d'incision pour la découverte des artères et des nerfs (voy. Ligatures et

sectionner l'aponévrose sur la sonde cannelée préalablement glissée au-

dessous d'elle. Multiplier les contre-ouvertures s'il est nécessaire, afin d'ou-

vrir et de drainer toutes les diverticules. Panser à plat sans jamais rétrécir

La peau et le tissu cellulaire coupés, on pourra pour plus de prudence

découverte des nerfs).

Saisir chacune de ces dernières avec une pince, puis extirper au davier la phalangette nécrosée.

- II. Abcès et phlegmons de la main. Ils offrent deux variétés principales.
- 1º Durillon forcé. Abcès en bouton de chemise. Ouvrir et exciser aux ciseaux la phlyctène superficielle. Déterger. Chercher et ouvrir l'abcès profond d'un coup ferme de bistouri.
- 2º Phlegmon sous-aponévrotique. Phlegmon des gaines. Anesthésie générale. Se rappeler que l'arcade palmaire superficielle se trouve sur l'horizontale passant par la commissure du premier espace interdigital. Faire une incision longitudinale de 3 à 4 centimètres au-dessous de la ligne artérielle, du côté de la racine des doigts. Couper la peau, l'aponévrose. Aller jusqu'au pus et jusqu'aux tendons. Si l'on sectionne l'arcade par inadvertance ou nécessité, agrandir franchement l'ouverture par en haut, faire bâiller

les lèvres à l'aide de deux pinces, afin de voir et de lier les deux bouts artériels.

Par l'ouverture palmaire, introduire une sonde cannelée de bas en haut pour pratiquer s'il y a lieu une contre-ouverture supérieure.

Dans le phiegmon de la gaine cubitale (petit doigt) diriger le bec de la sonde cannelée vers le bord cubital de l'avantbras, passer sous le ligament annulaire, faire saillir le bec de la sonde sous la peau, en dedans du tendon du petit palmaire pour éviter le nerf médian, assez en dehors du pisiforme pour ménager l'artère cubitale, et pratiquer une incision de 3 à 4 centimètres. Avec une pince ou un stylet aiguillé, passer un drain de l'incision antibrachiale à l'incision palmaire (fig. 535, bb').

Dans le phiegmon de la gaine radiale (pouce), après incision palmaire longitudinale ou mieux curviligne, sur le bord

de la commissure du pouce et de l'index, diriger le bec de la sonde vers l'avant-bras, le faire saillir sous la peau en dehors du tendon du grand palmaire, pour éviter le nerf médian mais juste près du bord pour ménager l'artère radiale. Inciser et drainer de l'avant-bras vers la paume (fig. 535, aa').

III. Phlegmons de l'avant-bras et du bras. - Les incisions doivent être longues, parallèles à l'axe du membre, évitant d'intéresser les artères,

les incisions par une suture quelconque. IV. Abcès et phlegmons de l'aisselle. — 1º Abcès tubéreux. — Il sera simplement incisé suivant son grand axe, après anesthésie locale.

2º Phlegmon profond (adéno-phlegmon). — Il demande plus de prudence. Anesthésie locale ou générale au chlorure d'éthyle. Rasage et asepsie de la région. Porter le bras très fortement en abduction et rotation externe pour éloigner le paquet vasculo-nerveux.

Le long du bord inférieur du grand pectoral, en dedans de la ligne des vaisseaux, faire une incision de 6 à 8 centimètres. Couper la peau, la graisse, l'aponévrose jusqu'au muscle. Laisser le bistouri. Prendre la sonde cannelée ; avec le bec suivre la face profonde du grand pectoral, arriver jusqu'au pus. Agrandir l'ouverture avec une pince dont on écarte les mors. Drainer.

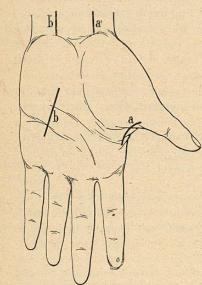


Fig. 535. — Incisions.

aa', pour le phlegmon de la gaine radiale. bb', pour le phlegmon de la gaine cubitale.

II

MEMBRE INFÉRIEUR

I. - ONGLE INCARNÉ 1

L'anesthésie et l'ablation de l'ongle sont communs à tous les procédés.

