

A quoi expose effectivement l'extraction d'un corps étranger du cœur, surtout s'il est assez volumineux? elle expose à une hémorragie instantanément mortelle, si le corps fait office de bouchon, ce qui est probable. Et d'autre part nous avons vu que le cœur est un organe très tolérant pour le séjour des corps étrangers. Donc, à moins de conditions tout à fait particulières de volume et de

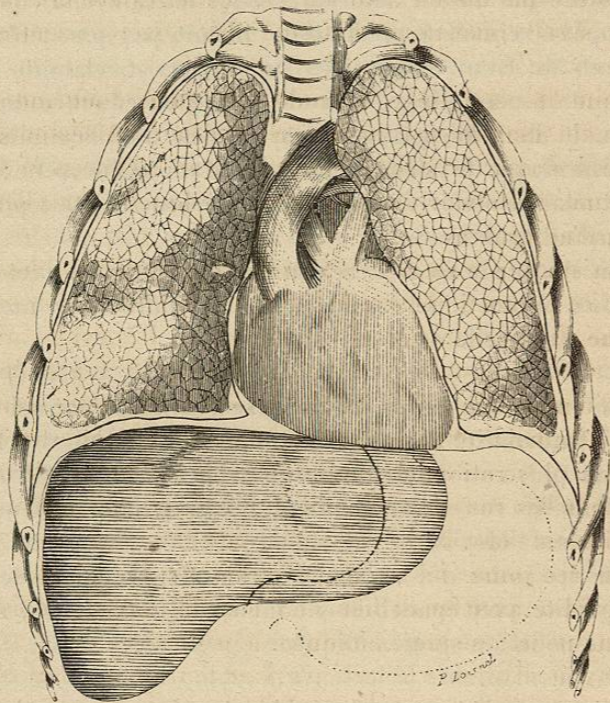


Fig. 83. — Figure représentant les rapports respectifs de la cavité thoracique et de la cavité abdominale.

forme, il est indiqué d'abandonner les corps étrangers dans le cœur plutôt que d'en faire l'extraction.

Je suppose maintenant une plaie siégeant au voisinage de la base du thorax; les dispositions anatomiques sont telles qu'il en peut résulter des désordres très complexes.

A partir de la cinquième et de la sixième côte, la plaie peut être pénétrante à la fois de la poitrine et de l'abdomen. Tout à fait aux

limites de la région (voyez fig. 83) les deux plèvres costale et diaphragmatique s'adossent et constituent le sinus pleuro-diaphragmatique mesurant plusieurs centimètres de hauteur que remplit, non complètement cependant, le poumon pendant l'inspiration. Il en résulte ce fait utile à connaître au point de vue du diagnostic : une plaie de poitrine peut être pénétrante, intéresser le diaphragme et les viscères abdominaux, sans que le poumon soit blessé, sans qu'il existe par conséquent d'emphysème sous-cutané, signe révélateur habituel des plaies pénétrantes de poitrine.

Lorsque la plaie siège à droite, elle peut donc intéresser le poumon, le diaphragme et le foie. On saisit aisément l'importance pronostique de cette complication, car, à l'encontre des plaies de poitrine, les plaies de l'abdomen présentent par elles-mêmes une extrême gravité.

Si elle siège à gauche, en même temps que la blessure des plèvres, du poumon et du diaphragme, on peut observer celle de l'estomac, du colon transverse ou de la rate. Il survient même parfois un accident singulier : c'est une hernie du grand épiploon à travers l'espace intercostal ouvert, et il faut prendre garde alors de la confondre avec la hernie du poumon dont nous avons parlé plus haut, ce qu'un examen attentif de la couleur et de la consistance permettra toujours d'éviter. Il n'y aurait pas grand inconvénient à laisser l'épiploon se mortifier dans la plaie; c'était même la conduite recommandée avant l'emploi de la méthode antiseptique, mais on peut aussi lier à sa base la partie herniée avec un fil de catgut, la réséquer et réduire le pédicule.

Je renvoie d'ailleurs le lecteur, pour le traitement de ces plaies de poitrine compliquées de pénétration dans la cavité abdominale, au traitement des plaies de l'abdomen.

C. Fractures du thorax. — Les fractures du thorax siègent sur le sternum et sur les côtes. Les premières sont si rares qu'elles méritent à peine une mention; les secondes au contraire très communes réclament toute l'attention du praticien.

1° Fractures du sternum. — Elles résultent d'une chute ou d'un coup porté directement sur cet os. J'en ai observé un cas produit par un coup de poing. La déformation de la région est le principal signe, car il ne faut guère compter sur la mobilité et la crépi-

tation; le fragment inférieur est enfoncé du côté de la poitrine. Jusqu'à Maisonneuve, on avait considéré à tort comme une fracture la luxation de la première pièce du sternum sur la seconde, que nous mentionnerons dans le paragraphe suivant.

