BIBLIOTECA

PLAIES DE LA MAIN

Éléments étiologiques : Plaies par instruments piquants (septiques); tranchants (simples ou compliquées de section des vaisseaux, des nerfs, des tendons); contuses (par armes à feu : balles ou éclatement d'armes).

Signes cliniques : Hémorragies ; troubles nerveux. Plaies des tendons amenant, si elles sont complètes, l'abolition des mouvements correspondants ; ascension du bout supérieur. Phénomènes inflammatoires (plaies septiques).

I. — PLAIES SIMPLES NON SEPTIQUES.

Suture :

Technique: L'aiguille pénètre à 3 millimètres du bord de la plaie, qui est maintenu avec la pince à griffes, va jusqu'au fond de la plaie et ressort sur la lèvre opposée à la même distance de la section; pendant qu'on noue le fil, affronter les deux bords avec la pince à griffes ; ne faire le second nœud que quand l'affrontement est parfait.

Pansement à la gaze aseptique ; ouate, bande.

II. — PLAIES SEPTIQUES PAR PIQURE (piqûre anatomique).

A. — Au moment de l'accident.

Faire saigner et envelopper la main d'un pansement humide (sublimé à 1 p. 1000) recouvert de taffetas gommé ou de gutta-percha.

B. — Lorsqu'il existe des signes de suppuration.

Larges débridements longitudinaux (parallèles aux tendons); éviter l'arcade palmaire superficielle (sur l'horizontale qui passe par la commissure du premier espace interdigital).

Après l'incision, bains de bras prolongés chauds (solution de sublimé à 1 p. 4000); grand pansement humide.

Soigner l'état général (toniques) et faciliter la sudation et la diurèse (boissons abondantes, injections de sérum).

III. — PLAIES CONTUSES PAR ÉCLATEMENT ET PAR ÉCRASEMENT.

1° Nettoyage de la plaie, excision aux ciseaux des parties mortifiées, mais pas d'amputation immédiate.

Pansement à la gaze iodoformée, ouate et bande immobilisant la main sur une palette, s'il y a des lésions osseuses.

2° *S'il survient des phénomènes inflammatoires :* Bains de main prolongés et pansements humides.

3° *Si l'on craint des rétractions secondaires par suite de la largeur de la plaie :* Régularisation secondaire du lambeau ou greffes (greffes de Thiersch ou greffes par la méthode italienne).

4° *Lorsque la plaie a été souillée de terre :* Injection préventive de sérum antitétanique (10 centimètres cubes) et lavages de la plaie à l'eau oxygénée ou au permanganate (25 centigrammes par litre d'eau); pansement humide.

IV. — PLAIES PAR ARRACHEMENT.

Antisepsie de la plaie et régularisation des parties (résection d'un os déshabillé ; section d'un tendon pendant, etc.).

Pansement aseptique.

V. — PLAIES AVEC CORPS ÉTRANGERS.

Enlever les corps étrangers.

Si c'est possible, se renseigner sur leur situation exacte par la radiographie ou la radioscopie (aiguilles dans la main).

Il est souvent nécessaire d'endormir les malades, car

les recherches sont longues et pénibles (corps étranger petit et profondément situé).

Pansements et soins consécutifs comme I ou II, selon que la plaie est ou n'est pas septique.

VI. — PLAIES DES VAISSEAUX.

A. — Hémorragies primitives.

Lier les deux bouts des vaisseaux dans la plaie, qu'on débridera si c'est nécessaire (méthode de choix).

Ne recourir à la compression avec un petit tampon de gaze iodoformée dans la plaie et un bandage serré, qu'après avoir tenté la ligature dans la plaie ; dans ce cas, surveiller de près le malade (faire même, dans quelques cas rebelles, la ligature de l'humérale au tiers inférieur du bras).

B. — Hémorragies secondaires (toujours d'origine septique).

Débrider la plaie, la nettoyer des caillots et débris septiques, la désinfecter (eau phéniquée à 3 ou 4 p. 100) ; lier les deux bouts.

Tamponner à la gaze iodoformée (ouate et bandage compressif), si l'on n'a pas pu lier les vaisseaux dans la plaie (hémorragie en nappe).

Si l'hémorragie se produit malgré la compression, il peut être nécessaire de lier l'humérale comme VI, A).

