DIXIÈME LEÇON

QUELQUES PARTICULARITÉS DES PLAIES PAR INSTRUMENTS PIQUANTS.

Les plaies par instruments piquants guérissent généralement très-vite par première intention. — Piqûres d'aiguilles : séjour des aiguilles dans le corps, leur extraction. — Piqûre des nerfs. — Piqûre des artères : anévrysme traumatique, variqueux, varice anévrysmatique. — Piqûre des veines, saignée.

Les plaies par instruments piquants sont pour la plupart des plaies simples et guérissent généralement par première intention, beaucoup de ces plaies ont en même temps le caractère des plaies par instruments tranchants, toutes les fois que l'instrument piquant a une certaine largeur; quelques-unes ont même le caractère des plaies contuses, lorsque l'instrument était émoussé ; dans ce cas, il y a généralement aussi une suppuration plus ou moins considérable. — Nous faisons nous-mêmes beaucoup de plaies par instruments piquants dans nos opérations chirurgicales, comme par exemple avec les *aiguilles* dites *à acupuncture*, c'est-à-dire de fines et longues aiguilles dont on se sert quelquefois pour examiner entre autres si l'os est détruit sous une tumeur ou sous un ulcère, et jusqu'à quelle profondeur va cette destruction. Ce sont encore des plaies de ce genre que nous produisons avec le *trocart*, espèce de poignard à trois arêtes et entouré d'une canule qui l'embrasse étroitement; nous nous servons de cet instrument pour faire écouler le liquide d'une cavité.

Les coups de poignard, d'épée, de couteau, de baïonnette, sont à considérer souvent comme étant également des plaies par incision et des plaies contuses. — Lorsque ces plaies par instruments piquants ne sont pas combinées avec des lésions de troncs artériels et nerveux, ni avec des lésions osseuses, et lorsqu'elles n'ont pas non plus pénétré dans les grandes cavités du corps, la guérison se fait rapidement et exige rarement un traitement quelconque.

Les plaies les plus fréquentes de ce genre sont les piqûres d'aiguille, surtout chez les femmes, et cependant il est bien rare qu'elles consultent pour cela un médecin. Une lésion pareille ne peut guère se compliquer que par un seul fait que l'aiguille entière ou un fragment d'aiguille pénètre si profondément dans les parties molles qu'on ne peut pas le retirer sans grande difficulté. Pareille chose arrive à l'occasion dans différentes parties du corps, lorsque, par exemple, une personne s'asseoit ou tombe par hasard sur une aiguille, ou qu'il lui arrive un autre accident analogue. Lorsqu'une aiguille a pénétré dans la peau, les symptômes sont ordinairement si insignifiants, que les blessés accusent rarement une sensation bien définie, et ne savent même pas dire si l'aiguille a positivement pénétré et quel est son siége. Aussi ce corps étranger ne provoque-

t-il généralement pas dans les parties molles une inflammation appréciable à l'extérieur, et peut-il séjourner dans le corps pendant des mois, des années, même pendant la vie entière, sans faire naître de phénomènes graves à moins que l'aiguille ne s'enfonce dans un tronc nerveux. Une aiguille s'arrête rarement à l'endroit où elle a pénétré, mais elle chemine plus loin, est conduite par les contractions musculaires dans d'autres parties du corps, et peut ainsi suivre un fort long trajet jusqu'à ce qu'elle se montre à jour dans une tout autre région. On cite des exemples de femmes hystériques qui, par une singulière vanité, voulant attirer l'attention sur elles, s'étaient enfoncé une foule d'aiguilles dans les parties les plus diverses du corps, aiguilles qui se présentaient ensuite dans les endroits les plus variés et bien loin des lieux d'introduction ; même il se peut que des aiguilles avalées traversent sans aucun danger pour le corps les parois de l'estomac et de l'intestin, et sortent par un endroit quelconque de la paroi abdominale. B. Langenbeck trouva un jour une épingle au centre d'un calcul de la vessie ; en allant aux informations, il apprit que le patient avait avalé ce corps pendant son enfance. Ainsi l'épingle a pu arriver à travers les intestins dans la vessie, là des couches de phosphate ammoniaco-magnésien s'étaient déposées autour d'elle et avaient donné naissance au calcul. Des faits remarquables de ce genre ont été consignés en grand nombre.

