TUMEURS ADÉNOIDES DU NASO-PHARYNX

Eléments étiologiques : Enfance ; hérédité ; lymphatisme, scrofule...

Signes cliniques : Gêne respiratoire; ronflement la nuit ; accès de suffocation ; voix « sans métal » « détimbrée » ; difficulté de prononcer les consonnes nasales ; surdité, otite moyenne ; coryza chronique. Facies adénoïdien « facies sans relief, sans expression, le malade a l'air idiot » ; voûte palatine ogivale ; rapprochement des arcades dentaires supérieures, voile du palais refoulé en avant. Toucher pharyngien (amas de vers de terre pelotonnés); rhinoscopie antérieure et postérieure...

I. — ADÉNOIDES COMPLIQUÉES D'INFLAMMATION.

Attendre, avant d'opérer, la disparition des phénomènes inflammatoires, obtenue par les injections nasales très chaudes ou les attouchements avec la résorcine (Résorcine : 10 grammes, eau distillée : 10 grammes).

II. — ADÉNOIDES SIMPLES.

Unique traitement : **Ablation par la voie buccale :**

Technique : Instruments nécessaires : Deux couteaux à adénoïdes; un bon abaisse-langue, solide et bien en main.

A. *Soins préparatoires.* — Faire trois fois par jour, pendant les huit jours qui précèdent l'opération, des irrigations nasales chaudes à l'eau boriquée à 4 p. 100.

Mettre, le soir, en se couchant, gros comme un pois de vaseline boriquée dans chaque fosse nasale et tenir la tête horizontale, les yeux dirigés au plafond.

B. *Opération.* — 1° *Anesthésie :* Mettre le malade en position assise sur les genoux d'un aide ; enduire de vaseline le nez et les parties voisines ; faire administrer par un second aide le bromure d'éthyle (Voir *Anesthésie générale*).

2° Mener rapidement l'opération, douze à treize secondes : Faire redresser et maintenir la tête du malade par l'aide qui endort ; placer un bon abaisse-langue et le maintenir en

place de la main gauche, assez solidement, pour que la bouche soit largement ouverte.

Insinuer, sous bon éclairage, l'anneau du couteau à adénoïdes en arrière du voile (le manche sur le côté des arcades dentaires); abaisser fortement la main droite qui tient l'instrument, jusqu'à ce que l'anneau touche la paroi postérieure des fosses nasales ; curetter d'avant en arrière toute la surface du naso-pharynx : un premier coup au milieu, un autre à droite, un troisième à gauche et, avec un petit couteau à adénoïdes, un dernier coup, transversalement de gauche à droite (par rapport au malade).

Soins postopératoires. — Faire, dès le réveil, des injections nasales avec la solution phéniquée au centième.

Obturer les oreilles et les narines avec de petits tampons de ouate hydrophile.

Remettre le malade en position horizontale et le laisser, en le surveillant, s'abandonner au sommeil.

Pendant les premiers jours : Alimentation liquide ; vaseline boriquée dans les fosses nasales trois fois par jour ; continuer les irrigations pendant une dizaine de jours.

Explorer à nouveau, au bout de ce temps, le pharynx nasal avec le doigt et, si l'ablation n'a pas été complète, donner un coup du couteau à adénoïdes sur ce qui reste.

TUMEURS BLANCHES

Éléments étiologiques : Bacille de Koch; hérédité; tempérament scrofuleux; misère physiologique. Lésions articulaires antérieures: Traumatisme, arthrite blennorragique...

Signes cliniques : *Début* insidieux: douleur d'abord sourde, intermittente, puis fixe et continue, réveillée ou accrue par la pression, les mouvements et le choc des surfaces articulaires l'une contre l'autre; douleur siégeant parfois dans la jointure sous-jacente; mouvements gênés, difficiles, impossibles ; gonflement; tension des téguments; peau blanche, sillonnée de veines bleuâtres ; vraie et fausse fluctuation; adénites; attitudes vicieuses; déformations; atrophies musculaires.

