

tions : éviter de manœuvrer du bout de la curette, mais se servir de ses faces latérales. Sortir l'instrument de temps à autre pour entraîner les débris et les caillots. S'arrêter quand on entend partout le « le cri utérin ».

*Écouvillonner* la cavité avec l'hystéromètre recouvert d'une bande de gaze iodoformée enroulée et protégeant surtout le bout de l'instrument.

*Lavage utérin* avec solution chaude (solution de Van Swieten au 1/4) sous faible pression (50 centimètres à 1 mètre), en ayant bien soin de veiller à la sortie de l'eau et, pour cela, retirant de temps à autre la canule de verre.

**Pansement.**

Introduire dans le col une lanière de gaze aseptique, sans bourrage. Retirer la pince fixatrice. Remettre en place l'utérus. Remplir le vagin avec quelques lamelles de gaze mollement serrées.

En cas de saignement utérin qui résiste aux injections à 48°, faire le tamponnement vaginal.

**Suites.**

Laisser la malade au lit pendant *une semaine*, en veillant bien à la régularité des garde-robes.

S'il n'y a pas de fièvre, n'enlever le pansement utérin et vaginal qu'au bout du quatrième jour. Alors, faire des *injections vaginales quotidiennes* de sublimé à 1/4 000. Quoi qu'il en soit, la malade s'abstiendra de toute fatigue au moins pendant les huit jours qui suivront son lever.

S'il se déclare de la *fièvre*, faire une injection intra-utérine à la liqueur de Van Swieten à 1/4 000, puis, reprendre les injections vaginales quotidiennes à la même solution.

Si la *température ne cède pas*, renouveler l'injection intra-utérine au besoin deux à trois jours de suite.

La malade ne se lèvera que lorsque tout phénomène inflammatoire aura disparu.

## RACHIS

---

### PLAIES

#### I. — PLAIES INTÉRESSANT LES OS

Le traitement n'offre rien de particulier. C'est celui des plaies en général auquel on ajoute l'immobilisation sur un matelas d'eau pendant quelques jours.

#### II. — PLAIES INTÉRESSANT LES OS ET LES MÉNINGES

Le **signe** pathognomonique est l'écoulement par la plaie d'une quantité plus ou moins considérable du liquide cérébro-spinal. Ces plaies consécutives en général à des coups de couteau, siègent indifféremment à la nuque, au dos, aux lombes, au sacrum.

**Pronostic.** — Relativement bénin. La guérison est fréquente.

**Traitement.**

**Préparatifs.**

Du traitement des plaies en général (p. 107).

**Opération.**

**Position.**

Blessé dans le décubitus latéral, soutenu par des aides.

**Exécution.**

Désinfecter et aseptiser les *environs de la plaie et la plaie elle-même*, sans injection dans le trajet de la blessure.

Si l'instrument vulnérant est demeuré dans la plaie, il est préférable d'*attendre pour l'enlever* deux à trois



jours (hémorragie possible des plexus veineux intrarachidiens).  
Il ne faut pas réunir la plaie, mais *la laisser béante*, pour ne pas gêner l'issue du liquide céphalo-rachidien. On

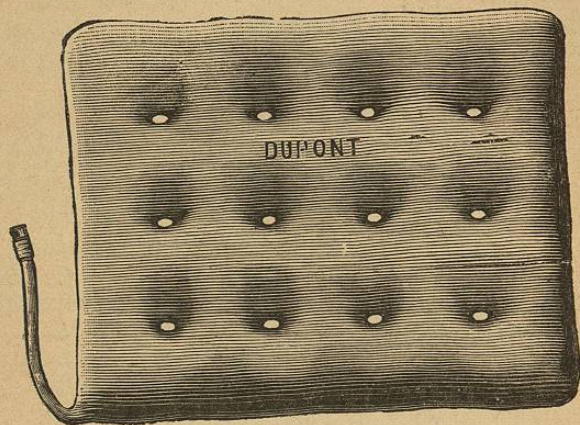


Fig. 299. — Matelas à eau en caoutchouc.

peut y placer une mèche de gaze aseptique ou un drain.

