

SECTION XXXIV.

MALADIES DU THORAX.

CHAPITRE I.

BLESSURES DU THORAX.

Les blessures du thorax sont pénétrantes ou non pénétrantes. Les premières comprennent toutes celles qui dépassent l'épaisseur des parois de la poitrine, que la plèvre soit ou non intéressée par l'agent vulnérant. Ainsi une blessure qui arrive dans le médiastin antérieur ou postérieur sans entamer la séreuse pulmonaire est considérée avec raison comme *pénétrante*. Une plaie est dite *non pénétrante* si elle ne va pas au delà des parties molles ou dures qui limitent la cavité thoracique.

§ I. Plaies non pénétrantes.

Ces plaies sont simples ou compliquées. Dans le premier cas, le traitement ne diffère pas de ce qui a été exposé (t. I, p. 15 et suiv.). Dans les blessures par instruments tranchants, tels que des sabres, les muscles larges qui s'étendent de la paroi pectorale au membre supérieur, grand pectoral, grand dorsal, peuvent être divisés dans une grande étendue, les bords de la solution s'écartent assez pour se cicatriser isolément et entraver plus tard les mouvements du membre supérieur. Pour prévenir cette terminaison fâcheuse, on rapproche le bras du tronc et on le maintient dans cette position au moyen d'un bandage. C'est dans les cas de ce genre que J.-L. Petit préconise la suture. Celle-ci convient plutôt pour les plaies à lambeaux. Une complication plus grave que la précédente est l'*hémorragie*. Le sang est généralement fourni par une des branches de l'artère axillaire, par l'artère axillaire elle-même. La lésion des artères intercostales ou des mammaires internes est rare dans les plaies non pénétrantes à cause des rapports intimes que présentent ces vaisseaux avec la plèvre. Les conséquences de l'hémorragie varient suivant que la blessure est produite par un instrument tranchant ou piquant. Dans le premier cas, si une des grosses branches de l'axillaire est ouverte près de son origine, et à plus forte raison, si l'artère axillaire elle-même est lésée, l'écoulement sanguin peut être assez abondant pour entraîner la mort. L'indication à remplir est de pratiquer la ligature du vaisseau lésé dans la plaie. Une blessure par instrument piquant aurait des conséquences immédiates

moins fâcheuses, parce que l'hémorragie s'arrête le plus souvent par la compression qu'exerce sur l'ouverture du vaisseau le sang qui s'en écoule et qui forme un épanchement plus ou moins vaste d'après la structure du tissu cellulaire de la région. Dans ces circonstances, il n'y a pas d'inconvénient à temporiser si l'épanchement sanguin est médiocre, la compression suffit le plus souvent; si au contraire l'épanchement est abondant, si le sang est infiltré dans les interstices des muscles, on fera une incision sur le point le plus saillant de la tumeur, pour enlever ensuite les caillots, chercher l'artère lésée et en pratiquer la ligature.

L'inflammation qui succède aux plaies non pénétrantes est combattue par le repos absolu du blessé, un régime sévère, des émissions sanguines locales ou générales. Les abcès qui succèdent parfois à ces phlegmasies doivent être ouverts de bonne heure pour éviter les fusées purulentes. Leur diagnostic offre parfois de sérieuses difficultés, quand ils sont situés profondément, quand ils se forment sous l'omoplate par exemple.

L'*emphysème* est une complication rare dans les plaies *non pénétrantes*. Boyer, sans nier absolument la possibilité de cet accident, pense qu'il se rattache presque toujours à des plaies *pénétrantes* dont l'obliquité a fait méconnaître la pénétration. Pour expliquer la production de l'emphysème en l'absence de communication du tissu cellulaire sous-cutané des parois de la poitrine avec les cellules bronchiques, on admet que, par suite d'un défaut de parallélisme de la surface et de la profondeur de la plaie des parois thoraciques, l'air s'insinue dans la blessure pendant l'inspiration qui fait écarter les lèvres de la plaie des parties molles et ne s'en dégage pas pendant l'expiration.