VII. — PLAIES DES NERFS (médian et cubital surtout).

Agrandir la plaie, si c'est nécessaire, pour retrouver les deux bouts du nerf sectionné ; les suturer avec une aiguille fine munie de catgut très fin (00).

Si la plaie est cicatrisée, aller à la recherche des deux bouts des nerfs, les aviver et suturer comme précédemment (Voir *Plaies des nerfs*).

VIII. — PLAIES DES TENDONS.

1° *Suture tendineuse :*

Technique : Recherche du bout périphérique (facile) ; recherche du bout central : faire exprimer les muscles de l'avant-bras, du coude vers le poignet ou appliquer la bande en caoutchouc sur l'avant-bras.

En cas d'insuccès : Introduire la sonde cannelée dans la partie supérieure de la gaine et débrider jusqu'à la rencontre du bout supérieur du tendon.

Si l'on échoue : Suturer le bout périphérique du tendon à un tendon voisin ayant une action synergique (suture par anastomose) ; se servir d'une aiguille très fine et de catgut très fin.

Suturer la gaine par dessus le tendon.

2° *Si la gaine tendineuse a été infectée,* il peut se produire des fusées purulentes jusque dans l'avant-bras. Dans ce cas, contre-ouverture à la partie supérieure de la gaine et drain passant dans la gaine, de la plaie à la contre-ouverture. Bains de bras antiseptiques et pansements humides (Voir *Section complète des tendons*).

PLAIES COMPLÈTES DES NERFS

Éléments étiologiques : Sections nettes : instruments tranchants (morceaux de verre, de faïence, couteau, sabre, bistouri) ; sections contuses avec ou sans perte de substance (écrasement par roue de charrette, broiement par machine, armes à feu).

Signes cliniques : Paralysie motrice immédiate du territoire nerveux, et action dominante des antagonistes (attitude spéciale pour chaque paralysie) ; suppléance musculaire tardive ; atrophie des muscles paralysés (réaction de dégénérescence) ; douleur très vive au début, s'atténuant dans la suite, quelquefois nulle.

Anesthésie du territoire nerveux correspondant, totale, partielle ou nulle, immédiatement ou quelque temps après l'accident (sensibilité récurrente) ; même variabilité des sensibilités tactile et à la température ; persistance fréquente de la sensibilité à la pression.

Troubles trophiques (peau et annexes, tissu cellulaire, os, articulations) ; évolution lente.

Guérison (spontanée, chirurgicale), à longue échéance (retour primitif de la sensibilité).

Complications : névrite (infection) localisée, extensive, ascendante (myélite) ; hypéresthésie, anesthésie douloureuse, névralgie traumatique, glossyskin, lésions définitives (atrophiques, dystrophiques) ; épilepsie ; tétanos.

I. — L'ACCIDENT VIENT DE SE PRODUIRE.

A. — Les deux bouts sont peu éloignés.

Suture des deux bouts :

Technique : Anesthésie générale ; antisepsie ; bande d'Esmarch.

Débrider la plaie et enlever les corps étrangers, s'il y en a.

Reconnaître les deux bouts du nerf, après avoir agrandi, s'il y a lieu, la plaie dans la direction anatomique.

1° *Avivement* (ne le pratiquer que si les bouts sont mâchés, contus, irréguliers).

Saisir avec une pince à dents successivement chaque extrémité nerveuse par sa gaine et, d'un coup net de ciseaux bien coupants, en régulariser la surface de section, par une résection aussi parcimonieuse que possible.

2° *Suture* (fils de soie fins ou de catgut n° 0 ou 1 ; fine aiguille d'Hagedorn).

Si le cordon nerveux est mince : Traverser successivement de part en part, dans le même sens et à quelques millimètres de la surface de section, avec l'aiguille munie du fil, chaque bout du nerf ; affronter exactement les extrémités nerveuses et serrer le fil sans brusquerie.

Si le nerf est assez gros (médian, cubital) : Passer successivement dans chaque bout du nerf et d'un bord à l'autre, un premier fil (d'appui) parallèle à la surface de section et à 1 centimètre d'elle ; nouer ce fil et le couper ras après affrontement.

Placer deux ou trois fils (d'affrontement) parallèlement au nerf, ne mordant que le névrilème, à quelques millimètres de la section ; nouer ces fils sur la face antérieure du nerf et les couper ras.