Suppuration : abcès intra et périarticulaires. Mouvements anormaux; luxations pathologiques. Guérison par ankylose. Mort par suppuration prolongée (dégénérescence viscérale amyloïde); phtisie pulmonaire, méningite tuberculeuse...

Fistulisation.

Importance capitale du *traitement général* dans toutes les formes et à tous les degrés des tumeurs blanches.

I. — TUMEURS BLANCHES NON SUPPURÉES.

A. — Le membre est en bonne attitude.

1° *Immobilisation* :

Appareil plâtré ou extension continue, suivant l'articulation malade.

a) Articulation scapulo-humérale :

Pendant la première enfance :

Mettre dans l'aisselle un petit coussin axillaire et immobiliser l'article par quelques tours de bande embrassant le membre supérieur et contournant le thorax en avant et en arrière.

Chez l'enfant plus âgé, l'adolescent et l'adulte :

Appliquer, sur un maillot en tricot de coton, une attelle plâtrée thoraco-brachiale, embrassant le membre supérieur

tout entier et s'étalant en deux valves, en avant et en arrière du thorax.

b) Articulation du coude :

Appliquer sur le membre en flexion et en demi-pronation, préalablement rasé et vaseliné, un appareil plâtré en 8 de chiffre croisé en avant, remontant jusqu'à la partie moyenne du bras et descendant jusqu'au milieu de l'avant-bras.

c) Articulation du poignet :

Raser et vaseliner la région et appliquer une gouttière plâtrée palmaire, ne dépassant pas, par en bas, le pli palmaire inférieur et remontant un peu au-dessus du coude.

d) Articulation de la hanche :

1° *Extension continue dans la rectitude* (Voir *Coxalgie*).

2° *Révulsion* :

Pointes de feu superficielles.

3° *Compression :*

Appliquer, sur la partie de l'articulation laissée libre par l'appareil immobilisateur, un fort tampon de coton cardé ordinaire et le fixer par quelques tours de bande de flanelle entourant l'attelle en arrière, le membre en avant.

4° *Injections sclérogènes :*

Y recourir (genou, coude, cou-de-pied, poignet) s'il existe des fongosités articulaires et périarticulaires abondantes.

Technique : Employer une solution de chlorure de zinc au dixième si l'injection peut être faite profondément (genou), au quinzième ou au vingtième, dans le cas contraire (articulations superficielles; poignet, coude).

Antisepsie; anesthésie au bromure d'éthyle.

Faire, avec une seringue de Pravaz armée d'une longue aiguille, un certain nombre de piqûres (variable avec le volume de l'articulation et le degré des lésions), au niveau de la ligne de réflexion des synoviales et le long des gros ligaments périsynoviaux (c'est-à-dire à la périphérie des lésions), profondément, au-dessus et au-dessous du périoste.

Injecter, à chaque piqûre, 4 à 5 gouttes de la solution.

Comprimer pendant qu'on retire l'aiguille, pour éviter que le chlorure de zinc n'escarrifie la peau (accident fréquent et douloureux).

Après les injections : Comprimer les parties molles périarticulaires à l'aide de plaques d'amadou stérilisé superposées et maintenir avec une bande de flanelle.

Attendre, pour recommencer, la disparition complète des phénomènes réactionnels.

B. — Le membre est en position vicieuse (genou en flexion, coude en extension).

Redressement (mettre le genou en extension rectiligne, le pied à angle droit, l'épaule en abduction légère, le coude à angle droit, le poignet très légèrement relevé vers la face dorsale, doigts en demi-flexion).

I. — *Hanche et genou.*

a) Faire le redressement lent par l'extension continue.

b) En cas d'échec, total ou partiel : Recourir au redressement en plusieurs séances brusques sous le bromure d'éthyle ; appareil plâtré maintenant le redressement obtenu.

