

PLAIES

Lésions plus ou moins importantes de la peau.
Les facteurs de gravité sont les suivants :

- *l'étendue et la profondeur* : une plaie profonde va au-delà du tissu cellulaire sous-cutané et peut atteindre des organes nobles tels que les nerfs, les vaisseaux, les muscles et les viscères.
- *la présence de corps étrangers* (morceaux de verre, fragments d'objets métalliques etc.).
- *la présence de tissu écrasé* (plaie contuse) ou d'autres lésions anatomiques (os, articulations, etc.).
- *l'infection manifeste*, par exemple par de la terre.
- *l'emplacement* : une plaie, même petite peut être grave en raison de son siège (œil, face, main, orifices naturels).

CONDUITE A TENIR EN PRÉSENCE D'UNE PLAIE	
Se désinfecter soigneusement les mains en les lavant au savon de Marseille (avec brossage des ongles), puis en les passant à l'alcool afin d'éviter le plus possible la contamination bactérienne.	
PLAIE LÉGÈRE	Plaie grave
<ul style="list-style-type: none"> - Nettoyer la plaie et toute la région avoisinante en allant du centre vers la périphérie avec une compresse - et non avec du coton - imbibée d'un liquide antiseptique non coloré (par exemple un antiseptique mercuriel) - Couper les poils à ras - Enlever les corps étrangers superficiels visibles. S'il y a des corps étrangers profondément enfoncés il s'agit d'une plaie grave qui sera soignée par un médecin - Couper les morceaux de « peau morte » avec des ciseaux à bouts ronds - Si la plaie saigne : compresse imbibée d'eau oxygénée - Badigeonner avec une solution d'ammonium quaternaire - Ne pas employer d'antiseptiques agressifs tels que mercurochrome ou teinture d'iode 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre à nu la plaie en coupant ou en déchirant les vêtements - Placer un pansement stérile, à défaut un linge propre sur la plaie en la débordant largement. Le pansement sera plus ou moins compressif selon l'importance du saignement - Allonger la victime en position horizontale et la couvrir - La réconforter en attendant l'évacuation rapide vers un hôpital

PLAIE

● *le blessé n'est pas vacciné contre le tétanos* ou bien il s'agit d'un sujet fragile (diabétique par exemple).

Voir : *Plaie de l'abdomen, Plaies arsenicales, Plaie artérielle, Plaie de la face, Plaie du thorax*

PLAIE DE L'ABDOMEN

Tout blessé présentant une plaie de l'abdomen sera examiné en milieu hospitalier afin que soient posés le diagnostic de pénétration et le diagnostic lésionnel.

Ni le siège, ni la longueur de la plaie, ni la description de l'agent vulnérant ne permettent d'éliminer la pénétration ou a fortiori des lésions sous-jacentes.

Intervention du secouriste

Il faut :

● *Allonger la victime sur le dos*, en position horizontale, les genoux repliés.

Pour une petite plaie :

● *Poser une compresse large* et la fixer par du tissu adhésif ou une fronde à trois chefs.

Pour une plaie importante :

● *Ne pas tenter de rentrer l'intestin* si celui-ci sort de la plaie,
● *Ne pas placer sur la blessure des compresses mais un linge très propre*. Il sera fixé par un emballage triangulaire peu serré.

Des objets sont restés plantés dans la plaie :

● *Ne pas essayer de les extraire*.

Dans tous les cas il ne faut pas donner à boire au blessé. Celui-ci, enveloppé dans une couverture, sera évacué d'urgence vers un centre hospitalier.

Intervention du médecin sur les lieux de l'accident

Examen du blessé

1) *Interrogatoire*

2) Le premier objectif est le *dépistage d'un éventuel état de choc*. Celui-ci se traduit par des signes tels que :

- l'angoisse, la pâleur ainsi que la soif,
 - les sueurs et le refroidissement des extrémités,
 - une tension artérielle abaissée, pincée,
 - un pouls rapide, petit, filant,
- et doit être traité immédiatement.

b) *Bilan des lésions*

Examen de la plaie ou des plaies abdominales

Deux remarques préalables :

● *Il peut s'agir d'une plaie :*

— *pariétale,*

— *pénétrante* : elle traverse le péritoine pariétal et sa gravité dépend des atteintes intrapéritonéales.

● *On ne doit pas écarter la possibilité d'une atteinte abdominale* devant une plaie thoracique, lombaire, périnéale ou fessière.

On notera le siège, l'aspect de la plaie (franche ou — le plus souvent — contuse), si elle constitue l'issue d'un organe digestif (épiploon — cas le plus fréquent — ou anse intestinale) et s'il y a à son niveau évacuation de sang ou de liquide digestif.

Examen abdominal

On recherchera l'existence :

- d'une défense ou d'une contracture,
- d'une douleur à la décompression de l'abdomen (signe d'irritation péritonéale),
- d'une matité des flancs,
- de la disparition de la matité préhépatique.

On pratiquera systématiquement les touchers pelviens TR (et TV le cas échéant).

