

## POITRINE

### PLAIES

Généralement dues à des coups d'armes blanches (couteau, épée...), à feu (revolver, fusil), elles peuvent être non pénétrantes ou pénétrantes (intéressant la plèvre, les poumons, le péricarde...).

**Caractères.** — *Non pénétrantes* : shock, douleur locale, écoulement plus ou moins abondant de sang à l'extérieur (mammaire externe, interne, sous-scapulaire), parfois emphysème sous-cutané. *Pénétrantes* : shock, écoulement variable de sang à l'extérieur, épanchement de sang et d'air dans la plèvre, pouvant amener la mort par anémie traumatique ou asphyxie.

#### Traitement.

#### I. — PLAIES NON PÉNÉTRANTES

##### Préparatifs.

De l'opération en général (p. 13).

##### [Instruments.

Une sonde cannelée à bout mousse.  
Catgut fin (n° 1).

##### Matériel de pansement.

Bandage de corps].

##### Opération.

Après nettoyage aseptique de la région et de la plaie, pincer et lier au catgut les vaisseaux qui donnent. Au besoin agrandir la plaie pour y voir clair.  
Faire la réunion complète avec des points de suture au crin (*plaie régulière*) ou réunir incomplètement et

laisser un drain en position déclive (*plaie contuse ou très souillée*).

##### Pansement.

Aseptique sec, maintenu par un bandage de corps très serré.

##### Suites.

*Immobilisation* absolue du blessé en position demi assise.

Si douleurs ou agitation, injection de morphine (1/2 à 1 centigramme).

Enlever le pansement au bout de huit jours, à moins qu'il n'y ait un drain. Dans ce cas, enlever le drain au bout de deux à trois jours, si la plaie va bien.

#### II. — PLAIES PÉNÉTRANTES

#### 1. Plaie de la plèvre et du poumon.

##### Immédiatement.

Transporter aussitôt le blessé avec des précautions infinies après lui avoir fait, au besoin, pour le tenir au calme, une injection de 5 milligrammes de morphine.

S'il y a du shock (blessé pâle, anxieux) le remonter avec des enveloppements chauds, des injections d'éther, des injections de sérum artificiel.

Deux cas peuvent se présenter :

A. PAS D'HÉMORRAGIE. La plaie est lavée et savonnée, puis on y répand de l'alcool, ensuite du sublimé à 1/1000. Recouvrir d'une lamelle de gaze aseptique, de beaucoup d'ouate et glisser doucement un bandage de corps sous le blessé. Serrer modérément ce bandage. Enfin, soulever sans secousse le blessé et l'appuyer sur des oreillers.

Silence, obscurité et calme absolu. Pas de boisson. Ne donner un peu de champagne frappé, par cuillerées à café, qu'à partir du lendemain.

**B. HÉMORRAGIE.**

*α. Hémorragie externe.* — Le sang coule par la plaie en nappe ou en saccades. Pas d'hémoptysie. Le blessé n'est pas dyspnéique.

Sur-le-champ et en attendant l'intervention, on peut bourrer l'orifice externe avec de la gaze et faire un tamponnement à la *Mickulicz* : on pousse dans la plaie une feuille de gaze repliée en parapluie, on en bourre le fond avec des lamelles d'ouate qui renflent la partie profonde et forment un vrai bouchon lequel se colle contre l'orifice interne, si on attire au dehors la feuille de gaze enveloppante.

Mais il faut surtout *intervenir au plus tôt.*

**Intervention.****Préparatifs.**

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

**[Instruments.**

Une rugine.

Un davier.

Douze pinces à forcipressure.

Quelques pinces de Kocher.

Catgut fin (n° 0 ou 1).

**Anesthésique.**

Général : chlorure d'éthyle ou chloroforme, prudemment].

**Opération.****Position.**

Décubitus dorsal, la région bien exposée au jour.

**Exécution.**

Débrider par une incision *parallèle aux côtes* la région de la plaie sur une longueur de plusieurs centimètres. Avancer plan par plan et bien éponger, pour tâcher de suspendre l'origine du sang.

Si c'est la  *mammaire interne*, qui donne, essayer de lier les deux bouts dans la plaie. Si l'on ne peut y arriver, lier l'artère dans l'espace intercostal au-dessous et au-dessus, grâce à une incision horizontale commen-

çant au niveau du bord sternal et suivant l'espace ; l'artère passe à 1 centimètre de ce bord, sous la peau et le plan musculaire, accolée au feuillet pleural.

