

Pour essayer de prévenir ces complications, maintenir le membre en bonne position pendant toute la durée de la cicatrisation, qui peut être fort longue (plusieurs mois). Pour cela, l'emploi d'une ou plusieurs attelles combattant la tendance à la rétraction, est des plus utiles. A cet effet, également, le massage et la mobilisation seront pratiqués le plus aseptiquement possible, et au plus vite, dès la cessation des phénomènes aigus.

La *cicatrisation* est parfois d'une lenteur désespérante, les bourgeons sont grisâtres, atones : la plaie sera excitée par des attouchements à la teinture d'iode, au nitrate d'argent, au chlorure de zinc à 1/10. Lorsque le bourgeonnement est sain, rosé, on peut recourir utilement aux greffes pour diminuer le temps de la cicatrisation.

La *durée* de l'affection peut épuiser le malade qui finit par succomber (longueur de la suppuration, fièvre hectique, pyohémie, infection purulente...). C'est pour ce motif qu'il faut soutenir le patient par un régime fortifiant (alimentation riche et tonique) et une hygiène excellente (air pur, soins de la peau, exercices modérés).

### ONGLE INCARNÉ (ou onyxis)

Inflammation des parties molles péri-unguéales de l'un des bords (interne généralement) du gros orteil (onyxis latérale) ou des deux bords (onyxis bilatérale).

Les causes en sont la déviation du gros orteil en dehors, l'usage de chaussures trop étroites, la tourniole...

**Caractères.** — Ulcération de l'extrémité antérieure de la racine de l'ongle du gros orteil (d'habitude du côté interne) ; cette ulcération s'étend au derme sous-unguéal, se recouvre de fongosités saignantes, sanieuses, douloureuses, les tissus environnants sont enflammés. Le porteur ne peut plus mettre de bottines, ni marcher.

**Diagnostic.** — Diagnostic étiologique à faire avec l'onyxis syphilitique (sèche ou ulcéreuse) faisant tout le tour de l'ongle (teinte

blafarde des bords, caractère atone des bourgeons charnus, suppuration sanieuse) ; avec l'onyxis rhumatismale (manifestations rhumatismales anciennes ou présentes ; souvent lésions intéressant le gros orteil, les deuxième ou troisième orteils ; début par le sillon rétro-unguéal).

#### Traitement.

*Particularités anatomo-physiologiques.* — Se rappeler que l'ongle est produit par :

- 1° La lunule, ou lit de l'ongle, blanche.
- 2° La lame dermique située sous le repli sus-unguéal ou manteau de l'ongle.
- 3° La matrice de l'ongle, formée par l'union des lames sus et sous-unguéales.
- 4° Le derme des gouttières unguéales dans leurs parties postérieures.

Pour éviter la reproduction de l'ongle, il faudra enlever toutes ces parties (fréquence de la récurrence, quand l'ongle n'est enlevé que partiellement). La disparition de l'ongle n'a aucun inconvénient, il est remplacé par une lame épidermique cornée.

#### Préparatifs.

De l'opération en général (p. 43).

#### [I. Instruments.

- Un bistouri à lame étroite et longue.
- Une paire de ciseaux droits ordinaires.
- Une pince à griffes.
- Trois à quatre pinces hémostatiques.
- Deux pinces de Kocher.
- Une aiguille courbe ordinaire.
- Un tube élastique (drain, sonde ou autre).
- Quatre crins de Florence petits.

#### Médicaments.

Vaseline stérilisée.

#### Matériel de pansement.

Une bande de toile de 3 centimètres de largeur, sur 3 mètres de longueur.



**Anesthésique.**

Local : cocaïne, en injections ; ou général : chlorure d'éthyle, à une ou deux doses.

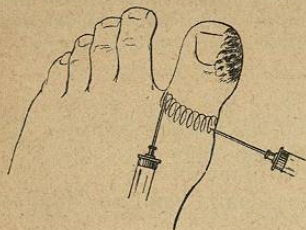


Fig. 323. — Injection circulaire de cocaïne à la base d'un orteil (Reclus).