Attendre la disparition de la douleur, pour la deuxième séance.

Si le redressement est facile du premier coup : une seule séance.

Technique du redressement brusque du genou, en cas de subluxation du tibia en arrière : Faire exercer par un aide une traction sur la jambe ; saisir d'une main l'extrémité supérieure de la jambe, l'attirer en avant et refouler de l'autre, d'avant en arrière, l'extrémité condylienne du fémur.

c) En cas d'échec du redressement manuel : Intervention sanglante (ostéotomie, résection).

II. — *Autres articulations* (*coude*, *poignet*, *pied*).

a) Redressement brusque sous le bromure d'éthyle.

b) En cas de redressement insuffisant : Redressements brusques partiels sous chloroforme ou bromure d'éthyle, en plusieurs séances.

Immobiliser dans un plâtre, après chaque séance.

c) En cas d'échec du redressement manuel : Intervention sanglante (résection).

Après redressement du membre : Traitement comme pour A.

Continuer le traitement A pendant très longtemps. Ne permettre les mouvements qu'après disparition absolue de toute douleur spontanée ou provoquée : mouvements limités, progressifs (pour le membre supérieur) ; appareil silicaté, attelle de Thomas, 2 béquilles, puis 1 béquille, puis une canne (pour le membre inférieur).

Ne jamais chercher à produire des mouvements dans ankylose en bonne position.

II. — TUMEURS BLANCHES SUPPURÉES.

1° Chez l'enfant :

Règle fondamentale : Vu la tendance à la guérison spontanée des tuberculoses locales de l'enfant, vu aussi l'arrêt d'accroissement du membre, après la résection typique (genou, membre inférieur), insister, à cet âge, sur les opérations partielles, incomplètes (curettages, évidements, cautérisations, tunellisations, arthrotomies, synovectomies, résections intra-épiphysaires), en surveillant, de très près, l'état général, afin d'être en mesure de supprimer immédiatement, si besoin est, le foyer local d'infection.

A. — Abcès fermé, volumineux, né d'une articulation profonde.

a) Tenter, sans s'y attarder, la résorption spontanée par la compression ouatée méthodique ; y joindre le repos absolu de l'articulation.

b) En cas d'échec : Évacuation du pus par ponction et injection d'éther iodoformé (Voir *Abcès froids*) ou de gaïacol iodoformé (gaïacol 5 grammes, iodoforme 2 grammes, huile d'olive stérilisée 100 grammes).

c) En cas d'échec : Intervenir très aseptiquement par l'incision large, l'excision suivie de curettage énergique et de cautérisation au chlorure de zinc au dixième, de ce qui reste de la paroi de l'abcès ; réunion et drainage.

Si l'on arrive sur la lésion osseuse : Extraire les séquestres, ruginer, évider, curetter les parties malades, résections atypiques.

Pas de sutures, pour surveiller les récidives.

B. — Abcès petit, né d'une articulation superficielle (coude, poignet, genou).

Incision antiseptique de l'abcès, excision de la paroi, raclage énergique et évidement du foyer osseux d'origine; cautérisation au chlorure de zinc au dixième ou au thermocautère ; tamponnement à la gaze iodoformée ou mieux à la gaze stérilisée trempée dans du naphtol camphré. Recommencer cette opération autant de fois qu'il est nécessaire. Pas de sutures.

C. — Abcès ouvert.

Fistules rares, sécrétant peu ; bon état général :

Insister sur le traitement général, l'hygiène et attendre.

En cas d'échec : Disséquer les fistules jusqu'à l'os dénudé ; évider le ou les foyers osseux; cautérisation au chlorure de zinc au dixième. Pansement iodoformé.

Fistules multiples ; suppuration abondante; pas d'infection générale ; organisme résistant :

Arthrectomie et méthode sclérogène combinées.