3° Réunir aux crins de Florence la plaie des parties molles, avec ou sans drainage à la gaze (suivant degré d'asepsie réalisé).

4° *Pansement :* Gaze iodoformée, ouate hydrophile ; attelle plâtrée disposée de façon à éviter toute traction sur les sutures du nerf.

Ne pas toucher au pansement (sauf indications : fièvre, douleurs), avant trois semaines.

B. — Les deux bouts sont éloignés l'un de l'autre de 4 à 5 centimètres.

1° *Élongation des deux bouts :*

Isoler chaque bout du nerf des tissus voisins, les saisir successivement avec les doigts et les étirer, suivant leur axe, jusqu'à élongation permettant l'affrontement.

2° *Suture et pansement comme pour* A).

C. — Les deux bouts sont très distants l'un de l'autre (perte de substance) ; affrontement impossible :

Suture à distance (catgut chromique n° 2, lentement résorbable) : Réunir (sans traction aucune) les deux bouts du nerf par des anses multiples de catgut allant de l'un à l'autre et ne traversant que le névrilème.

II. — L'ACCIDENT EST ANCIEN ; LA PLAIE DES PARTIES MOLLES CICATRISÉE.

1° *Recherche des deux bouts :* Suture secondaire :

Technique : Inciser la cicatrice de la plaie des parties molles; chercher à reconnaître, au milieu du tissu cicatriciel profond, le bout central (renflé en névrome) et le bout périphérique (aminci, effilé).

Isoler les deux bouts des tissus voisins auxquels ils adhèrent (tendons, ligaments, etc.) ; les sculpter en plein tissu cicatriciel; résection du névrome du bout central.

Suture des deux bouts et *pansement* comme pour I.

2° *Soins consécutifs :* Massage; électricité (galvanique, puis faradique).

Continuer ce traitement avec persévérance (un an quelquefois).

PLAIES DE POITRINE

Éléments étiologiques : Tentatives de suicide, duels, batailles, crimes; plaies par armes blanches (épée, couteau, sabre, etc...); plaies par armes à feu (revolver, fusil).

Signes cliniques : A. *Plaies non pénétrantes*: Shock fréquent; douleur variable ; hémorragies externes (mammaire externe, sous-scapulaire, mammaire interne, etc...); emphysème sous-cutané possible...

B. *Plaies pénétrantes*: Shock ; hémorragie pariétale (mammaire interne, intercostale) ; hémopneumothorax plus ou moins abondant résorption, état stationnaire, accroissement (anémie, asphyxie), aseptique ou septique. Guérison (spontanée, chirurgicale) ; mort (hémorragie, asphyxie, infection)...

I. — PLAIES NON PÉNÉTRANTES.

Faire une antisepsie rigoureuse de la plaie : Savonner, brosser, laver à l'éther, à l'alcool, à la solution phéniquée forte (5 p. 100).

Lier les vaisseaux qui saignent (ligatures des deux bouts) en débridant la plaie, s'il est nécessaire, pour se donner du jour.

Extraire les corps étrangers.

Tenter la réunion par la suture, si l'asepsie de la plaie est suffisante et ses lèvres régulières; laisser, dans le cas contraire, la plaie ouverte (drainage avec une mince mèche de gaze aseptique).

Pansement antiseptique : Chiffonné de gaze iodoformée, ouate ; bandage de corps.

Repos absolu, en position mi-assise.

Piqûres de morphine (1/2 à 1 centigramme) en cas de douleurs vives.

II. — PLAIES PÉNÉTRANTES.

A. — L'accident vient de se produire.

a) **Il n'existe aucun signe de gravité actuelle :** (Hémorragie externe nulle ou insignifiante; pas d'asphyxie; pouls suffisant, etc.).

1° Laisser le malade, si possible, à l'endroit même où s'est produit l'accident, sinon, le transporter, doucement, sans secousses, avec d'infinies précautions, dans le refuge le plus voisin ; l'étendre sur un matelas ou mieux dans un lit, le haut du corps soulevé par un oreiller ; couper (et non enlever) ses vêtements, pour mettre à nu sa blessure.

2° Ne jamais sonder la plaie ; la nettoyer comme pour I ; faire, s'il est nécessaire, quelques ligatures et panser, après suture, avec une lamelle de gaze iodoformée et du collodion.