#### Pansement.

Aseptique et abondamment garni d'ouate.

Le blessé doit être *immobilisé* soit dans la gouttière de Bonnet (fig. 302), soit — et mieux — sur un matelas d'eau (fig. 299). La position latérale est la plus convenable.

L'alimentation sera liquide (lait, bouillon, etc.)

Le pansement sera renouvelé *deux fois par jour*. Si au bout de quatre à cinq jours, il n'y a ni réaction locale, ni réaction générale, si le liquide s'écoule en quantité faible, on peut songer à laisser se fermer la fistule rachidienne, et pour cela, soulever le bassin du malade et mettre la nuque en position déclive.

S'il se déclare une *méningite traumatique*, appliquer sur la tête rasée au préalable, de l'onguent mercuriel. Administrer du calomel (5 centigrammes) toutes les deux heures. On peut, contre la céphalée, mettre des vessies de glace en permanence sur la tête, recourir aux injections de morphine. Enfin, le blessé boira abondamment.

Des *troubles vaso-moteurs* (hémorragies par la bouche, le rectum) peuvent apparaître pendant la période de convalescence.

### III. — PLAIES INTÉRESSANT LES OS, LES MÉNINGES ET LA MOELLE

Le traitement sera analogue au précédent, mais le pronostic est des plus graves, en raison des lésions nerveuses irrémédiables déterminées par l'agent vulnérant.

### SCOLIOSE DES ADOLESCENTS

Inflexion latérale du rachis, accompagnée de déformation et de rotation des corps vertébraux. La scoliose peut être à une seule courbure (rare), à deux courbures (toutes deux dans la région dorsale, ou l'une dorsale, l'autre lombaire, etc.), à trois ou quatre courbures ; elle s'accompagne souvent de cyphose (dos rond).

**Symptômes.** — Au début : inflexion latérale, inégalité des deux côtés du dos et des lombes, élévation ou abaissement d'une épaule, d'une hanche ; parfois cyphose concomitante.

A la période confirmée, il y a des courbures primitives et des courbures de compensation, ne disparaissant pas par l'inclinaison du corps en avant.

**Pronostic.** — Attacher une grande importance à l'état de souplesse ou de rigidité du rachis ; dans ce dernier cas, le pronostic est grave. Dans les scoliozes de la partie supérieure du rachis, on doit redouter les troubles fonctionnels des poumons et du cœur. En général, le pronostic des scoliozes infantiles est favorable, mais le traitement plus difficile à appliquer que chez les gens âgés, doit être continué plus longtemps.



**Diagnostic.** — Le diagnostic de la cause est important : végétations adénoïdes, hypertrophie des amygdales, obstruction nasale, troubles statiques, attitudes vicieuses, pied plat, déviations dues aux maladies nerveuses, scolioses rachitiques, pleurétiques...

La radiographie peut être utile.

**Traitement.**

TRAITEMENT EN GÉNÉRAL.

*Étiologique* (lorsqu'il y a lieu).

*Prophylactique.* Empêcher les attitudes vicieuses chez

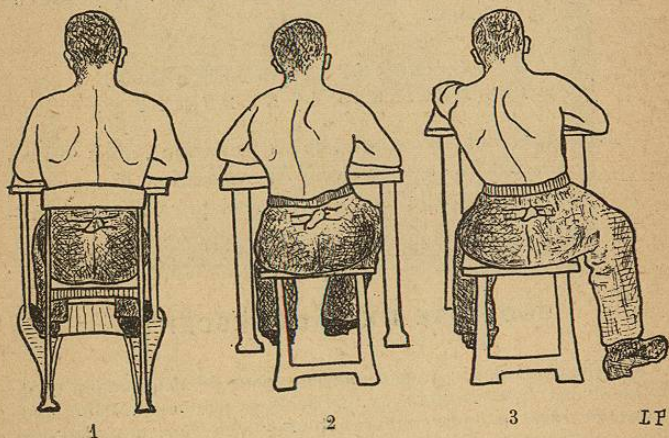


Fig. 300. — Écoliers en train d'écrire. A gauche (1) bon mobilier, bonne position ; au milieu (2) et à droite (3) mobilier défectueux, mauvaises positions (d'après Truc et Chavernac).

