

AFFECTIONS GÉNÉRALES

PLAIES

Solutions de continuité des téguments provoquées par une action mécanique.

Plaies en général.

TRAITEMENT DES PLAIES SIMPLES.

Préparatifs.

1. — Avant l'opération.

1. Instruments.

Un bistouri.

Deux pinces à dents de souris.

Une sonde cannelée ordinaire.

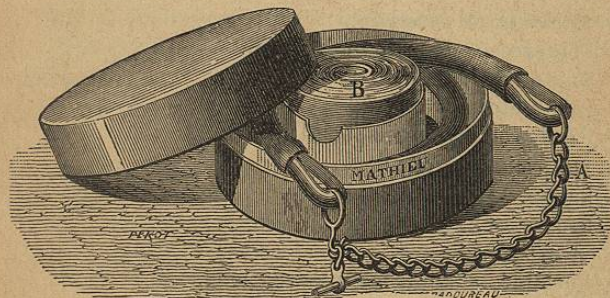


Fig. 111. — Appareil à compression élastique d'Esmarch.

Une paire de ciseaux droits.

Quelques pinces à forcipressure.

Un rasoir.

Une pince longue pour retirer les instruments de l'eau bouillante.

Aiguilles courbes ordinaires.

Bande d'Esmarch (fig. 411) ou de caoutchouc.

Catgut.

Soie.

Crins assortis.

Un ou plusieurs drains, de calibre convenable (cela dépend de la plaie).

2. *Récipients.*

Quatre récipients assez grands (casserolles) à mettre au feu.

Deux plats creux ou plateaux (pour les instruments et objets de pansement).

Deux cuvettes (pour le nettoyage des mains de l'opérateur).

Un bock laveur complet (avec tube et canule).

3. *Liquides.*

Alcool à 90°.

Solution de Van Swieten.

Eau stérilisée ou bouillie.

4. *Matériaux de pansement.*

Compresses de gaze ou de toile.

Ouate hydrophile.

Ouate ordinaire.

Bandes ou bandage spécial.

5. *Matériaux d'asepsie.*

Savon.

Brosse à ongles.

6. *Anesthésique.*

Variable, suivant les interventions.

7. *Aides.*

En nombre variable.

II. — *Préparatifs de l'opération.*

1. *Préparation des instruments, matériel et objets de pansement.*

Mettre sur le feu les quatre récipients : le premier sera

rempli d'eau additionnée d'une poignée de carbonate de soude. A l'ébullition y plonger les instruments pendant vingt-cinq minutes.

Le second sera rempli aux 2/3 d'eau salée avec une poignée de sel marin au litre. A l'ébullition, y plonger les compresses et les tampons préparés et les y laisser pendant vingt-cinq minutes.

Dans le troisième à moitié plein d'eau salée, on placera les deux plateaux ou plats creux et le bock. Maintenir l'ébullition pendant vingt-cinq minutes.

Le quatrième contiendra seulement de l'eau, qu'on fera bouillir une demi-heure.

Disposer sur une petite table les deux plateaux ou plats creux, une fois leur stérilisation opérée. Déposer, dans l'un les instruments, dans l'autre les compresses et tampons.

2. *Préparation de l'opérateur.*

Dans l'une des cuvettes, pleine d'eau bouillie, savonnage et brossage minutieux des ongles, doigts, mains et avant-bras. Arrosage consécutif à l'alcool versé par un aide.

Dans la deuxième cuvette contenant de la liqueur de Van Swieten, immersion des mains et des avant-bras.

Opération.

Le traitement général est le même pour toutes les plaies. Il consiste à *déterger mécaniquement* à l'eau bouillie pure ou salée à 7 p. 1000, très chaude (50 à 55°), le foyer traumatique et la peau ambiante. Se servir de tampons ou de compresses stérilisées pour bien essuyer et même frotter ces régions, de façon à éloigner les corps étrangers, les caillots, les débris de tissus.

Pansement.

Aseptique sec.

Suites.

S'il n'y a pas de réaction inflammatoire locale, ni géné-

rale, ne pas lever le pansement avant le septième ou le huitième jour. Dans le cas contraire, mettre un pansement aseptique humide. Ce dernier sera renouvelé une fois par jour dans les débuts. Vers le cinquième ou sixième jour, s'il n'y a plus de réaction locale ni générale, appliquer un pansement sec.