L'immobilisation du thorax est en général le seul traitement à opposer aux fractures du sternum. Si un fragment était tellement déprimé qu'il occasionnât des accidents de compression, il serait indiqué de le relever.

2° *Fractures de côtes.* — Les fractures de côtes sont de toutes les fractures, celles que l'on rencontre le plus communément dans la pratique. Elles résultent à peu près constamment d'un choc direct, mais la fracture ne siège pas nécessairement dans le point où a porté le choc. Une forte pression, en effet, exercée dans le sens de l'axe antéro-postérieur du thorax, peut exagérer à ce point la courbure physiologique des côtes, que celles-ci se brisent, le plus souvent même en plusieurs endroits à la fois. La première côte, en raison de sa situation sous la clavicule, et les deux dernières, eu égard à leur mobilité, échappent le plus souvent au traumatisme dont sont atteintes de préférence les côtes moyennes.

En présence d'un sujet chez lequel vous soupçonnez une fracture de côte, après vous être enquis de la cause et du côté affecté, pressez légèrement sur les divers points du thorax et recherchez tout d'abord s'il existe de l'emphysème sous-cutané. Suivant que vous trouvez ou non de l'emphysème, vous faites immédiatement le départ entre la fracture simple et la fracture compliquée de déchirure du poumon. C'est déjà un grand pas dans la voie du diagnostic.

Si vous trouvez de l'emphysème, vous pouvez affirmer qu'il existe une fracture de côte dont nous étudierons plus loin les divers caractères cliniques.

Vous ne constatez pas d'emphysème: il faut alors résoudre cette question: Existe-t-il une fracture de côte ou bien est-ce une simple contusion du thorax?

Le signe pathognomonique de la fracture simple de côte est la crépitation. Celle-ci est tellement bruyante lorsqu'il y a fracas du thorax, que la simple application de la main permet de la percevoir, mais il est loin d'en être toujours ainsi. Il existe des fractures de côte incomplètes qui ne peuvent donner naissance à ce phénomène; ensuite les fragments sont souvent engrenés

l'un dans l'autre et frottent difficilement, surtout si le traumatisme est limité à une seule côte.

Quoi qu'il en soit, procédez de la manière suivante: appliquez à plat la main sur le point que vous supposez atteint et ordonnez au malade de tousser. Le mouvement que subit le thorax pendant l'expiration suffit en général à produire la crépitation, et le diagnostic est certain. Recherchez alors quelle est la côte fracturée. Plusieurs côtes sont-elles atteintes? sont-elles fracturées en plusieurs points de leur étendue? En même temps, en effet, qu'une fracture du tiers antérieur, on en trouve souvent une vers le tiers postérieur, en avant de l'angle des côtes. La fracture porte-t-elle sur un cartilage costal? le trait de la fracture étant très net dans ce dernier cas, et non denté, les fragments ont plus de tendance à s'abandonner, et on observe une déformation constituée par la saillie de l'un deux, sans compter que le siège au voisinage du sternum vous renseigne encore à cet égard.

La crépitation est donc un signe certain de fracture, mais celle-ci peut exister sans qu'il y ait de crépitation. C'est alors dans les caractères de la douleur qu'il faut rechercher les éléments du diagnostic. Le blessé souffre quand il respire un peu fortement et surtout quand il tousse, chaque fois, en un mot, qu'il imprime des mouvements aux fragments. La douleur est beaucoup plus vive lorsqu'il y a fracture que dans la contusion simple; c'est plutôt de la gêne qu'éprouve le malade dans ce dernier cas et non cette douleur brusque, subite, qui lui arrache un cri. Un praticien exercé ne s'y trompe pas.

Non seulement la douleur est brusque et violente, mais elle est encore localisée. Le blessé porte constamment la main sur le point douloureux: C'est là, dit-il, que je souffre. Si vous explorez vous-même par une légère pression, vous constatez en effet que la douleur existe seulement en cet endroit. Or j'ai déjà formulé, et je répéterai plusieurs fois encore sans doute dans le cours de cet ouvrage, l'axiome suivant: Toutes les fois que sur le trajet d'un os existe un foyer de douleur vive et localisée, alors que ce point n'a subi aucun traumatisme direct, il y a fracture.

Pour ne pas souffrir, le malade immobilise le plus possible son thorax et se sert principalement du diaphragme pour respirer. En outre, il m'a semblé souvent que pendant l'expiration forcée, au moment de la toux, par exemple, le blessé parvenait à immo-

biliser presque le côté blessé, ce que l'on constate en appliquant successivement la main sur les deux côtés de la poitrine.

