

CINQUIÈME SECTION

AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA POITRINE

Les affections chirurgicales de la poitrine consistent le plus souvent en traumatismes; cependant on y rencontre aussi des affections inflammatoires et quelques lésions organiques propres à la région. A la poitrine est en quelque sorte annexé l'appareil de la lactation, dont les maladies jouent en chirurgie un rôle prépondérant et doivent faire l'objet d'un chapitre spécial. Nous adopterons cet ordre dans notre étude.

1° TRAUMATISMES DE LA POITRINE.

Les traumatismes de la poitrine consistent en contusions, plaies, fractures et luxations.

A. Contusions de la poitrine. — Une contusion de la poitrine se présente dans des conditions bien différentes suivant qu'elle intéresse la paroi thoracique seule ou bien en même temps les viscères qui s'y trouvent contenus et en particulier le poumon.

Dans le premier cas, le blessé se plaint d'une douleur diffuse et d'une gêne plus ou moins grande de la respiration. Il n'existe aucun phénomène thoracique proprement dit, et votre premier soin doit être de vous assurer s'il n'y a pas de fracture de côte (j'indiquerai plus loin comment il convient de procéder pour

acquérir cette notion). L'état général n'est pas sensiblement modifié.

Dans le second cas, le blessé se trouve dans un grand état de prostration; son facies est altéré; la respiration est anxieuse et il rend des crachats sanglants. Quelquefois vous constatez de l'emphysème à la racine du cou.

Le poumon a donc manifestement subi une déchirure. Il est assez difficile d'en comprendre le mécanisme à la suite d'une contusion du thorax, mais c'est un fait. Le blessé a sans doute été frappé pendant un mouvement d'inspiration; les côtes ont fléchi sous la pression sans se rompre et le parenchyme pulmonaire pressé des deux côtés s'est déchiré. Cet accident se rencontre seulement chez les sujets dont les côtes ont conservé une certaine élasticité. On conçoit que si la déchirure est profonde et étendue, il puisse se développer un pneumo et un hémio-thorax, accidents dont nous parlerons dans le paragraphe suivant.

La contusion de la poitrine, même compliquée de la blessure du poumon présente en général peu de gravité. Condamnez le malade à un repos complet au lit; appliquez, à plusieurs reprises s'il le faut, des ventouses scarifiées et immobilisez le thorax avec un bandage de corps.

B. Plaies de poitrine. — Les plaies de poitrine sont le résultat d'un coup d'épée dans un duel, d'un coup de couteau ou d'un instrument quelconque dans un but de suicide, ou d'une arme à feu. On les rencontre très fréquemment dans la pratique. D'autres plaies plus rares, observées de préférence dans les campagnes, proviennent d'un coup de corne d'animal.

La principale préoccupation du praticien en présence d'une plaie de poitrine doit être celle-ci: est-elle limitée à la paroi thoracique, a-t-elle intéressé l'un des organes contenus dans la poitrine?

En raison de la pénétration réciproque des cavités thoracique et abdominale qui s'emboîtent en quelque sorte l'une dans l'autre, on doit aussi se demander lorsque la plaie siège vers la base du thorax, si l'un des viscères abdominaux n'a pas été atteint en même temps que le poumon.

Une plaie de poitrine soulève donc en général un certain nombre de problèmes très importants et dont la solution exige une con-

naissance approfondie des rapports anatomiques. J'ai cru devoir, pour faciliter cette étude, représenter la figure 83.

Lorsqu'une plaie de poitrine est limitée à la paroi, ce dont on s'assure en constatant l'absence des signes que j'indiquerai plus loin, elle ne présente d'autre intérêt que les plaies en général et demande le même traitement. Inutile d'y insister.

Occupons-nous donc des plaies dites *pénétrantes*.

Supposons d'abord que la plaie siège en pleine région thoracique, et que toute communication avec la cavité abdominale doive être écartée d'emblée.

Le thorax renferme un certain nombre d'organes situés si profondément qu'ils sont très rarement atteints, ainsi par exemple le canal thoracique, l'œsophage. J'en dirai autant des nerfs pneumogastriques, de l'aorte thoracique. On doit d'ailleurs, au point de vue clinique diviser les plaies pénétrantes de poitrine en celles qui tuent immédiatement le sujet ou sont incompatibles avec l'existence, et celles qui permettent de vivre.