**Aide.**

Un (dans le cas d'anesthésie générale).

**II. Malade.**

Si l'on emploie l'anesthésie locale à la cocaïne, faire quatre injections à la racine de l'orteil, une sur chaque face (fig. 323) ; puis en-

rouler un tube élastique, une sonde en caoutchouc, par exemple, autour de la racine du doigt, et attendre quatre à cinq minutes après les piqûres, avant d'intervenir].

**Opération.****Position.**

Décubitus dorsal, le pied reposant sur un coussin et maintenu par un aide quelconque qui tient le cou-de-pied et la partie inférieure de la jambe.

**Exécution.**

Introduire l'une des branches d'une paire de ciseaux à plat sous le milieu de l'ongle, jusqu'à la ra-

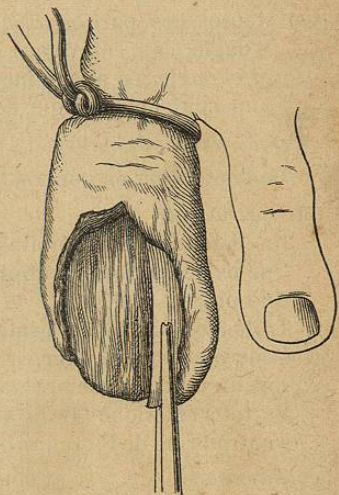


Fig. 324. — Ongle incarné. La moitié de l'ongle est enlevée, une pince prend l'autre moitié (Ricard et Launay).

cine. Relever les ciseaux et sectionner l'ongle par le milieu.

Arracher successivement les deux moitiés d'ongle en enroulant un peu, en même temps, la pince à forcipressure qui saisit le morceau d'ongle (fig. 324).

S'il y a de gros bourgeons charnus, suppurants, les abraser et en toucher la base avec la solution phéniquée, pour les désinfecter.

Pour découvrir la matrice, faire de chaque côté de l'orteil une incision latérale commençant à 3 millimètres en arrière d'une ligne passant par l'épidermicule et affleurant en avant à l'extrémité de la gouttière de l'ongle. Ces incisions n'intéressent que les téguments. Introduire transversalement le bistouri par transfixion à l'extrémité postérieure de l'une de ces incisions et l'ayant fait glisser sous la peau, le faire sortir au milieu du dos de l'orteil. Le bistouri est ramené d'arrière en avant le long de l'incision latérale précédente entre les deux couches du derme sous-unguéal.

Pour l'autre côté la transfixion est — pour plus de commodité — faite du milieu du dos de l'orteil vers la partie latérale.

Le lambeau relevé, faire en avant de la lunule, reconnaissable à sa blancheur, une incision transversale profonde descendant bien à fond dans les gouttières latérales.

Disséquer la lunule saisie et maintenue avec une pince à griffes. — Bien veiller à ne pas laisser des lambeaux de lunule au niveau des gouttières latérales.

Réappliquer les lambeaux. Un ou deux points de suture au crin les maintiennent en place.

**Pansement.**

Après avoir recouvert la surface unguéale de vaseline stérilisée, enlever le tube élastique et appliquer un pansement sec aseptique un peu serré (écoulement sanguin assez abondant) composé de tours spiraux autour de l'orteil, puis de circulaires comprenant le milieu du pied.



**Suites.**

Renouveler le pansement le *sixième jour*, et enlever les fils.

A partir de ce moment, le malade peut se lever avec précaution. La *guérison complète* a lieu en quinze jours. La *suppuration* d'une des régions du lit de l'ongle peut retarder la guérison. Appliquer alors des pansements humides à l'eau bouillie salée à 7/1000, renouvelés tous les jours. Dès qu'il n'y a plus de pus, pansement sec.

La *récidive* peut s'observer si un morceau de matrice a été épargné. Elle peut tenir aussi à ce que la portion d'ongle restante (onyxis unilatérale) s'est incarnée à son tour. Dans ce cas, insinuer entre la rainure et l'ongle quelques brins d'ouate, pour empêcher le contact de l'ongle et des chairs, et refouler peu à peu ce tampon isolant dans la profondeur.