les enfants : défense de marcher trop tôt, de se livrer aux exercices qui exigent l'usage répété de l'un des membres — danger de porter les enfants sur un bras, des chaussures à talons élevés, des vêtements trop serrés — mobilier scolaire spécial (fig. 300 et 301) : sièges à dossier élevé permettant de placer le tronc en réclinaison et de soutenir le siège et le dos. Préférer l'écriture droite à l'écriture anglaise. Corriger les vices de réfraction oculaire. — Interdire l'usage de

bicyclettes disproportionnées à la taille ; faire coucher les enfants sur un lit résistant, avec matelas de crin, sans oreillers, en évitant le décubitus latéral. Chez les enfants débiles, prescrire l'huile de foie de morue, le phosphate de chaux, l'hydrothérapie, la

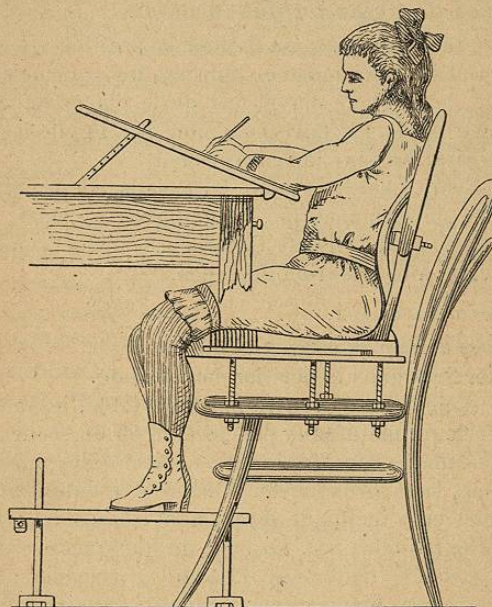


Fig. 301. — Siège et pupitre de Lorenz (Ricard et Launay).

gymnastique suédoise, les bains de mer (quand ceux-ci sont compatibles avec leur tempérament), les cures thermales : Luchon, Barèges, Biarritz.

TRAITEMENT DES DIVERSES FORMES DE SCOLIOSE.

Nous étudierons en premier lieu les scolioses au début et en second lieu, les scolioses à une période plus avancée.



1. **Scolioses au début**, dites du premier degré, c'est-à-dire où le rachis est flexible.

Les procédés qui s'adressent aux muscles (gymnastique, massage, électricité) sont suffisants en général. Nous dirons quelques mots également des corsets.

**Exercices de gymnastique** (Redard).

Avant tout, indiquer au patient la position qui corrige son attitude vicieuse et redresse les courbures. Pour cela, le meilleur moyen est de le placer devant une glace et de lui faire contrôler par la vue les efforts nécessaires pour le redressement.

Les divers exercices sont faits sans corset, avec costume de gymnastique ou de bains. Le sujet compte « un » quand il fait l'exercice, « deux » quand il revient à la situation de repos.

A. EXERCICES SPÉCIAUX.

1° *Scoliose dorsale* (à convexité gauche).