Anesthésie. — L'anesthésie générale pourra être faite avec le chlorure d'éthyle. On pourra d'autre part recourir à l'anesthésie médullaire. Mais l'anesthésie locale est presque toujours suffisante. On la pratique soit par les mélanges réfrigérants (glace et sel bien pilés et bien mélangés à parties égales), soit par des pulvérisations réfrigérantes (éther, kélène, chloréthyle), soit et mieux par des injections interstitielles de cocaïne ou de stovaïne.

En ce cas, la pratique la meilleure consiste à produire à la base du gros orteil une sorte de bague anesthésique par injection de plusieurs seringues d'une solution de cocaïne ou de stovaïne à 1 p. 200. L'aiguille est franchement enfoncée sur l'une des faces de la racine de l'orteil et 3 à 4 seringues de solution anesthésique poussés dans le tissu, jusqu'à ce qu'apparaisse un bourrelet œdémateux blanchâtre. Même manœuvre est répétée sur chacune des faces (voy. p. 62).

¹ Cf. Quénu, Bull. et Mém. de la Soc. de chir., 1887, p. 250. — Dardignac, Rev. de chir., 1895, t. XV, p. 353 et 514.

Arrachement de l'ongle. — On introduit à fond sous la partie médiane de l'ongle une des lames de ciseaux pointus. On coupe l'ongle en deux moitiés que l'on arrache par torsion à l'aide d'une bonne pince.

Procédés. — 1º Procédé de Follin. — L'ongle arraché, par quatre incisions, deux antéro-postérieures longeant le bourrelet, deux transversales,



Fig. 536. — Cure de l'ongle incarné par le procédé de Follin.

toutes poussées à fond, on circonscrit et on enlève au ras de l'os, un lambeau rectangulaire comprenant toute la zone incarnée: bourrelet fongueux, raînure, derme sous-unguéale. On réunit par 2 ou 3 points transversaux les deux lèvres de l'excision ou bien on panse à plat (fig. 536).

2º Procédé de Th. Anger. — Il dérive du précédent. L'ongle arraché, à l'aide d'un bistouri étroit, on taille par transfixion de la base à l'extrémité du doigt, un lambeau large de 8 à 10 millimètres, aussi long que possible, et comprenant l'artère collatérale. Remettant le couteau

dans l'angle de la plaie, on coupe suivant l'épaisseur toutes les parties molles jusqu'à l'os, par un trait transversal passant en arrière de la racine unguéale, puis toujours en rasant l'os, on détache d'arrière en avant toute la zone malade. Le lambeau est alors appliqué et suturé.

3º Procédé de Quénu. — Il consiste, en conservant toute la partie antérieure du derme sous-unguéal, à enlever uniquement la lunule qui seule

produit l'ongle (fig. 537).

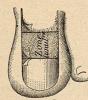


Fig. 537. — Cure de l'ongle incarné par le procédé de Ouénu.

L'ongle arraché, on excise et on curette les fongosités des gouttières latérales. On circonscrit alors la lunule à l'aide de quatre incisions, deux longitudinales que l'on prolonge très en arrière, deux transversales. Le lit de l'ongle ainsi délimité est enlevé au ras de l'os. Les deux lèvres antérieure et postérieure de l'excision sont disséquées pour former deux lambeaux, l'un antérieur très court, l'autre postérieur, long de 2 centimètres, que l'on attire en avant pour l'unir au premier.

4º Procédé de Dardignac. — C'est une simple modification de celui de Quénu. Avec une lame glissée à plat sous la peau dorsale de la base du doigt, tailler par transfixion d'arrière en avant, un lambeau quadrilatère. Exciser toute la lunule et le derme sous-unguéal qui recouvre la racine de l'ongle. Rabattre en avant et suturer le lambeau.

5° Procédé de Chalot. — C'est celui de Quénu appliqué dans le sens transversal. Après arrachement de l'ongle, à l'aide de quatre incisions, on limite et on excise la zone incarnée du côté malade, en respectant la partie de la matrice unguéale qui répond au bord non incarné. On taille sur le côté cor-

respondant de l'orteil un lambeau que l'on rabat et suture au derme sousunguéal conservé.

II. - ORTEIL EN MARTEAU

Procédé de Terrier (Résection phalango-phalanginienne). — Par deux incicions en ellipse, circonscrire la saillie phalango-phalanginienne; enlever la peau ainsi délimitée, avec son durillon et sa bourse séreuse. Couper le tendon extenseur et les ligaments latéraux de l'article. Dégager chacune des extrémités osseuses; les décapiter à la pince-gouge. Remettre l'orteil en bonne attitude. Suturer le périoste au catgut, la peau aux crins. Petite attelle plantaire.