## ENTORSES

## I. — ENTORSE EN GÉNÉRAL

Mouvement forcé, momentané et limité d'une articulation, à la suite d'une cause directe ou indirecte.

L'entorse peut être simple, ou, au contraire, compliquée de plaie, d'arrachements musculaires, osseux...

**Pronostic.** — Bénin, si un traitement opportun est appliqué, d'une façon précoce. Sinon, il peut persister longtemps des raideurs, des atrophies musculaires, des douleurs très tenaces.

## ENTORSE SIMPLE

**Caractères.** — Tuméfaction péri-articulaire; douleur très vive et localisée à la pression, au niveau de l'interligne articulaire et des insertions des ligaments. Impotence fonctionnelle.

**Traitement.**

1° *Bain local* d'un quart d'heure, le plus chaud possible (50 à 55°).

Dans le cas où l'entorse siège sur des régions que l'on ne peut baigner, recouvrir l'articulation lésée de compresses trempées dans l'eau à la même température et pendant le même temps.

2° *Massage* aussitôt après, pendant un quart d'heure. Effleurages (huit minutes).

Pressions (cinq minutes).

Mouvements (quelques minutes).

Terminer par les effleurages.

3° *Compression.* — Enrouler, dans le sens du courant veineux, c'est-à-dire centripète, autour du membre en commençant autant que possible bien au delà de la région gonflée, une bande élastique, ou une bande de flanelle ou de crépon, dont les tours chevaucheront les uns sur les autres sur le tiers de leur hauteur.

**Suites.**

Continuer ce traitement pendant quinze jours à trois semaines. Le malade ne se servira pas de son membre lésé avant ces trois semaines. L'emploi de l'électrisation peut être nécessaire dans les cas de persistance des douleurs ou d'atrophie prononcée des muscles.

## ENTORSE COMPLIQUÉE

**Caractères.** — On constate, en outre de l'entorse, des arrachements musculaires, osseux, une plaie, etc.

**Traitement.**

Laisser le membre au repos dans une gouttière en fil de fer bien rembourrée d'ouate et recouverte de mackintosh, pendant quelques jours, avec, au besoin, les premiers jours, des compresses imprégnées du mélange d'

Eau blanche. . . . . )  
Alcool camphré . . . . . ) àà.

renouvelées à plusieurs reprises *loco dolenti*.

S'il existe une plaie, y appliquer le traitement adéquat (p. 107).



**Suites.**

S'il n'y a pas de plaie, dès que la douleur et le gonflement ont cédé, appliquer avec ménagement le traitement de l'entorse simple.

S'il y a une plaie, dès la cicatrisation, ou même un peu avant, commencer prudemment le traitement de l'entorse simple.

## II. — ENTORSES EN PARTICULIER

## ENTORSE DU POIGNET

**Caractères.** — Ceux de l'entorse en général : douleurs locales spontanées et à la pression. Gonflement.

**Traitement.**

Bains locaux, massage, compression.

1° *Bains locaux* quotidiens prolongés.

2° *Massage.*

Position du malade : assis au bord du lit, le poignet reposant sur le lit et maintenu élevé par un coussin carré et épais.

I. Effleurages et pressions. Pratiquer sur les doigts un effleurage et quelques pressions, avec le plat des pouces, de façon à bien pénétrer dans les interstices tendineux. Les effleurages et pressions s'étendront du poignet à la partie moyenne de l'avant-bras et seront exécutés successivement sur les quatre côtés de la région.

Durée : dix à douze minutes.

II. Mouvements passifs, répétés chacun une dizaine de fois (extension, flexion, abduction, adduction, pronation et supination.)

III. Mouvements actifs, très prudents, très limités et peu nombreux au début.

Au bout de quelques jours, *mouvements actifs contrariés.*

3° Rouler une *bande* de flanelle ou de crépon autour du poignet et de l'avant-bras, recouverts au préalable d'une légère couche d'ouate.

Le membre sera mis au repos dans une écharpe. Voir les suites, page 487.

*Durée* : trois semaines environ.