I. Exercices dans la position horizontale.

1. Le sujet à plat ventre sur une table, les membres inférieurs maintenus par un aide ou une courroie, les deux mains derrière la tête, contracte les muscles du tronc, sans brusquerie, et se relève autant que possible, en s'inclinant légèrement du côté de la convexité (gauche, ici). Au bout de quelques secondes, il se recouche lentement. Pendant le relèvement, il fait une large inspiration ; pendant l'abaissement une forte expiration. Pendant le relèvement, le chirurgien exerce une légère pression au niveau de la gibbosité, dans la direction du diamètre diagonal allongé du thorax.
2. Répétition de ce mouvement, les mains placées derrière les hanches.
3. Même mouvement, la main du côté de la concavité placée derrière la tête, la main du côté de la convexité derrière la hanche.
4. Mêmes mouvements, le sujet étant placé de telle sorte

que le bassin affleure au bord antérieur de la table, le tronc étant libre dans l'espace.

5. Le sujet — dans la position couchée latérale, du côté de la concavité, le tronc libre dans l'espace, la main droite derrière la nuque, la gauche sur la crête iliaque —, se relève en ayant soin de ne pas incliner son corps à droite ou à gauche. Au bout de quelques secondes, il redescend lentement.

II. Exercices dans la station verticale.

1. Le sujet, debout, fait effort pour porter la partie supérieure du tronc en haut du côté de la concavité de la courbure, et dirige les hanches vers la convexité.
  2. Le sujet, le rachis en extension, met sa main droite sur la nuque, presse avec sa main gauche sur la gibbosité, dans le sens du diamètre allongé du thorax, en tournant le bras en arrière et inclinant fortement le tronc vers la gauche.
- Surveiller de très près l'exercice : l'inclinaison doit se produire au niveau du sommet de la convexité de la courbure et non au niveau de la taille ou de la courbure de compensation.
3. Le sujet exécute des mouvements de rotation de la partie supérieure du tronc.

2° *Scoliose lombaire* (à convexité gauche).

1. Le sujet couché latéralement sur le côté droit se relève en décrivant un arc de cercle.
2. Le sujet — debout, une main appliquée sur la convexité de la courbure, l'autre main derrière la nuque, le membre inférieur du côté de la concavité, faisant un pas en avant, puis se fléchissant au moment de l'effort, — incline le tronc latéralement et avec un léger mouvement de détorsion au niveau de la convexité lombaire.
3. Le sujet incline légèrement le tronc à gauche, le chirurgien exerçant une pression au niveau de la région lombaire gauche et opposant à certains moments une



légère résistance au niveau du membre supérieur droit.

4. Le sujet debout sur un tabouret, les mains appuyées sur les barreaux d'une balustrade, élève la hanche gauche, tandis que le chirurgien résiste, en exerçant des tractions au niveau de la jambe.

### 3° Scoliose à plusieurs courbures.

L'exercice suivant convient particulièrement aux scoliooses en S. Le sujet, les talons rapprochés, les pieds tournés en dehors, s'appuie sur une barre rembourrée, au niveau du bassin. La main gauche est derrière la tête, la droite derrière la hanche gauche (scoliose dorsale droite, lombaire gauche). Il incline alors le tronc en avant, puis se relève lentement, tandis que le chirurgien placé derrière, oppose une résistance à ce mouvement avec la main gauche à plat, au niveau de la convexité lombaire gauche, la main droite au niveau de la partie saillante de la gibbosité dorsale droite.

### B. EXERCICES GÉNÉRAUX.

Destinés à fortifier les muscles en général.

#### I. Exercices dans le décubitus dorsal.

1. Les talons joints, les membres supérieurs étendus le long du corps et en supination, le sujet exécute l'élévation des membres supérieurs dans le plan horizontal jusqu'au-dessus de la tête, puis il les abaisse dans la position première.
2. Dans la même position, le sujet élève les membres supérieurs en croix, les étend au-dessus de la tête jusqu'à la verticale et les ramène dans la position première.
3. Mouvements rythmés des membres supérieurs : circumduction, et mouvements de rotation des hanches et des épaules ; élévation, abduction et adduction des membres inférieurs ; circumduction, abduction et adduction des pieds ; flexion latérale du tronc.