La cicatrisation peut être obtenue par première intention, c'est-à-dire par réunion immédiate, directe des bords de la plaie : du sixième au huitième jour, l'adhérence est suffisante pour qu'on puisse enlever les sutures. Quand les bords de la plaie sont écartés, avec perte de substance, la réunion s'obtient par seconde intention, ce qui ne veut pas dire par suppuration ; les plaies de petites dimensions, non infectées, guérissent ainsi par réunion sous-crustacée. Mais généralement, il se forme des bourgeons qui suppurent (Villemin).

Les bourgeons charnus peuvent être exubérants, vasculaires et saignant au moindre contact ou, au contraire, pâles, exsangues. Pour les réprimer, recourir aux cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent pur ou mitigé, aux thermo-cautérisations. — Pour les exciter, appliquer des bandelettes de diachylon simple imbriquées et laissées en place plusieurs jours. Chez les albuminuriques, on voit se développer une couenne diphtéroïde, due à de la gêne circulatoire de la région : traiter l'état général.

La suppuration entraîne comme conséquence la lenteur de la cicatrisation et souvent des complications ou une évolution vicieuse.

Les complications sont des troubles trophiques : névrites, inflammation chronique, douleurs. — Le traitement consiste dans le massage, voire même l'extirpation de la cicatrice ; parfois, on est forcé de recourir à l'élongation du nerf.

Certaines cicatrices dégèrent : la dégénérescence tuberculeuse est des plus rares ; la dégénérescence cancéreuse est plus fréquente (habituellement, il s'agit d'épi-

théliome pavimenteux lobulé). Il va de soi que l'ablation large, comprenant les ganglions pris, s'impose. La dégénérescence chéloïdienne s'étend au delà des limites de la plaie qui l'a fait naître ; elle réapparaît, une fois la chéloïde enlevée, ce qui la distingue de la cicatrice purement hypertrophique. Certains sujets (scrofuleux) sont prédisposés à cette production de bourrelets fermes, élastiques et souvent sensibles. La compression prolongée, les cautérisations répétées au thermo- ou au galvano-cautère donnent de bons résultats. Si l'on veut procéder à l'ablation, bien dépasser les limites du mal en étendue et en profondeur et s'appliquer à faire une bonne suture intradermique (p. 117), avec réunion par première intention. Les cicatrices sont vicieuses quand elles ont un aspect difforme ou qu'elles gênent fonctionnellement la région où elles siègent.

Les cicatrices difformes ou hypertrophiques (fausses chéloïdes) s'affaissent par la compression ouatée, l'application d'une cuirasse de bandelettes de diachylon simple ou mercuriel (emplâtre de Vigo) laissées plusieurs jours et renouvelées.

Les cicatrices vicieuses au point de vue fonctionnel soulèvent entre elles des parties indépendantes à l'état habituel (adhérences de plis articulaires, de tendons, d'os à la peau, etc.).

En vue de l'évolution normale de la cicatrisation, surveiller attentivement l'attitude des segments de membres au voisinage des plaies en formation, aux environs des articulations ; il faut que cette attitude contrarie le rapprochement immédiat des bords de la plaie. En général, on a recours à l'extension. Dans certaines régions, aux doigts par exemple, on sépare les surfaces suppurantes par des mèches poussées profondément.

Au voisinage des orifices naturels, si la rétraction cicatricielle est menaçante, introduire dans l'orifice un drain, une laminaire.

Dans le cas où, au contraire, la cicatrisation tend à agrandir cet orifice, on le maintient fermé par des bandelettes de diachylon, la suture au besoin.

Lorsque la plaie est vaste, suppurante, on recourra aux greffes (p. 87) pour diminuer la longueur de la cicatrisation et la rétraction cicatricielle.

Contre ces cicatrices vicieuses, on emploie les douches, les bains tièdes, le massage, la gymnastique suédoise.

La méthode de Cl. Martin consiste à exercer sur le tissu cicatriciel, « une action lente et continue, qui le sollicite dans un sens exactement opposé à celui dans lequel agit sa rétractilité ».