## ENTORSE DU COUDE

**Caractères.** — A la suite d'une chute sur la main, le coude, on observe une entorse, souvent avec rupture du ligament latéral interne : douleur à la pression sur l'épitrachée ; ecchymose diffuse, épanchement sanguin parfois considérable.

**Pronostic.** — Parfois raideurs articulaires, même ankylose.

**Traitement.**

S'il y a une rupture ligamenteuse, immobiliser l'articulation dans une gouttière en fil de fer, après l'avoir enveloppée dans un pansement ouaté compressif.

Au bout d'une huitaine de jours, lorsque le ligament est consolidé, ou dès les débuts s'il n'y a pas de rupture ligamenteuse, pratiquer un massage quotidien, précédé d'un bain local et suivi de l'application d'une bande.

1° *Bain local* très chaud d'un quart d'heure.

2° *Massage.*

I. *L'effleurage* et les *pressions méthodiques* seront appliqués sur les régions antérieure et postérieure.

Région antérieure : malade couché sur un lit, le bras nu jusqu'à l'épaule reposant sur un coussin plat et long, qui dépasse légèrement le bord du lit. Les manipulations avec le plat des pouces, vont de la partie moyenne de l'avant-bras à la naissance de l'épaule. (éviter des pressions fortes sur le pli du coude ou à la face interne de l'avant-bras). Bien masser au-dessous du pli du coude les masses musculaires latérales et au-dessus, le biceps.

Durée : trois à quatre minutes.

Région postérieure : le malade sur le ventre présente au masseur la face postérieure du bras étendu sur un coussin. Autour de l'olécrâne les pouces vont exercer des pressions profondes remontant jusqu'à la partie



moyenne de la face postérieure du bras. Masser vigoureusement les masses musculaires placées au-dessus du coude à la face postérieure du membre.

Durée : trois à quatre minutes.

II. *Mouvements passifs*. — Le malade étant dans le décubitus dorsal, le masseur place une de ses mains sur le bras du malade, très près du pli du coude et, de l'autre main, saisit l'avant-bras au poignet. Il tâche d'amener très lentement le membre en flexion d'abord, puis en extension, en donnant le plus d'étendue possible à ces mouvements. Répéter chacun de ces mouvements une dizaine de fois.

III. *Mouvements actifs*. — Commencer par les mouvements actifs simples. Les mouvements actifs contrariés ne seront employés qu'au bout de quelques jours.

3° Après le massage, *compression avec une bande* de crêpon ou de flanelle; repos du membre fléchi dans une écharpe ordinaire.

La durée du traitement est d'environ trois semaines. Voy. les suites p. 487.

#### ENTORSE DE L'ÉPAULE

**Caractères.** — A la suite d'un choc direct, douleur d'habitude en avant de l'épaule, accompagnée de gonflement et d'un épanchement sanguin péri-articulaire. Mouvements difficiles, parfois impossibles.

**Pronostic.** — Souvent il subsiste des raideurs articulaires, de l'atrophie du deltoïde, de la périarthrite.

#### Traitement.

Compresses chaudes, massage, bande roulée.

1° Avant le massage, appliquer sur l'épaule pendant un quart d'heure à vingt minutes une *compresse* imprégnée d'eau très chaude.

2° *Massage*. — Séance quotidienne de douze à quinze minutes.

*Effleurages et pressions*. — Malade couché sur un lit, l'épaule soulevée par un coussin carré et dépassant le rebord du lit, bras un peu écarté du tronc.

Les effleurages et les pressions s'étendront de la partie moyenne du bras à la base du cou, en contournant l'épaule en avant, en arrière et en dehors. Ces manipulations seront faites avec le talon de la main.

Lorsque les douleurs seront calmées, à la fin de la première séance, ou à la fin de la seconde, on procédera aux mouvements passifs et mouvements actifs.

*Mouvements passifs*. — Le malade garde la même position, le masseur assis sur un tabouret à hauteur du lit, engage son genou dans le creux de l'aisselle du malade. Maintenant d'une main l'épaule fortement comprimée contre son genou, il saisit de l'autre main le bras du malade au niveau du poignet et lentement repousse le bras en dehors, de manière à l'éloigner du corps et à le rapprocher le plus possible de l'horizontale.