Lorsque les aiguilles sont restées pendant quelque temps enfoncées dans les parties molles sans provoquer de souffrances, ou bien lorsque celles qui traversent le corps de l'intérieur à l'extérieur arrivent près de la surface, immédiatement au-dessous de la peau, il se produit en général une petite suppuration; la sensation de la piqûre devient de plus en plus vive, et si l'on fait alors une légère incision à l'endroit douloureux, il en sort une petite quantité d'un pus séreux, et l'on trouve l'aiguille au fond du petit abcès, d'où on la retire facilement avec une pince à dissection ou à pansement. Il n'est pas très-facile d'expliquer pourquoi ce corps étranger qui, pendant des mois entiers, avait bien des fois changé de place dans l'économie sans provoquer d'accidents, finit cependant par produire une suppuration lorsqu'il est enfin arrivé sous la peau. Il faut que vous vous contentiez du simple fait. Le cas intéressant qui suit vous offrira une image encore plus frappante de la marche que ces lésions suivent ordinairement. Pendant le semestre dernier, on amena à la Clinique une fille sourde et muette, tout à fait idiote, d'environ trente ans, sur laquelle on avait cru diagnostiquer une fièvre typhoïde. Ni la malade elle-même, ni son entourage également peu intelligent, ne pouvaient fournir le moindre renseignement anamnestique. La patiente, qui passait souvent des journées entières au lit, se plaignait depuis quelques jours de souffrances dont elle montrait le siége dans la région inguinale droite. Cependant elle avait peu de fièvre. L'examen révéla un gonflement de la partie désignée par la malade, gonflement qui augmenta les jours suivants et devint très-douloureux à la pression. La peau rougit et une fluctuation évidente finit par se développer. Il était facile de reconnaître que ce n'était pas là un cas de fièvre typhoïde, mais je vous laisse à penser combien d'opinions ont été émises relativement au siége de la suppuration, car tout prouvait qu'un abcès était en train de se développer; ce pouvait être une

BIBLIOTECA

inflammation de l'ovaire, une perforation de l'appendice vermiculaire, un abcès dans les téguments abdominaux, etc., etc.; mais ces opinions soulevaient toutes contre elles des objections plus ou moins graves. Au bout de quelques jours, la peau, fortement rougie, était devenue très-mince, et l'abcès s'était concentré aux environs de l'épine iliaque antérieure et supérieure, à quelques travers de doigt au-dessus du ligament de Poupart. Je fis alors à la peau une incision d'où s'échappa un pus brunâtre, ichoreux, mêlé de gaz et répandant une odeur fécale très-prononcée. En sondant avec le doigt la cavité de l'abcès, je sentis dans le fond un corps dur, cylindrique, proéminant peu dans l'intérieur de la cavité: je commençai à l'extraire avec la pince, et tirant, tirant toujours, je mis à découvert une aiguille à tricoter longue de près d'un pied, assez épaisse, couverte de rouille et enfoncée dans la direction du bassin. — La cavité de l'abcès était tapissée de granulations flasques; cependant, lorsque je voulus chercher l'ouverture que l'aiguille devait évidemment avoir laissée derrière elle, il me fut impossible de la retrouver, elle s'était refermée et se trouvait obstruée par des granulations. Il fallut à l'abcès beaucoup de temps pour guérir; cependant la guérision eut lieu sans incidents et la patiente quitta l'hôpital au bout d'un mois. Lorsque je montrai à la malheureuse idiote l'aiguille retirée de son corps, elle me sourit de son sourire niais et repoussant, c'est tout ce qu'il fut possible d'en obtenir; peut-être un vague souvenir se rattachait-il à ce sourire. Ce qu'il y a de plus probable, c'est que la patiente s'était introduit l'aiguille dans le vagin ou dans le rectum, car on sait que les femmes, malheureusement sans être idiotes, font quelquefois des choses incroyables dans ce genre, comme vous pourrez le lire surtout dans la *Médecine opératoire* de Dieffenbach, au chapitre qui traite de l'extraction des corps étrangers. Dans l'espèce, il n'est pas impossible que l'aiguille ait passé à côté du col utérin et se soit enfoncée dans le cœcum; c'est du moins ce que le pus de l'abcès chargé de gaz permettait de supposer, car on pouvait croire, d'après ce signe, à une communication au moins passagère avec l'intestin; cependant il n'y a à cet égard rien de certain, car un pus ichoreux peut aussi se décomposer sous la peau et donner lieu à un dégagement de gaz, quoique ce soit là un fait très-rare, surtout quand l'abcès s'est développé lentement.