4. Le sujet, dans le décubitus dorsal, s'assoit sans le secours des mains, la tête étendue, puis il se recouche lentement sans bomber le dos.

#### II. Exercices dans le décubitus ventral.

Les mouvements à recommander sont ceux de natation, et ceux indiqués plus haut.

#### III. Exercices dans la station verticale — avec ou sans appui.

1. Le sujet exécute, les genoux tendus, les mouvements de flexion, d'extension, de rotation, de latéralité du tronc, indiqués plus haut.
2. Le sujet s'incline en avant, les genoux tendus, les bras pendants jusqu'à toucher le sol avec la pointe des doigts. Il se renverse ensuite les bras tombants en arrière, sans plier les genoux.

Expiration forte à la flexion en avant ; inspiration large au renversement en arrière.

3. La tête renversée, les bras sont portés horizontalement en arrière (inspiration). Les bras sont ramenés en avant et croisés sur la poitrine qu'ils compriment (expiration).
4. Les pointes des pieds tournées en dehors, les mains derrière la tête, les coudes à angle droit, plier les genoux et les hanches, puis se relever en maintenant le dos aussi droit que possible.

#### C. GYMNASTIQUE RESPIRATOIRE.

1. Le sujet couché sur le dos, sur un rouleau glissé sous les épaules, inspire lentement et largement par le nez, et expire par la bouche. Les bras s'élèvent pendant l'inspiration et s'abaissent pendant l'expiration.
2. En cas de déformation thoracique unilatérale, le sujet est couché latéralement sur un rouleau en bois correspondant au côté non déformé. Il exécute les mouvements étendus d'inspiration et d'expiration, le bras du côté thoracique déformé étant élevé à l'inspiration, abaissé à l'expiration.



**Massage.**

Utile dans les scoliozes avec atrophies, contractures musculaires. Frictions de bas en haut de chaque côté des gouttières vertébrales, ces frictions étant plus énergiques du côté de la convexité de la courbure.

Masser également pendant quelques minutes les muscles latéraux du dos, en insistant sur les muscles du cou, du dos ou des lombes (suivant le cas).

Pendant cinq à six minutes, exécuter un tapotement léger, puis assez fort, avec le bord cubital de la main sur la région intéressée. Terminer la séance par des frictions comme au début.

Ce massage peut être fait tous les jours.

**Électricité.**

Utile contre les atrophies et contractures musculaires. Recourir à l'électricité faradique avec intermittences toutes les secondes, sur les muscles vertébraux.

On peut employer aussi les courants continus faibles (10 à 20. m. A) pendant vingt à trente minutes.

Séances deux à trois fois par semaine.

**Corsets.**

Les corsets amovibles peuvent être des adjuvants utiles, à condition d'être bien faits, surveillés de près et revisés par le fabricant tous les deux à trois mois.

Les modèles sont nombreux (Lorenz, Fischer, Mathieu, Haran).

**II. Scoliozes à une période plus avancée.**

Elles sont caractérisées par de la rigidité vertébrale.

**Traitement.**

Il faut d'abord mobiliser le rachis (exercices actifs, manipulations de redressement), puis maintenir le redressement et la réduction des gibbosités, au moyen d'un corset inamovible.

Le meilleur, le corset plâtré de Sayre (p. 443), doit être

appliqué sur le tronc surpris dans une position rectifiée obtenue par la suspension verticale. Plusieurs séances de redressement avec application d'appareils plâtrés sont généralement nécessaires.

**MAL DE POTT**

Ostéite tuberculeuse vertébrale.

**Caractères.** — Après un début insidieux (mauvais état général, douleurs, fatigue facile...), le mal à sa période confirmée est caractérisé par une gibbosité : parfois il y a un abcès, c'est le symptôme le plus grave. Quant à la paraplégie, on l'observe plus rarement.

**Pronostic.** — Toujours grave, en raison de la généralisation tuberculeuse, de l'infection et de la paralysie possibles.

