

surer qu'il n'est pas gêné, ni blessé par l'appareil. Si tout va bien, on enlèvera le plâtre tous les mois et demi à deux mois, de façon à voir s'il ne se développe pas un abcès et dans quel état est la jointure. Pour enlever le plâtre, le sectionner à la cisaille

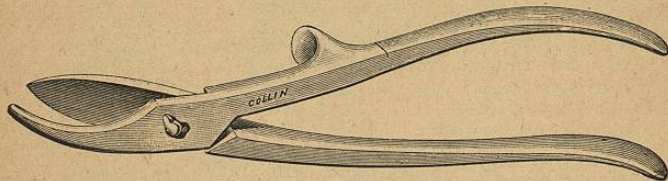


Fig. 356. — Cisaille pour couper les appareils plâtrés.

(fig. 356), de haut en bas, sur la face externe du membre malade.

DEUXIÈME ÉTAPE : il y a un abcès froid.

Traiter d'abord l'abcès (p. 135), puis faire le traitement de la coxo-tuberculose comme plus haut.

Lorsque, malgré le traitement, la suppuration ne s'arrête pas, qu'il y a des lésions profondes très accusées donnant lieu à des trajets fistuleux, avec fièvre, mauvais état général, il est indiqué de recourir à la résection de la hanche.

PONCTION ARTICULAIRE DU GENOU

Indications. — Hémohydarthrose, à résorption lente.

Manuel opératoire.

Préparatifs.

De l'opération en général (p. 13).

[*Instruments.*

Trocart avec mandrin.

[*Médicament.*

Collodion iodoformé.

Anesthésique.

Local : chlorure d'éthyle.

Aide.

Un.]

Opération.

Position.

Décubitus dorsal, le membre en extension.

Exécution.

Dans la partie supéro-externe du cul-de-sac sous-tricipital, *enfoncer d'un coup sec* le trocart tenu dans la main droite comme un couteau à découper.

Faire de *douces pressions* sur les régions antérieures et latérales du genou, surtout au niveau du cul-de-sac sous-tricipital, pour favoriser la sortie du liquide.

Si le trocart s'obstrue le déplacer en divers sens; au besoin, le déboucher avec le mandrin.

L'écoulement terminé, retirer brusquement le trocart après y avoir replacé le mandrin.

Pansement.

Collodion iodoformé. Ouate. Bandage en 8 de chiffre assez compressif.

Suites.

Repos au lit pendant quelques jours.

ARTHROTOMIE

Ouverture chirurgicale d'une articulation.

Indications. — D'une façon générale, les arthrites suppurées. — On y a recours également pour le traitement de l'hydarthrose, des corps étrangers articulaires.

Manuel opératoire.

Préparatifs.

1° De l'opération en général (p. 13).

[*Instruments.*

Un bistouri.

Une paire de ciseaux droits ordinaires.
 Une sonde cannelée ordinaire.
 8 à 10 pinces à forcipressure.
 Quelques pinces de Kocher.
 Drains.
 Catgut.

Liquides et solutions.

Eau oxygénée ou solution de chlorure de zinc à 1/10.

Anesthésique.

Chloroforme ou éther.

Aides.

Deux (un pour l'anesthésie)].

2° De l'appareil plâtré (p. 564).

Opération.*Position.*

Décubitus dorsal, le membre en position favorable.

Exécution.

Incision de la peau en long.

Coude : à droite et à gauche de l'olécrâne, dans les gouttières (éviter le nerf cubital, dans la gouttière interne) (fig. 357, 358).

Cou-de-pied : en avant des deux malléoles.

Epaule : incision postérieure partant de l'angle acromial et longeant le bord postérieur du deltoïde, sur une longueur de 5 à 6 centimètres. On sectionne la capsule en long, au fond de la plaie.

Genou : incisions latérales de chaque côté de la rotule, entre le bord de celle-ci et le condyle correspondant. Ces incisions descendent au-dessous du niveau de la pointe de la rotule et remontent un peu au-dessus de sa base.

Hanche : incision sur une ligne tracée du sommet du grand trochanter jusqu'à l'épine iliaque postéro-supérieure ; écarter deux faisceaux du grand fessier,

séparer le moyen fessier du pyramidal, puis sectionner en long la capsule.

