

en macération dans du pus qui séjournerait trop longtemps sous une croûte. Ritzenger, qui a écrit une bonne thèse sur la cicatrisation sous-crustacée, prétend aussi que ce mode de pansement des plaies favorise plus que d'autres la production des adénites; mais cela n'est pas prouvé.

Quand on prend connaissance de l'ensemble des faits publiés jusqu'alors sur ce mode de pansement des plaies, on arrive à reconnaître que la ventilation convient surtout à des plaies simples, en bon état, d'une étendue petite ou moyenne, qui semblent indiquer les pansements rares; c'est du reste un pansement économique, simple et propre. Mais la ventilation ne convient pas aux plaies très-étendues, profondes, enflammées, d'une suppuration abondante. Si durant le traitement d'une plaie par la ventilation on a besoin de faire tomber une croûte qui gêne, on arrive facilement à ce résultat par des cataplasmes.

La cicatrisation sous-crustacée peut s'obtenir encore par des procédés différents de la ventilation. Ainsi lorsqu'on jette sur une plaie récente de la charpie râpée, ce topique fait avec le sang de la plaie une croûte sèche, dure, adhérente aux tissus, et au-dessous de laquelle la cicatrisation peut se faire. C'est aussi une cicatrisation sous-crustacée qu'on obtient par certains caustiques, tels que les caustiques arsenicaux, le fer rouge et même la lumière solaire, comme on l'avait proposé à la fin du siècle dernier.

Quand on étudie avec soin ces divers modes de traitement des plaies, on arrive promptement à douter de l'action vraiment curative de quelques-uns d'entre eux. Les plaies guérissent si souvent toutes seules qu'on ne peut accorder de confiance qu'aux moyens mécaniques destinés à procurer une réunion immédiate ou secondaire. En terminant par cette pensée l'exposé de la thérapeutique des plaies on se rappelle ces mots de Paracelse : « Sçaches donc que le corps humain contient en soy son » propre baulme radical, etc., lequel a la puissance de guérir les playes... » Par quoy que le chirurgien se souvienne que ce n'est luy qui guérit » les playes, mais que c'est le propre baulme naturel qui en est la partie » mesme. » (*Grande chirurgie*, trad. Cl. Dariot. Lyon, MDCXIII, p. 20.)

ARTICLE II

PLAIES PAR INSTRUMENTS PIQUANTS

On désigne sous ce titre les plaies produites par ces instruments à pointe acérée, tels que l'épée, la baïonnette, le canif, le trocart, les clous, les fragments d'os et de verre. De ces instruments, les uns sont lisses et très-acérés, d'autres irréguliers ou un peu mousses, quelques autres enfin sont tellement fragiles, qu'ils se brisent dans la plaie.

SYMPTOMATOLOGIE. — Ces plaies se distinguent de celles que nous avons déjà étudiées par leur petite étendue en largeur, et par leur profondeur souvent assez grande. Quand un instrument piquant pénètre dans les tissus, il les écarte et les refoule; mais aussitôt que l'instrument a été

retiré, les tissus refoulés reviennent sur eux-mêmes, la plaie perd de sa largeur et n'est plus en rapport avec le calibre de l'instrument vulnérant. Quant à la profondeur, elle est souvent fort grande, car la pointe acérée des instruments pénètre avec facilité à travers les parties molles.

L'hémorrhagie qui succède aux petites plaies par instruments piquants est en général peu intense, et quelquefois, au lieu de s'échapper en dehors, le sang s'infiltré entre les mailles des tissus perforés, et donne lieu à une ecchymose. Il serait parfois difficile de juger de la nature de l'organe lésé par la quantité de sang qui s'écoule. De très-fines aiguilles ont pu traverser des artères sans produire de notable écoulement de sang. Dans les plaies faites avec des instruments bien unis et bien pointus, comme des aiguilles, la douleur est peu marquée; elle est beaucoup plus vive lorsque l'instrument est couvert d'aspérités, ou mousse comme une dent. Ainsi, écartement nul des bords de la plaie, hémorrhagie en général peu intense, douleur peu marquée, tels sont les phénomènes primitifs les plus remarquables de ces sortes de plaies.