La durée du mal de Pott simple (sans complications) est de trois, quatre, cinq ans. Il ne reste, dans la suite qu'une déformation.

Lorsqu'il y a une grande destruction osseuse, le pronostic est des plus sombres. « Il semble que la coïncidence du mal de Pott avec la tuberculose d'une ou deux grandes articulations indique un pronostic moins sérieux que la dissémination tuberculeuse sur plusieurs petits os des extrémités en même temps que sur le rachis. » (Ménard.)

**Traitement.****TRAITEMENT GÉNÉRAL.**

Huile de foie de morue, (une à quatre cuillerées par jour), vie à l'air pur de la campagne ou de la mer.

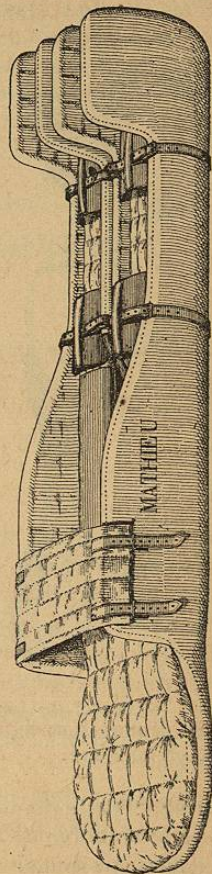


Fig. 302. — Gouttière de Bonnet avec coussin capitonné mobile.



## TRAITEMENT LOCAL.

Pendant la période d'activité, *immobilisation dans le décubitus dorsal*.

Le malade est étendu et maintenu sur un appareil, gouttière de Bonnet, (fig. 301) ou de préférence lit spécial (voir p. 549), qui sert à le transporter tous les jours au grand air.

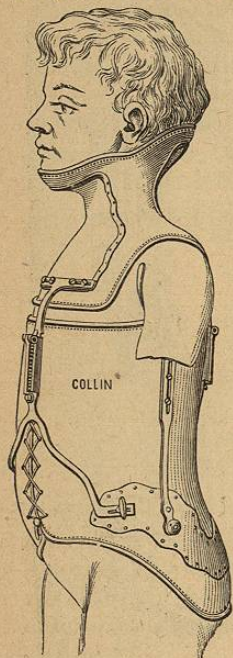


Fig. 303. — Corset de Lannelongue pour le mal de Pott dorsal ou lombaire.



Fig. 304. — Collier de Lannelongue pour le mal de Pott cervical.

Durée : Cette immobilisation durera autant que la période active de la tuberculose osseuse : deux ans, parfois trois ans.

Au sortir de la période aiguë, ou chez certains malades qui ne pourraient prendre l'air autrement (conditions sociales particulières), on a recours aux corsets. Ceux

de M. le professeur Lannelongue pour le mal de Pott dorsal ou lombaire (fig. 303) et pour le mal de Pott cervical (fig. 304) sont excellents.

Un corset plus simple — quoique un peu moins bon — est le *corset plâtré de Sayre*. Pour appliquer ce corset, la suspension par la tête est utile dans les cas de mal de Pott dorsal supérieur et cervical. Elle est inutile dans le mal de Pott lombaire et dorsal inférieur.

## MODE D'APPLICATION DU CORSET DE SAYRE.

## a. Mal de Pott lombaire ou dorsal inférieur.

**Préparatifs.****Matériel.**

*Bandes plâtrées* de 10, 12 ou 20 centimètres de largeur (suivant la taille des enfants) et de 10 mètres de longueur.

*Bandes de toile* de 8 centimètres de largeur sur 6 mètres de longueur : 4 à 6.

*Ouate ordinaire.*

*Maillot en tissu des Pyrénées* fait sur mesure ou ajusté exactement à domicile sur le corps de l'enfant. Prendre une bande de tissu un peu plus étroit que le tour du thorax du sujet : réunir les bords par une couture plate et, dans ce cylindre passé autour du corps, pratiquer des échancrures sous les bras et autour du cou, fermer ensuite les épaules par quelques points. Le maillot devra descendre jusqu'à mi-cuisse.

