gée dans le décubitus dorsal pendant une huitaine de jours environ. Si la malade est jeune et respire facilement on pourra lui mettre la tête basse et les pieds un peu élevés pour faciliter la circulation veineuse du membre inférieur. On peut appliquer un liniment calmant sans friction cependant et recouvrir d'ouate; ce pansement aidera à l'immobilisation en gênant les mouvements.

Tant que la malade est immobilisée, son œdème persiste avec le même caractère. Il serait téméraire d'y toucher. Le massage, même très léger, serait dangereux; il pourrait agir sur la fragilité du caillot cruorique et le rompre. Je conseille cette immobilité des deux côtés, même quand il n'y a qu'un membre de malade; les anastomoses entre pelviennes, péri-utérines sont trop nombreuses et la circulation activée d'un côté pourrait avoir du retentissement sur celle du côté opposé.

Il ne faut faire cesser cette immobilisation que lorsque les symptômes généraux sont franchement disparus depuis au moins deux jours.

La seconde période est caractérisée par l'absence de symptômes généraux et régression progressive des symptômes locaux: les œdèmes diminuent, les cordons durs persistent, on les sent même plus nettement avec la disparition de l'œdème. Ce sont les veines atteintes du membre inférieur: saphènes interne et externe, fémorale, poplitée. Toutes ne sont pas prises ensemble, quelques-unes même peuvent être tuméfiées sans obturation.

C'est la période où il convient d'activer la circulation collatérale par la contraction des muscles du mollet et de ceux de la cuisse.

Il est bon de pratiquer soi-même cette première mobilisation pour indiquer à la malade ce que l'on désire d'elle. On fera donc mouvoir chaque articulation suivant ses mouvements normaux.

On fera fléchir et étendre les articulations des phalanges des orteils entre elles: flexion, extension, abduction, adduction, circumduction de chaque orteil sur son métatarsien. On exécutera tout mouvement du tarse, puis du métatarse sur le tarse et du tarse sur la jambe, soignant surtout les mouvements de cette dernière articulation. On montrera à fléchir, étendre le pied sur la jambe, à la mettre en adduction et en abduction. On terminera par les mouvements limités de flexion et d'extension du genou. Il faut autant que possible éviter de fléchir la cuisse sur le bassin, mais on pourra faire les mouvements de rotation de la cuisse sur le bassin.

Comme il y a raideur à la suite de l'immobilité gardée pendant la semaine précédente, il ne faut jamais outrepasser la limite marquée par la douleur que la malade accusera dans ses premiers essais de mobilisation.

Dans les jours suivants, la malade exécutera elle-même ces mouvements, avec ordre et à plusieurs reprises, chaque jour. Un peu plus tard, elle remuera, dans son lit, sans porter une attention spéciale aux mouvements qu'elle exécute. Vers la fin de la deuxième semaine, elle pourra ajouter quelques mouvements d'abduction de la hanche: les mouvements de flexion comportant le tiraillement des vaisseaux iliaques et fémoraux, sont encore à redouter. Il vaut mieux les retarder à la semaine suivante et ne pas faire asseoir la malade sur son lit.

L'on pourrait déjà faire un peu de massage doux évitant avec soin les trajets des saphènes externe et interne, le creux poplité, le canal de Hunter, la