

mon est adhérent à la plèvre costale, on peut observer une expansion partielle de l'organe avant que la fistule se soit oblitérée. La guérison du malade est donc encore possible longtemps après l'accident. Même dans le cas le plus favorable on voit presque toujours persister un léger degré de scoliose.

Traitement des plaies pénétrantes de poitrine.

§ 31. — De notre étude du mécanisme et des dangers de l'ouverture de la plèvre par des instruments tranchants ou piquants il ressort nécessairement que la **réunion des plaies de la poitrine doit être tentée le plus tôt possible**. Elle favorise la prompte guérison du pneumothorax et empêche la pénétration de substances septiques dans la cavité thoracique.

Les plaies pénétrantes de la cavité thoracique par instruments tranchants et piquants, qu'elles intéressent seulement la plèvre ou aussi le poumon, doivent être réunies avec les précautions antiseptiques, et le meilleur moyen de réunion c'est la suture. Une partie au moins des points de suture comprendront les couches profondes, et, si possible, les muscles intercostaux et la solution de continuité de la plèvre. C'est ainsi que l'on prévient le plus sûrement l'emphysème. La plaie et les parties voisines seront mises à l'abri de l'infection sous un pansement antiseptique. Toutefois si l'on soupçonne que des impuretés ont pénétré dans la plaie, si l'on a des motifs pour ne pas la considérer comme récente et aseptique, mieux vaut laisser ouverte la plaie externe que l'on traitera selon les règles de l'antisepsie. Suivant les circonstances de chaque cas particulier on agrandira la plaie par des incisions et l'on soumettra la cavité thoracique à des lavages avec des liquides antiseptiques (solution d'acide salicylique, petites quantités d'une solution de sublimé à 4 : 5000), ou bien on se contentera d'y introduire un tube à drainage. Si le lendemain ou le surlendemain on constate que la plaie pleurale ne sécrète aucun liquide, on peut encore à ce moment la fermer par des points de suture, ou bien retirer le drain et appliquer un pansement antiseptique oclusif. Les plaies par armes à feu, par suite de la destruction des tissus et de la présence de corps étrangers, qui vient les compliquer, se trouvent dans des conditions spéciales, nullement favorables à une guérison primitive de la blessure de la plèvre et du poumon; on doit donc s'attendre à voir survenir une inflammation suppurée ou septique de la cavité pleurale. Il ne saurait être question dans ces cas d'une suture de la plaie, que l'on fermera d'abord, de préférence, par un pansement antiseptique. Après avoir agrandi la plaie et cherché l'endroit où la balle a pénétré, on procède à la désinfection du trajet du projectile, puis on lave également, au besoin, la cavité pleurale avec des liquides antiseptiques, on extrait la balle

si on la trouve facilement, et l'on pratique le drainage de la plaie.

Le traitement consécutif des blessures par armes à feu varie suivant leur marche ultérieure. Si elles restent aseptiques on les traitera comme des plaies par instruments tranchants. S'il survient de la suppuration, on se guidera sur les principes de traitement que nous ferons connaître à propos de l'empyème.

Dans les plaies par instruments piquants qui traversent obliquement les parties molles, l'absence de parallélisme entre les ouvertures cutanée et pleurale est la cause de l'emphysème, que l'on observe volontiers dans ces conditions, comme nous l'avons déjà rappelé. Ici encore on obtiendra généralement la guérison en fermant l'orifice cutané par une suture, et en appliquant un pansement antiseptique compressif sur le trajet de la plaie, et l'on se demande si jamais dans ces cas on peut être autorisé à agrandir la plaie pour aller à la recherche de l'orifice pleural (LARREY). On pourrait ainsi, il est vrai, en rétablissant le parallélisme entre les plaies externe et interne, empêcher une nouvelle introduction d'air dans les tissus. Bien que je n'aie pu trouver aucune preuve de l'utilité de ce procédé, on le réservera cependant pour les cas extrêmes, d'autant plus qu'avec les précautions antiseptiques il n'offre que très peu de danger.