Deux *petits bancs* ou *caisses*, bien capitonnés d'ouate.

*Cuvette* renfermant de l'eau chaude (à 40°).

**Malade.**

Aura mangé aussitôt avant l'application de l'appareil, de façon à ce que l'estomac ne soit pas comprimé plus tard.



**Application.****Position.**

Décubitus abdominal sur une table, la fourchette sternale et la face antérieure des épaules soutenues par un appui antérieur (caisse, petit banc) les cuisses à leur partie moyenne ou supérieure posées sur un appui postérieur de même nature.

**Exécution.**

Si l'on ne dispose pas d'un *maillot* comme il est dit plus haut, entourer tout le tronc d'une *couche d'ouate* ordinaire mince et uniforme, sauf à la région abdominale antérieure où il faut en placer une forte couche. Il est avantageux de placer par-dessus le maillot une couche mince de coton, en arrière le long de la colonne vertébrale, en avant du sternum au pubis, transversalement autour de l'abdomen et des reins, au niveau des épines iliaques. Sur les seins, chez les filles, en placer deux à trois couches coniques.

Plonger alors les bandes plâtrées *dans l'eau chaude* à 40° environ, debout dans le récipient, mais de façon à ce qu'elles soient immergées complètement. L'imbibition est suffisante quand elles ne laissent plus échapper de bulles d'air. Les presser entre les mains, sans les tordre.

Les *rouler autour du corps* du patient, sans serrer ni tirailler, en ayant soin de faire remonter le corset jusqu'à la fourchette sternale en avant, en arrière jusqu'à la base de la nuque, en incurvant les bandes à ces niveaux. En bas, l'enroulement descendra jusqu'à la limite des saillies des trochanters.

Les bandes s'imbriqueront l'une sur l'autre d'environ un tiers de leur largeur. Le nombre des tours de bandes pour atteindre l'épaisseur voulue sera d'environ *six à dix*. — Après chaque tour, on lissera avec la main dans le sens de la bande, pour faciliter l'adhérence.

Rouler par-dessus le plâtre, des *bandes de toile* peu serrées. Au bout d'une demi-heure le plâtre est sec. Avec un tranchet ou une serpette on supprime alors du corset les parties gênantes (sous les aisselles, à la racine des cuisses) (fig. 305); l'enfant doit pouvoir s'asseoir aisément. Si la gibbosité est très saillante, on peut être amené à créer à ce niveau une ouverture.

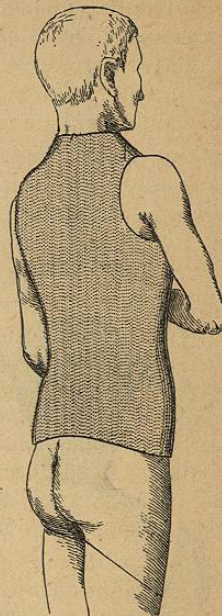


Fig. 305. — Appareil plâtré scapulo-thoracique (Ménard).

**Suites.**

Le malade ne marchera pas tout le temps. Il observera des heures de repos.

Si le corset blesse l'enfant, si une éruption d'eczéma se produit sous l'appareil, si des complications apparaissent (menaces d'abcès, douleurs rachidiennes, paraplégie) il faut l'enlever pendant quelque temps, et recourir à l'immobilisation dans le décubitus dorsal. D'ailleurs, il est bon d'interrompre parfois l'usage du corset et de lui substituer le repos dorsal pendant quelques semaines.

b. **Mal de Pott dorsal supérieur ou cervical** : Corset avec collier (fig. 306).

**Préparatifs.**

Les mêmes que précédemment.

Une des bandes plâtrées (pour la tête) sera plus étroite que les autres (8 centimètres).

Appareil à suspension composé de moufles avec poulie



de réflexion fixée au plafond ou à un crochet assez solide.