L'extraction d'aiguilles enfoncées depuis peu offre parfois de grandes difficultés, surtout parce que les patients fournissent souvent des indications vagues sur le siége occupé par le corps étranger, et quelquefois ne savent même pas dire si l'aiguille a pénétré ou non. Il faut bien fixer avec les doigts de la main gauche l'endroit où l'on croit devoir faire l'incision, en cherchant à comprimer cet endroit de manière à produire un pli, ce qui, toutefois, ne réussit pas toujours d'une manière complète, surtout aux doigts; cependant cette précaution est nécessaire pour empêcher l'aiguille de fuir sous l'incision. Quelquefois on sent plus ou moins distinctement le corps solide et l'on provoque même une vive douleur en le comprimant. Ces essais peuvent indiquer l'endroit où il faut inciser. Une fois la section de la peau faite, on cherche à saisir l'aiguille avec une bonne pince à dissection; les bords d'une aponévrose fortement tendue peuvent, aux doigts surtout, donner facilement le change, parce qu'avec la

pince on a toujours une sensation incertaine. S'il est impossible de trouver l'aiguille, on fait imprimer quelques mouvements à la partie, car alors l'aiguille peut se déplacer et prendre une position dans laquelle elle est plus facile à saisir. L'extraction des corps étrangers exige du reste un certain exercice et une habileté manuelle que l'on n'acquiert qu'avec le temps et la pratique; la dextérité que certains individus possèdent naturellement leur vient merveilleusement en aide dans cette circonstance.

Les piqûres faites avec des instruments moins acérés subissent parfois des retards dans leur guérison, la plaie extérieure pouvant se fermer par première intention, pendant que dans la profondeur une inflammation et une suppuration se présentent après peu de jours, de sorte que la plaie se rouvre et que le trajet entier entre alors en suppuration ou que le pus se fraye un passage par un autre endroit. Ceci arrive principalement aux plaies dans lesquelles un corps étranger, par exemple la pointe d'un couteau, est resté engagé, ou bien à celles qui ont été produites à l'aide d'instruments très-mousses. En examinant la plaie, il faut que vous recherchiez toujours avec la plus grande attention si un pareil corps étranger n'y est pas retenu, et vous devez autant que possible vous procurer l'instrument qui a servi à faire la lésion; vous prendrez en outre des renseignements très-précis sur la direction que l'instrument a suivie en pénétrant, afin que vous puissiez vous orienter sur les parties qui ont pu être lésées. Cependant, même dans les cas défavorables, l'inflammation et la suppuration le long du trajet de l'instrument sont quelquefois excessivement minimes. Ainsi, il y a quelques semaines, un homme se présenta à la Clinique : la veille, il était tombé du haut d'un arbre de moyenne élévation, sur le bras gauche, pendant qu'il était occupé à élaguer cet arbre. L'avant-bras gauche était un peu gonflé sur la face dorsale, à quelques pouces au-dessous du coude; à la face palmaire, immédiatement au-dessus de l'articulation de la main, on apercevait une petite excoriation; la flexion et l'extension de l'avant-bras sur le bras se faisaient sans douleur; la pronation et la supination étaient seules difficiles et douloureuses; une fracture des os de l'avant-bras n'existait certainement pas. Cependant, à l'endroit qui correspondait au gonflement de la face dorsale, immédiatement au-dessous du coude, on sentait *directement* sous la peau un corps solide qui se laissait un peu repousser, mais qui reprenait aussitôt après sa première position, comme poussé par un ressort. C'était absolument comme si un fragment osseux, un éclat, s'était partiellement détaché pour se loger directement sous la peau. Quoiqu'il me parût tout à fait incompréhensible qu'à la suite d'une simple chute du bras sur le sol et sans aucune solution de continuité du radius ou du cubitus, un pareil éclat se fût produit, je fis cependant chloroformer le blessé et j'essayai de nouveau de repousser le fragment supposé. Mais ce fut en vain. Comme ce fragment était dans un contact tellement direct avec la peau, qu'il devait infailliblement la perforer en peu de temps, je fis au-dessus de lui, et pour l'extraire, une petite incision aux téguments. Alors, au plus grand étonnement de tous, je retirai, non un fragment osseux, mais un morceau long de cinq pouces d'une mince branche d'arbre qui s'était assez fortement enclavée entre les deux os de l'avant-bras. On ne concevait pas comment ce