Répéter ce mouvement une dizaine de fois.

*Mouvements actifs*.

Les mouvements d'abduction du bras seront répétés 6 à 10 fois.

Les mouvements actifs contrariés seront commencés quelques jours après.

Toujours terminer les séances par un effleurage général de la région.

3° Pas de bande élastique. La remplacer par une *bande roulée* sur une couche d'ouate épaisse enveloppant le moignon.

Le membre sera mis au repos dans une écharpe ordinaire. Voy. les suites p. 487.

La durée du traitement est d'environ un mois.

#### ENTORSE DU GENOU

**Caractères.** — Gonflement, empâtement et chaleur locale. Douleur locale fixe à la partie inférieure du condyle interne (insertion supérieure du ligament latéral interne).

L'entorse peut se compliquer d'hémarthrose, de subluxation des cartilages semi-lunaires (genou à ressort).

**Pronostic.** — Sérieux : atrophie rapide du triceps, laxité de la



jointure amenant une tendance aux récidives : reliquats de l'hémarthrose, entraînant une inflammation chronique du genou.

### Traitement.

#### I. — ENTORSE SIMPLE

Massage quotidien avec compression méthodique. Repos au lit.

##### 1° Massage.

*Position* du malade. — Etendu tout de son long sur le lit reposant sur le dos, lorsqu'il faut présenter au masseur les régions antérieure et latérales, et sur le ventre pour le massage de la région postérieure.

Un coussin plat et peu épais est mis sous la région pour la soutenir, mais le membre ne doit être qu'en légère flexion.

*Effleurages et pressions* sur toute la région avec le plat des pouces, en insistant sur les points plus particulièrement douloureux (ligament latéral interne), contourner la rotule et remonter jusqu'au milieu de la cuisse; en avant masser les masses musculaires sus-rotuliennes; en arrière faire des pressions modérées (à cause des vaisseaux) au creux du jarret. Durée : dix à douze minutes.

*Mouvements passifs* d'extension et de flexion, en insistant plus ou moins sur leur amplitude, suivant les douleurs éprouvées (une quinzaine à chaque fois).

*Mouvements actifs* : une dizaine à chaque fois.

Placer le malade sur le bord du lit et lui faire exécuter des balancements de sa jambe; ultérieurement, il soulèvera avec son triceps tout le membre inférieur.

Au bout de quelques jours, commencer les *mouvements actifs contrariés*.

##### 2° Compression méthodique.

Bande roulée sur une couche d'ouate enveloppant toute la région du genou. Repos au lit.

### Suites.

Permettre le lever au sixième jour, station assise. Le sep-

*tième jour*, le malade commence par pratiquer le pas marqué, en s'aidant d'un dossier de chaise : décomposition du pas en levant alternativement les genoux en cadence, et en exécutant un mouvement analogue à celui du bicycliste qui pédale.

*Au bout de deux jours*, abandonner le dossier de la chaise et exécuter des pas décomposés, d'une durée de cinq minutes à l'heure.

Puis, passer aux mouvements qui consistent à monter et à descendre les escaliers.

*Durée* du traitement : trois semaines à un mois environ.

#### II. — ENTORSE COMPLIQUÉE

a) *Déchirure ligamenteuse étendue* (mobilité anormale de la jambe en dedans ou en dehors, le fémur étant bien fixé) : immobiliser l'articulation dans un appareil plâtré (p. 564) pendant cinq à six semaines.

b) Si l'entorse est compliquée d'*hémarthrose*, il convient de ponctionner l'articulation (p. 556) et d'immobiliser le membre pendant dix à quinze jours dans une gouttière de fil de fer bien garnie, après l'avoir serré dans un appareil ouaté.

Au bout de quelques jours, on peut ponctionner à nouveau l'articulation, si l'hémarthrose a récidivé.

Massage au bout de quinze jours.

Guérison en trois semaines.