Comme traitement, appliquez immédiatement un bandage de corps. Un bandage de toile ne suffit pas, il ne soulage que très peu le malade. Servez-vous d'un large bandage en diachylon, occupant toute la hauteur de la poitrine et suffisamment serré pour s'opposer au mouvement des côtes. Les douleurs disparaissent presque aussitôt. Après quelques jours de repos au lit ou seulement à la chambre, le blessé pourra sortir et même reprendre une partie de ses occupations.

L'exploration de la paroi thoracique nous a révélé l'existence d'un emphysème sous-cutané : donc il existe une fracture de côte avec déchirure du poumon.

Le blessé a-t-il craché du sang au moment de l'accident, en crache-t-il encore, c'est un signe confirmatif de la lésion, mais beaucoup moins important que l'emphysème; il manque souvent, lorsque le poumon n'est qu'éraflé; de plus, le crachement de sang s'observe dans la contusion du poumon sans fracture.

Au moment où le blessé est soumis au traumatisme, son appareil pleuro-pulmonaire est susceptible de présenter deux états différents; par suite de pleurésies antérieures, les deux plèvres pariétale et viscérale adhèrent entre elles au niveau du point fracturé, il n'existe plus alors de cavité pleurale, ou bien les feuillets glissent librement l'un sur l'autre sans aucune adhérence les reliant entre eux.

Dans le premier cas, ni l'air ni le sang ne peuvent s'accumuler dans la cavité des plèvres, puisqu'elle n'existe pas, mais, par contre, les conditions anatomiques sont des plus favorables à la production de l'emphysème sous-cutané. Ces conditions augmentent encore, si un fragment de côte est engagé dans le poumon et maintient ouverte la plaie pulmonaire; le fragment se détache d'autant plus difficilement de l'organe que celui-ci, étant retenu appliqué à la paroi thoracique par les adhérences, ne peut mettre en jeu son élasticité. C'est alors que l'on observe ces énormes emphysèmes pouvant devenir par eux-mêmes une complication sérieuse, tandis qu'en général cette affection ne présente aucune gravité. L'air épanché disparaît en effet très rapidement, s'il n'est remplacé par de l'air nouvellement infiltré. L'emphysème

peut gagner tout le tronc, la face, et nécessiter des scarifications.

Dans le second cas, quand il n'existe pas d'adhérences pleurales, en même temps que l'air s'infiltré dans les couches sous-cutanées il s'épanche dans la cavité pleurale et produit le *pneumo-thorax*. Quelques auteurs ont prétendu que l'emphysème et le pneumothorax ne pouvaient coïncider sur le même sujet, mais c'est là une pure vue de l'esprit qui ne résiste pas à l'examen des faits.

J'ai à peine besoin de dire que l'emphysème se reconnaît à une sensation spéciale de crépitation fournie par la pression des doigts sur les bulles d'air. Il suffit de l'avoir sentie une seule fois pour ne pas la confondre avec la crépitation sanguine, encore moins avec la crépitation osseuse.

Le pneumo-thorax se révèle à la percussion par la production d'une sonorité exagérée du côté blessé comparé au côté sain.

En même temps que de l'air il s'épanche toujours dans la plèvre une certaine quantité de sang, ce qui constitue l'*hémotothorax*. Le sang se prend en caillot, mais il détermine tout de suite une hypersécrétion de la plèvre : aussi trouve-t-on dans cette cavité une quantité plus ou moins abondante de sérosité sanguinolente.

Dans une fracture de côte accompagnée de déchirure du poumon, si les adhérences n'existaient pas antérieurement à ce niveau, il se produit donc toujours, indépendamment de l'emphysème sous-cutané, un hémopneumo-thorax. On trouve de la matité vers la base de la poitrine et de la sonorité exagérée au-dessus.

Il est exceptionnel que l'épanchement séro-sanguinolent prenne des proportions inquiétantes, et généralement il se résorbe peu à peu; cependant il est possible qu'il augmente au point de gêner la respiration et de provoquer des phénomènes de suffocation. Or, en parlant plus haut des épanchements sanguins primitifs de la plèvre, j'ai dit que l'ouverture de la poitrine par une ponction ou une incision me semblait plus nuisible qu'utile, mais ce n'est pas ici le même cas. Il ne s'agit plus de la blessure d'un gros vaisseau, mais d'un épanchement produit par l'irritation de la plèvre : aussi faut-il se comporter comme dans une pleurésie ordinaire; toutefois l'indication de la thoracentèse dans ces circonstances doit être

bien rare, puisque je ne l'ai pas rencontrée une seule fois parmi les très nombreux cas que j'ai observés.

