

Les cas plus fréquents, de *mort subite différée*, s'expliquent par la production, derrière le caillot primitif arrêté dans l'artère pulmonaire, d'une thrombose extrêmement rapide atteignant bientôt le cœur.

Quant à la mort lente par gangrène, on ne l'observe plus guère aujourd'hui après l'embolie pulmonaire; mais elle n'était pas rare autrefois, dans des maternités encombrées où l'infection régnait à l'état endémique.

Que doit-on faire en présence d'une embolie pulmonaire?

Il y a un *traitement préventif éloigné*, peut-on dire, et ce traitement consiste à réduire, autant que possible, les chances de phlébite par des soins d'asepsie minutieux. Il y a aussi un *traitement préventif immédiat*: dès qu'une phlébite est imminente, il faut immobiliser les malades. Mais la phlébite peut rester latente. Et même lorsqu'elle est évidente, comment savoir à quel moment tout danger d'embolie a disparu? Les signes cliniques que l'on a donnés pour établir cette certitude (signes tirés du pouls et de la température) sont assez obscurs et infidèles. On s'est adressé alors à des procédés de laboratoire; mais les recherches entreprises sur ce sujet ne sont pas encore entrées dans le domaine pratique: elles reposent sur l'étude du degré de la coagulabilité du sang, au moyen d'une solution titrée d'oxalate de potasse.

Il est des phlegmatia très étendues, gagnant parfois jusqu'à la veine cave inférieure et dans lesquelles, malgré le repos absolu, l'embolie pulmonaire est extrêmement fréquente. Aussi a-t-on proposé en pareil cas, la ligature ou la résection des gros troncs veineux atteints; on a pu réunir 56 cas de phlébite de la veine iliaque primitive traités par cette méthode; la résection a été pratiquée dans 7 cas, et l'on en a eu 2 morts; la ligature, dans 49 cas, et l'on a eu 25 morts. On a été jusqu'à faire porter la ligature sur le tronc de la veine cave inférieure, au-dessous des veines rénales; mais toutes les malades ainsi opérées sont mortes.

Existe-t-il un *traitement curatif* de l'embolie pulmonaire? La question ne se pose pas quand il y a mort subite; mais dans les cas plus fréquents, où la malade survit pendant 15, 20, 30 minutes, il est cruel d'avouer son impuissance et d'assister au dénouement des bras croisés. En 1908, Trendelenburg a proposé l'opération suivante: on pratique rapidement une incision sur le bord gauche du sternum, du premier au troisième cartilage costal; sur cette incision verticale, on branche, au niveau du deuxième cartilage, une incision horizontale de 10 centimètres de long. Les deuxième et troisième cartilages sont sectionnés, la plèvre et le péricarde ouverts; sur le groupe de l'aorte et de l'artère pulmonaire, on jette un lien de caoutchouc que l'on serre. La striction ne doit pas durer plus de 15 secondes, et il faut, pendant ce temps très court, ouvrir le tronc de l'artère pulmonaire et retirer les caillots qui l'obstruent.

Cette intervention singulièrement hardie n'est pas, comme on pourrait le croire au premier abord, une simple vue de l'esprit; l'opération a été pratiquée sur le vivant au moins quatre fois, d'après des recherches de M. Bar-

Kruger, en 1909, a opéré par ce procédé, 20 minutes après le début de ces accidents, un malade atteint d'embolie, à la suite d'une cure radicale de hernie: il y eut une survie de cinq jours, alors que la fin était imminente au moment de l'intervention. Dans les 3 autres cas, la survie n'a pas dépassé trente-sept heures. Ces résultats sont très peu encourageants; mais on ne doit pas abandonner la voie ainsi tracée, puisque les grosses embolies abandonnées à elles-mêmes entraînent fatalement la mort.

in Jnal. des Praticiens.

Clinique Chirurgicale

L'ANTISEPTISME DES PLAIES DES MAINS PAR LA TEINTURE D'IODE.

Par le Dr Lucas-Championnière

Nous avions raison, dans notre dernier numéro, de montrer comment on revient, avec la teinture d'iode, aux antiseptiques puissants et aux antiseptiques maniés sans cet abus des lavages et des bains qui paralyse toute action antiseptique et cause des accidents au lieu de les prévenir.

Le Professeur Reclus, dans une communication très écoutée à l'Académie de médecine, appelle l'attention sur l'emploi de la teinture d'iode immédiatement appliquée et sans lavages dans les plaies des mains et des doigts.

Voici les expressions qu'il emploie: "La technique en est presque enfantine. Elle consiste à badigeonner la région blessée avec la teinture d'iode. On plonge un pinceau stérile dans le flacon qui contient la teinture dont on dépose une couche tout autour de la plaie et sur la plaie même et, cela bien entendu, le plus tôt possible après l'accident. On laisse évaporer l'alcool qui abandonne sur la surface cruentée la tache brune de l'iode. Lorsqu'elle est bien sèche on la recouvre d'une compresse aseptique et d'un manchon d'ouate hydrophile que l'on assure par quelques tours de bande. Le soir ou le lendemain, on renouvelle le pansement, que plus tard on espace et auquel, on ne touche guère que tous les trois ou quatre jours."

Le Professeur insiste sur l'innuitilité et le danger des brossages, des décapages et des lavages.

M. Reclus estime que la teinture d'iode doit être neuve de huit jours au plus. Il nous dit qu'il son action n'est pas douloureuse. Il pense que, bien maniée, elle permet de modifier absolument le pronostic des plaies des mains, et à ce titre la recommande particulièrement chez les accidents du travail. Il pense qu'en guerre, pour les plaies petites, elle rendrait les plus grands services et faciliterait beaucoup les pansements.