Dans toutes ces plaies pénétrantes de poitrine, y compris celles qui sont produites par des instruments piquants, on devra surveiller attentivement le blessé en s'aidant du thermomètre et en pratiquant souvent l'examen physique du thorax. On se tiendra prêt à ouvrir la cavité thoracique pour le cas où l'on verrait survenir les symptômes d'une infection de la cavité de la plèvre, sous la forme d'une pleurésie purulente ou septique.

Les blessures qui ne doivent pas être fermées, par exemple les larges plaies contuses ou par armes à feu, peuvent être traitées avec succès par le pansement de Lister. Dans les cas où la plaie est déjà infectée et commence à sécréter du pus, on aura recours au traitement de l'empyème, c'est-à-dire qu'on pratiquera la désinfection de la cavité thoracique, et l'on appliquera ensuite sur la plaie un pansement antiseptique. Dans toutes les lésions traumatiques dont il est ici question, la désinfection de la plaie et de son voisinage, ainsi que de la cavité thoracique, est le plus souvent d'une importance décisive pour la marche ultérieure. Pour tout ce qui concerne le traitement de ces plaies à la période d'infection nous renvoyons le lecteur à notre exposé du traitement de l'empyème; nous ferons seulement remarquer que précisément dans ces cas on est souvent obligé de pratiquer plusieurs ouvertures de drainage sur différents points des parois thoraciques (*voir plus loin*).

En l'absence d'accidents particuliers, tout le traitement consistera dans le repos intellectuel et physique le plus complet; le blessé ne devra pas être transporté; il doit rester au lit, s'abstenir de parler et ne prendre

des aliments qu'en petite quantité. S'il est agité, si la respiration n'est pas calme, on prescrira un peu de morphine.

Mais nous avons vu que les plaies pénétrantes s'accompagnent d'un **certain nombre d'accidents primitifs se traduisant par des symptômes graves.**

Parlons en premier lieu de l'**hémorragie**. Si l'on a pu faire le diagnostic de la lésion d'un vaisseau des parois comme source de l'hémorragie, le seul procédé à suivre consiste à aller à la recherche de ce vaisseau pour le lier. La mammaire interne sera liée dans la plaie avec les précautions antiseptiques; on procédera de même, si possible, pour l'artère intercostale, ou bien on passera autour d'elle une aiguille à suture munie d'un fil. La résection d'une portion de la côte correspondante peut faciliter beaucoup cette ligature. On se servira naturellement de préférence d'un fil de catgut, puisqu'on a l'intention de fermer la plaie après la ligature. Si l'on ne réussit pas, par la ligature directe ou médiate, à arrêter l'hémorragie, il reste, pour la mammaire interne, à faire la ligature dans la continuité à un niveau plus élevé (voir § 3), tandis que, pour l'intercostale, on n'a plus à sa disposition que la compression dans la plaie. Le moyen le plus simple, qui réussit au moins aussi bien que le meilleur des appareils construits dans ce but, consiste en un petit carré de fine toile ou de gaze, que l'on introduit en forme de poche entre les côtes à l'endroit de la lésion; on bourre alors peu à peu cette poche avec de la ouate salicyliquée de façon à faire un véritable tamponnement. Puis on applique un pansement antiseptique.

Lorsque le sang se déverse dans la cavité pleurale, on ne peut arrêter directement l'hémorragie si elle provient des vaisseaux du poumon, alors même que le diagnostic est possible; il faut excepter toutefois les cas dans lesquels le sang s'écoule d'un point du poumon adhérent à la paroi thoracique. Dans tous les autres cas, le seul moyen dont nous puissions disposer consiste à *fermer la plaie, de façon à élever la pression intrathoracique et à favoriser ainsi l'hémostase*. Nous conseillons aussi d'envelopper la poitrine de vessies de glace.