Si l'hémorragie vient *de dessous les côtes*, glisser le doigt le long du bord inférieur de la côte supérieure, en pressant : l'arrêt du sang témoignerait du point hémorragipare.

On peut essayer de pincer l'*artère intercostale* intéressée avec une pince de Kocher.

Pour lier l'artère, recourir au *procédé de Lejars* : inciser le périoste près du bord inférieur de la côte et, avec la rugine, le décoller jusque sur la face interne : les vaisseaux sont devenus libres avec ce lambeau de périoste.

On peut aussi *écraser le bord inférieur* de la côte avec un davier ou une grosse pince. Si la source de l'hémorragie n'est pas au niveau de l'une ou l'autre de ces artères, ou si, malgré la ligature, le sang coule encore en abondance, c'est qu'il vient de la profondeur.

*Pansement et suites*, comme pour les plaies non pénétrantes.

***α. Hémorragie interne*** (d'origine pleuro-pulmonaire).

Blessé pâle, anxieux, dyspnéique ; pouls petit ; fréquemment, hémoptysies. La situation est des plus graves, l'issue à peu près sûrement fatale. Les interventions pour lésions de cette importance sont très difficiles et hors du cadre de ce manuel.

**Secondairement.**

Dans les jours qui suivent on peut avoir à observer un hémopneumothorax qui brusquement augmente considérablement (hémorragie secondaire). L'état général est satisfaisant. Il n'y a pas ou il y a peu de fièvre. Il existe de la dyspnée.

**Traitement.**

Faire, sur le malade assis, la thoracentèse avec l'appareil de Potain (p. 262) en enfonçant le trocart dans le cinquième ou sixième espace, à l'intersection d'une

horizontale passant par le mamelon et d'une verticale partant du bord antérieur de l'aisselle.

**Suites.**

L'élévation de la température peut être due seulement à une pneumonie traumatique, à une pleurésie simplement exsudative (généralement vers le troisième jour).

Lorsqu'il y a en même temps de l'hyperthermie, des frissons, un pouls fréquent, songer à l'infection pleurale et faire (vers le cinquième ou sixième jour) une ponction exploratrice avec la seringue à injection hypodermique.

Si le liquide retiré est aseptique, c'est qu'il s'agit d'une pneumonie traumatique. Si non, procéder à la pleurotomie (p. 265).

**2. Plaie du cœur et du péricarde.**

Les interventions sur le cœur sont trop graves et trop difficiles pour que nous nous y arrétions. Par contre une intervention à la portée de tous est la ponction du péricarde (hémopéricarde traumatique, — péricardite à épanchement sans pus, avec absence de symptômes généraux).

**Paracentèse du péricarde.****Préparatifs.**

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

**[Instruments.**

Aspirateur de Potain monté,  
(choisir l'aiguille et le trocart n° 2.)].

**Opération.**

A quatre travers de doigt du sternum, en plein cinquième espace intercostal gauche, inciser la peau sur environ 1 centimètre. Par cet hiatus, enfoncer le trocart, et le diriger obliquement en dedans presque parallèlement à la face profonde de la paroi. Arrivé sur le péricarde (sac tendu, ferme), l'enfoncer d'un petit coup sec, tout en le retenant.

Enlever la pointe, laisser écouler le liquide doucement.

Retirer brusquement le trocart, après avoir bouché son orifice externe avec l'index, pour éviter la pénétration dans la plèvre de gouttes de liquide.

**Pansement.**

Aseptique sec. Bandage de corps avec bretelles.

**ABCÈS DU SEIN**

Suppuration glandulaire en rapport avec une infection endogène (infection puerpérale) ou exogène (crevasses, gerçures).

**Caractères.** — Généralement une dizaine de jours après l'accouchement (abcès puerpéral), ou pendant l'allaitement, au milieu de frissons et de fièvre, apparaissent de la pesanteur et de la tension dans l'un des seins; puis, une tuméfaction intra-mammaire unique ou multiple, douloureuse, résistante, fluctuante.

L'abcès peut être unique, multiple, en bouton de chemise. Il peut s'agir aussi d'un phlegmon.

**Pronostic.** — Il est fréquent de voir se déclarer plusieurs abcès successifs. La guérison est la règle, mais il subsiste parfois un ou plusieurs trajets fistuleux. — Prévenir la femme de la déformation ultérieure du sein, consécutive à l'incision.

**Traitement.**

Naturellement l'allaitement sera cessé. L'abcès sera ouvert et vidé.

