

Les *applications de glace* calment les douleurs et semblent retarder les tendances à la rupture de la poche à l'extérieur.

Quand l'obstacle à la respiration provient du larynx (compression du récurrent, œdème de la glotte), la *trachéotomie* devient nécessaire, mais elle est souvent inefficace quand la compression anévrysmale siège trop bas. Il faut se servir d'une longue canule dont l'extrémité dépasse l'obstacle.

Dans le cas de dysphagie, il faut se garder de tout cathétérisme œsophagien.

PHLÉBITES

Un mot d'abord de la *prophylaxie*.

Celle-ci consiste dans l'emploi de l'antisepsie et de l'asepsie en chirurgie et en obstétrique; dans l'asepsie rigoureuse de la peau et des muqueuses, de la cavité buccale en particulier, dans toutes les infections médicales (fièvre typhoïde, pneumonie, érysipèle, grippe, rhumatisme, etc.); dans les cachexies (scorbut, chlorose, tuberculose, cancer). Il est certain que cette complication est moins fréquente depuis l'emploi de la *balnéation*, depuis l'usage systématique des *lavages de la gorge*, etc., qui diminuent les chances d'infection secondaire. Le traitement mixte est le remède à la fois prophylactique et curatif de la phlébite syphilitique.

Chez les variqueux, on procédera à des *soins minutieux de la peau* (lotions tièdes quotidiennes, pansement aseptique des érosions).

Il est utile de recommander la *marche* et notamment la marche rapide (110 à 120 pas à la minute, Marchais). On sait que la station debout aggrave les difficultés de la circulation veineuse; les conducteurs d'omnibus souffrent de leurs varices, alors que les facteurs ruraux peuvent faire des trajets considérables sans se plaindre. L'*hydrothérapie froide*, le *massage* (effleurage de tout le membre, pétrissage du triceps sural et du triceps crural) complètent le traitement des varices et constituent aussi des moyens prophylactiques efficaces contre elles. M. Marchais interdit les bas élastiques qui favorisent le défaut de résistance de la paroi vasculaire, ainsi que les bains chauds qui congestionnent les membres inférieurs. Quand les variqueux seront au repos, ils devront prendre la position horizontale pour prévenir la stase veineuse. Les bains chauds prolongés relâchent les muscles et augmentent l'œdème chez les variqueux. Ceux-ci devront donc s'en abstenir. En somme, c'est par les muscles qu'on améliore ses varices, c'est sur les muscles qu'on doit faire porter ses efforts.

Le *traitement curatif* se réduit à l'*immobilisation absolue* dans la gouttière en fil de fer de Mayor, qui permet aux lésions inflammatoires de rétrocéder et surtout prévient l'embolie. Dans le cas de phlébite double, il peut être utile d'employer une gouttière de Bonnet. Tous les mouvements, notamment les mouvements de flexion du tronc sur la cuisse, sont interdits.

L'*immobilisation* dans une gouttière bien garnie d'ouate, remontant jusqu'à la racine de la cuisse, ou sur un coussin, le membre étant maintenu dans une position légèrement élevée, suffit, sans qu'il soit besoin d'appliquer des compresses résolutive; celles-ci cependant seront utiles quand il existera de vives

douleurs. On enveloppera le membre de *compresses imbibées d'eau boriquée* à 4 pour 100. Il faut s'abstenir, en tout cas, des applications de pommades, mercurielles ou belladonnées. S'il survient des abcès phlébitiques, on procédera à leur *incision*.

L'*aspirine* (1-5 grammes), l'*antypirine* modéreront les douleurs que l'immobilisation n'aura pas suffi à calmer.

La question de la *durée de l'immobilisation* est importante à régler. On évalue généralement à six semaines en moyenne la durée de cette immobilisation; mais il n'y a rien d'absolu à cet égard. Cette durée est le plus souvent excessive. Si l'immobilisation pendant six semaines peut guérir complètement une phlegmatia des membres inférieurs à type classique, trop souvent elle est suivie de douleurs articulaires, d'atrophie musculaire avec contractures, d'œdème persistant qui condamnent le malade à une infirmité prolongée, parfois définitive.

On sait d'ailleurs maintenant que le caillot est organisé en un délai très court (huit jours en moyenne) et que, si des embolies se produisent parfois au delà de ce délai, c'est que des poussées successives de phlébite peuvent se produire en des points différents du réseau veineux, chacune donnant lieu à une thrombose susceptible de s'emboliser. D'après Marchais l'abaissement de la température est un critérium sûr de l'arrêt du processus phlébitique. On peut, suivant lui, commencer à mobiliser une phlébite, quand, pendant douze jours, l'apyrexie a été absolue.

Pour prévenir les séquelles de la phlegmatia, M. Vaquez pratique l'immobilisation absolue pendant vingt jours seulement. A partir de ce moment, si les veines ont cessé d'être sensibles à une palpation légère, s'il n'y a pas eu de poussées fébriles nouvelles, si l'œdème est franchement en décroissance, il conseille avec Ludwig et ses élèves, Van Mosengeel, Anders Wirde, etc., de faire pratiquer la *mobilisation* et un *massage* prudents que le médecin surveillera au début. Marchais conseille d'attendre 15 jours après la chute définitive de la température.

Au début on se bornera à aider la circulation collatérale par des mouvements passifs de flexion, d'extension et de circumduction dans les articulations des orteils. Au bout de quelques jours on exécute quelques mouvements actifs des muscles de la jambe. Puis on commencera le massage qui consistera exclusivement en l'effleurage des muscles, en évitant de toucher aux gros troncs veineux (c'est-à-dire qu'on évitera de manipuler la région de la saphène externe, l'interstice des jumeaux, le creux poplité et le triangle de Scarpa). Ultérieurement on ajoutera les mouvements du genou, le massage du triceps.

Cette première phase du traitement se passera du 20^e au 30^e jour. Après le 30^e jour on fera une mobilisation plus active. Sans permettre la flexion des cuisses sur le bassin, on laissera pendre les jambes hors du lit pendant un quart-d'heure, puis une demi-heure et l'on continuera le massage. Vers le 35^e jour, les mouvements de flexion et d'extension de la cuisse sur le bassin seront permis et le malade pourra s'asseoir sur son lit. A la même période l'effleurage sera remplacé par les pressions douces. Enfin le malade se lèvera et commencera à marcher. Un *bas élastique*, le port d'une *bande de crêpe Velpeau* peu serrée seront utiles à ce moment. Ainsi traité, le malade est habituellement guéri vers