S'agit-il de brides cutanées, développées surtout aux plis

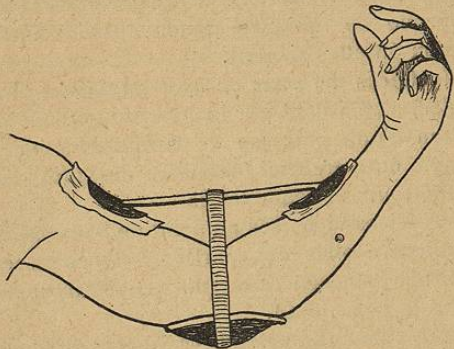


Fig. 112. — Appareil de Cl. Martin pour lutter contre une rétraction cicatricielle en flexion.

de flexion, à la suite de brûlures ? Si la cicatrice siège au pli de flexion, on appliquera une barre métallique avec plaques et coussins dans l'angle à ouvrir, puis on serrera le tout vers le milieu avec un lien élastique (fig. 112).

Dans le cas contraire, (cicatrice sur la surface d'extension) l'appareil sera constitué par un mât médian,

où se réfléchiront des cordes élastiques fixées de chaque côté à des bracelets l'un sur le bras, l'autre sur l'avant-bras (fig. 113).

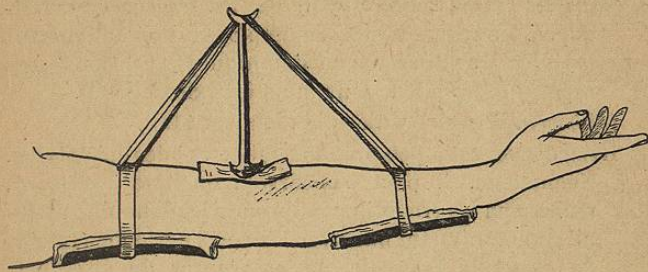


Fig. 113. — Appareil de Cl. Martin pour lutter contre une rétraction cicatricielle en extension.

Au creux poplité, l'appareil à traction continue pour fracture de cuisse conviendrait.

S'agit-il de rétrécissement des conduits organiques ? Se servir d'un mandrin rigide, mais malléable et d'une série de sondes en caoutchouc élastique (feuille anglaise) fermées à leur extrémité, laquelle est renforcée et munie d'un œillet latéral (pour l'urine ou les gaz). Le mandrin pour le rectum sera en plomb, arrondi du bout et il aura un demi-centimètre de diamètre ; pour l'urètre, il sera en cuivre et de petit calibre.

Le mandrin vaseliné est poussé dans la sonde choisie de façon à l'étirer. Le système est introduit vaseliné dans le conduit organique jusqu'au delà du rétrécissement. Le mandrin est alors retiré.

Les sondes appliquées dans la suite sont d'épaisseur ou de calibre de plus en plus forts.

On peut appliquer le procédé à la dilatation des narines, à l'écartement de l'orifice palpébral, avec un appareil extenseur muni d'un ressort à boudin.

TRAITEMENT DES PLAIES COMPLIQUÉES.

En présence des symptômes d'*infection générale*, il faut recourir aux injections de sérum artificiel.

Dans les plaies *souillées* de terre, les fractures compliquées, les écrasements, on emploiera préventivement les injections de sérum antitétanique (10 centim. cubes répétés le troisième jour, puis le dixième jour).

L'*hémorragie* sera étudiée plus loin (p. 459).

L'*emphysème* est à peu près spécial aux plaies de poitrine. Néanmoins, il peut s'observer, quoique rarement, mais sans aggravation du pronostic, dans des plaies ne communiquant pas avec les voies aériennes (plaies du creux de l'aisselle, des os propres du nez, de la joue). La compression, l'occlusion de la plaie et le repos en viennent à bout.

La *stupeur locale* est fréquente dans les plaies contuses, surtout par armes à feu. Caractères : anesthésie, refroidissement et absence d'hémorragie. Elle peut ne durer que quelques heures, mais parfois elle est le prélude de la septicémie gazeuse à marche rapide. Dans ces cas, l'amputation large est de rigueur.

La *gangrène aseptique* sera l'objet d'une observation suivie, sous le pansement sec aseptique. Une fois le sillon de démarcation bien tracé, régulariser le moignon.

Si la gangrène devient septique, recourir aux enveloppements humides aseptiques, aux débridements, au besoin à l'amputation.