Les premières rentrent en quelque sorte dans le cadre de l'anatomie pathologique, et nous n'avons pas à nous en occuper ici; c'est en particulier le cas de la blessure des gros vaisseaux : veines caves, aorte, artères pulmonaires. Le praticien arrive en général pour constater le décès ou tout au moins est-il impuissant à combattre les accidents qui ne tardent pas à entraîner la mort.

Supposons en effet, une hémorrhagie abondante dans la poitrine, est-il possible d'y porter remède d'une façon directe? non assurément. Savez-vous seulement d'où vient le sang? La seule chance de salut pour le blessé est la production d'un caillot: or si vous ouvrez la poitrine pour enlever le sang épanché, vous diminuez sans doute la compression exercée sur le cœur et le poumon, mais n'allez-vous pas aussi favoriser la production d'une nouvelle hémorrhagie et amener très probablement une mort immédiate?

Comportez-vous donc comme dans les cas d'hémoptysie foudroyante, employez la glace, les ventouses sèches, les ventouses Junod sur les membres inférieurs, la digitale à l'intérieur, et recommandez l'immobilité la plus complète.

Il est vrai que des artères d'un moindre volume, telles qu'une intercostale ou la mammaire interne pourraient être seules

blessées : mais ces cas, que je n'ai jamais rencontrés pour mon compte, sont assez exceptionnels pour n'avoir pas à préoccuper beaucoup le praticien. D'ailleurs le meilleur traitement consisterait à agrandir la plaie, s'il était nécessaire, et à saisir le vaisseau avec une pince hémostatique laissée en place durant vingt-quatre heures.

Les organes presque toujours intéressés dans une plaie pénétrante de poitrine sont : en première ligne le poumon et en seconde ligne le cœur.

Une *plaie du poumon* se reconnaît en général facilement, car il se produit tout de suite de l'emphysème sous-cutané et le malade crache du sang; ce second signe est toutefois moins constant que le premier. Si la plaie est très étroite, ce peuvent être les seuls signes d'une blessure pulmonaire, mais, si la plaie est plus large, l'air mélangé à du sang spumeux entre et sort avec bruit de la poitrine à chaque mouvement respiratoire. Il se pourrait alors que l'air contenu dans la plèvre provint de l'extérieur sans blessure du poumon, mais ce cas est très exceptionnel.

L'air renfermé dans le poumon s'épanche parfois dans la plèvre (pneumo-thorax); le sang peut également s'y déposer (hémothorax) : accidents dont nous nous occuperons plus loin à propos des fractures de côte. Il existe alors une dyspnée plus ou moins intense.

Ne recourez jamais au stylet pour établir le diagnostic. Cette exploration n'apprend rien que vous ne sachiez à l'aide des signes précédents, et elle peut être fort nuisible. Même lorsqu'il s'agit d'une balle, ne la recherchez pas directement dans la plaie, restez plutôt dans le doute sur son siège exact. S'il n'existe ni emphysème ni crachement de sang, le poumon n'est très vraisemblablement pas atteint, et, si vous ne constatez qu'un-orifice, la balle est sans doute dans la paroi du thorax. Explorez alors minutieusement avec la main les divers points de la cage thoracique, et peut-être trouverez-vous le projectile dans un point quelconque, quelquefois très éloigné du trou d'entrée, la balle ayant glissé sur une côte.

Les plaies du poumon peu étendues, c'est-à-dire celles que nous observons journellement dans la pratique, ne sont pas graves; une plaie de poitrine dont la mort n'est pas la conséquence immé-

diatè (la mort résulte en général de la blessure des gros vaisseaux) guérit presque toujours, même avec la présence d'un corps étranger.

Le traitement en est d'ailleurs des plus simples : occlusion de la plaie, de préférence avec le collodion iodoformé; bandage de corps; immobilité absolue; diète presque complète; boissons glacées; ventouses sèches ou scarifiées en cas de dyspnée.

Lorsqu'une plaie de poitrine est large, une portion du poumon peut s'y engager et faire hernie. La *hernie du poumon* est un accident rare et dont le mécanisme est assez difficile à comprendre, car en général le poumon, loin de s'échapper au dehors lorsque la plèvre est ouverte, se rétracte aussitôt sur son hile dans la gouttière vertébrale. Comme nous l'avons dit à propos de la contusion, le blessé est très probablement surpris dans un mouvement d'inspiration pendant que la glotte est fermée pour produire un effort.