#### ENTORSE DU COU-DE-PIED

**Caractères.** — Généralement, il s'agit d'entorses latérales du pied droit par adduction, c'est-à-dire avec déchirure du ligament externe. Douleur, gonflement de la région du cou de pied, surtout en dehors, teinte bleutée ecchymotique. Le blessé souffre et a de la peine à poser son pied par terre.

**Pronostic.** — En raison des épanchements sanguins fréquents dans un des sacs synoviaux, dans deux ou trois cavités articulaires, parfois dans les gaines tendineuses, faire toujours quelques réserves. Il peut arriver que les douleurs consécutives des jointures déterminent la déviation du pied en valgus, déviation d'ailleurs temporaire.



**Traitement.**

(en choisissant pour exemple l'entorse par adduction).

1° *Bains locaux* prolongés, quotidiens, avant le massage.

2° *Massage.*

*Position* du blessé : sur un lit un peu élevé, dans le décubitus latéral du côté opposé à la lésion ; mettre un coussin sous le pied qui se présente par son bord externe ; la jambe et le genou seront bien placés, pour que le malade soit à son aise.

Masseur assis près du lit, sur une chaise élevée.

I. *Effleurages et pressions.* — Tout d'abord s'adresser au ligament rompu. Faire avec le plat des pouces de petites pressions progressives, de l'insertion astragalienne à l'insertion marginale péronière, en s'arrêtant tout près de l'os.

Durée : quatre à cinq minutes.

Pratiquer le même massage, mais pendant deux à trois minutes seulement, sur le ligament péronéo-calcanéen.

S'il existe des points sensibles sur d'autres ligaments (interne, antérieur) exécuter des pressions analogues le long de ces ligaments. S'il y a des épanchements dans les gaines, les synoviales tendineuses du voisinage, y faire quelques pressions centripètes également.

Traiter ensuite les corps musculaires, en les massant de l'extrémité périphérique à l'extrémité centrale.

II. *Mouvements passifs.* — Flexion, extension, abduction. Les exécuter avec douceur, et s'arrêter à l'apparition de la douleur.

Ces mouvements augmenteront de nombre et d'intensité dans les séances suivantes.

III. — *Mouvements actifs simples.* Le blessé répétera les mouvements passifs, en s'arrêtant à la douleur. Insister sur les mouvements des orteils.

Enfin, les mouvements *contrariés* ne seront employés que plus tard, avec circonspection.

3° *Bande élastique*, de flanelle ou de crépon, enveloppant le pied et le cou-de-pied et y exerçant une légère compression.

**Suites.**

Repos au lit.

*Lever au cinquième jour*, en ordonnant la station assise ; *au sixième jour*, le malade commencera par pratiquer le pas marqué, en s'aidant d'une chaise : élévation régulière des genoux à la hauteur du bassin, alternativement et en demeurant un temps égal sur chaque pied.

*Le lendemain*, marche exécutée avec cette même régularité, d'une durée de cinq minutes par heure. Il ne doit pas y avoir de claudication. Si le malade souffre, il est préférable de remettre la marche à plus tard ; alors le laisser marquer le pas, pendant quelques jours. L'éducation de la marche se fait ainsi progressivement.

*Durée* : environ trois semaines.

**LUXATIONS**

Déplacements permanents de deux surfaces articulaires, généralement à la suite d'un traumatisme.

**LUXATION DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR**

Consécutive à des cris, au rire, au bâillement, à un traumatisme. La variété la plus fréquente est la luxation en avant. Le condyle du maxillaire perd ses connexions avec le ménisque qui reste en arrière, et il va s'appliquer à la racine transverse de l'arcade zygomatique, où il reste fixé par les muscles élévateurs (fig. 325).

**Signes.** — Le malade ne peut plus fermer la bouche, laquelle est largement et régulièrement ouverte (variété bilatérale) ou irrégulièrement ouverte et le menton porté du côté opposé à la luxation (variété unilatérale).

**Pronostic.** — Bénin, mais il reste toujours après guérison une gêne fonctionnelle et une légère difformité de la face.

**Traitement.**