Fistules multiples, suppuration excessive, fièvre, début de septicémie, état général grave :

Intervention radicale :

Genou : amputation de la cuisse.
Coude, hanche, épaule : résection.
Poignet, pied : résection, amputation.

2° Chez l'adulte :

Mêmes indications thérapeutiques générales; mais en arriver beaucoup plus tôt aux opérations radicales (résections typiques sous-périostées), vu l'absence, à cet âge, des conditions favorables à la guérison spontanée, réalisées chez l'enfant, vu aussi l'accroissement du squelette définitivement acquis (membre inférieur).

ULCÈRES VARIQUEUX

Éléments étiologiques : Arthritisme : Scléroses veineuses (varices), artérielles, nerveuses (dystrophie du membre) ; infection, traumatismes... homme (surtout), adulte.

Signes cliniques : Tiers inférieur de la jambe, face interne du tibia ; forme de l'ulcère : elliptique ; fond grisâtre, tapissé de bourgeons charnus, de dimensions variables, généralement mous et sans vitalité, séparés les uns des autres par des dépressions remplies de pus, de sang, de débris nécrosés (grande variabilité d'aspect, suivant repos ou marche, santé ou maladie) ; bords réguliers minces ou formant un bourrelet plus ou moins saillant et induré; fréquence des complications inflammatoires (lymphangites) ; ulcères fongueux, calleux, atones, phagédéniques, hémorragiques ; troubles de sensibilité générale et thermique autour de l'ulcère ; troubles trophiques variés ; œdème chronique (aspect éléphantiasique), infiltration lardacée du tissu cellulaire ; eczéma, tâches jaunes, fauves, rouges ; lésions scléreuses des synoviales tendineuses, des muscles, ostéopériostite chronique... Chronicité, état stationnaire, alternatives d'améliorations et d'aggravations...

I. — ULCÈRE COMPLIQUÉ D'INFLAMMATION (fond saignant, douloureux, bourgeons charnus ecchymotiques, sécrétion purulente exagérée ; bords tuméfiés, rouges, sensibles, points de départ de traînées lymphangitiques, d'adénites).

1° *Repos* absolu au lit en décubitus horizontal, le membre malade soulevé par des coussins.

2° *Pulvérisations phéniquées* (solution 1 p. 300) deux heures le matin et deux heures le soir.

3° Dans l'intervalle : *Pansement humide :*

Recouvrir largement la région de l'ulcère avec des compresses de tarlatane bouillies, imbibées d'une solution antiseptique (sublimé à 1 p. 2.000, eau boriquée à 4 p. 100, permanganate de potasse à 1 p. 5000, sulfate de cuivre à 1 p. 100) ; makintosh, ouate, bande.

Après disparition des phénomènes inflammatoires : Traiter l'ulcère suivant sa variété clinique (Voir de II à IV).

II. — ULCÈRE FONGUEUX, A BOURGEONS CHARNUS EXUBÉRANTS.

1° *Repos* comme pour I.

2° *Balnéation :*

Plonger le membre deux ou trois fois par jour, pendant dix minutes, dans un bain dont la température est progressivement élevée à 50° ou 55°.

Dans l'intervalle : Pansement comme pour I.

3° *En cas d'échec ou d'amélioration trop lente :* Cautériser légèrement, chaque jour, avec la lame rougie du thermocautère, les bourgeons charnus les plus saillants, blafards et atones.

4° *Ou encore* : Attouchements à la teinture d'iode, au chlorure de zinc à 1 p. 12, au nitrate d'argent à 1 p. 50.

5° *Quand l'ulcère, suffisamment modifié, est en voie de cicatrisation :* Traitement comme pour IV.

Faire ces cautérisations au centre de l'ulcère, jamais à la périphérie, surtout s'il existe un liseré blanchâtre, indice d'un début de cicatrisation.