3° Ordonner le repos le plus absolu ; éloigner toute personne inutile ; veiller à ce que le blessé ne parle pas, ne gesticule pas et que, dans la mesure du possible « il ne tousse, ne crache, ni ne déglutisse ». Ne commencer à lui faire prendre quelques cuillerées de café qu'au bout de quelques heures.

S'il y a shock : Injections de sérum artificiel (Voir ce mot), inhalations d'oxygène, piqûres de caféine.

S'il y a agitation : Piqûres de morphine (1/2 à 1 centigramme).

4° Ne pas quitter le malade et surveiller attentivement son pouls, sa respiration, son facies, etc.

b) **Il y a hémorragie externe abondante.**

Aller à la recherche du vaisseau qui saigne et tâcher d'en lier ou d'en forcipresser les deux bouts :

Technique : Intercostales : Débrider largement la plaie dans une direction telle que la côte qui abrite l'intercostale qui saigne soit mise à nu ; au niveau du bord inférieur de la côte, inciser le périoste et le décoller, le long de ce bord, à la rugine « glisser un fil, avec une aiguille courbe, autour des vaisseaux devenus libres avec ce lambeau de périoste ».

Mammaire interne : Débrider la plaie et y chercher les deux bouts de l'artère intéressée (à un doigt du bord sternal) ; forcipresser et lier, si possible, l'un et l'autre bout.

En cas d'échec : Faire au-dessus et au-dessous de la plaie la ligature classique de cette artère :

Incision horizontale dans l'espace intercartilagineux, à partir du bord sternal ; sectionner les différents plans de cet espace jusqu'au tissu cellulaire sous-pleural ; isoler l'artère et la lier.

Même traitement général que pour *a*).

c) **Il y a hémothorax avec ou sans hémorragie externe.**

En cas d'hémorragie externe : Chercher à se rendre compte de l'état des vaisseaux pariétaux et, s'il y a lieu, se comporter comme pour *b*).

Débrider la plaie, la désinfecter comme pour I, la fermer et la panser antiseptiquement.

Surveiller de très près le malade (pouls, facies) et son hémothorax (palpation, percussion, auscultation) et agir comme suit, suivant les circonstances :

1° *L'épanchement de volume moyen reste stationnaire, puis diminue et tend à la résorption ; état général de plus en plus satisfaisant :*

Statu quo thérapeutique ; maintenir l'occlusion antiseptique de la plaie ; repos.

2° *L'épanchement va croissant rapidement* (Matité de plus en plus élevée, absence de vibrations thoraciques, égophonie ; pâleur, anxiété, pouls de plus en plus faible, respiration anhélante ; signes d'anémie aiguë) :

Faire opérer le malade immédiatement : Thoracotomie large et hémostase pulmonaire (suture, résection du parenchyme après ligature, forcipressure à demeure, tamponnement).

3° *L'épanchement est considérable, mais n'augmente pas* (gêne respiratoire).

Traitement comme pour *c*) 1°.

Persévérer quelques jours et, s'il y a lieu, a r comme pour B, *a*).

B. — L'accident date de quelques jours.

a) **Hémothorax plus ou moins abondant, à niveau fixe, sans tendance à la résorption.**

Thoracentèse aseptique :
Opérer le malade couché (et non assis sur son lit).
Nettoyage du champ opératoire (savon, éther, sublimé), des mains ; trocart et canule flambés.
Ponctionner dans le 5e ou le 6e espace, à l'intersection d'une ligne horizontale partant du mamelon et d'une ligne verticale partant du bord antérieur de l'aisselle.

En cas de reproduction du liquide (infection).
Pleurotomie aseptique (Voir *Pleurésies purulentes*).

b) **Hémothorax stationnaire pendant les premiers jours, s'accroît rapidement** : État général satisfaisant ; peu ou pas de fièvre ; signes de compression (dypsnée) :

Thoracentèse aseptique comme pour B, *a*) et *examiner* immédiatement *le liquide* (bactériologiquement et physiquement :

1° Liquide noir, aseptique (guérison probable).

2° Liquide noir septique : pratiquer la pleurotomie aseptique (Voir *Pleurésies purulentes*).