**A. — ABCÈS UNIQUE****Préparatifs.**

Comme pour abcès chaud en général (p. 127).

Anesthésie locale (chlorure d'éthyle ou cocaïne) ou générale (chlorure d'éthyle)].

**Opération.****Position.**

Décubitus dorsal.

**Exécution.**

Incision radiée (fig. 185), dans le sens d'une ligne allant du mamelon à la circonférence du sein. Ne pas craindre de faire cette incision étendue.

Évacuer le pus par pressions douces.  
Placer un *drain* au fond de la poche.

**Pansement.**

Humide aseptique. Ouate en assez grande abondance.  
Maintenir le pansement par un bandage croisé d'une mamelle, modérément compressif.

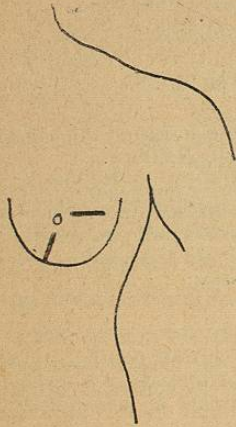


Fig. 185. — Abscès du sein.  
Tracé des incisions radiales.

**Suites.**

Refaire le pansement *deux fois par jour*.

Si la température s'abaisse et ne s'élève plus, diminuer le drain progressivement et le supprimer vers le dixième jour, une fois la suppuration terminée; appliquer alors un pansement sec aseptique, que l'on changera tous les jours.

*Durée* : quinze jours à trois semaines. Mais, trop souvent, cet abcès ne reste pas

unique, la température s'élève de nouveau et l'on doit inciser de nouveaux abcès à plusieurs reprises.

**B. — ABCÈS MULTIPLES**

La conduite sera analogue à la précédente, avec cette différence que l'anesthésie générale est *indispensable* et qu'il faudra s'efforcer de faire communiquer les abcès les uns avec les autres : pour cela, le doigt introduit dans la profondeur détruira cloisons et adhérences. Au besoin, des *contre-ouvertures* seront pratiquées dans les parties déclives. Un ou plusieurs drains réuniront les ouvertures.

On peut être amené, dans les jours qui suivent, à

ouvrir de *nouveaux abcès* indépendants des premiers. La guérison de ces cas est fort longue, la *suppuration interminable*; la cicatrisation s'accompagne de déformations plus ou moins disgracieuses. — Il peut subsister des *fistules* (surtout quand l'ouverture a été faite timidement), qui réclament ultérieurement l'incision et le curettage du trajet : avant d'en venir à ce genre d'intervention, on peut essayer — sans s'y attarder trop longtemps — de tarir ces fistules par des injections de teinture d'iode, de chlorure de zinc au 1/10, aidées de la compression ouatée.

**C. — ABCÈS EN BOUTON DE CHEMISE**

La conduite sera la même que pour l'abcès simple. Toutefois, on recourra à l'*anesthésie générale* et on procédera de la façon suivante.

Inciser d'abord la loge superficielle en contact avec la peau, grâce à une petite incision. Enfoncer le doigt ou une pince à forcipressure dans la loge profonde et, au niveau où affleure le doigt ou la pince, dans le sillon rétro-mammaire, faire une ouverture *déclive et large*. Drainer.

**D. — PHLEGMON DU SEIN**

La glande et le tissu cellulaire péri-mammaire sont envahis.

**Préparatifs.**

Comme pour abcès chaud en général (p. 127).

**[Instrument.**

Thermocautère ou bistouri stérilisé.

**Liquide.**

Eau oxygénée à 12 vol.

**Anesthésique.**

Générale : chlorure d'éthyle, si l'on n'emploie pas le thermocautère; sinon, chloroforme].

**Opération.****Position.**

Décubitus dorsal.

**Exécution.**

Faire de *larges incisions* au bistouri ou au thermocautère, partageant le sein en deux ou plusieurs tranches (sans s'occuper de l'esthétique).

Nettoyer largement les cavités ouvertes, avec le doigt recouvert de compresses de gaze et aidé d'un jet d'eau bouillie, puis avec de l'eau oxygénée.

**Pansement.**

Compresses de gaze trempées dans l'eau oxygénée garnissant toutes les plaies. Recouvrir d'ouate hydrophile, puis d'ouate ordinaire. Bandage croisé du sein.

**Suites.****État général.**

Ce traitement énergique n'empêchera pas toujours la mort par infection générale ou locale (pleurésie, broncho-pneumonie). C'est une raison de plus pour mettre en œuvre les injections de sérum antistreptococcique, de sérum artificiel; pour relever l'état général par les toniques (groggs, caféine, quinquina).