III. - HALLUX VALGUS

A. Interventions osseuses

1° Nivellement de la tête métatarsienne. — Par une incision elliptique à grand axe longitudinal, circonscrire l'exostose; enlever la peau ainsi délimitée avec son durillon et sa bourse séreuse. Avec la gouge et le maillet ou simplement avec la pince-gouge enlever largement toute l'exostose. Réunir les parties molles.

Ce procédé convient aux cas peu accentués.

2º Résection de la tête métatarsienne (Hueter). — Même incision cutanée avec excision du durillon. On libère la tête métatarsienne et d'un coup de pince on la supprime le plus en avant possible par un trait oblique en dehors et en avant.

3º Résection cunéiforme du col métatarsien (Reverdin). — Même incision cutanée; avec excision du durillon et de l'exostose. Au ciseau ou à la pince, enlever au niveau du col un coin osseux à base interne, située à 1 ou 2 centimètres de la surface articulaire.

B. Interventions tendineuses. — Pour compléter le redressement, on a fait en certains cas, soit la *ténotomie* du tendon extenseur, soit celle de l'abducteur oblique du gros orteil (Ch. Monod), soit la *ténopexie* de l'extenseur (P. Delbet) que l'on attire dans l'incision latérale où on la fixe en suturant par-dessus lui les lambeaux fibro-périostiques.

IV. - PIED BOT

Les opérations sanglantes qui s'adressent au pied bot congénital ou acquis ont été déjà étudiées dans ce volume. Aussi nous contenterons-nous dans cette courte revue d'ensemble, de renvoyer aux chapitres correspondants

A. Pied bot congénital. — On lui oppose deux grandes méthodes de traitement, le redressement forcé manuel ou instrumental et la réduction sanglante.

- 1º Redressement forcé. a. Massage forcé de Detore. Après ténotomie du tendon d'Achille (voy. p. 133) et parfois des jambiers (voy. p. 134), l'opérateur saisit solidement le pied, le fléchit, le renverse en dehors et par des pesées en divers sens, corrige la difformité. La réduction est maintenue par un appareil plâtré.
- b. Redressement modelant de Lorenz. Il diffère de celui de Delore par la méthodisation des manœuvres et la permanence du redressement qui doit être parfait lorsqu'on applique l'appareil. Appuyant le pied sur un coussin de sable ou sur un coin de bois, Lorenz par pesées répétées, corrige successivement: 1° l'enroulement du pied sur son bord interne ou adduction; 2° l'équinisme; 3° la supination. L'appareil n'est appliqué que lorsque la réduction se maintient sans aucun effort.
- c. Redressement forcé instrumental. Vincent et Delore, à l'aide d'un ostéoclaste de Robin modifié, écrasent et modèlent le tarse en une seule séance.

Voici comment procède Vincent¹:

Le pied est placé à plat sur la face interne, jambe fléchie sur la cuisse. On protège le pied à l'aide de compresses de sublimé en 6 ou 8 épaisseurs et d'un tablier de cuir. L'arc métallique de l'appareil est placé au-dessous de la malléole externe, appuyant sur la saillie astragalienne. La bretelle de traction passe sous-l'avant pied.

On exerce d'abord des pressions sur le tarse postérieur en relevant le levier en haut et en dedans pour refouler l'astragale dans la mortaise et corriger l'adduction du calcanéum. On exerce ensuite des pressions sur l'avant-pied en relevant le levier verticalement puis obliquement pour le mettre en abduction et rotation externe.

On applique ensuite l'appareil plâtré.

2º Réduction sanglante. — Les manœuvres sanglantes comportent suivant les cas: a. les ténotomies (voy. p. 133); b. l'aponévrotomie du bord interne ou opération de Phelps (voy. p. 136); c. l'astragalotomie de Nélaton (voy. p. 356) ou l'astragalectomie totale (voy. p. 353) d. les tarsectomies postérieures, antérieures, cunéiforme dorsale externe ou totale (voy. p. 355).