3° Liquide rouge (septique, hémorragie secondaire) : reproduction probable de l'épanchement : *dans ce cas* thoracotomie.

c) **Hémothorax plus ou moins abondant, secondairement infecté** : (Fièvre, frissons, pouls rapide, etc.) :

Faire immédiatement la pleurotomie aseptique, suivie de lavages et de large drainage de la cavité pleurale (Voir *Pleurésies purulentes*).

PLAIES DU REIN

Éléments étiologiques : Instruments piquants, tranchants, contondants, armes à feu. Voie lombaire (le plus souvent) ; voie abdominale...

Signes cliniques : Shock ; douleur ; hématurie ; écoulement d'urine par la plaie (blessure du bassinet ou de l'uretère) ; oligurie, anurie ; hémorragie extérieure.

Complications : procidence du rein, rétention d'urine par caillots, phlegmon périnéphrétique, infection rénale directe ou ascendante (cathétérisme septique).

I. — SHOCK ; PLAIE LOMBAIRE (hématurie nulle ou peu abondante ; hémorragie extérieure d'abondance moyenne).

1° Antisepsie rigoureuse de la plaie et de ses alentours, suivie d'un tamponnement à la gaze iodoformée ; pansement antiseptique moyennement compressif ;

2° Traiter le shock : Piqûres d'éther, de caféine, injections de sérum artificiel (Voir ce mot), boissons chaudes abondantes ; entourer de ouate les membres inférieurs, bouillottes, etc.

Surveiller attentivement le malade (pouls, température, facies).

II. — LE MALADE NE SORT PAS DU SHOCK (signes d'hémorragie interne, pouls petit, rapide, fuyant, hypothermie, pâleur, respiration accélérée, etc.).

Intervenir, en dépit et à cause de la persistance du shock, par l'*incision lombaire* (Voir *Contusion du rein*) ; se comporter vis-à-vis du rein suivant les circonstances : suture, ligature, néphrectomie partielle (faire la compression digitale du pédicule), exceptionnellement néphrectomie totale (section de l'uretère, des vaisseaux du hile).

Faire pendant tout le temps de l'opération et continuer après, des injections de sérum artificiel.

III. — HÉMATURIE ABONDANTE ET PERSISTANTE (signes d'anémie progressive (Voir II).

Incision lombaire comme pour II et agir de même sur le rein, suivant les circonstances.

S'il y a rétention d'urine par caillots :

Aspiration des caillots avec la grosse sonde de la lithotritie et la seringue de Guyon (nécessité absolue d'une asepsie rigoureuse : infection ascendante).

IV. — HÉMORRAGIE ABONDANTE PAR LA PLAIE LOMBAIRE ; COMPRESSION INSUFFISANTE.

Intervenir comme pour II.

V. — SHOCK, PLAIE ABDOMINALE.

Traiter le shock comme pour (I, 2°) et pratiquer la laparotomie, dès que la température est à 37°.

Si le shock persiste ainsi que les signes d'anémie progressive (hémorragie interne) :

Pratiquer sans tarder la laparotomie, en dépit et à cause de la persistance du shock.

VI. — PLAIE LOMBAIRE LARGE ; PROCIDENCE DU REIN.

1° Antisepsie rigoureuse de la plaie et de ses alentours.
2° Examen attentif du rein luxé et se comporter vis-à-vis de lui, suivant les circonstances :

a) *Rein sain* :

Lavage antiseptique soigné; réduction (après débridement de la plaie lombaire, s'il y a lieu) ; tamponnement de la plaie à la gaze iodoformée ; bandage antiseptique compressif.

b) *Rein présentant des lésions superficielles ou profondes, mais localisées* :

Sutures; néphrectomie partielle; réduction après antisepsie rigoureuse ; tamponnement de la plaie comme pour *a*) ou suture partielle de la plaie lombaire et drainage à la gaze ; pansement comme pour *a*).

c) *Rein sans vitalité* (coloration, température), *ou lésions graves* (hile, uretère, bassinet, etc.) :

Néphrectomie totale.

PLEURÉSIES PURULENTES

Éléments étiologiques : Infections diverses : pneumocoque, staphylocoque, bacille d'Eberth, bacille de Koch, etc... ; associations microbiennes...