**État local.**

Changer le pansement *deux fois par jour*.

Si, au bout de deux jours, les phénomènes aigus sont calmés, remplacer les compresses d'eau oxygénée par des compresses d'eau bouillie, auxquelles on substituera, quelques jours après, le pansement aseptique sec.

**THORACENTÈSE**

Opération dont le but est de vider une collection séreuse, suppurée ou hématique de la cavité pleurale, grâce à une ponction pratiquée à travers la paroi du thorax.

**Indications.** — La dyspnée est un signe trompeur. La quantité du liquide seule (1800 à 2000 centimètres cubes) doit commander l'intervention.

**Technique.****Préparatifs.****I. — Avant l'opération.****Instruments.**

Appareil de Potain (fig. 486). Préparer l'aiguille n° 2.

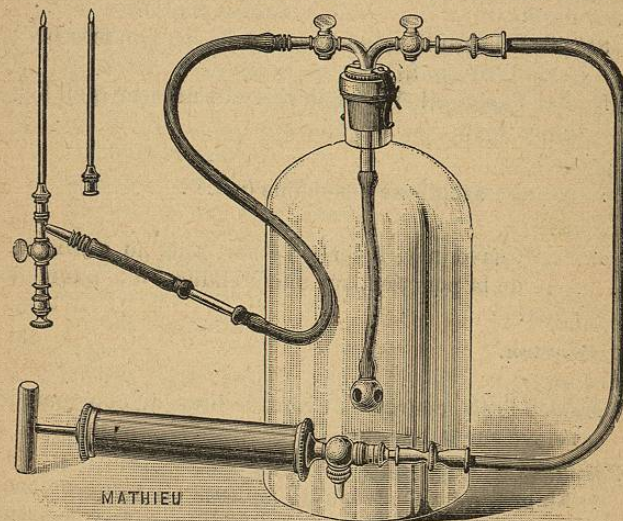


Fig. 486. — Appareil de Potain prêt à fonctionner pour l'aspiration

Pince longue pour retirer l'aiguille de l'eau bouillante.

**Récipients.**

Une casserole pour stériliser l'aiguille.

Deux cuvettes ordinaires (nettoyage des mains du chirurgien).

*Médicaments.*

Collodion.  
Ether.  
Liquueur de Van Swieten.

*Matériel de pansement.*

Ouate hydrophile.  
Bandage de corps.

II. — *Préparatifs de l'opération.**Instruments.*

Stériliser l'aiguille dans la casserole, où l'on fera bouillir de l'eau (p. 21).  
Monter l'appareil. Y faire le vide et s'assurer qu'il fonctionne bien.

*Opérateur.*

Nettoyage aseptique des mains (p. 23).

*Malade.*

Brosser, savonner, laver à l'éther, puis au sublimé la zone de la ponction, sur une étendue d'une paume de main.

*Opération.**Position.*

Malade assis, courbé en avant, le bras, du côté malade, relevé sur la tête.

*Exécution.*

1. En général, au niveau du septième ou huitième espace intercostal dans la ligne axillaire moyenne (naturellement, dans les pleurésies enkystées le siège de la ponction différera) repérer avec l'index gauche le bord supérieur de la côte, puis *pousser résolument* contre ce bord l'aiguille à 2, 3, 4 centimètres, jusqu'à ce qu'on ait la sensation que la pointe de l'instrument est libre.
2. *Ouvrir le robinet* du flacon où règne le vide. — S'il ne vient rien, essayer de dégager l'aiguille, la retirer légèrement, l'incliner.

En cas de ponction blanche définitive, recommencer la *ponction à côté*.

Modérer l'afflux du liquide. Fermer le robinet à plusieurs reprises.

*Laisser un peu de liquide* dans la plèvre.

En cas d'arrêt de l'écoulement (fausse membrane, butée de l'aiguille contre le poumon) incliner l'aiguille et exagérer son obliquité.

Pour finir, retirer brusquement l'aiguille, en pinçant la peau tout autour.

*Accidents.*

La *blessure du poumon* se voit à ce qu'il sort du sang spumeux au lieu du liquide séreux. Retirer l'aiguille et l'enfoncer à une autre place. C'est un accident sans importance.

*Asphyxie.* Des phénomènes asphyxiques avec quintes de toux et expectorations spumeuses, commanderont l'arrêt immédiat de l'opération. Appliquer des ventouses et faire respirer de l'oxygène.