III. — ULCÈRE A BORDS CALLEUX, INDURÉS, SAILLANTS.

1° *Repos* comme pour I.

2° *Désinfecter* l'ulcère comme pour I.

3° *Compression :*

Entourer le membre, en dépassant en haut et en bas les limites de l'ulcère, de bandelettes de diachylon, ayant chacune 2 à 3 centimètres de largeur et se recouvrant à moitié les unes les autres ; bandage roulé. *Ou mieux :* Employer, à cet effet, une bande de caoutchouc, comme pour IV.

4° *En cas d'échec :* Faire, autour de l'ulcère, à 2 ou 3 centimètres de ses bords, une ou deux séries d'incisions circonférentielles, intéressant toute l'épaisseur des couches sous-cutanées.

S'opposer à la réunion immédiate de ces incisions, en interposant entre leurs bords des lamelles de gaze aseptique.

IV. — ULCÈRE EN BONNE VOIE DE CICATRISATION; FOND ROSÉ, GRANULEUX; LISÉRÉ ÉPIDERMIQUE.

1° *Repos* comme pour I.

2° *Pansement sec* (sous-nitrate de bismuth, oxyde de zinc, sous-carbonate de fer, etc.); changer de pansement dès que la cicatrisation s'arrête.

Ou bien : Pansements avec des compresses de coton hydrophile imbibées d'une solution de sérum gélatiné à 10 p. 100, à la température de 37°; recouvrir les compresses de makintosh et les renouveler trois fois par jour.

Si l'ulcère est vaste : **Greffes de Thiersch :**

Technique : Anesthésie générale.

1° Désinfecter soigneusement la face antérieure de la cuisse (antiseptiques faibles).

2° Embrasser de la main gauche la face postérieure de la cuisse et tendre la peau de la face antérieure lavée à l'eau salée stérilisée.

3 De la main droite, avec un rasoir taillant bien et dont le tranchant est lui-même mouillé d'eau salée, tailler en sciant, parallèlement à la surface cutanée, une lanière dermo-épidermique (épiderme et couche superficielle du derme), de longueur suffisante et large de 2 centimètres; tailler ainsi, parallèlement à la première, autant de lanières qu'il est nécessaire (suivant l'étendue de l'ulcère), en laissant entre elles un intervalle de peau saine de 1 à 2 centimètres; recueillir toutes les lanières dans une solution d'eau salée stérilisée à 6 p. 1000.

4° Curetter légèrement la surface de l'ulcère; faire l'hémostase en comprimant pendant quelques minutes.

5° Recouvrir cette surface avec les lanières dermo-épidermiques, en ayant soin de juxtaposer exactement ces dernières en les faisant s'imbriquer légèrement.

6° Panser avec un morceau de silk protective stérilisé; makintosh, ouate, bande.

Si le malade ne peut pas garder le repos : Recourir à la compression élastique du membre :

1° Appliquer sur l'ulcère une lame de silk bouillie.

2° Enrouler à partir du pied et jusqu'au delà de l'ulcère, sans exercer aucune traction, une bande de caoutchouc souple et résistant, large de 7 à 8 centimètres et dont chaque tour couvre le précédent de 15 à 20 millimètres.

Mettre la bande le matin, avant de se lever et ne l'enlever que le soir, en se couchant.

Appliquer, pendant la nuit, un pansement sec sur l'ulcère. Tenir la bande élastique très propre (savonnage journalier, rinçage dans une solution antiseptique).

V. — ULCÈRE DÉVELOPPÉ SUR UN MEMBRE ATTEINT DE GROSSES VARICES AMPULLAIRES OU A SAPHÈNE DILATÉE AVEC INSUFFISANCE VALVULAIRE MANIFESTE.

Résection des ampoules veineuses (Voir *Varices*).

Résection de la saphène (Voir *Varices*).

