Zeitschrift: Allgemeine schweizerische Militärzeitung = Journal militaire suisse = Gazetta militare svizzera

Band: 90=110 (1944)

Heft: 1: Wehrmedizinisches Sonderheft

Artikel: Plaies thoraciques

Autor: Wassmer, Frank

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-19006

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 11.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

et les tissus nécrosés seront enlevés. On arrivera ainsi à vider l'abcès jusqu'au niveau de sa coque qui elle protège de l'infection le reste de la matière cérébrale. Un drain spécial (Tintenfischdrain) sera laissé au niveau de la plaie opératoire (voir croquis ci-dessous, Fig. 11).

Le contrôle de la pression intra-crânienne sera minutieusement observé après cette intervention. Faire des ponctions lombaires quotidiennes s'il est nécessaire. Dans certains cas on constate une diminution et même un manque du liquide céphalo-rachidien. Il faudra alors faire des injections d'un liquide isotonique (Nacl) dans le rachis (voir croquis ci-dessous (Fig. 12).

Représentation schématique d'un prolapsus cérébral engendré par un abcès précoce. Ce dernier au cours de son développement pousse en dehors la matière cérébrale qui fait hernie (Fig. 13).

En cas d'œdème cérébral, exiger une diète hydrique extrêmement sévère ainsi qu'un régime déchloruré. Eviter la constipation en donnant une alimentation appropriée. Lorsque les blessés restent longtemps sans connaissance, leur faire un traitement prophylactique aux sulfamidés. Soutenir l'état cardio-vasculaire par de la digitale, du camphre, etc. Contrôler fréquemment les urines. Prescrire de l'urotropine en cas de paralysie vésicale. Lutter contre les agitations par du luminal, du chloral en lavement, des injections de S. E. E. si les crises sont vraiment fortes. Faire traiter le plus rapidement possible les paralysies flasques par des séances d'électricité, les paralysies spastiques ne devant pas subir ce traitement. La reprise du travail au civil et à la troupe ne doit pas se faire avant 5 à 6 mois.

Plaies thoraciques

Par le Cap. *Frank Wassmer*

Les plaies thoraciques sont fréquentes, elles demandent des soins spéciaux locaux et généraux. Le pronostic dépendra avant tout de la précocité du traitement. La particularité des plaies du poumon consiste en une modification pathologique de la pression intrathoracique provocant des troubles pulmonaires et cardiaques.

Deux grands principes doivent guider notre thérapeutique.

1. Réduire tout pneumothorax et éviter l'hypertension dans la cavité pleurale.

2. Soutenir l'état général et cardio-pulmonaire.

Nous distinguons: a) Les plaies en séton du thorax avec ou sans fracture de côte. b) Les plaies borgnes avec projectile, soit intrapleurales, soit dans le parenchyme pulmonaire.

En présence d'une plaie en séton avec porte d'entrée et de sortie cicatrisée ou fermée par un caillot sanguin, le traitement conservateur devra être appliqué. On ne ponctionnera pas l'haemothorax à moins qu'une hypertension intrapleurale produise des troubles vaso-périphériques alarmants.

Le blessé sera légèrement assis dans son lit avec un pansement stérile sur les plaies, injections hémostatiques de calcium, de coagulène, de sangostop, etc. ... Traitement cardiotonique journalier sous forme d'injection intraveineuse de strophantine et glucose hypertonique; analéptique si c'est nécessaire. Morphine à petites doses et à intervales réguliers en cas de dyspnée. Petite transfusion infusée très lentement si le patient est choqué. Il n'est pas recommandable d'injecter une grande quantité de liquide car elle surcharge le système circulatoire de droite qui est déjà fortement éprouvé par la lésion pulmonaire. Le blessé devra exercer le plus rapidement possible des mouvements respiratoires (inspirations et expirations forcées sous contrôle) afin d'éviter l'atéléctasie du poumon et de faciliter la résorption du pneumothorax. Si une température élevée apparaît laissant suspecter un état infectieux, un traitement aux sulfamidés sera aussitôt commencé ainsi que des injections intraveineuses de vitamines C.

Si la situation tactique le permet, aucun transport ne sera autorisé avant 3 semaines. Un contrôle radioscopique devra être fait tous les 4 à 5 jours. Un épanchement remontant jusqu'au-dessus de la clavicule ne devra pas être ponctionné avant 2 ou 3 semaines si il est toléré et non infecté. On permet ainsi à l'organisme de s'adapter et d'organiser son auto-défense. Seulement après ce laps de temps on fera de petites ponctions évacuatrices de 150 à 200 cc. ne devant en aucun cas troubler l'état général. Ce n'est qu'avec un travail de patience et de prudence qu'on parviendra peu à peu à réduire l'épanchement. Malheureusement dans une proportion assez élevée, l'haemothorax se transformera en empyème; mais si l'organisme a eu le temps de se remonter, il pourra supporter cette nouvelle et dure épreuve. Ce n'est qu'à ce moment seulement que l'on devra faire un drainage en introduisant un trocart entre 2 côtes à la partie inférieure de la plèvre. Un drain de caoutchouc permettra une évacuation

progressive et modérée de l'empyème, selon le procédé de Bulau ou mieux encore avec un siphonage (Perthès Drainage). La différence de niveau entre les 2 récipients ne doit pas dépasser 50 à 60 cc. afin de ne pas fatiguer le blessé en éprouvant son système cardio-respiratoire.

