseptiques ; pansements humides.

2° *Il y a du pus* : Inciser le plus tôt possible (incision longitudinale), après lavage antiseptique et anesthésie au chlorréthyle, sur la paume de la main d'abord (début palmaire), même s'il y a un gonflement dorsal considérable (œdème), et faire ensuite, si c'est nécessaire, une incision dorsale. Inciser parallèlement à l'axe de la main.

3° *Abcès en bouton de chemise* : Ouvrir au bistouri l'abcès superficiel et l'*abcès profond* en agrandissant sur la sonde cannelée l'orifice de communication ; exciser aux ciseaux courbes l'épiderme soulevé.

4° Bains locaux antiseptiques et pansements humides jusqu'à bourgeonnement de la plaie, puis pansement sec à la gaze iodoformée.

III. — PHLEGMON DU TISSU CELLULAIRE SOUS-APONÉVROTIQUE.

Éléments étiologiques : Propagation d'un phlegmon sous-cutané, panaris, plaie profonde septique.

Signes cliniques : Main en battoir ; phénomènes inflammatoires gagnant l'avant-bras, douleurs très vives ; premières phalanges fléchies, les deux autres étendues ; œdème énorme surtout à la face dorsale, quoique la lésion soit surtout palmaire ; fusées purulentes dans toute la main ; phénomènes généraux graves.

1° *Au début* comme II, 1°.

2° *Dès qu'on soupçonne le pus :* Incision longitudinale profonde :

Technique: Anesthésie au bromure d'éthyle. Inciser la peau parallèlement à l'axe de la main.

Aller avec la sonde cannelée à la recherche du pus ; agrandir l'ouverture dans le même sens (bistouri, ciseaux).

Rechercher avec la sonde cannelée s'il y a des décollements ; dans ce cas, introduire la sonde jusqu'au fond des décollements et, sur son bec, faire couche par couche une contre-ouverture au bistouri (ménager l'arcade palmaire superficielle qui se trouve sur l'horizontale passant par la commissure du premier espace interdigital). Drainer de part en part.

3° Chaque jour, grand bain antiseptique d'une heure et grand pansement humide remontant jusqu'au milieu de l'avant-bras.

4° *Dès que les phénomènes inflammatoires ont disparu,* séances de mobilisation, doigt par doigt et articulation par articulation ; bains de mains très chauds et douches.

5° *S'il persiste de la raideur, lorsque tout gonflement a disparu* : anesthésie générale (le bromure d'éthyle peut suffire) et mouvements de flexion et d'extension forcés ; massage.

IV. — PHLEGMON DE LA GAINE DES FLÉCHISSEURS.

Éléments étiologiques : Plaies infectées et panaris de la gaine du pouce ou du petit doigt.

Signes cliniques : Comme III ; mais au début l'inflammation peut être limitée à la gaine du pouce (éminence thénar) ou du petit doigt (éminence hypothénar) ; attitude des doigts : extension de la première phalange, flexion des deux autres ; le gonflement offre deux renflements, l'un à la partie inférieure de l'avant-bras, l'autre à la main, séparés par un étranglement (ligament annulaire) ; phénomènes généraux parfois très graves, pouvant causer la mort.

1° *Au début* comme pour II.

2° *Dès qu'on soupçonne le pus :* Incision verticale sur le renflement de la partie inférieure de l'avant-bras ; introduction d'une sonde cannelée dans la gaine et, sur la sonde, contre-ouverture palmaire ; drain passant dans la gaine et sortant par les deux ouvertures.

3° Soins postopératoires comme pour III.

4° *Dans les cas très graves* (éponge purulente, nécrose des os) : amputation de l'avant-bras.

PIED BOT ACCIDENTEL

Éléments étiologiques : Paralysie infantile ; plus rarement : cicatrices, arthropathies, etc.

Signes cliniques : Pied bot paralytique ; début de l'affection : paralysie infantile ; plus tard, atrophie du membre ; équinisme ; déformations osseuses peu marquées.

1° *Au début* : électrisation des muscles, massage, bains salés.

Continuer ce traitement pendant plusieurs mois, avant de pratiquer une intervention.

2° *L'exploration électrique indique qu'il y a conservation partielle des muscles moteurs du pied :*

Raccourcissement tendineux ;

Anastomose musculo-tendineuse.

3° *Lorsque les muscles sont détruits* (pied de polichinelle) : Faire l'arthrodèse tibio-tarsienne et médio-tarsienne, s'il y a lieu, et immobiliser de six semaines à deux mois dans un bon appareil plâtré.

Puis : électrisation, massage, bains salés.

PIED BOT CONGÉNITAL

Éléments étiologiques : Intoxication de la mère ou du fœtus. Hérédité.

Signes cliniques : D'abord le pied peut se redresser sous la main qui l'explore, puis surviennent des lésions osseuses et l'irréductibilité. Lorsque l'enfant marche, durillons aux points d'appui ; ankyloses, arthrite, atrophie des muscles et rétraction des tendons.

Type le plus fréquent : *varus équin creux* : plante du pied dirigée en dedans ; bord interne du pied brisé, présentant un sillon profond ; astragale subluxée en avant sur les os de la jambe ; col astragalien dévié en dedans (enroulement ou volutation du pied).

I. — A LA NAISSANCE.

1° *Massage* :

Technique : Saisir de la main gauche le talon et l'arrière-pied ; de la main droite, empaumer l'avant-pied et faire, avec force, des mouvements de circumduction, en essayant de redresser le pied. Ces mouvements forcés devant être assez énergiques seront faits par le médecin lui-même et non par la mère, tous les jours si possible, au moins tous les deux jours.

Faire aussi des mouvements de flexion forcé du pied (contre l'équinisme).