VI. — ULCÈRE ANNULAIRE, SANS LÉSIONS PROFONDES DU MEMBRE.

Autoplastie par la méthode italienne : Lambeau, taillé à distance, en une région susceptible d'être amenée facilement et de rester assez longtemps au contact de la surface ulcérée.

VII. — ULCÈRE TRÈS ÉTENDU, RÉCIDIVANT SANS CESSE.

Amputation, après échec bien constaté de tous les moyens précédents (greffes).

VIII. — ULCÈRE ANNULAIRE, AVEC LÉSIONS PROFONDES DU MEMBRE.

Amputation.

IX. — ULCÈRE CICATRISÉ.

Soins minutieux de propreté; lavages à l'eau blanche; massage prudent. Éviter toute fatigue. Bas élastique lacé.

VARICES

Eléments étiologiques : Membres inférieurs. Adultes. Grossesse. Insuffisance physiologique de l'étoffe veineuse, congénitale (hérédité, arthritisme), acquise (saturnisme, alcoolisme, dyspepsie habituelle, infections générales, phlébo-sclérose...)

Causes mécaniques : efforts, station debout prolongée, compression, dispositions anatomiques et physiologiques de la circulation veineuse ; insuffisance valvulaire de la saphène interne et son corollaire : le reflux veineux (rôle considérable dans l'aggravation des varices et dans le développement des troubles trophiques ; importance de sa constatation clinique au point de vue des indications thérapeutiques).

Signes cliniques : Veines augmentées de volume, visibles par transparence sous la peau, sous forme de cordons flexueux, irréguliers, bleuâtres, de consistance molle et facilement dépressibles, disparaissant ou diminuant après le repos de la nuit ; ampoules variqueuses sur le trajet de la saphène et à son embouchure ; tumeurs variqueuses (noisette, noix, œuf de poule) à la face interne de la jambe et surtout du genou. Peu ou pas de troubles fonctionnels, à moins de coexistence de varices profondes : douleurs gravatives, crampes, engourdissement, fatigue rapide, douleurs sciatiques ; empâtement profond du membre, œdème des malléoles, disparus ou atténués le matin... Phlébite : adhésive (guérison), suppurative. Embolies, rupture (coup de fouet, hémorragies) ; dermatoses diverses (eczéma) ; ulcères ..

Recherche clinique de l'insuffisance valvulaire de la saphène interne :

A. 1° *Malade debout :* Constater le volume (maximum) de ses varices.

2° *Malade dans la position horizontale:* Constater le volume plus petit et la tension moindre de ses veines.

3° Le *malade étant dans la position horizontale : a*) Élever brusquement son membre inférieur jusqu'à la perpendiculaire et constater que les varices se vident totalement et disparaissent en s'affaissant.

b) Laisser retomber le membre sur le lit et constater que les varices se remplissent brusquement et de haut en bas.

B. *Le malade étant couché, le membre inférieur relevé*

(varices vides) : 1° Comprimer avec le doigt la partie supérieure de la saphène et faire lever le malade ; constater alors que le territoire veineux saphénien ne se remplit que très lentement.

2° Cesser la compression digitale et constater que le sang afflue brusquement dans les veines et les remplit rapidement de haut en bas.

I. — VARICES PROFONDES SANS DILATATIONS VEINEUSES SUPERFICIELLES (empâtement profond du membre, engourdissement, crampes, œdème intermittent des chevilles, quelques varicosités cutanées).

a) Soins hygiéniques : Propreté absolue du membre (lavages fréquents à l'eau blanche, à l'eau boriquée froide à 4 p. 100).

Éviter la station debout prolongée et les marches trop longues (changement de profession). Se reposer le plus possible, en position horizontale, jambes élevées par un coussin (la nuit).

Proscrire : jarretières, corset, ceinture.

b) *Compression : Bas élastiques* (jambières simples, avec genouillère, bas à mi-cuisse, bas à cuisse) faits sur mesure.

Bas chanvre-caoutchouc (moitié en fil de chanvre, moitié en fil de caoutchouc).