Examen général

Le but étant le dépistage des lésions associées, il comportera notamment un examen du thorax, toute plaie abdominale pouvant se compliquer d'une lésion thoracique.

Traitement sur les lieux de l'accident

Tout état de choc sera traité immédiatement :

- *Prélèvement sanguin pour groupage.*
- *Pose d'une voie d'abord veineuse.*
- *Mise en route d'une perfusion de solutés macromoléculaires.*

Le blessé sera évacué ensuite en milieu hospitalier (d'urgence s'il présente des signes d'hémorragie interne ou de péritonite). Il convient de rappeler que toute plaie abdominale — même minime — exige une hospitalisation pour exploration chirurgicale.

PLAIES ARSENICALES

Également appelées *pigeonneaux**, canaris, rossignols, choléras des doigts ou trous d'acide, ces plaies siègent d'ordinaire au bout des doigts (aux mains et aux pieds) mais l'ulcération peut aussi être localisée aux coins de la bouche.

Il s'agit de *plaies*, même superficielles, voire d'excoriations minimes *souillées d'arsenic blanc* et ne guérissant pas si elles sont négligées ou pansées à sec.

La plaie a tendance à se *creuser*, l'*ulcération* est rouge, recouverte d'une fine croûte; les bords, taillés à pic, sont entourés d'une *auréole cornée* de peau épaissie, grisâtre.

Traitement

- *Pansement précoce et occlusif* (si le sujet n'arrête pas son travail) de la moindre plaie ou écorchure.
- *Utilisation d'une pommade grasse* permettant à la plaie de suinter (la formation d'une croûte empêcherait l'évacuation du toxique qui exercerait son action caustique en profondeur) et d'éliminer l'anhydride arsénieux.

La guérison est obtenue en quatre jours en moyenne.

Remarque

Le port de *gants** et de *boîtes** assure une protection efficace contre les plaies arsenicales.

Voir : *Arsenic (intoxication chronique)*.

PLAIE ARTÉRIELLE

Une plaie artérielle est une *plaie pénétrante* intéressant une artère. L'hémorragie peut être ou non extériorisée.

Le diagnostic est aisé devant la plaie par objet coupant ou projectile. Elle peut être nette ou anfractueuse, elle se situe sur un axe vasculaire.

L'hémorragie peut s'extérioriser ou diffuser dans les espaces cellulaires en réalisant un énorme hématome qui peut être compressif.

Lorsque la lésion artérielle est consécutive à une fracture osseuse, le traitement est concomitant; il s'agit toujours d'une urgence chirurgicale.

L'*hémostase* provisoire s'effectue par compression localisée au niveau de la plaie artérielle, à l'aide d'un tampon de compresse appuyé ou d'une large bande élastique relativement serrée. Il faut que l'hémostase se fasse correctement sans arrêter toute la circulation sanguine. La *réanimation* sera poursuivie pendant le transport du blessé dans un service chirurgical. On doit connaître au plus vite *le groupe sanguin* de la victime car il faut beaucoup de sang.

Toute plaie pénétrant un axe vasculaire doit être explorée chirurgicalement. C'est ainsi que le chirurgien pourra réparer l'artère, la veine et restaurer le courant sanguin normal.

Voir : *Compression (Points de) Hémorragie*.

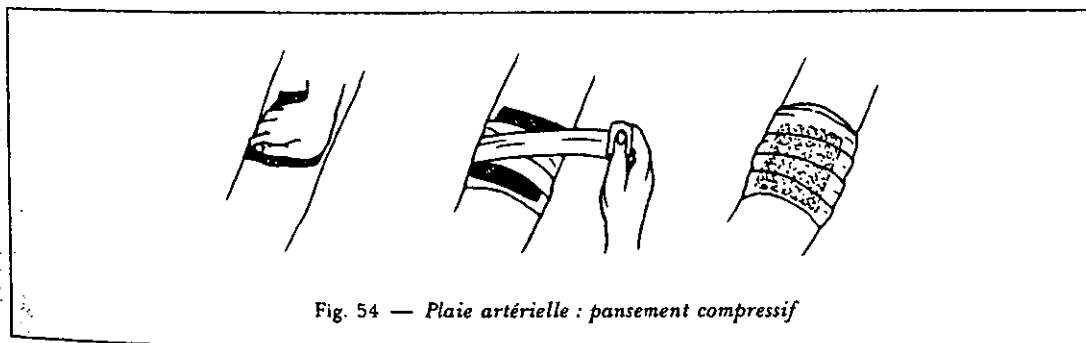


Fig. 54 — Plaie artérielle : pansement compressif

PLAIE DE LA FACE

Le saignement est généralement assez abondant; mais il cesse dans la très grande majorité des cas avec la pose d'un pansement compressif.

Le blessé, allongé en position latérale de sécurité sera rapidement évacué vers l'hôpital.

Intervention du médecin

Si le blessé présente une hémorragie faciale et/ou un encombrement respiratoire — deux syndromes susceptibles d'engager le pronostic vital —, on effectuera d'abord des gestes de sauvetage (dans le cas où un secouriste ne serait pas intervenu auparavant).