Signes cliniques : Signes physiques de tout épanchement pleural (total, partiel) avec frissons répétés, fièvre vespérale persistante (grandes oscillations), importance des symptômes généraux, œdème thoracique, développement d'une circulation thoracique supplémentaire... ponction à la seringue de Pravaz ; pus (examen bactériologique, cultures, inoculation au cobaye).

I. — PLEURÉSIE PURULENTE DE LA GRANDE CAVITÉ PLEURALE.

Pleurotomie avec résection costale.

Technique : Manœuvres préopératoires : *a*) *Mettre le malade en bonne position :* Couché sur le côté sain, bras en avant, tête et partie supérieure du tronc maintenues élevées par des coussins.

b) Délimiter exactement, par la percussion, la zone de matité et s'assurer, par ponction avec la seringue de Pravaz aseptisée, de l'existence certaine du pus, dans cette région (préalablement lavée à l'alcool).

c) Marquer la côte correspondant à la partie inférieure (déclive) de l'épanchement et la partie de cette côte située immédiatement en arrière de la verticale menée du sommet de l'aisselle.

d) Nettoyage antiseptique scrupuleux (Voir *Antisepsie*).

e) Anesthésie locale (solution de cocaïne ou de nirvanine, chlorure d'éthyle) ou générale (la redouter et s'en passer le plus souvent possible).

Faire, de gauche à droite et à égale distance des deux bords de la côte choisie, une incision de 6 à 7 centimètres, intéressant toutes les parties molles jusqu'à l'os.

Inciser, d'un trait franc, le périoste, sur une longueur de 5 à 6 centimètres et, avec la rugine courbe, détacher le périoste de la face externe, puis des bords supérieur et infé-

rieur (vaisseaux et nerfs) de la côte; isoler de même et prudemment le périoste de la face interne.

Aux limites extrêmes du décollement périostique, isoler, d'un coup sec de costotome, le segment de côte dépériosté; saisir le fragment isolé avec un davier et, sans brusquerie, le soulever, en détachant avec la rugine les adhérences profondes que sa face interne peut avoir conservées.

Au fond de la plaie, à égale distance de ses deux lèvres et d'un bout à l'autre, inciser périoste et plèvre pariétale, et réséquer aux ciseaux, s'il est nécessaire, les deux lèvres supérieure et inférieure de la plèvre épaissie, résistante.

Incliner, avec précautions, le malade, du côté opéré, en le soulevant, pour favoriser l'écoulement du pus.

Débarrasser, à l'aide de compresses aseptiques, le champ opératoire du pus qui le souille.

Drainage : Avec une longue pince, introduire jusqu'au fond du cul-de-sac pleural deux très gros drains rigides en canons de fusil (de 12 à 14 millimètres de diamètre) et les fixer à la paroi par un ou deux points de suture.

Pansement : Chiffonné de gaze iodoformée; épais gâteau de ouate hydrophile; bandage de corps.

Attitude à donner au malade dans son lit : Maintenir le malade en position mi-assise et légèrement penché du côté malade, à l'aide de coussins.

Soins postopératoires : Refaire, tant que l'écoulement de pus reste abondant, le pansement tous les jours.

Espacer les pansements dès que l'écoulement diminue.

Surveiller attentivement les températures; si la chute thermique consécutive à l'intervention est suivie d'une réascension : *lavages de la plèvre à l'eau salée* tiède (une cuillerée à café de sel par litre d'eau bouillie); les pratiquer avec un bock-laveur flambé (tube de caoutchouc et canule de verre bouillis), maintenu presque au niveau de la plaie thoracique (éviter toute pression du liquide).

Diminuer la longueur des drains, à mesure que la cavité diminue (percussion, auscultation, injections) et les supprimer quand tout écoulement purulent a cessé.

II. — PLEURÉSIES PARTIELLES (interlobaires, cloisonnées, sus-diaphragmatiques).

Ouverture large et bon drainage des foyers purulents (intervention toujours délicate, souvent difficile: faire appel au chirurgien).

III. — PERSISTANCE DE LA CAVITÉ SUPPURANTE, APRÈS PLEUROTOMIE ; ÉCOULEMENT PURULENT INTARISSABLE.

Ne pas désespérer trop vite : Importance du traitement médical hygiénique, longtemps continué.

En cas d'échec :

Thoracoplastie : Confier le malade à un chirurgien.