Bas lacés : Ouverts latéralement (en dehors ou en dedans) et munis d'œillères; en tissus non élastiques (coutil de fil, peau de chien) ou en tissu élastique.

Pour l'été : *bas en tissu de fil d'Écosse, maille de tulle* (d'une grande légèreté).

La chaussette de ces différents bas doit partir du milieu du pied et laisser libre le talon. Compression uniforme et jamais douloureuse.

Indications relatives à leur application : Bas élastiques :

Interposer, entre le bas élastique et la peau, un bas en tissu doux et fin.

Bas lacés non élastiques : Interposer entre le bas et la peau une couche de coton cardé ordinaire (pour uniformiser

et rendre élastique la compression); lacer le bas avec mesure, sans jamais serrer plus fort en haut qu'en bas.

Quel que soit le bas employé, le mettre le matin avant de se lever et l'enlever le soir, après s'être couché.

Préférer les bas élastiques et en particulier les bas élastiques lacés (compression uniforme, graduée à volonté).

En cas de dermatoses peu accentuées (eczéma, ulcérations minimes) : Protéger la peau par un morceau de silk protective bouilli.

II. — VARICES SUPERFICIELLES, PLUS OU MOINS VOLUMINEUSES, AVEC OU SANS SIGNES D'INSUFFISANCE VALVULAIRE DE LA GRANDE SAPHÈNE, MAIS NE GÊNANT EN RIEN LE MALADE.

Traitement comme pour I (prophylaxie des complications).

III. — VARICES SUPERFICIELLES AVEC SIGNES D'INSUFFISANCE VALVULAIRE DE LA GRANDE SAPHÈNE, S'ACCOMPAGNANT DE TROUBLES VARIÉS (douleur, eczéma, etc.), AVEC VARICES PROFONDES SECONDAIRES RÉCENTES.

A. — Malade de la classe aisée.

Traitement comme pour I.

En cas de statu quo et, à fortiori, d'aggravation : Traitement opératoire : Résections partielles étagées de la saphène interne.

Technique des résections étagées : Réséquer à la partie supérieure (embouchure) moyenne et inférieure (sus-condylienne) de la cuisse, un segment veineux de 4 à 5 centimètres.

Anesthésie locale à la cocaïne ou à la nirvanine ou mieux (sauf contre-indications), anesthésie générale.

Antisepsie locale.

1° Faire, sur la veine et parallèlement à elle, une incision cutanée de 5 à 6 centimètres.

2° Avec la sonde cannelée, dénuder la veine complètement, en avant, en arrière et sur les côtés, dans toute l'étendue de

l'incision cutanée (isolement des nerfs; ligature des collatérales).

3° Charger, aux deux extrémités de l'incision cutanée, le tronçon veineux, sur une aiguille de Deschamps armée d'un fil double de soie aseptique.

4° Retirer l'aiguille, sectionner l'anse du fil double et faire à la veine, en haut et en bas, avec les deux fils résultant de la section de l'anse, deux ligatures distantes de quelques millimètres.

5° Sectionner le segment veineux, en haut et en bas, entre ces deux ligatures et l'extirper comme une tumeur, au bistouri.

6° Suturer la plaie cutanée aux crins de Florence. Pansement à la gaze iodoformée.

Enlever les fils au sixième jour. Permettre au malade de se lever du dixième au douzième jour, avec un bas élastique.

B. — Malade de la classe pauvre.

Conseiller d'emblée les résections partielles étagées.

IV. — VARICES SUPERFICIELLES. COMME POUR III, MAIS PRÉCÉDÉES, DE LONGUE DATE, PAR DES VARICES PROFONDES MANIFESTES.

Traitement comme pour I.

V. — VARICES SUPERFICIELLES LIMITÉES A LA JAMBE, SANS LA MOINDRE DILATATION DE LA SAPHÈNE A LA CUISSE (pas d'insuffisance valvulaire).