morceau de branche avait pu pénétrer dans l'avant-bras; cependant, en examinant de près, on reconnut à l'endroit excorié signalé plus haut à la face palmaire, une plaie linéaire déjà fermée, à travers laquelle le corps étranger avait évidemment glissé avec une telle rapidité, que le patient lui-même ne s'était pas aperçu de sa pénétration. — Après l'extraction, le gonflement, qui, du reste, avait été très-modéré, disparut complétement; la petite plaie donna peu de pus et fut entièrement fermée au bout de huit jours.

Les conditions favorables des plaies par instruments piquants ont suggéré l'idée des opérations dites *sous-cutanées*, qui ont été introduites en chirurgie par Stromeyer et par Dieffenbach. Ces opérations consistent à pénétrer avec un couteau étroit et pointu sous la peau, et à diviser ensuite, en vue de divers résultats thérapeutiques, des tendons, des muscles ou des nerfs, sans produire d'autre plaie extérieure que la petite ponction par laquelle on introduit l'instrument connu sous le nom de ténotome. Le processus curatif, qui, dans les plaies des tendons communiquant avec l'extérieur, est presque toujours accompagné d'une suppuration, souvent même d'une large exfoliation du tendon, se fait, dans ces conditions, presque toujours par première intention, comme nous le verrons plus au long dans le chapitre qui traite des difformités (voyez chap. XVIII).

La plaie a-t-elle pénétré dans une des cavités du corps et y a-t-elle produit des lésions, alors le pronostic sera toujours douteux et plus ou moins grave, selon l'importance physiologique et la vulnérabilité, c'est-à-dire la plus ou moins grande tendance aux inflammations dangereuses de l'organe atteint. En général, une plaie par instrument piquant n'est jamais, dans ces conditions, aussi dangereuse qu'une plaie par arme à feu. Pour le moment nous n'insisterons pas davantage sur ce sujet, et nous nous bornerons à examiner les lésions par instruments piquants des troncs nerveux et artériels aux extrémités.