Une fracture compliquée de côtes s'accompagne donc des signes que nous avons attribués à la fracture simple et de ceux qui résultent de la production de l'emphysème et de l'hémo-pneumo-thorax. La gêne respiratoire est très intense; la physionomie du blessé exprime une profonde angoisse. On serait autorisé à craindre les conséquences les plus fâcheuses de cet accident, si l'expérience n'avait appris que les phénomènes généraux et locaux si intenses du début ne tardent pas à se calmer d'eux-mêmes et que la guérison est la règle presque absolue à la suite de ce traumatisme, même lorsqu'à l'épanchement de la plèvre s'ajoute la pneumonie traumatique.

Il est remarquable d'observer que le foyer de la fracture, bien qu'en contact avec l'air extérieur, ne suppure jamais, contrairement à ce qui a lieu, ou plutôt à ce qui avait lieu si souvent autrefois pour les autres fractures exposées: aussi a-t-on pensé à juste titre que le poumon jouait par rapport à l'air le rôle d'un filtre et le débarrassait des germes nuisibles qu'il contient.

Le traitement des fractures compliquées est à peu près le même que celui de la fracture simple, c'est-à-dire qu'un bon bandage de corps en diachylon est ce qui soulage le plus les malades; ajoutez-y, si la gêne de la respiration est trop intense, quelques ventouses scarifiées, au besoin une saignée du bras, et ne recourez à la thoracentèse qu'en cas d'asphyxie imminente.

La première pièce du sternum ne se soude que très tard et parfois même ne se soude jamais avec la seconde, aussi peut-elle se luxer à la suite d'une violente pression sur le thorax, ou bien indirectement par l'extension exagérée de la colonne vertébrale dans une chute en arrière, le dos portant sur un corps saillant. J'ai déjà dit que jusqu'à notre époque on avait considéré cette lésion comme une fracture. Le diagnostic saute aux yeux, puisque l'os fait sous la peau (c'est en général le fragment inférieur) une forte saillie à laquelle succède une profonde dépression.

Il faudrait tenter la réduction par des tractions sur les épaules combinées à une pression directe.

Il peut à la rigueur se produire une luxation des cartilages costaux sur le sternum.

Quant à la luxation des côtes à leur extrémité postérieure,

elle est rendue à peu près impossible par leur mode d'articulation.

2° AFFECTIONS INFLAMMATOIRES DE LA POITRINE.

On rencontre des abcès chauds et des abcès froids. Je m'occuperai également des collections purulentes de la plèvre, c'est-à-dire de l'empyème.

1° *Abcès chauds de la poitrine.* — La poitrine est le siège d'abcès phlegmoneux semblables à ceux des autres régions, et je n'en parlerais pas d'une façon spéciale, s'il n'existait une variété sur laquelle je désire attirer l'attention. Il s'agit de l'abcès siégeant au-dessous des muscles pectoraux, dans la paroi antérieure de l'aisselle, et dont l'étude est mieux placée à propos de la poitrine. J'y insiste d'autant plus qu'il n'est pas décrit par les auteurs.

Ces abcès reconnaissent pour cause un phlegmon sous-pectoral, et ce phlegmon a presque toujours lui-même pour origine une adénite: c'est donc au début un adéno-phlegmon.

Le point capital dans l'étude de ces abcès est le suivant: tantôt le pus siége derrière le grand pectoral; tantôt il siége derrière le petit pectoral. Or les signes, la marche, la terminaison et le pronostic de chacune de ces espèces, sont tout différents.

Lorsque le pus siége sous le grand pectoral, une couche fibromusculaire épaisse le sépare des côtes; il est en quelque sorte superficiel par rapport à la cage thoracique. Le pus se porte tantôt en haut et fait saillie dans le sillon qui sépare le grand pectoral du deltoïde; plus souvent il tend à se faire jour au niveau du bord inférieur du grand pectoral, et c'est en ce point qu'on lui donne, en général, issue. Le foyer est toujours limité, n'a pas de tendance à s'étendre au loin et guérit rapidement.

Il n'en est pas ainsi de l'abcès situé derrière le petit pectoral. Je rappelle que ce muscle est solidement rattaché à la clavicule par l'aponévrose du sous-clavier et qu'il repose directement sur les côtes et les espaces intercostaux.

Entre le muscle petit pectoral et la cage thoracique existe un espace rempli de tissu cellulaire très lâche, espace profond au niveau du creux sous-claviculaire où se trouvent les gros vaisseaux et nerfs sous-claviers. Bridé en bas par l'insertion costale du