2° Si ces manipulations n'arrivent pas à redresser le pied et si, comme c'est fréquent, la gêne vient du tendon d'Achille, en faire la *ténotomie*, après avoir redressé le varus par le redressement forcé sous le chloroforme dans une même séance :

Technique de la ténotomie : Instruments : un fin bistouri ou un ténotome, une pince à griffe, une fine aiguille (de Reverdin), deux crins de Florence.

Antisepsie de la région (savonner, laver à l'alcool et au sublimé à 1/1000).

Incision longitudinale de 10 à 15 millimètres sur le bord externe du tendon et jusqu'au tendon ; le ténotome est alors

dirigé transversalement et sectionne, à ciel ouvert, le tendon d'Achille que la main gauche fait saillir en relevant la pointe du pied; un brusque échappement indique que la section est terminée.

Deux points de suture; pansement à la gaze aseptique. Enlever les fils au sixième jour et panser au collodion.

3° Dans l'intervalle des séances de massage, maintenir le pied réduit avec un petit appareil facilement amovible, carton ou gutta-percha) et maintenu avec une bande de flanelle.

La plupart des pieds bots ainsi traités (1 et 2) dès la naissance, guérissent sans autre intervention.

II. — CHEZ L'ENFANT QUI A MARCHÉ.

Tarsectomie (résection de la tête de l'astragale et de la grande apophyse du calcanéum).

Y joindre, si c'est nécessaire, la ténotomie du tendon d'Achille.

Immobilisation dans un appareil plâtré pendant six semaines.

Massage, électrisation des muscles de la jambe.

III. — CHEZ L'ADULTE

1° *Pour le pied bot varus équin* :

Astragalectomie.

2° *Pour le varus pur* :

Tarsectomie antérieure cunéiforme.

3° *Dans les déformations anciennes et très marquées* :

Enlever tous les os qui gênent le redressement. Malgré ces larges tarsectomies, bon résultat fonctionnel (Championnière).

Quelle que soit l'intervention, la faire suivre pendant longtemps de massage et d'électrisation des muscles de la jambe.

PLAIES DE L'AISSELLE

Éléments étiologiques : Instruments piquants, tranchants, contondants, armes à feu.

Signes cliniques : Ce sont ceux des plaies simples, des plaies des vaisseaux, des nerfs ou des plaies pénétrantes de poitrine (selon les organes atteints).

I. — PLAIES SIMPLES SANS LÉSION DES VAISSEAUX NI DES NERFS.

1° Désinfecter (surtout si la plaie est septique).

2° Pansement aseptique ou antiseptique.

II. — PLAIES AVEC BLESSURE DE L'ARTÈRE AXILLAIRE.

1° Faire comprimer l'artère sous-clavière par un aide :

Technique : Rechercher le tubercule de Lisfranc dans le creux sus-claviculaire; contre ce tubercule et en dehors de lui, sentir les battements de l'artère; la comprimer, non sur les parties molles du cou, mais sur la côte elle-même.

Appuyer avec le poids du corps et non en contractant les muscles des doigts (il est souvent nécessaire de monter sur un tabouret, une petite caisse); placer deux doigts (le médius et l'index) sur la clavicule, parallèlement à l'os, tandis que les quatre doigts de l'autre main appuyent sur eux; pour éviter la fatigue, comprimer alternativement avec une main et avec l'autre.

2° Lier les deux bouts de l'artère :

Technique : Débrider largement la plaie parallèlement au tendon du grand pectoral, enlever les caillots, nettoyer la plaie, reconnaître le coraco-brachial, puis le nerf médian, derrière lequel se trouve l'artère, qu'il faut suivre et lier au-dessus et au-dessous de la plaie. N'avoir recours à la section transversale du grand et du petit pectoral qu'en cas de nécessité absolue.

Les deux bouts de l'artère liés, suturer, mettre un

drain si l'asepsie n'est pas absolue; pansement aseptique.

Envelopper le membre de ouate depuis la main, pour le réchauffer.

Injections de sérum (intra-veineuses, si le malade a perdu beaucoup de sang).

III. — LA VEINE EST LÉSÉE.

1° Débrider la plaie et enlever les caillots.

2° Reconnaître la veine et sa blessure ; si celle-ci n'atteint qu'une petite portion du vaisseau, mettre une bonne pince sur l'orifice et faire une ligature latérale ; sinon lier les deux bouts.

Pendant cette recherche, comprimer entre la veine et le cœur pour éviter *l'entrée de l'air dans les veines*.

IV. — UN OU PLUSIEURS NERFS SONT LÉSÉS (leur lésion se reconnaît surtout à l'exploration électrique des muscles ; la recherche de la sensibilité est plus infidèle).

Mettre le nerf à nu et le suturer (Voir *Plaies des nerfs*).

V. — BLESSURE DES VAISSEAUX ET DES NERFS.

Faire la désarticulation de l'épaule.

VI. — PLAIES PAR ARMES A FEU.

Débrider largement.

Enlever les caillots et les esquilles osseuses qui peuvent s'y trouver ; lier les vaisseaux s'ils sont lésés; tamponnement aseptique de la plaie.

VII. — ACCIDENTS ÉLOIGNÉS DES TRAUMATISMES DE L'AISSELLE.

A. — Anévrysmes.

Extirpation de la poche anévrysmale.

B. — Troubles trophiques et paralytiques (griffes) consécutifs aux plaies nerveuses non traitées.

Avivement et suture des nerfs.

Électricité ; massage ; bains de bras dans l'eau très chaude.

C. — Névralgies traumatiques.

Extirpation des corps étrangers voisins des nerfs.

Élongation des nerfs.

BIBLIOTECA BIBLIOTECA BIBLIOTECA