Les piqûres des *nerfs* provoquent évidemment, selon leur largeur, des paralysies de diverse étendue; pour le reste, elles se comportent absolument comme les plaies par incision des mêmes organes; la régénération se fera d'autant plus facilement que le tronc nerveux n'aura pas été traversé dans toute sa largeur. — Il en est autrement lorsque des corps étrangers, tels que pointes d'aiguille, petits éclats de verre, restent engagés dans l'épaisseur des troncs nerveux et y sont entourés d'une cicatrice, comme cela arrive dans les autres tissus. La cicatrice nerveuse qui renferme ces corps étrangers reste éminemment douloureuse au moindre contact, elle peut même être le point de départ de douleurs nerveuses à rayonnement excentrique, de véritables *névralgies*. Bien plus, ces corps étrangers peuvent provoquer le développement des accidents nerveux les plus violents, tant aigus que chroniques. La maladie connue sous le nom de *tétanos traumatique* peut se produire et amener rapidement la mort; dans d'autres cas, il se développe des *convulsions épileptiformes*, quelquefois précédées d'une *aura*, consistant ici en une douleur dans la cicatrice, qui donne le signal de l'accès. Cette dernière forme morbide, qui doit être rangée dans la catégorie des épilepsies dites réflexes, peut être guérie par l'extraction du corps étranger; quant au tétanos, il n'est malheureusement pas

toujours curable, en supposant même que l'on supprime l'irritation locale.

Une piqûre faite dans de gros *troncs artériels* ou *dans une de leurs fortes branches*, peut entraîner des suites de différentes natures.

Une piqûre très-fine se referme le plus souvent immédiatement, grâce à l'élasticité et à la contractilité des membranes; il n'y aura pas même toujours hémorrhagie, pas plus qu'une petite piqûre faite dans un intestin n'entraînera toujours un épanchement de matières fécales. Si l'ouverture a la forme d'une fente, il se peut que dans ce cas encore il n'y ait qu'une faible hémorrhagie, en supposant que la plaie soit peu béante; mais dans d'autres cas, une hémorrhagie artérielle violente s'ensuit immédiatement. Si l'on comprime alors et que l'on applique un pansement exact, on réussit le plus souvent, non-seulement à arrêter définitivement l'hémorrhagie, mais encore à obtenir la guérison par première intention de la plaie artérielle, aussi bien que de la plaie des autres parties molles. Si, au contraire, l'hémorrhagie ne veut pas s'arrêter, alors il faut procéder à la ligature, soit à l'endroit lésé lui-même, en ayant d'abord soin d'agrandir l'ouverture, soit plus haut, dans la continuité.

L'occlusion de la plaie artérielle se fait de la manière suivante : Un coagulum sanguin se forme dans la plaie plus ou moins béante de la paroi artérielle; ce coagulum fait une légère saillie dans l'intérieur du vaisseau, mais en dehors il est un peu plus grand et se trouve implanté comme un large champignon. Ce caillot est transformé en tissu conjonctif comme le thrombus mentionné plus

Fig. 27. — Artère blessée latéralement, avec son caillot, quatre jours après la blessure. D'après Porta.

haut, et c'est ainsi que se produit l'oblitération organique permanente, sans modification du calibre de l'artère. — Cette marche normale peut être compliquée lorsque de nouvelles couches fibrineuses, provenant du sang en circulation, se déposent sur le bouchon qui proémine légèrement dans l'intérieur du vaisseau; il se fait ainsi une oblitération de la cavité artérielle par du sang coagulé, autrement dit une *thrombose artérielle*. Cet accident est cependant assez rare; dans le cas où il se présente, il doit avoir les mêmes résultats que la thrombose succédant à la ligature : développement d'une circulation collatérale et fermeture définitive du vaisseau par l'organisation du thrombus.

Il s'en faut qu'une piqûre artérielle suive toujours une marche aussi favorable. Dans bien des cas, on aperçoit bientôt après la lésion une tumeur à l'endroit qui correspond à la cicatrice de la peau; cette tumeur s'accroît lentement et offre des pulsations visibles et palpables, qui sont isochrones à la systole du cœur et au pouls artériel. Si nous appliquons le stéthoscope sur la tumeur, nous y entendons un bruissement et un bruit de frottement manifestes. Si nous comprimons la principale artère de l'extrémité au-dessus de la tumeur, la pulsation et le bourdonnement cessent de s'y produire, et en même temps la tumeur s'affaisse légèrement. Une tumeur semblable s'appelle un anévrysme (ἀνευρύνω,

BIBLIOTECA