Ce traitement ne peut, il est vrai, sauver le blessé lorsque la lésion intéresse des vaisseaux pulmonaires de premier ordre ou même de second ordre; par contre, il suffit généralement dans les cas d'hémorragie modérée. Autrefois on considérait les saignées répétées comme le moyen le plus efficace de combattre l'hémorragie et l'inflammation, et même dans ces dernières années, cette opinion a été soutenue de nouveau par des chirurgiens d'une grande autorité (STROMEYER). L'abaissement de la pression sanguine pendant la saignée conduit à une diminution de l'hémorragie par le vaisseau pulmonaire blessé, et dans quelques cas même l'écoulement du sang peut cesser définitivement, à condition que le vaisseau blessé ne soit pas d'un trop gros calibre et que le sang puisse se coaguler rapidement, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur des parois vascu-

lares. C'est ce qu'on observe encore plus souvent dans la syncope, laquelle survient aussi sans que l'on ait ouvert une veine du bras; si l'on pratiquait la saignée dans ces cas ou courrait le risque, en retirant une nouvelle quantité de sang, d'avoir, au lieu d'une syncope, une mort à déplorer. La plupart des nouveaux chirurgiens, civils et militaires, ne veulent absolument pas entendre parler de succès par cette méthode. Il est difficile de trancher la question, car si d'une part les partisans de la saignée pensent que c'est elle qui a sauvé la vie de leurs malades atteints d'hémothorax, les adversaires de cette méthode de traitement ont vu de leur côté guérir un grand nombre de blessés de cette catégorie, et ils pensent que ceux qui ont guéri avec la saignée auraient aussi guéri sans elle; il se peut même, disent-ils, que la guérison ait été obtenue malgré la saignée. On ne peut, en tout cas, affirmer que de nos jours un plus grand nombre de malades succombent à l'hémothorax que lorsque la saignée était en honneur. Les chiffres manquent pour résoudre cette question. Mais au point de vue des phénomènes inflammatoires, la saignée doit certainement être rejetée. Dès qu'à la suite d'une infection septique locale s'est développée une pleurésie diffuse, le malade n'a pas trop de tout son sang pour lutter contre les accidents qui vont survenir, tels que la suppuration, la fièvre, etc., et l'on doit, par conséquent, lui épargner la perte de sang qu'entraînerait la phlébotomie. Nous devons insister sur ce point, surtout maintenant que nous possédons dans la méthode antiseptique un moyen plus efficace que la saignée pour combattre les processus inflammatoires.

Nous devons maintenant dire quelques mots des **corps étrangers**, qui jouent surtout un rôle important dans les plaies par armes à feu. Dans une *plaie récente* produite par un projectile, on fera bien d'introduire le doigt avec précaution, afin de reconnaître aussi exactement que possible et d'extraire des fragments de côtes détachés, ou une balle qui se trouve peut-être près de l'orifice extérieur de la plaie, ou des parcelles de vêtements, etc., qui peuvent avoir été entraînés par le projectile.

Grâce à la méthode antiseptique, nous pouvons dans ces cas tenter davantage aujourd'hui qu'autrefois. Avant l'emploi de cette méthode il n'était pas permis d'explorer la plaie à l'aide de stylets ou des doigts, ni d'intervenir par une opération après avoir agrandi la plaie. Actuellement, au contraire, surtout si l'on voit le blessé peu de temps après l'accident, on est autorisé à agrandir la plaie et à y introduire le doigt ou un stylet avec précautions dans le but d'extraire le projectile, ou des portions de la paroi, ou des fragments de côtes ayant pénétré dans la cavité thoracique. Après l'opération on désinfecte la plaie et la cavité pleurale, on introduit un drain dans la plaie et l'on applique un pansement de Lister. Cependant il faut bien se garder d'exagération dans l'intervention opératoire. Si au moment où l'on est appelé auprès du