

## La Santé

### Médecine d'urgence

RÉFLEXION A PROPOS D'UN CAS DE PLAIE  
PÉNÉTRANTE DE POITRINE PAR LE  
DOCTEUR A. DIDIER CHEF DE  
CLINIQUE MÉDICALE

S'il y a des accidents qui paraissent réclamer du médecin une intervention active et immédiate, ce sont bien les hémorragies. La vue du sang affole toujours le public et il est assez difficile dans certains cas pour le médecin, non pas de conserver son sang-froid, mais de résister au désir des assistants qui attendent un examen, un traitement, quelque chose qui satisfasse ou qui fasse dévier leur émotion.

En présence d'une hémorragie causée par blessure, deux cas se présentent : ou bien le vaisseau est accessible et peut être lié ou comprimé directement ou indirectement et dans ce cas la thérapeutique est tout indiquée, sinon toujours aisée ; ou bien on a affaire à une hémorragie interne, pulmonaire, gastrique, intestinale, voire même cérébrale et dans ces cas la ligature est impossible. Que faut-il faire alors ? Tout doit tendre à l'oblitération naturelle du vaisseau, tout doit favoriser la formation d'un caillot et le premier soin du médecin doit être de ne pas contrarier la nature, par suite d'éviter au malade tout mouvement, tout effort, toute fatigue qui, activant les pulsations cardiaques, augmente la tension vasculaire et diminue les chances de coagulation du sang. Dans ces cas la syncope est un bienfait et c'est parce qu'il produit un état demi-syncope que l'ipéca est employé avec succès contre les hémorragies. Il y a des cas où il faut savoir ne rien faire et cacher son abstention volontaire par une médication roufloute mais anodine. L'oblitération du vaisseau par un caillot, voilà le but. Pour y arriver tout examen inutile, toute fatigue, tout médicament tenseur de la circulation doivent être interdits.

Cette ligne de conduite est indiquée dans les plaies pénétrantes de poitrine plus encore que dans les autres cas, et la demi-syncope jointe à l'immobilisation sont ce que le médecin peut désirer de mieux pour son malade.

N'oublions pas en effet que, sur les champs de bataille, nombre de blessés doivent la vie à l'abandon même dans lequel ils ont été laissés pendant un temps plus ou moins long et qui, leur évitant toute fatigue et toute émotion, a permis à la syncope bienfaisante de produire son caillot.

Ce sont ces idées que MM. Huguet et Péraire défendent en préconisant leur traitement, inspiré de Terrier et Lucas-Championnière, par l'"immobilisation absolue" dans les plaies pénétrantes de poitrine. Pour eux "le blessé doit être laissé à l'endroit même où il a reçu sa blessure ou dans le voisinage immédiat. Il faut le coucher sur un matelas avec tous les ménagements possibles, défendre à qui que ce soit de le déshabiller, de l'ausculter, afin de lui imprimer un mouvement quelconque. On doit couper avec des ciseaux les vêtements qui empêchent de voir la plaie. Celle-ci mise à nu, on la lave avec un tampon antiseptique et on en fait l'exclusion au moyen d'une couche de collodion iodé formé ou saloté après l'avoir suturée. On doit éviter à tout prix des mouvements au malade" ; il faut donc l'empêcher de parler, de gesticuler, voire même, si c'est possible, de tousser, de cracher et de déglutir. Dans ce but, on ne lui permettra que quelques cuillerées de café d'une boisson reconfortante que plusieurs heures après l'ac-

cident. Dans ce but aussi, on éloignera toute personne inutile de la pièce où sera couché le blessé. On se bornera à laisser auprès de lui quelqu'un avec mission de le surveiller et d'empêcher tout mouvement. Le médecin pourra pratiquer une injection de 1/2 à 1 centigrade de morphine, si le blessé a de l'agitation et s'il souffre. Au contraire, si c'est la dépression qui est accentuée, si l'hémorragie interne ou externe a été considérable, on devra pratiquer chez le blessé des injections sous-cutanées de sérum artificiel et alterner celles-ci avec des injections de caféine. "Une syncope qui ne se prolonge pas outre mesure n'offre aucune espèce de gravité" ; au contraire "elle favorisera l'hémostase."

C'est pour avoir donné la préférence à cette méthode que J. Lucas-Championnière a obtenu un beau succès dans un accident de salle d'armes où un jeune homme de 28 ans avait été frappé par un fleuret démoucheté, au niveau de l'aisselle droite.

Le fleuret, lancé avec une grande violence, avait traversé très probablement la partie supérieure du poumon droit en intéressant de gros vaisseaux, car le sujet cracha du sang en abondance avant même d'avoir pu retirer son masque. Il eut une sensation d'étouffement, fut menacé de syncope et étendu sur un lit. "Le blessé fut soigné dans le cercle même où il avait reçu sa blessure", les règles citées plus haut furent suivies et la guérison s'obtint lentement, mais sans incident. Il ne quitta la salle d'armes que six semaines après l'accident et six mois après put se marier sans inconvénient.

Au contraire, dans deux autres cas où les minutieuses précautions que nous signalons n'ont pas été prises les blessés ont succombé rapidement.