On peut observer la *syncope*. Arrêter l'aspiration et étendre le malade.

*Pansement.*

Collodion, ouate, bandage de corps avec bretelles.

*Suites.*

Malade au repos.

La thoracentèse peut *se renouveler plusieurs fois* à quelques jours d'intervalle.

L'écoulement *se transforme parfois* et devient purulent (quelquefois indépendamment de toute faute contre l'asepsie). C'est pourquoi il est indiqué de faire faire l'examen du liquide recueilli (la présence de nombreuses hématies fait prévoir l'évolution purulente).

## PLEUROTOMIE

Evacuation d'un épanchement purulent de la plèvre.

S'il s'agit d'une pleurésie purulente récente et bénigne, faire la

pleurotomie simple. Dans le cas de pleurésie compliquée, ancienne ou grave, recourir à la pleurotomie avec résection costale.

#### Technique.

##### Préparatifs.

De l'opération en général (p. 13).

##### [Instruments.

Un bistouri.

Un trocart ou aiguille n° 2 de Potain.

Six pinces à forcipressure.

Une aiguille de Mooy.

Si l'on a l'intention de faire une résection costale :

Rugine courbe.

Pince coupante (de Liston).

Deux gros drains et une épingle de sûreté (pour les fixer).

Crins de Florence assortis.

##### Matériel de pansement.

Bandage de corps en flanelle avec bretelles et sous-cuisses.

##### Anesthésique.

Général : chloroforme ou éther.

##### Aides.

Au moins deux (un pour l'anesthésie)].

#### Opération.

##### Position.

Décubitus latéral du côté sain.

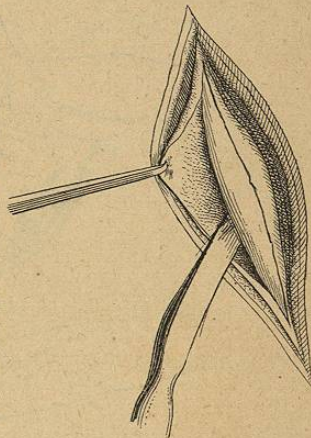
##### Exécution.

Avant d'inciser, explorer à nouveau la région et bien délimiter la matité. S'aider, au besoin, de la seringue à injections hypodermiques, ou enfoncer le trocart ou l'aiguille, et voir si le pus vient.

1. L'incision se fait d'habitude : à droite, dans le septième espace intercostal, à gauche, dans le huitième espace, en arrière de la ligne axillaire moyenne.
2. Repérer à l'avance le bord supérieur de la côte inférieure de l'espace à ouvrir et, sur ce bord, faire une

incision de quatre travers de doigt comprenant toute l'épaisseur de l'espace. Si la plèvre est ouverte de ce coup, le pus jaillit.

Sinon, inciser les muscles intercostaux, puis ponctionner toujours au ras du rebord de la côte inférieure les tissus infiltrés. Dès que le pus sort, enfoncer l'index dans le trou et l'agrandir jusqu'aux limites de l'incision cutanée.



Dans certaines formes de pleurésie purulente ancienne et grave, il peut être utile de faire un drainage plus important. Alors, résection de la côte.

La côte inférieure mise à nu, inciser en long le périoste de la face externe. Avec la rugine courbe, décoller ce périoste en avant, en bas, puis remonter le long de la face interne, sans échappée

(à cause des vaisseaux situés dans la gouttière intercostale) (fig. 187).

La côte dénudée sur 7 à 8 centimètres, glisser un des mors de la pince de Liston entre le périoste décollé et la côte, à l'une des extrémités du segment dénudé, et à la limite exacte de la zone sous-périostée, couper l'os; faire de même à l'autre extrémité (fig. 188).

Inciser un peu vers le haut, le milieu de cet espace de tissus mous (périoste, plèvre), en évitant bien les vaisseaux. Dès que le pus apparaît, introduire l'index et agrandir l'incision.

Fig. 187. — Opération de l'em-pyème. Décollement du périoste (Ricard et Launay).

3. *Tourner le malade du côté de l'incision*, tout en relevant le tronc avec des oreillers, et attendre la sortie de tout le pus.