Traitement comme pour I.

VI. — TUMEURS VARIQUEUSES DE LA JAMBE OU DE LA FACE INTERNE DU GENOU, AVEC TROUBLES DIVERS (douleurs, menace de rupture).

a) Sans dilatation de la saphène fémorale : Extirpation des tumeurs variqueuses.

b) Avec dilatation et insuffisance valvulaire de la saphène interne : 1° Extirpation des tumeurs variqueuses.

2° Résections étagées de la grande saphène (technique comme pour III, A).

VII. — TRAITEMENT DES COMPLICATIONS.

A. — Phlébite variqueuse.

a) *Non suppurée:* Immobilité absolue du membre en position élevée, dans une gouttière en fil de fer bien matelassée d'une épaisse et large couche de ouate qui la déborde latéralement et dont on rabat les bords sur la face antérieure du membre; durée de l'immobilisation (30-40 jours) variable avec l'état local et général (fièvre).

b) *Suppurée* (abcès unique ou multiples, étagés) : Incision des collections purulentes; pansement antiseptique humide; immobilisation comme pour *a*).

B. — Ruptures variqueuses.

a) *Interstitielles* : Repos absolu du membre, dans un appareil ouaté légèrement compressif.

b) *Externes* : Hémorragies : Supprimer tout agent de compression au-dessus de la veine ulcérée (jarretières, ceinture, etc.).

1° Tamponnement localisé (gaze iodoformée, amadou aseptique).

2° *En cas d'échec :* Ligature de la veine au-dessus et au-dessous.

C. — Sciatique variqueuse.

1° Compression méthodique.

2° *En cas d'échec:* Résection des veines variqueuses émergeant du tronc nerveux (Quénu).

D. — Ulcère variqueux.

Voir ce mot.

E. — Varices des membres chez les femmes enceintes.

1° *Varices non compliquées* (œdème, pesanteur) :
Bas élastiques lacés modérément serrés.

2° *Varices compliquées* (phlébite, rupture, etc.) :
Voir Traitement des complications.

VARICOCÈLE

Éléments étiologiques : De quinze à trente-cinq ans (congénitalité); presque toujours à gauche; pays chauds; professions nécessitant la station debout ou de grands efforts (boulangers). Insuffisance de la paroi veineuse. Varicocèle symptomatique des tumeurs abdominales (rein) ou inguinales.

Signes cliniques : Relâchement du scrotum (surtout à gauche). On y sent une tumeur bosselée, irrégulière, molle, pâteuse, en paquet de vers, atteignant le fond du scrotum et remontant en plein trajet inguinal. Dans la position horizontale, réduction par la pression, mais la tumeur se reproduit après quelques instants, si l'on maintient le doigt à l'anneau.

Signes fonctionnels variables : parfois aucun trouble avec de gros varicocèles et troubles accentués avec un varicocèle insignifiant; tantôt gêne et lourdeur, tantôt douleurs à forme névralgique, intolérables. Atrophie du testicule.

Le coït soulage momentanément, mais est suivi d'une exacerbation des douleurs. Hypochondrie.

A. — Cas légers.

1° *Prescrire :* Un suspensoir; lotions locales froides; laxatifs, s'il y a tendance à la constipation.

2° *Proscrire :* La station verticale prolongée, la danse, les bains chauds, les excès de coït, l'équitation, etc.

B. — Relâchement du scrotum; varices insignifiantes; douleur, état mental, service militaire, etc.

Résection du scrotum :

Technique : Instruments : Ciseaux courbes, aiguille de Reverdin, pince à griffes, pince longuette, crins de Florence ou catgut.

L'anesthésie locale (nirvanine ou cocaïne) est suffisante.

1° Après asepsie du champ opératoire, refouler le testicule vers l'anneau et, au-dessous de lui, placer la pince longuette,