B. Pied bot paralytique. — La cure sanglante du pied bot paralytique comprend: 1° des opérations sur les tendons: sections (voy. p. 133), allongement (voy. p. 139), raccourcissement (voy. p. 140); 2° des opérations sur les muscles et tendons: anastomoses musculo-tendineuses (voy. p. 149);

3° des opérations sur les articulations: arthrodèse (voy. p. 409). Nous renvoyons à ces divers chapitres pour la technique.

V. - PIED PLAT VALGUS DOULOUREUX

On a conseillé contre lui : 1° la ténotomie des péroniers latéraux (voy. p. 134) ; 2° l'astragalectomie (voy. p. 353) ; 3° la tarsectomie cunéiforme plantaire interne ou opération d'Ogston (voy. p. 358) ; 4° l'ostéotomie oblique du calcanéum ou opération de Gleich (voy. p. 355) ; 5° enfin l'ostéotomie sus-malléolaire.du tibia et du péroné, avec inflexion de la jambe en dedans (Trendelenburg).

VI. - LUXATIONS CONGÉNITALES DE LA HANCHE

§ 1. — RÉDUCTION NON SANGLANTE

(Procédé de Lorenz-Brun 1.)

C'est de beaucoup la plus employée, à cause de sa bénignité et de ses résultats meilleurs. Aussi doit-on toujours y recourir préalablement, lorsque le sujet est au-dessous de dix ou douze ans.

Traitement préliminaire. — C'est l'extension continue et prolongée avec un poids de 3 à 4 kilogrammes et le massage préliminaire des adducteurs.

Mais on accorde actuellement beaucoup moins d'importance à ces manœuvres préalables.

Réduction. — Anesthésie générale. Un aide saisit le membre sain, fléchit fortement la jambe sur la cuisse et la cuisse sur le bassin, comme s'il voulait imprimer le genou dans le flanc. Ainsi se trouve réalisée la fixation du bassin (fig. 538).

1er temps: Myorrhexis des adducteurs. — L'opérateur

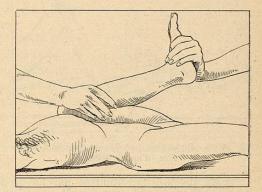


Fig. 538. — Fixation du bassin par flexion forcée de la jambe et de la cuisse (d'après Brun).

porte le membre malade en flexion légère et abduction forcée pour tendre la corde des adducteurs. Avec le poing fermé ou le bord cubital de la main,

¹ Vincent, Arch. prov. de chir., 1893, p. 129.

¹ Cf. Discuss. du Congrès intern. de Médec., Paris, 1900. — Brun et Ducroquet, Presse médic., 1900, t. II, p. 45. — Nové-Josserand, Rev. mens. des mal. de l'enfance, juin 1901, p. 245. — Brun, Presse médicale, 19 octobre 1901, p. 221. — Ducroquet, XV° Congr., fr. de chir., 1902, p. 798. — Henri Caubet, th. de Paris, 1903. — Calot, XVI° Congr. de chir., 1903.

il exécute des mouvements de pétrissage et de sciage au niveau de l'attache pelvienne de ces muscles, jusqu'à ce que la corde cède complètement et

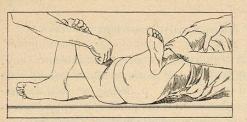


Fig. 539. — Myorrhexis des adducteurs (d'après Brun).

que la cuisse puisse être mise en abduction forcée. Ces manœuvres provoquent ordinairement dans les jours qui suivent des ecchymoses et un peu d'ædème de la cuisse et de la vulve, phénomènes passagers et sans importance (fig. 539).

2º temps : Mobilisation de la tête. — On mobilise alors l'article

par des mouvements répétés de flexion, d'abduction, de circumduction et d'extension successives, en manœuvrant le membre comme un levier.

3º temps: Réduction proprement dite. — Le bassin étant bien fixé par l'aide, l'opérateur empoigne fortement la cuisse malade au niveau du genou, la fléchit à demi sur le bassin, la tire fortement en haut (ces deux mouvements pour ramener la tête au contact de l'échancrure cotyloïdienne), puis la porte énergiquement en abduction et rotation externe for-

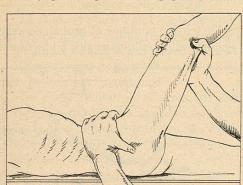


Fig. 540. — Réduction par flexion, traction, abduction (d'après Brun).

cées, tandis qu'avec la main opposée (pouce accrochant le trochanter ou poing fermé formant coin d'appui), il refoule très fortement le trochanter en avant, en dedans et en haut pour faire franchir à la tête le ressaut cotyloïdien.