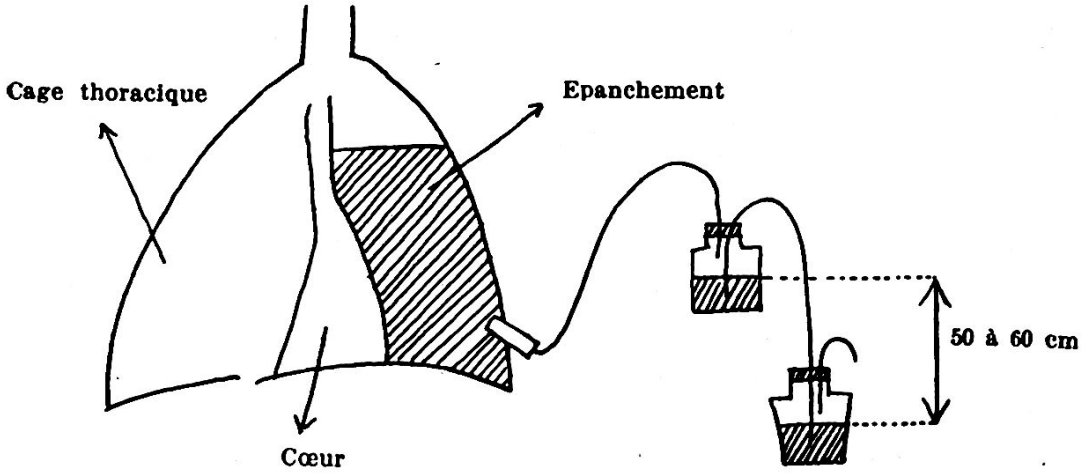
On observe parfois à la radioscopie d'importants déplacements du médiastin et du cœur parfaitement bien tolérés cliniquement.

Le pneumothorax ouvert doit être transformé en pneumothorax fermé le plus rapidement possible et par tous les moyens. Les pansements occlusifs de tous genres sont médiocres et jamais hermétiques plus de 2 à 3 jours. Un blessé restant avec une plaie thoracique ouverte plus de 48 heures assombrit énormément son pronostic de guérison. Actuellement, il est recommandé de faire la suture primitive de la plèvre déjà très en avant sur le front. Après une désinfection sommaire de la plaie, l'on procédera à la suture en bloc de la peau et de la musculature sous-jacente, ce qui permettra dans bien des cas d'éviter l'infection mixte si redoutée dans l'empyème et de voir même des cicatrisations *per primam.* Pour qu'une suture de la paroi thoracique tienne, il faut qu'elle ne soit pas tendue, c'est une condition essentielle. En cas de perte de substance, on rapprochera 2 côtes par un fil métallique ou bien l'on fera la résection d'une ou de plusieurs côtes. La plèvre et les plans musculaires seront suturés hermétiquement au *catgut,* la peau restant béante. Un pansement stérile avec de la poudre de sulfamidé terminera cette intervention.

Si la plaie provoquée par le projectile est trop grande et que l'on ne peut rapprocher les bords de la plèvre, le blessé sera soumis à une narcose en surpression (Ueberdrucknarkose) et le parenchyme pulmonaire sera fixé et suturé directement à la paroi thoracique afin de fermer le pneumothorax ouvert. Si la fermeture de la plèvre produit une hypertension dans la cavité pleurale, des ponctions évacuatrices et même un drainage de Bulau rétabliront la situation.

La présence d'un corps étranger ne doit en rien changer cette thérapeutique. Ce n'est que plusieurs semaines après, dans un lazaret de l'arrière, que le projectile devra être extirpé par des chirurgiens spécialisés ayant à leur disposition des moyens radiographiques perfectionnés (technique de Monaldi). En résumé, il faut s'en tenir aux grandes directives de Sauerbruch qui sont les suivantes:

1. Transformer tout pneumothorax ouvert en pneumothorax fermé.
2. Eviter toute hyperpression intrapleurale et tout «ventilpneumothorax».



3. Ponctionner ou drainer chaque haemothorax ou exsudat en surpression ou infecté.

Ce sera le devoir le plus important et le plus utile que doit accomplir un chirurgien sur le front depuis la zone de combat jusque dans les lazarets de l'arrière, quand il sera en présence d'un blessé de la cage thoracique.

Les plaies articulaires

Par le Cap. *Frank Wassmer*

Les plaies articulaires constituent un chapitre à part de la chirurgie de guerre; elles demandent un traitement différent de celui des plaies en général. Une articulation infectée se défend beaucoup mieux en milieu fermé que lorsqu'elle est largement ouverte. Nous essaierons toujours de suturer la capsule articulaire et de lui permettre ainsi de constituer son auto-défense.

Nous distinguons deux grands groupes:

1. La plaie traversante, avec ou sans fracture articulaire.
2. La plaie borgne, avec projectile dans l'articulation, accompagné ou non de lésions osseuses.

1. Plaie traversant une articulation.

Un certain nombre de ces blessés guérissent spontanément, si l'on prend la précaution d'immobiliser l'articulation dans un grand plâtre et d'instituer un traitement per os de sulfamidés à haute dose pendant plusieurs jours.