Il sera question plus tard des corps étrangers qui compliquent les plaies non pénétrantes de poitrine (voy. p. 545).

Blessures des parois thoraciques par armes à feu. Les projectiles lancés par la poudre à canon, qui bornent leurs effets aux parois du thorax, décrivent presque toujours dans l'épaisseur de ces parois un trajet parallèle à la circonférence de la cage osseuse. En effet, si un de ces projectiles arrivait perpendiculairement au plan de la paroi thoracique, il traverserait les parties molles de part en part et la blessure serait pénétrante, à moins que le projectile, n'étant à la fin de sa course, rencontre une des côtes ou le sternum. Lorsqu'une balle arrive dans une direction très-oblique sur les parois du thorax, elle chemine quelquefois dans le tissu cellulaire sous-cutané, en parcourant le cinquième et même le quart de la circonférence de la poitrine. Dans quelques cas, ainsi que je l'ai observé sur des blessés de février 1848, l'ouverture d'entrée et celle de sortie de la balle sont placées aux deux extrémités d'un des grands diamètres de la poitrine. La blessure a la forme d'un canal sous-cutané ou d'une gouttière; Dupuytren croit que cette dernière espèce de blessure guérit plus lentement que la première; que la cicatrisation pour les deux espèces se fait plus lentement qu'aux membres à cause des mouvements respiratoires du thorax.

Lorsque le projectile atteint l'une des côtes ou le sternum, l'os est fracturé; la blessure est alors bien plus grave, parce qu'il est rare qu'elle ne

soit pas suivie d'une inflammation de la plèvre ou du poumon; qu'en l'absence même de cette fâcheuse complication, la lésion osseuse entraîne la formation d'abcès et de fistules, et que la guérison ne s'obtient qu'après l'exfoliation des portions osseuses altérées.

Les indications à remplir sont conformes à ce qui a été exposé tome I, p. 65 et suivantes; si la présence du projectile est reconnue, on en pratique l'extraction, soit par l'ouverture d'entrée convenablement agrandie, soit en faisant une contre-ouverture. Si la balle est logée entre deux côtes, on dégage le projectile, en passant au-dessous de lui un crochet mousse, une forte spatule, un élévatoire; si elle est dans l'épaisseur du sternum, à une faible profondeur, on la dégage avec une spatule, un élévatoire, de fortes-pinces ou un tire-fond. Est-elle enfoncée plus profondément, on l'enlève avec la rondelle osseuse qui l'entoure au moyen d'une couronne de trépan. La gouge et le maillet trouvent aussi leur application dans quelques cas.

§ 2. Plaies pénétrantes.

Diagnostic de la pénétration. On attachait autrefois une grande importance à reconnaître si une blessure du thorax était limitée aux parois de cette cavité ou si elle arrivait dans l'intérieur de la poitrine. On a donné plusieurs signes pour différencier les deux genres de lésions :

(a) Lorsqu'une plaie est assez large pour être inspectée par la vue ou par le doigt, le diagnostic n'est pas douteux. Mais lorsqu'une blessure est faite par un instrument piquant, ces deux modes d'exploration n'ont plus de valeur.

(b) S'en tenir aux renseignements fournis par le blessé ou les assistants sur la direction suivant laquelle l'instrument est arrivé sur la poitrine, sur la longueur de la partie qui a été enfoncée dans la plaie, expose à des méprises, parce que ces renseignements sont le plus souvent trompeurs; qu'une épée, un fleuret peuvent pénétrer dans la poitrine alors même qu'une faible longueur de l'arme a été enfoncée dans les chairs; et que, d'un autre côté, plusieurs centimètres de l'arme peuvent avoir disparu au milieu des parties molles, sans arriver dans la poitrine, lorsque l'instrument a été enfoncé obliquement. Nous avons signalé le trajet parfois très-étendu des balles dans l'épaisseur des parois de la poitrine.