Le poumon forme alors dans la plaie une tumeur plus ou moins volumineuse, en général pédiculée, molle, élastique, dont les caractères extérieurs, en un mot, rappellent ceux du tissu pulmonaire, si toutefois on l'observe très peu de temps après l'accident. Le diagnostic ne présente alors aucune difficulté, pour peu que l'on songe à la possibilité de cette blessure. Mais bientôt le tissu se congestionne, s'enflamme, change d'aspect et de consistance, devient grisâtre, noirâtre, se sphacèle et finit par se détacher. On conçoit qu'à cette seconde période le diagnostic puisse devenir obscur.

Faut-il réduire une hernie du poumon? Lorsqu'on arrive au moment même de l'accident et que la portion herniée présente tous les caractères normaux de l'organe, on doit éprouver une forte tentation de la réintégrer dans la cavité thoracique, même au prix d'un léger débridement : cependant, d'après M. Cauvy, il serait infiniment préférable de l'abandonner dans la plaie et d'en attendre l'élimination spontanée par sphacèle. Si le poumon avait déjà subi depuis quelques heures le contact de l'air, c'est sans nul doute la conduite de M. Cauvy qu'il faudrait imiter.

Lorsqu'un sujet est atteint d'une large blessure du cœur intéressant les cavités, il se produit *immédiatement* une hémor-

rhagie mortelle. Si le sang sort en moindre abondance, il s'épanche dans le péricarde, détermine peu à peu la compression de l'organe et provoque dans les instants qui suivent l'accident une syncope mortelle. La clinique n'a donc rien à faire dans ces cas.

Mais il ne faut pas croire qu'il en soit de même pour toutes les plaies du cœur; cet organe tolère même si bien l'action et la présence des corps étrangers, que le diagnostic en est le plus souvent fort difficile, et je ne parle pas ici des corps très fins, comme des aiguilles, par exemple, qui ne laissent de leur passage aucune espèce de trace. J'ai rapporté l'histoire (et la pièce est au musée de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux) d'un aliéné qui, s'étant introduit dans le cœur une tige de fer, longue de 16 centimètres, vécut pendant une année sans que rien pût en faire supposer la présence; il succomba à la suite d'une autre affection après avoir fait une seconde tentative de suicide en se coupant le cou. Les accidents du côté du cœur étaient tellement nuls que le chef de service qui m'avait succédé à Bicêtre mettait mon diagnostic fortement en doute.

Autre exemple : Une femme avait reçu deux balles dans la poitrine et fut amenée dans mon service à l'hôpital Lariboisière. Survinrent des accidents de suffocation pour lesquels j'appelai mon collègue M. Siredey. L'auscultation démontra une lésion pulmonaire, mais une absence complète de signes du côté du cœur. Cette femme vécut dix-huit jours. L'une des balles reposait sur la face supérieure du diaphragme et avait déterminé la mort; l'autre était à nu dans le ventricule gauche. Elle occupait la paroi postérieure de cette cavité, entourée d'une sorte de nid de fibrine. Je montrai la pièce à mes collègues de la Société de chirurgie, et il fut impossible de trouver à la surface du cœur les traces du passage de la balle, tant la cicatrisation s'était faite rapidement.

En présence d'un sujet atteint de plaie de poitrine, il est donc fort difficile de dire si le cœur est blessé. Le siège de la blessure au côté gauche du sternum, entre la deuxième et la cinquième côtes, constitue sans doute une présomption, mais est loin de fournir une certitude. Tenez compte, à cet égard, de la direction du corps vulnérant. Très souvent les plaies de la région précordiale, qu'elles soient produites par un instrument piquant, tranchant, ou

par une arme à feu, sont le résultat d'une tentative de suicide. Or la plupart des malheureux cherchant de la main gauche la place où bat le cœur se frappent de la main droite : il en résulte que l'arme est à peu près toujours dirigée obliquement de droite à gauche et que le projectile s'engage plutôt dans le poumon gauche.