Fig. 306. — Appareil à suspension de Sayre (Ricard et Launay).

**Application.**

**Position.**

Le malade est suspendu grâce à l'appareil de Sayre

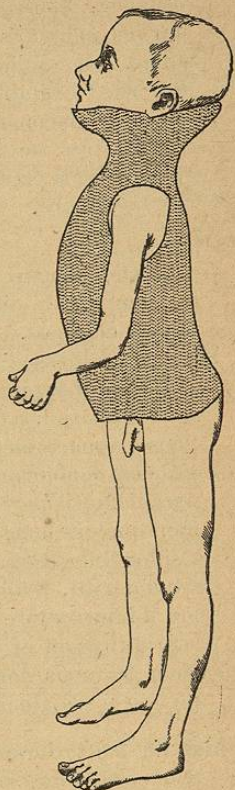


Fig. 307. — Appareil plâtré cervical (Ménard).

(fig. 306) ou à un appareil d'improvisation plus simple : deux bandes de tarlatane l'une passant sous le menton, l'autre embrassant l'occipital, se rejoignent et se nouent au niveau de la région temporale ; leurs extrémités, réunies, sont passées dans le crochet de la poulie de suspension.

**Exécution.**

Le malade recouvert du maillot et de l'ouate aux endroits indiqués plus haut, disposer *autour du cou et de la tête, sur les épaules*, une légère couche d'ouate ; protéger les régions mentonnières et occipitales avec des morceaux de feutre assez épais taillés en croissant et recouverts de quelques doubles de mousseline sans apprêt.

La première *bande plâtrée* sera appliquée en circulaire autour du thorax. La seconde, après avoir fait deux circulaires sous les aisselles, passera en tours obliques sur une épaule, en circulaires autour du cou sans serrer, puis en tours obliques sur l'épaule opposée, en nouveaux circulaires du cou et enfin autour de la base de la tête, suivant le diamètre sous mento-bregmatique.

On *enveloppera enfin le front*, comme dans le chevestre double de la tête. Ne pas hésiter à emprisonner les oreilles et à gagner la face. L'appareil fini, toutes ces régions seront dégagées et on ne gardera *que le collier*. Mêmes suites que précédemment.

**Complications.**

L'*abcès pottique* sera traité par les injections modificatrices après évacuation (p. 133).

Contre la *paraplégie*, le repos dorsal peut donner de bons résultats, mais parfois, il n'empêche pas l'évolution de la maladie : paralysie complète, anesthésie et troubles viscéraux.

La lamnectomie donne souvent des échecs.

La costo-transversectomie a fourni des succès. Elle



consiste dans la résection d'une extrémité costale postérieure au niveau de la gibbosité et de l'apophyse transverse correspondante, de façon à obtenir le drainage latéral du foyer.

Enfin, la *généralisation tuberculeuse* peut emporter le malade.

## MEMBRES

---

### RUPTURES SOUS-CUTANÉES DES TENDONS

Déchirures sous-cutanées (ligament rotulien, tendon d'Achille).  
Le principal symptôme est l'impotence.

#### Traitement.

*Deux conduites* : la meilleure est la mise à jour de la région et la *réunion des deux bouts* tendineux.

En cas d'impossibilité, traiter la fracture tendineuse par le *massage* et l'*immobilisation* au moins pendant les premiers jours. Le massage devra être continué pendant des mois.

#### TRAITEMENT OPÉRATOIRE.

#### *Préparatifs.*

1° Du traitement des plaies en général (p. 107).

#### [*Instruments* :

Aiguille d'Emmet.

Soie forte et grosse (n° 3 ou 4) et soie fine (n° 0 ou 1).

Fil d'argent moyen.

Crins de Florence assortis.

#### *Anesthésie.*

Générale : chloroforme ou éther.

#### *Aides.*

Deux (un pour l'anesthésie)].

2° De l'appareil plâtré (p. 564).