Ces même manœuvres successives de demi-flexion, traction en haut, abduction et rotation externe combinées à la propulsion du trochanter, sont répétées jusqu'à réduction obtenue (fig. 540).

Hoffa prépare la réduction par ce qu'il appelle la « manœuvre de la pompe ». On met le membre en flexion à 90° et en abduction forcée. On lui imprime alors des mouvements alternatifs de flexion et d'extension qui portent la cuisse à 180° contre la paroi latérale du thorax pour la ramener ensuite à 90°, pendant qu'on exagère l'abduction en pressant sur le genou.

La réduction se reconnaît parfois à un ressaut caractéristique avec bruit ou claquement, plus souvent à l'effacement du trochanter, à la présence de la tête fémorale dans le triangle de Scarpa, où elle vient combler la dépression qui existait avant la réduction. Il est bon d'ailleurs de vérifier la réduction à l'aide de la radiographie.

Contention. — La réduction obtenue, on la maintient à l'aide d'un appareil plâtré ou bien en celluloïd (Ducroquet), en imposant au membre trois attitudes successives : 1^{re} position : abduction et rotation externe forcées ; 2^{me} position : abduction légère et rotation interne ; 3^{me} position : membre en rectitude.

Première position. — L'enfant est placé sur un pelvi-support spécial, ou bien sur une bouteille dressée verticalement, le col de celle-ci garni d'ouate

supportant le sacrum et un fort coussin de même hauteur que la bouteille soutenant les épaules. Un aide secondaire tient le membre sain étendu et fixe le bassin. L'aide principal, aide de confiance, saisit le membre malade le fixe en abduction et rotation externe forcées et empêche très attentivement que la luxation ne se reproduise.

Le tronc, le bassin et le membre de l'enfant sont enduits alors d'onguent mercuriel ou d'une poudre insecticide (pour empêcher puces et poux de s'introduire sous l'appareil), puis recouverts soit d'une mince couche de coton cardé uniformément réparti, soit d'un jersey très collant, sans plis ni coutures.

Après avoir une fois encore vérifié la réduction, on immobilise le membre en attitude voulue au moyen de bandes plâtrées, formant un spica qui remonte d'une part jusqu'au rebord costal, de l'autre descend jusqu'à mi-jambe, emprisonnant le genou. L'appareil sera renforcé au niveau du point faible, le pli de l'aine, à l'aide de plusieurs épaisseurs de tarlatane plâtrée incorporée dans le spica.



Fig. 541. — Contention en première position (d'après Brun).

Avant que l'appareil ne soit sec, on le moulera soigneusement sur les crêtes iliaques, et les condyles fémoraux. Il est particulièrement utile de bien le déprimer dans la fossette rétro-trochantérienne.

La réduction sera soigneusement maintenue, jusqu'à prise solide du plâtre. Celui-ci une fois sec, on échancrera l'appareil au niveau de la vulve et de l'anus. Les bords en seront garnis, soit avec la partie du jersey qui dépasse et que l'on rabattra sur eux, soit avec une large bande de diachylon avec laquelle on les ourlera. Il sera parfois prudent de vernir l'appareil pour le rendre imperméable et plus résistant à l'urine.

Deuxième position. — Au bout de quatre à cinq mois, l'appareil est enlevé

et l'enfant réendormi. On commence à mobiliser soigneusement le genou pour le ramener en extension. Puis, saisissant la cuisse à pleines mains, on

Fig. 542. — Contention en deuxième position (d'après Brun).

lui imprime un double mouvement d'adduction et de torsion de dehors en dedans, jusqu'à ce que le membre soit à mi-chemin de la ligne médiane et placé en demi-abduction avec rotation interne marquée.

Ce changement d'attitude est parfois très pénible à obtenir, en raison de l'ankylose ou des rétractions capsulaires produites. Cette difficulté est d'ailleurs de bon augure mais on prendra toutes précautions pour éviter une fracture ou un décollement de l'épiphyse.

Un nouvel appareil est appliqué et maintenu deux mois.

Troisième position. — Avec ou sans anesthésie, après ablation du second appareil, le membre est placé dans la rectitude mais avec rotation interne. Un troisième appareil est appliqué pendant deux mois.