Bien qu'on ait constaté la blessure du cœur sans lésion du péricarde, celui-ci ayant été simplement refoulé par la pression (comme la paroi abdominale, dans les contusions de l'intestin), ces faits sont exceptionnels, et l'enveloppe du cœur est en général intéressée en même temps que le cœur ; il est possible même que le péricarde seul soit atteint, mais on ne peut le reconnaître sur le vivant. Toutefois, nous pouvons toujours savoir s'il existe un épanchement dans le péricarde, car l'*hémopéricarde* donne lieu aux mêmes signes cliniques que l'hydropisie ordinaire de ce sac fibro-séreux : matité plus étendue, éloignement des bruits du cœur, etc.

Entend-on des bruits spéciaux pouvant révéler une blessure du cœur ? Je ne le crois pas, d'après ce que je viens de dire de mes deux malades. Cependant Morel-Lavallée signala jadis un signe particulier qu'il importe de rappeler ici.

Le cœur est en grande partie recouvert par le bord antérieur du poumon gauche, et nous savons que la face interne de ce dernier organe reçoit le cœur dans une sorte d'excavation désignée sous le nom de *lit du cœur*. Le poumon gauche est donc très souvent traversé avant que le corps étranger ne pénètre à travers le péricarde jusqu'au cœur. L'air s'infiltré dans la paroi thoracique ; il existe de l'emphysème sous-cutané ; l'air peut aussi s'épancher dans le péricarde et se mélanger au sang, d'où résulte la production d'un hémopneumo-péricarde. Or le cœur s'agitant dans ce milieu produit un bruit de clapotement spécial que Morel-Lavallée appela *bruit de moulin*.

Ce bruit existe sans aucun doute à la suite de certaines plaies de la région précordiale, et sa valeur clinique est réelle, puisqu'il indique une plaie pénétrante avec blessure du poumon. Mais prouve-t-il que le cœur ou au moins le péricarde ont été en même temps intéressés ? je ne le crois pas ; je pense même que le siège du phénomène est le plus souvent en dehors du péricarde, ainsi que je l'ai observé sur des blessés qui servirent de base au travail de

M. Reynier alors mon interne. Entre le péricarde et la face interne du poumon gauche existe une véritable cavité virtuelle que j'ai désignée dans mon *Traité d'anatomie topographique* sous le nom de *cavité pneumo-péricardique*. C'est, à mon avis, dans cette cavité que s'épanchent et l'air et le sang agités et battus par les mouvements du cœur. Je ne puis fournir à cet égard de preuve anatomo-pathologique, mes blessés ayant guéri, mais les preuves cliniques me paraissent suffisantes pour entraîner la conviction : le champ de la matité précordiale n'était pas plus étendu ; les battements du cœur étaient très superficiels et éclatants, au lieu d'être lointains et voilés ; l'attitude assise ou couchée du malade déterminait dans la nature du bruit des modifications incompréhensibles avec le siège péricardique du phénomène ; l'épanchement étant en voie de résolution, le bruit n'était plus perçu que dans l'attitude assise.

Si j'insiste sur le siège exact du bruit de moulin, c'est que son importance pronostique est beaucoup moindre dans mon hypothèse que dans celle de Morel-Lavallée.

Le traitement des plaies du cœur se réduit à l'occlusion de la plaie, à l'immobilité absolue, à l'emploi de la digitale. Il ne me paraît pas plus rationnel d'ouvrir le péricarde que d'ouvrir la plèvre dans les cas d'épanchement sanguin, d'épanchement primitif, bien entendu.

Si dans les jours qui suivent l'accident survenaient des signes de péricardite avec épanchement menaçant l'existence, sans nul doute une ponction serait indiquée.

Vous êtes appelé auprès d'un blessé qui a reçu ou s'est introduit un corps étranger dans le cœur ; le corps y est implanté, vous le voyez battre à la surface du thorax ; vous le sentez avec les doigts à travers la peau : que faire ? — devez-vous l'enlever ou le laisser en place ?

La question est embarrassante.

Si l'on ne doit en effet jamais aller dans le cœur à la recherche d'un objet que l'on ne sent pas, il paraît bien indiqué *à priori* d'extraire ceux que l'on sent et dont l'extraction est des plus faciles. C'était le cas de mon blessé de Bicêtre, chez lequel je sentais et voyais la tige de fer soulever la peau à chaque contraction cardiaque, et cependant je ne me décidai pas à l'enlever.