La *syncope traumatique* sera combattue par la position horizontale, tête basse, la flagellation du visage avec des compresses humides, les injections d'éther, les sinapismes, les tractions de la langue, la respiration artificielle.

Shock traumatique. — Il s'observe dans les grands traumatismes, les écrasements des membres.

Caractères : blessé inerte, le visage livide, couvert de sueur froide, le regard fixe, les pupilles dilatées, la

conscience à demi conservée, le pouls imperceptible, inégal, la respiration irrégulière. Le shock peut disparaître dans les heures qui suivent. Mais il peut s'aggraver : relâchement des sphincters, coma.

S'abstenir de toute intervention chirurgicale. Mettre le blessé en position horizontale, recourir aux injections d'éther, de caféine, de sérum artificiel, au bain chaud, à température croissante, de 36 à 43°.

Si la température du blessé reste inférieure à 35°, la mort est certaine. Si elle se relève, on peut opérer, mais sans chloroforme.

Enfin, les *infections* (staphylocoque, streptocoque, bacille de Nicolaïer, vibrion septique...) sont susceptibles de compliquer les plaies.

Le traitement consiste dans le nettoyage rigoureux de tous les recoins de la plaie, les grandes injections de sérum artificiel (1 litre et demi à 2 litres par jour) et, au besoin, l'ablation du membre.

Plaies par instrument piquant.

L'opérateur après avoir rendu ses mains aseptiques désinfecte rigoureusement la région du traumatisme, puis applique un pansement aseptique sec.

La région blessée sera mise au repos et le pansement sera laissé en place cinq à six jours.

S'il se déclare de l'inflammation (douleurs, gonflement, fièvre), donner des bains locaux prolongés à raison de deux par jour et dans l'intervalle, appliquer des pansements aseptiques humides

S'il se forme du pus, débrider (p. 427).

Plaies par instrument tranchant.**Préparatifs.**

Du traitement des plaies en général (p. 407).

[*Anesthésique* (facultatif).

Général : chloroforme, éther ou chlorure d'éthyle.

Aide.

Au moins un (un de plus, pour l'anesthésie générale)].

Opération.*Exécution.*

Commencer par une désinfection rigoureuse des *environs de la plaie* (savonnage, brossage, lavage à l'alcool). Laver la *plaie* à l'eau bouillie chaude avec une compresse élevée à 30 ou 40 centimètres. La nettoyer en frottant son intérieur et ses bords avec une compresse de gaze stérilisée sèche.

Suturer les bords de la plaie. — Si l'on n'est pas sûr de son asepsie, si elle était souillée ou datait de plusieurs heures, la suturer incomplètement et mettre dans son angle inférieur, un drain que l'on fixera par un point de suture.

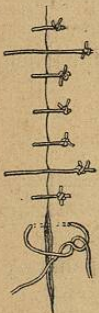


Fig. 114. — Suture entrecoupée ou à points séparés inégaux (longs et courts) (Ricard et Launay).

Divers modes de suture :

La plus employée est la *suture entrecoupée* (fig. 114). L'aiguille enfilée avec une courte aiguillée, et les deux extrémités de la plaie tendues par un aide muni de deux pinces à griffes, on commence par mettre un point vers le milieu de la plaie. A environ un demi-centimètre du bord droit, enfoncer l'aiguille de dehors en dedans, puis la faire passer de dedans en dehors sur l'autre bord, en un point symétrique. Les chefs de ce premier fil sont noués par le nœud de chirurgien, en affrontant bien les bords de la plaie, mais sans serrer très fort.

Le second point est placé à 1 centimètre de là, et ainsi de suite.

Il faut bien rentrer ou exciser les pelotons adipeux pour que l'affrontement soit très exact. Parfois, il est nécessaire d'ajouter quelques points intermédiaires plus rapprochés des bords de la plaie.

La suture *en surjet* (fig. 115 et 116) sert surtout quand les bords de la plaie sont irréguliers et ne se correspondent pas.