Poignet : incision externe, oblique en dehors, entre le

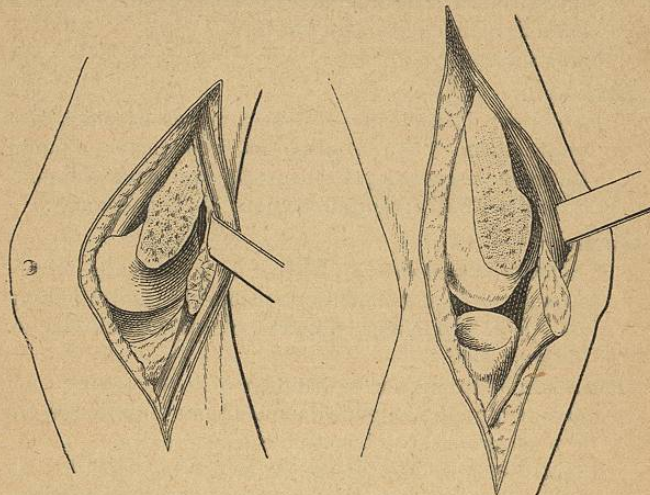


Fig. 357. — Arthrotomie du coude. Incision latérale interne (d'après Lejars). Le nerf cubital est écarté.

Fig. 358. — Arthrotomie du coude. Incision latérale externe (d'après Lejars).

tendon long extenseur du pouce et les deux extenseurs de l'index (artère radiale dans le fond).

L'incision interne s'étendra longitudinalement, entre les tendons du cubital antérieur et du cubital postérieur.

Grâce au siège de ces incisions, l'articulation est atteinte par le bistouri, sans danger. Pincer et lier les artères musculaires qui donnent.

Le pus évacué, laver la cavité à l'eau bouillie chaude et achever la détersion de tous les recoins de la synoviale, en les frottant avec des compresses stérilisées. En cas d'infection particulièrement grave, faire un

lavage à la solution de chlorure de zinc ou à l'eau oxygénée.

Passer un ou — et mieux — *deux drains*, s'il y a deux incisions. Faire remonter les drains le plus haut possible dans la cavité articulaire.

Pas de suture.

Pansement.

Envelopper l'article avec des compresses stérilisées imprégnées d'eau bouillie et recouvertes d'ouate. Mettre un *appareil plâtré* (p. 564), qui sera échancré au niveau de l'articulation, pour les pansements.

Suites.

Si la *température tombe*, s'abstenir de lavages. Se borner à changer le pansement et raccourcir les drains tous les jours. Supprimer l'appareil plâtré du huitième au dixième jour.

Après la suppression du drainage et la fermeture à peu près complète des plaies, un traitement prolongé par le massage et l'électrisation est nécessaire.

Si la *température reste élevée*, faire des lavages de l'article à l'eau oxygénée. Au besoin, recourir à la résection ou à l'amputation.

DES FRACTURES EN GÉNÉRAL

Division brusque d'un os, généralement d'origine traumatique.

Symptômes. — Mobilité anormale. — Crépitation osseuse. — Déformation.

Diagnostic. — Se fonder sur les symptômes précédents et sur les données fournies par la mensuration, le réveil d'une douleur violente localisée toujours au même endroit sur un os ; enfin, lorsqu'elle est possible, par la radioscopie ou la radiographie.

Traitement.

En principe, toutes les fractures doivent être réduites le plus tôt possible dans les heures qui suivent l'accident et

immobilisées soit dans un appareil provisoire (s'il existe un fort gonflement des parties, une contusion intense des téguments ou si les moyens d'application d'un appareil définitif font défaut), soit dans un appareil définitif.

Lorsque l'appareil définitif n'est placé qu'au bout de quelques jours, il convient à ce moment de parfaire la réduction.

I. RÉDUCTION.

Deux aides sont nécessaires.

- a. *Extension* faite par un aide qui tire sur la partie inférieure.
- b. *Contre-extension* opérée par un autre aide — ou un dispositif spécial — qui fixe la partie supérieure.
- c. *Coaptation* faite par l'opérateur qui rapproche les extrémités des fragments et tâche de les remettre en contact. Pendant qu'un aide maintient le membre en bonne position, l'opérateur procède à la préparation de l'appareil d'immobilisation.

II. APPLICATION D'UN APPAREIL MAINTENANT LA RÉDUCTION.

A. Appareils provisoires.

Appareil d'improvisation : attelles de bois (taillées dans les planchettes des boîtes à cigares, par exemple), enveloppées d'ouate ou de linges fins, et maintenues par des courroies, des mouchoirs noués en lacs. (Voy. plus loin p. 611, le bandage ouaté compressif). Les attelles de bois seront droites, arrondies à leurs extrémités et sur leurs bords, épaisses de 3 à 4 millimètres, elles doivent être coupées dans le fil du bois (sapin de préférence).

On peut suppléer aux attelles de bois par des écorces d'arbre, des morceaux de carton épais ramollis dans l'eau chaude et fixés par des bandes. On peut préparer de vrais fanons avec une baguette d'osier placée au centre d'un faisceau de paille, le tout maintenu par un lien spiral.