Longtemps on a cru que ces plaies étaient suivies de phénomènes graves : abcès, fusées purulentes, étranglement douloureux de la plaie, tétanos, gangrène; mais on ne peut expliquer cette gravité supposée que par la funeste habitude qu'avaient les chirurgiens anciens de sonder ces sortes de plaies et d'y placer des tentes pour prévenir la rétention des humeurs. Depuis que cette pratique chirurgicale a été abandonnée, les plaies par instruments piquants ont perdu de leur gravité. Le plus souvent les plaies par instruments piquants se réunissent par première intention, et la cicatrice se fronce quelquefois assez pour qu'il ne soit plus possible de retrouver la trace de la piqûre; plus rarement elles s'enflamment soit par la contusion des bords de la piqûre, soit par le séjour de liquides au centre de la plaie. Alors le malade éprouve un sentiment de tension douloureux dans le trajet parcouru par l'instrument; la partie se soulève et le plus souvent le phlegmon se propage un peu aux parties voisines. Les plaies par instruments piquants sont plus rarement qu'on ne le pensait autrefois l'occasion d'abcès profonds, de fusées purulentes, de phlegmons diffus, de gangrène. Ces terminaisons fâcheuses sont parfois provoquées par la présence de corps étrangers restés dans les plaies.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic des plaies par instruments piquants doit être fort réservé. S'il existe deux ouvertures, on peut, avec quelque certitude, soupçonner le trajet de l'instrument et la nature des organes lésés; mais il ne peut y avoir là qu'un soupçon, car on a vu ces instruments écarter sans les perforer des organes importants, tels que l'intestin, quelques gros vaisseaux. S'il n'y a qu'une seule ouverture, l'incertitude devient plus grande; on interrogera alors la forme, la longueur de l'instrument, la position du blessé au moment où il a reçu le coup, etc., les troubles survenus dans certaines fonctions. Quelques chirurgiens anciens, attachant, mais à tort, une grande importance au diagnostic de ces sortes de plaies, conseillaient de les sonder pour en connaître la longueur. Cette pratique a de nos jours

été reconnue inutile et dangereuse. En introduisant dans une plaie un stylet explorateur, on peut y développer un travail inflammatoire, ou bien détacher un caillot qui arrêtaient une hémorrhagie, ou rompre une adhérence salutaire qui réunissait les bords d'une solution de continuité faite à une séreuse ou à une synoviale articulaire. La seule chose qui justifie l'introduction d'un stylet, c'est la recherche d'un corps étranger, lorsque la plaie laisse pendant longtemps une ouverture qui donne du pus. J'ai constaté un fait de ce genre assez curieux. Un homme, en montant sur un omnibus de chemin de fer, se sent très-fortement piqué à la face postérieure du talon. On examine tout de suite cette plaie, et l'on aperçoit, en effet, une étroite piqûre dont la cause échappe. Le malade, revenu chez lui, éprouve des accidents fort douloureux du côté du pied; une inflammation vive s'empare de la partie, et au bout de quelques jours je suis appelé pour constater la nature de ces accidents. Je trouvai à la partie postérieure du talon, en dehors du tendon d'Achille, une plaie étroite, suppurante, très-douloureuse. A cause de la durée des accidents et de l'état de la blessure, je n'hésitai pas à sonder avec un stylet cette plaie rétrécie, et je constatai, à quelques centimètres au delà de la piqûre, un corps métallique. La plaie agrandie par un bistouri, je parvins à extraire de son trajet si resserré une tige de fer longue de 8 centimètres, épaisse d'un demi-centimètre, et je reconnus avec le médecin habituel du malade qu'il s'agissait là d'un fragment de fer détaché sans doute de la roue de l'omnibus, et qui, dans le mouvement qu'avait fait la voiture, était venu se ficher profondément dans le pied du blessé, en se rompant dans l'épaisseur des chairs. Le malade guérit.