L'aiguille enfilée avec une longue aiguillée, le premier point est passé comme dans la suture entrecoupée,

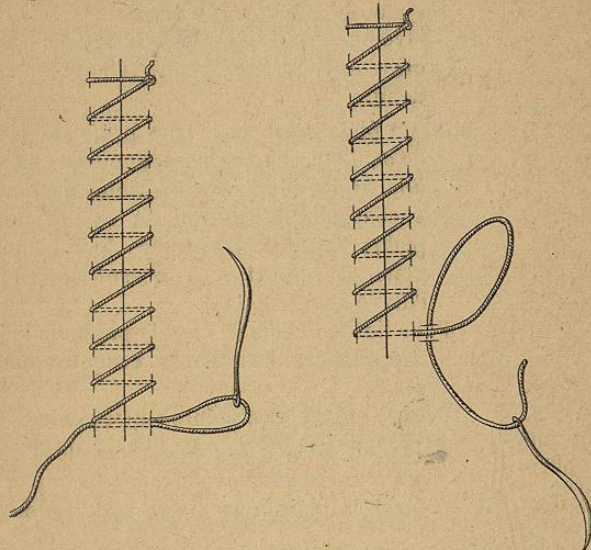


Fig. 115. — Suture en surjet arrêté par un nœud ordinaire (Ricard et Launay).

Fig. 116. — Suture en surjet simple. Autre mode d'arrêt (Ricard et Launay).

mais l'extrémité est arrêtée par un nœud. Le fil est passé d'un bord à l'autre jusqu'à ce que la plaie soit totalement fermée. Le fil est alors arrêté par un nœud ordinaire ou par le nœud représenté figure 116.

En cas de plaie superficielle des régions en vue (face surtout), faire une suture *intra-dermique* (fig. 117) avec aiguille fine et catgut fin (n° 0). Le fil pénètre dans la peau à quelques millimètres au-dessus de l'angle supérieur de la plaie où il est fixé par un nœud, il fait

ensuite une série d'anses intra-dermiques sur l'une et l'autre lèvres; à l'angle inférieur, il traverse la peau de dedans en dehors, on tire sur lui pour rapprocher les lèvres de la plaie, et on l'arrête par un nœud.

En cas de *plaie profonde*, suturer successivement tous les plans traversés (muscles, aponévrose, peau), de dedans en dehors.

- a. Si la plaie n'est pas trop profonde (coup de couteau dans la fesse, la cuisse) passer une série de points profonds partant à 2 centimètres environ du rebord de la plaie; l'aiguille traversera le fond de la plaie et ressortira à 2 centimètres de l'autre côté (fig. 118).

Pour lier les chefs de ces fils profonds l'aide rapprochera les bords cruentés de la plaie.

Passer ensuite des points superficiels.

- b. Si la plaie est très profonde, réunir les divers plans successivement: commencer par suturer la plaie musculaire avec un surjet

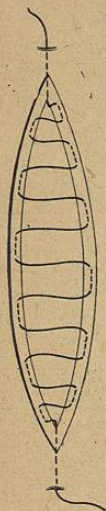


Fig. 117.
Suture intra-dermique (Ricard et Launay).

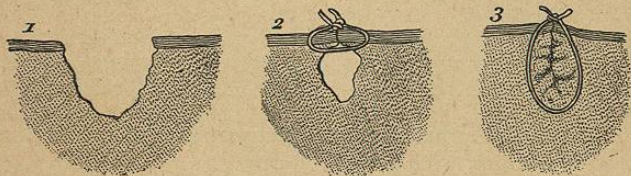


Fig. 118. — Suture en masse d'une plaie par un fil profond (Ricard et Launay).

1, plaie profonde. — 2, suture déficiente des bords laissant une cavité sous-jacente. 3, suture en masse bien exécutée.

de catgut et terminer par la suture de la peau avec des crins de Florence.

Pansement.

Sec aseptique.

Suites.

Si l'on n'a pas mis de drain, et s'il n'y a pas de phénomènes ni généraux, ni locaux, le pansement ne sera ouvert et les fils cutanés enlevés que le *septième jour*. Puis, sans toucher à la plaie, on replacera un léger pansement aseptique sec pendant encore quelques jours. S'il se déclare de la *suppuration*, enlever le pansement et faire sauter un ou plusieurs fils. Nettoyer la plaie à l'eau bouillie. Appliquer un pansement aseptique humide.

En cas d'emploi du *drain*, enlever ce dernier au bout de quarante-huit heures, si la température ne s'est pas élevée et s'il n'y a pas de réaction inflammatoire locale.

Plaies contuses.

Solutions de continuité avec attrition des tissus (dues à un choc ou à une pression énergique).