• **Pour l'hémorragie** : on tamponnera la plaie avec des compresses. Le recours à la compression directe, au doigt, du vaisseau lésé ou d'une artère plus importante (temporale ou faciale) restera exceptionnel.

• **Pour l'encombrement respiratoire**, dû en règle générale à l'inhalation de sang, de fragments de dents ou de prothèse, d'aliments : il suffira, le plus souvent, de *nettoyer l'oropharynx* et de mettre le blessé en *position latérale de sécurité*. Cependant, l'intubation trachéale est parfois nécessaire en cas d'obstruction traumatique des cavités orales, nasales ou pharyngées liée par exemple à :

- une disjonction cranio-faciale très déplacée (il y a contact entre le voile et la paroi pharyngée);
- Un œdème ou un hématome de la langue, du plancher buccal auquel peut s'ajouter éventuellement une luxation de la cloison nasale.

• **L'intervention comportera également la pose d'un mini-cathéter** dans une grosse veine périphérique et la mise en place d'une perfusion de solutés macromoléculaires. Quant aux plaies elles-mêmes, elles posent généralement des problèmes complexes (du point de vue fonctionnel et surtout esthétique). C'est donc à un chirurgien qu'incombe leur réparation.

PLAIES DU THORAX

Il peut s'agir d'une *plaie* :

- *pariétale*
- *pleuro-pulmonaire* pouvant s'accompagner d'un hémato et d'un pneumothorax avec défaillance cardiorespiratoire.

- *du cœur, des gros vaisseaux, de la trachée.*

Parfois il s'agira d'une *plaie « soufflante »* : à chaque expiration, des bulles d'air venues du poumon se dégagent de la plaie.

Bilan clinique

Il doit être pratiqué dès que possible et il portera sur :

• **Les troubles ventilatoires** : dans les cas très graves on observe un état asphyxique.

• **La traumatopnée** : lorsque la plaie est importante, on constate fréquemment qu'elle souffle à l'expiration et qu'elle aspire à l'inspiration.

• **Les troubles cardio-vasculaires** : état de choc.

Traitement

Dans tous les cas il faut :

• **Allonger le blessé** en position mi-assise ou couchée sur le côté blessé et tête haute (étendue, tête basse, il risquerait l'asphyxie).

• **Obturer hermétiquement la plaie** (Fig. 51) par plusieurs épaisseurs de grandes compresses fixées à l'aide d'une bande élastique ou de tissu adhésif (ou à défaut, utiliser un linge propre maintenu par une fronde à trois chefs).

• **Ne rien lui donner à boire.**

Si le tableau clinique l'exige, on mettra en route un traitement d'urgence :

• **Aspiration pharyngée, oxygénothérapie au masque.**

• **Intubation trachéale, aspiration trachéo-bronchique.**

• **Mise sous ventilation assistée avec de l'oxygène pur.**

• **Perfusion de solutés macromoléculaires** après prise de sang pour groupage et pose d'une voie d'abord veineuse (Voir : *Veine : abord veineux d'urgence*).

• **S'il existe une plaie soufflante** due à une brèche pariétale, celle-ci peut être obstruée de façon simple par application d'une poche de colostomie dont le diamètre est éventuellement agrandi aux dimensions de la plaie : par un des angles de la

poche on introduit sur quelques centimètres un drain pleural ou, à défaut, une simple tubulure de perfusion reliée à un système antiretour.

L'étanchéité au niveau de l'orifice d'entrée du drain est réalisée par n'importe quel fil solide enserrant l'angle de la poche sur le drain.

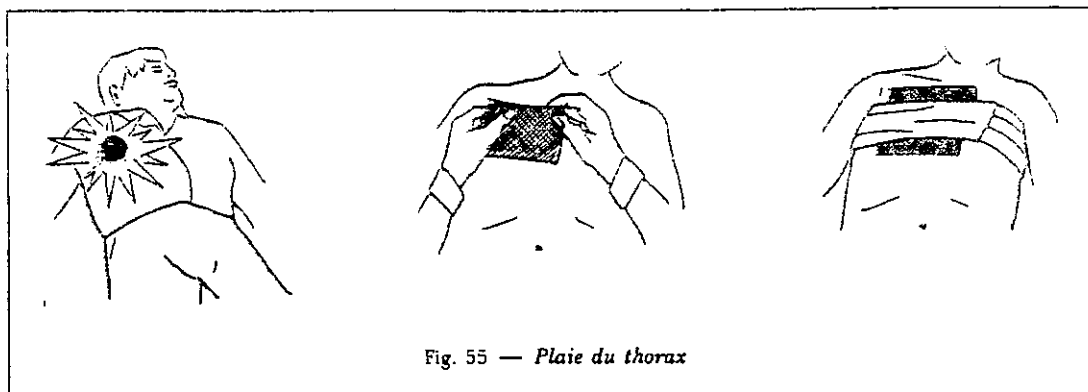


Fig. 55 — *Plaie du thorax*