En général, les plaies par instruments piquants sont peu graves; cependant le chirurgien, pendant les deux ou trois premiers jours de l'accident, devra faire quelques réserves sur la possibilité d'une inflammation consécutive.

TRAITEMENT. — Ces plaies guérissent en général vite et très-bien par réunion immédiate et par une légère compression. On se bornera donc à favoriser le rapprochement des bords de la piqûre par quelques emplâstiques. La suture est inutile. Si la piqûre a traversé une partie richement pourvue de nerfs et d'aponévroses, comme la main, et s'il y a menace de douleurs vives et d'inflammation, on peut avoir recours aux irrigations continues. Je me suis très-bien trouvé dans des cas semblables de bains tièdes longtemps prolongés, pendant quatre à cinq heures. On voit souvent, sous l'influence de cette médication, la douleur et l'inflammation s'apaiser peu à peu.

Si l'inflammation envahit fortement la piqûre, et si la douleur s'exagère dans la partie, il faut avoir recours à un traitement antiphlogistique énergique. De tous les antiphlogistiques, le meilleur est assurément le débridement de la piqûre, que l'on transforme ainsi en plaie par instrument tranchant. Aucune recherche anatomique n'a jusqu'alors démontré que ces douleurs vives soient dues à une section incomplète des nerfs, et il

ne demeure point prouvé que l'incision fasse cesser les accidents en achevant la section du rameau nerveux. Il est bien plus probable, selon nous, que le débridement des aponévroses, en opérant le relâchement des parties, facilite la résolution du travail inflammatoire.

L'incision est aussi indiquée dans les plaies qui suppurent et dans celles qui contiennent des corps étrangers.

ARTICLE III

CONTUSIONS ET PLAIES CONTUSES

Les corps contondants, en agissant sur nos tissus, peuvent contusionner les parties sous-jacentes à la peau sans déchirer les téguments, ou bien léser ceux-ci en même temps que les organes qu'ils recouvrent. Ce sont là des différences qui conduisent à décrire séparément la *contusion* et les *plaies contuses*; il y a en effet, entre ces deux lésions, des différences fondamentales, tant au point de vue de la symptomatologie que de la thérapeutique.

§ 1^{er}. — De la contusion.

On désigne, sous le nom de *contusions*, certaines lésions de nos tissus produites par des coups ou des pressions subites, et ne s'accompagnant pas de solution de continuité aux téguments.

HISTORIQUE. — Peu de travaux ont été entrepris sur ce sujet, que beaucoup de livres de chirurgie traitent d'une façon tout à fait superficielle. Nous citerons seulement, à côté de la thèse si justement estimée de Velpeau, les travaux suivants :

PELLETAN, *Mémoire sur les épanchements de sang (Clinique chirurgicale, 1810, t. II, p. 98)*. — RIEUX, *De l'ecchymose, de la sugillation, de la contusion et de la meurtrissure* (thèse de Paris, 1814, n° 63). — VELPEAU, *De la contusion dans tous les organes* (thèse de concours, 1834). — J.-J. LAFAURIE, *Considérations cliniques sur la contusion des membres* (thèse de Paris, 1846, n° 45). — MOREL-LAVALLÉE, *Épanchements traumatiques de sérosité (Archives de médecine, juin 1853)*.

La puissance si variée des corps contondants produit des effets bien différents, depuis la simple ecchymose jusqu'au broiement complet des tissus. Pour exprimer ces diverses lésions, on est convenu de distinguer plusieurs degrés dans la contusion, et cette classification est préférable à la désignation de contusion superficielle, profonde, etc.

Dupuytren (1) admettait quatre degrés dans la contusion, et l'on peut conserver cette division. 1° Le premier degré est caractérisé par la rupture de vaisseaux très-fins, qui laissent écouler une certaine quantité de sang entre les éléments organiques; mais la structure des tissus n'est pas altérée.

(1) *Leçons de clinique chirurgicale* t. V, p. 261.