Pronostic. — Grave, en raison de la fréquence de complications septiques (érysipèle, tétanos, etc.); dans tous les cas, durée longue (réunion par seconde intention).

Traitement.

Dans les plaies contuses de la tête ou des extrémités, recourir aux injections préventives de sérum antitétanique (10 centimètres cubes le premier jour, renouvelés le troisième et le dixième jour).

Préparatifs.

Du traitement des plaies en général (p. 107).

[*Anesthésie* (facultative)].

Générale: éther, chloroforme ou chlorure d'éthyle.

Aides.

Au moins un (deux en cas d'anesthésie)].

Opération.

Débrider largement la plaie avec le bistouri. En nettoyer tous les recoins à l'eau bouillie projetée du bock

placé à 1 mètre de hauteur. *Déterger* tous les diverticules par frottement avec un tampon de gaze. Placer un ou plusieurs *drains* à l'angle inférieur.

Pansement.

Tamponnement : tapisser avec des lanières de gaze aseptique sèche tous les recoins de la plaie et en bourrer la blessure. Ouate hydrophile par-dessus, puis bandage.

Suites.

Renouveler le pansement *tous les quatre ou cinq jours*. En cas de fièvre, douleurs locales, souillure des pièces extérieures du pansement, appliquer et renouveler tous les jours un pansement humide.

Plaies par armes à feu.

L'agent vulnérant peut être une charge de plombs, une balle de carabine Flobert, de revolver du commerce ou d'ordonnance, ou une balle de fusil de guerre.

En général, ces blessures sont des plaies contuses.

Pronostic. — Variable, dépend : 1° de la force vive du projectile : plus cette force vive est grande, toutes proportions gardées, plus la blessure se rapproche d'une perforation simple ; — 2° des organes intéressés ; — 3° de l'infection due soit au projectile, soit aux débris vestimentaires entraînés par lui dans les tissus, soit à un pansement mal fait ou à une opération intempestive.

Traitement.

Même conduite que pour les plaies par instrument piquant (p. 115). Nettoyer les environs de la plaie et la plaie elle-même en enlevant les *corps étrangers accessibles* : se garder des explorations au stylet, sauf quand ces dernières sont le premier temps d'une intervention réglée. Une fois le foyer rigoureusement désinfecté appliquer un *pansement* aseptique sec.

La réunion par première intention est possible. La *suppuration* se montre souvent (elle est fonction de la présence de corps étrangers, débris vestimentaires).

Plaies par morsure venimeuse.

Injecter de suite le *sérum antivenimeux* à la dose de 10

centimètres cubes (actif, s'il est injecté dans les quatre heures qui suivent la blessure) ; appliquer un *lien circulaire au-dessus* du point mordu.

Faire saigner le plus possible la plaie, la laver avec une solution d'*hypochlorite de chaux* à 2 p. 100, ou même avec de l'eau de javelle coupée de moitié d'eau.

Pansement.

Aseptique sec.

BRULURES.

Caractères. — On admet six degrés répartis en deux groupes :

I. Destruction superficielle des tissus.

1^{er} degré : érythème.

2^e degré : phlyctène.

3^e degré : eschare.

II. Destruction profonde des tissus.

4^e degré : mortification du derme en totalité et même du tissu cellulaire, y compris les éléments vasculaires et nerveux.

5^e degré : tous les plans sont intéressés jusqu'au squelette.

6^e degré : carbonisation de tous les tissus.

Quel que soit le degré, quelle que soit l'ancienneté de la brûlure, le traitement doit viser avant tout à l'asepsie de la plaie.

Pronostic. — Dépend de l'état antérieur du sujet, de l'étendue en surface et de la profondeur de la lésion. — Les brûlures des 4^e, 5^e et 6^e degrés sont *quoad vitam* généralement plus graves que celles des premiers degrés (infection, congestions viscérales, néphrite, œdème de la glotte, etc.). — Prévoir les troubles fonctionnels graves, pouvant résulter de la rétraction des cicatrices.

Traitement.

En principe, quand il existe plusieurs brûlures, faire des pansements par segments. — Ne pas hésiter à employer de grandes quantités d'ouate.

I. — BRULURE DE PETITE OU DE MOYENNE ÉTENDUE

Préparatifs.

De l'opération en général (p. 13).

[**Médicaments.**

Vaseline stérilisée.