(c) On a préconisé le *cathétérisme* de la plaie avec un long stilet, appelé *sonde de poitrine*. C'est une pratique à rejeter, parce qu'elle expose le chirurgien à faire fausse route et à considérer comme non pénétrante une blessure pénétrante; que si on emploie la violence pour s'assurer du trajet de la plaie, on peut rendre pénétrante une blessure qui ne l'est pas; qu'enfin ces manœuvres peuvent, en déplaçant un caillot, renouveler une hémorragie grave.

Ce que nous venons de dire pour le cathétérisme s'applique aux *injections d'eau* pratiquées par la plaie. On pensait qu'en cas de blessure pénétrante, l'eau disparaîtrait rapidement en se portant dans la cavité pleurale;

qu'elle refluerait au contraire par la blessure extérieure en cas de plaie non pénétrante. Mais on comprend qu'avec une plaie pénétrante dont le trajet est oblique, le liquide aura beaucoup de peine à passer dans la plèvre; tandis qu'avec une blessure non pénétrante, l'eau pourra disparaître en s'infiltrant dans le tissu cellulaire sous-cutané.

(d) On a conseillé de présenter à la blessure la flamme d'une bougie et de faire accomplir au blessé de grands mouvements respiratoires. En cas de plaie *pénétrante*, la flamme devait être agitée par le passage du courant d'air extérieur dans la poitrine pendant l'inspiration, et par le retour de ce même courant d'air au dehors pendant l'expiration. Qui ne voit combien ce signe est illusoire, l'obliquité seule d'une plaie pénétrante s'opposant à l'entrée de l'air dans la poitrine pendant l'inspiration?

(e) L'*emphysème* des parois de la poitrine est un signe d'une grande valeur, puisqu'il existe rarement dans les plaies non pénétrantes.

(f) Le *crachement de sang* a aussi une certaine importance, parce qu'il indique une blessure du poumon et que cette dernière lésion implique l'existence d'une plaie pénétrante. Toutefois il faut reconnaître que l'hémoptysie peut exister sans la pénétration, lorsque le poumon a été contus médiatement; et que, d'un autre côté, le crachement de sang n'existe pas toujours avec une blessure du poumon.

Il résulte de la discussion précédente que, dans le plus grand nombre de cas, il est difficile de distinguer une plaie pénétrante de celle qui ne l'est pas. Ce qu'il est plus important de rechercher, c'est de savoir si une blessure que l'on suppose pénétrante est simple ou compliquée, de reconnaître chacune de ces complications pour leur opposer un traitement convenable.

Une plaie pénétrante du thorax est dite *simple* lorsqu'elle n'intéresse que la plèvre costale; elle est dite *compliquée* lorsqu'elle est accompagnée d'une blessure de quelques-uns des organes renfermés dans le thorax, ou d'une circonstance, telle qu'épanchement pleural, corps étrangers, motivant des indications spéciales.

Plaies pénétrantes simples. Elles sont très-rares: en effet, il est difficile de concevoir qu'un instrument vulnérant atteigne la plèvre pariétale sans léser du même coup le poumon, dont la surface extérieure est appliquée sur la face interne du thorax. En admettant que par exception les choses se passent autrement, il y aurait lieu de redouter un *épanchement sanguin* dans la cavité pleurale, au cas où une des artères intercostales ou des mammaires internes seraient lésées; en dehors de cette circonstance, il faut redouter aussi la *pleurésie traumatique*.

Blessures du poumon. Elles sont directes ou indirectes: directes quand l'instrument vulnérant atteint le poumon; indirectes lorsque le poumon est lésé par un fragment de côte brisée (voy. t. I, p. 356). Le poumon peut encore être blessé, sans qu'il y ait plaie extérieure, sans fracture de côtes, et par le fait seul d'un ébranlement considérable transmis à la cavité