Durant ces huit mois d'immobilisation plâtrée, l'enfant ne doit faire aucune tentative de marche.

Lorenz fait marcher ses opérés dès le premier appareil pour que la tête vienne par pression, creuser le cotyle. Mais on s'expose ainsi à des reluxations.

Calot a récemment prétendu que les échecs provenaient d'une mauvaise position donnée à la cuisse après réduction. L'abduction extrême avec rotation externe forcée, presque toujours adoptée, met la tête non pas en face du cotyle mais de la capsule qui se laisse distendre, d'où reproduction de la luxation.

Il recommande les attitudes suivantes:

Pendant les deux premiers mois: flexion, abduction et rotation externe à 45° Pendant les deux mois suivants: flexion, abduction et rotation interne à 20°.

On met ensuite le membre en extension, abduction très légère et rotation interne avant de revenir à l'attitude normale.

Traitement consécutif. — Mobilisation progressive de la hanche : passive d'abord, active ensuite; massage, pétrissage, électrisation des muscles de la cuisse atrophiés : fessiers et cruraux; — hydrothérapie; veloroom.

Ce traitement doit être continué pendant plusieurs mois.

Lorsque la luxation est bilatérale, les avis diffèrent sur l'opportunité d'une double réduction. Lorenz réduit les deux côtés en une séance et immobilise symétriquement les deux membres en abduction forcée. Brun préfère la réduction successive, ce qui double la longueur du traitement.

§ 2. — REDUCTION SANGLANTE

(Procédé de Lorenz 1.)

La réduction sanglante à cause de ses dangers et de ses résultats souvent médiocres ne conserve plus aujourd'hui que de rares indications, dont la principale est l'échec de la réduction manuelle.

Des différents procédés, le plus suivi aujourd'hui est celui de Lorenz.

Traitement préliminaire. — Asepsie minutieuse. Extension continue et prolongée pendant trois ou quatre semaines jusqu'à ce que le grand trochanter se soit abaissé jusqu'au niveau de celui du côté sain.

Réduction. — Asepsie rigoureuse. Anesthésie générale.

1er temps: Abaissement de la tête fémorale. — A l'aide de tractions simples ou, si cela paraît nécessaire, de tractions puissantes avec la vis de Lorenz, on abaisse la tête autant qu'on le peut. Au besoin on ténotomise les adducteurs.

2º temps: Incision cutanéo-musculaire. — De l'épine iliaque antérosupérieure, à deux travers de doigt au dessous de l'angle antéro-supérieur du grand trochanter; oblique en bas, en arrière et en dehors.

Couper la peau, la graisse, l'aponévrose le long du bord postérieur du tenseur du fascia lata. Récliner ce muscle en avant, le moyen fessier en arrière, entre les deux, inciser la graisse, récliner en avant le droit antérieur et découvrir la capsule.

3º temps: Ouverture de la capsule. — Placer la cuisse en rotation externe, fendre hardiment la capsule dans la direction du col, du bourrelet cotyloïdien jusqu'au trochanter, puis horizontalement le long du bourrelet en sorte que l'ouverture capsulaire est en forme de T. A la rugine et au bistouri détacher les insertions de la capsule à la ligne intertrochantérienne.

4° temps : Correction de la tête. — On fait saillir la tête, on coupe le ligament rond et on retouche la tête pour lui donner une forme voisine de la normale.

5° temps: Correction du cotyle. — On creusait jadis le cotyle à l'aide d'une forte curette (curette de Broca) ou de la fraiseuse de Doyen. Mais on semble renoncer de plus en plus à cette manœuvre dangereuse et sanglante, pour se contenter d'enlever les tissus mous et débris capsulaires qui peuvent voiler et remplir la cavité rudimentaire.

6º temps: Réduction proprement dite. — Elle est presque toujours malai-

Cf. Lorenz, Centr. f. Chir., 1892, p. 633 et 1041. — Broca, Rev. d'orthop., 1895, p. 401. Delanglade, th. Paris, juin 1896.

sée et s'obtient à l'aide de manœuvres (flexion, abduction, rotation interne) ou d'un levier agissant sur la tête.

7º temps: Sutures; Hémostase. — Nettoyage minutieux. Pas, ou peu de sutures. Broca refait la capsule; Lorenz réunit la peau avec drainage; Hoffa panse à ciel ouvert.

Pansement compressif. Spica plâtré en légère abduction.