Le premier a trait à un duel retentissant qui, il y a bientôt trois ans, se termina par un coup d'épée qui traversa le poumon droit d'un des deux adversaires. Le blessé fut transporté à l'île de la Grande Jatte à l'hôpital militaire du Gros-Caillo. Très fatigué par ce voyage pendant lequel il eut plusieurs syncopes, il arriva à l'hôpital sans connaissance, la face exsangue. On le monta encore au premier étage où il dut subir un examen après lequel seulement on pratiqua l'occlusion de la plaie. Arrivé à 11 heures 1/2 le blessé fut pris, à midi et 1/2, d'une hémoptysie abondante et mourut à 5 heures du soir.

L'autopsie démontra qu'"aucun vaisseau de volume notable n'avait été lésé".

D'après MM. Huguet et Péraire les résultats de cette autopsie sont tels qu'on aurait pu espérer une guérison, et à l'appui de leur thèse ils citent deux observations, l'une de Velpeau, l'autre de Manec, dans lesquelles on retrouva, à l'autopsie des sujets des fragments considérables de lames de fer ayant traversé tout un poumon et y ayant séjourné depuis près de quinze ans, sans avoir donné lieu à aucun trouble de la santé.

Dans le second cas de ces auteurs, il s'agit d'un sous-officier qui reçut, dans un duel, un coup de pointe de sabre au niveau de la face intérieure du sternum, à la hauteur de l'articulation de la cinquième côte et un peu à gauche.

Il fut pris de l'hémoptysie dans le trajet de l'École militaire au Gros-Caillo. Comme il était alcoolique, il eut de nombreuses crises d'agitation qui occasionnèrent un hémiothorax, lequel se reproduisit plusieurs fois après les crises susdites et finit par emporter le blessé le seizième jour.

MM. Huguet et Péraire terminent leur travail par une série de conclusions dont l'esprit cadre parfaitement avec les nôtres. Nous ne croyons pas pouvoir mieux faire que de résumer ici les plus importantes. En présence d'une plaie pénétrante de poitrine :

Il faut chercher à se rapprocher le plus possible de l'immobilisation absolue du malade, c'est-à-dire qu'il faut éviter les transports en traitant le blessé sur place autant que faire se peut.

Il faut lui épargner la fatigue d'un examen qui n'est pas indispensable, éviter les pansements compliqués qui obligent à le remuer et surtout à abandonner le funeste usage qui consiste à faire au blessé une toilette soignée.

L'état syncope favorisant l'hémostase doit être respecté dans une certaine mesure. Il faut donc être sobre d'injections sous-cutanées d'éther à moins que la dépression ne soit trop considérable. Dans ces cas, c'est surtout à la caféine qu'il faut avoir recours et aux injections hypodermiques de sérum artificiel.

Il n'a pas dépendu de nous que ces conditions fussent réalisées dans toute leur rigueur pour notre blessé puisque nous ne l'avons vu que le soir à 5 heures, la blessure ayant été reçue à 10 heures du matin. Mais en somme, à part le transport effectué sur un brancard et d'ailleurs pour un trajet très court, l'immobilisation a été vraiment complète, puisque le malade, couché horizontalement aussitôt l'accident, n'a pas quitté cette position un instant jusqu'au quatrième jour où nous l'avons ausculté rapidement. Il a conservé ses vêtements pendant plus de huit jours et on s'est contenté de les couper à l'endroit nécessaire pour faire le pansement de la plaie. Enfin le traitement a bien été celui recommandé par Lucas-Championnière, car le malade a pris que quelques gorgées de lait le soir pour la première fois et la seule médication a consisté dans l'administration d'extrait thébaïque (1).

(1) Les idées que nous soutenons sont celles qui sont professées depuis longtemps, pour les hémorragies internes, par M. le professeur Desplats, à sa clinique de l'hôpital de la Charité.

Voici cette observation telle qu'elle a été présentée à la Société des Sciences médicales.

Le malade que je vais avoir l'honneur de vous présenter est un jeune homme de 27 ans, exerçant la profession de coupeur de drap. Le 31 janvier 1894, vers 10 heures du matin, il portait sur les bras un ballot de drap au-dessus duquel se trouvait le sabre qui lui sert à couper ses étoffes. En passant à une porte, il fit un faux mouvement et le sabre, glissant entre le ballot et le corps, pénétra obliquement de dedans en dehors et de champ entre la 6<sup>e</sup> et la 7<sup>e</sup> côte du côté droit à trois travers de doigt du sternum.

A quelle profondeur entra-t-il, la chose est difficile à dire, mais la lame portait la trace du sang sur une longueur de 4 pouces environ. La plaie saigna abondamment. Pendant une demi-heure le blessé ne sentit rien, mais ensuite il commença à s'agiter, présenta un peu de dyspnée et eut plusieurs menaces de syncope. Au bout d'une heure, le médecin le plus voisin arriva, fit l'exploration digitale de la plaie, exploration qui lui aurait permis, m'a-t-il dit, de pénétrer dans la plèvre, puis après un lavage soigneux sutura et pansa antiseptiquement.

Le jour même, vers 5 heures du soir, je vis le malade avec le médecin qui l'avait pansé. Il était très pâle, légèrement dyspnéique ; il avait les lèvres