On peut pratiquer (ce n'est pas indispensable) un lavage à l'eau bouillie salée à  $\frac{7}{1000}$  chaude : faire passer

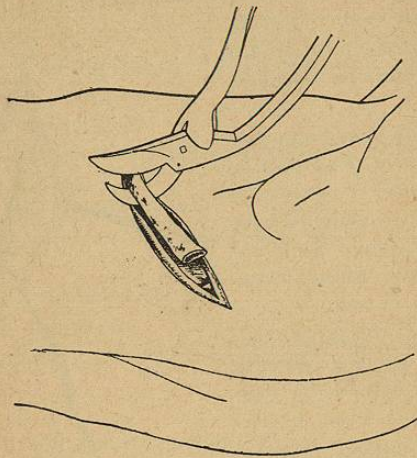


Fig. 188. — Opération de l'empyème. Résection costale (Cazin).

plusieurs litres dans la plèvre, jusqu'à ce que l'eau ressorte claire.

4. *Introduire deux gros drains*, côte à côte, en canon de fusil, jusqu'au fond du cul-de-sac pleural. Les maintenir avec une épingle de sûreté (fig. 189).
5. *Rétrécir l'incision cutanée* avec un point de suture au crin, à chaque extrémité.

*Pansement.*

Chiffonner des lamelles de gaze aseptique et en recouvrir les drains. — Ouate hydrophile en abondance. — Ouate ordinaire faisant le tour de la poitrine et s'étendant du cou à la racine des cuisses.

Large bandage de corps en flanelle, bien serré, avec bretelles et sous-cuisses.

Le malade sera à moitié assis dans le lit (grâce à des

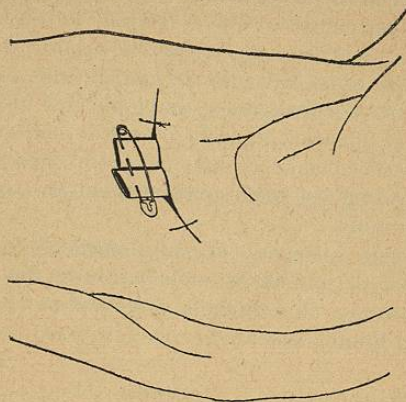


Fig. 189. — Position des drains en canons de fusil après l'opération de l'empyème (Cazin).

oreillers nombreux) et un peu incliné sur le côté opéré (pour faciliter le drainage).

*Suites.*

Les premiers jours, changer le pansement *aussi souvent qu'il est souillé*: deux, trois fois par vingt-quatre heures, s'il le faut.

Au bout de deux à trois jours, on peut généralement ne le changer qu'une fois par jour.

Ne pas toucher aux drains, que l'on se bornera à couper régulièrement, au fur et à mesure qu'ils feront saillie à l'extérieur. Ne les enlever totalement qu'après s'être rendu compte que le poumon est bien revenu à son volume primitif. Sinon, en réintroduire de calibre plus petit. Ne pratiquer par les drains des injections d'eau bouillie chaude, qu'en cas de fièvre



intense (39° à 40°), se maintenant plusieurs jours et révélant l'infection.

Si l'odeur est *fétide*, on peut user, avec modération, de lavages à l'eau oxygénée.

La *durée* est variable; elle dépend de la nature du pus.

Dans la pleurésie *tuberculeuse*, la suppuration ne s'arrête pour ainsi dire pas; le malade finit par succomber à la dégénérescence amyloïde des viscères ou à la généralisation. Dans la pleurésie consécutive à la *pneumonie* (forme la plus ordinaire chez l'enfant) la suppuration est tarie généralement au bout de deux à trois mois.

La pleurésie à *streptocoque* ou à *staphylocoque* se termine au bout de plusieurs mois par une fistule, qu'une intervention chirurgicale assez délicate peut seule guérir définitivement.

## ABDOMEN

---

### PLAIES DE L'ABDOMEN

En présence d'une plaie de l'abdomen non pénétrante, bien désinfecter les environs de la plaie (p. 109); suturer les divers plans intéressés, muscles, aponévroses, peau; puis mettre un pansement aseptique sec (p. 52).

En cas de plaie pénétrante, l'examen systématique du contenu abdominal (laparotomie) s'impose. Cette intervention est en dehors du cadre de ce manuel.

### GASTROSTOMIE

Création d'une bouche dans la paroi de l'estomac.

**Indications.** — Surtout chez les sujets atteints de néoplasme ou de rétrécissement infranchissable de l'œsophage. C'est souvent une opération d'urgence qui exige beaucoup de rapidité dans l'exécution, car les sujets sont épuisés et même cachectiques.

**Technique.**

**Préparatifs.**

De l'opération en général (p. 13).

[I. *Instruments.*

Un bistouri.

Une pince à disséquer.

Quelques pinces de Kocher.

Quelques pinces à forcipressure.