Soins consécutifs. — Renouveler le pansement au huitième jour, avec nouvel appareil. Au bout de la troisième semaine, petit appareil plâtré laissant le genou libre ou bien simple extension continue à la Hennequin.

Commencer la mobilisation passive puis active.

Quelque temps après, gymnastique progressive, massage, électrisation, veloroom.

Lutter soigneusement contre une abduction précoce et exagérée.

VII. - ABCÈS ET PHLEGMONS DU MEMBRE INFÉRIEUR

I. Abcès et phlegmons du pied. — Moins importants que ceux de la main, ils présentent les mêmes variétés et comportent les mêmes traitements. incision précoce, large, parallèle à l'axe des orteils ou du pied, intéressant toutes les couches atteintes, le derme en particulier, dans les abcès en bouton de chemise de la plante et du talon; le derme est ici très épais.

Les diverses variétés de panaris peuvent se rencontrer et seront traitées comme à la main.

II. Abcès et phlegmons de la jambe et de la cuisse. — Incisions franches, de longueur convenable, parallèles à l'axe du membre, en fuyant la ligne des vaisseaux ou bien en incisant prudemment les plans profonds sur la sonde cannelée.

III. Abcès et phlegmons de l'aine. — Ce sont des adénophlegmons, situés comme les ganglions au-devant des vaisseaux, demandant par suite à être ouverts prudemment et sans violence.

Au centre de la région tuméfiée, pratiquer une incision verticale, intéressant seulement la peau. Abandonner le bistouri. Chercher le pus avec le bec de la sonde dirigé de haut en bas ; agrandir l'ouverture avec une pince. Si l'on sectionne par mégarde la saphène interne ou la tégumenteuse abdominale, pincer et lier.

CHAPITRE II

OPÉRATIONS SUR LE CRANE ET L'ENCÉPHALE

SUR LE RACHIS ET LA MOELLE ÉPINIÈRE

Asepsie et antisepsie pré-opératoires du crâne et du rachis

I. — Lorsque l'opération doit porter sur le crâne ou sur le crâne et l'encéphale et qu'on a du temps devant soi, on coupe d'abord les cheveux très courts, cinq ou six jours d'avance, puis on savonne bien le cuir chevelu et on le rase avec soin dans toute son étendue. On le brosse ensuite à plusieurs reprises avec de l'alcool à 90°, et, quand le décapage épidermique paraît suffisant, on recouvre tout le cuir chevelu avec des compresses de gaze trempées dans une solution antiseptique (formol 5 p. 1000 ou sublimé 1 p. 1000); ces compresses sont couvertes à leur tour d'un imperméable (feuille de gutta-percha, par exemple, ou taffetas gommé) et maintenues par une capeline ou un bonnet de caoutchoue. On continue tous les jours le même pansement jusqu'au moment même de l'opération. Ce modus faciendi nous donne une sécurité à peu près absolue, sécurité d'autant plus désirable parfois que le patient peut avoir eu antérieurement un ou plusieurs érysipèles de la tête. - Si le cuir chevelu est déjà infecté par une lésion actuelle (abcès, ulcère, fistule), on procède à l'antisepsie préliminaire comme il vient d'être indiqué, et l'on exécute en outre les petites manœuvres telles qu'ouverture de l'abcès, raclage et cautérisation, etc., etc., que nous avons signalées dans la technique générale.

Dans les cas d'urgence, quand il faut faire l'asepsie ou l'antisepsie ex-temporanée, on rase d'abord tout le cuir chevelu; on le décape à la brosse et au savon, puis à l'alcool et à l'éther; on le traite de nouveau à l'alcool, puis à la solution de sublimé ou de formol, et, s'il y a lieu, on termine la toilette du champ opératoire par la désinfection directe du foyer traumatique ou pathologique.

II. — Lorsqu'il s'agit d'une opération à faire sur le rachis, sur son canal et son contenu (laminectomie, spina-bifida, etc.), la peau correspondante doit être désinfectée très largement aussi et d'après les mêmes règles que pour l'asepsie ou l'antisepsie cutanée en général (voy. p. 27).

CRANE. ENCÉPHALE

I. — TRÉPANATION. — CRANIECTOMIE

§ 1. — Topographie cranio-encéphalique

La topographie cranio-encéphalique a pour but de déterminer sur le crâne, avant toute intervention, le siège des centres cérébraux et des gros