

mosé symptomatique de l'épanchement sanguin intrathoracique occupe toujours la base du thorax et ne se montre que plusieurs jours après la blessure. Les ecchymoses, suite de *contusion directe*, ont un siège variable d'après l'endroit où la violence extérieure a agi. En résumé, l'apparition tardive d'une ecchymose de la région lombaire a une valeur incontestable pour le diagnostic des épanchements sanguins intrapleurétiques, surtout quand il existe en même temps de la matité et l'absence de murmure vésiculaire dans un des côtés du thorax.

Un autre signe non douteux est la sortie par la plaie du thorax du liquide sanguin, pendant les mouvements respiratoires.

**MARCHE. TERMINAISONS.** Les épanchements sanguins intrapleurétiques se terminent quelquefois par résorption du liquide et par la guérison du blessé. Cela arrive quand l'épanchement est peu abondant, que la cavité pleurale ne renferme pas d'air et qu'il ne survient pas une pleuropneumonie consécutive. Dans les conditions opposées, c'est-à-dire quand l'épanchement sanguin est abondant, que le sang est mélangé d'air, le liquide ne tarde pas à s'altérer et le blessé présente tous les symptômes d'une résorption putride suivie de mort. On a signalé encore la possibilité de la circonscription de l'épanchement sanguin, soit par le fait d'adhérences antérieures des deux feuillets de la plèvre, soit par la production de ces mêmes adhérences en suite d'une inflammation adhésive. Dans ce cas, la collection ainsi circonscrite se résorbe, ou bien elle se fraye un passage à travers une ulcération du parenchyme pulmonaire et le liquide est rejeté par l'expectoration.

**PRONOSTIC.** Il est toujours grave, en raison de la gêne mécanique que l'épanchement sanguin exerce sur les fonctions du poumon et de l'inflammation consécutive que provoque la présence du sang.

**TRAITEMENT.** Il est préventif et curatif. La première indication à remplir est de combattre l'hémorragie qui est la source de l'épanchement; nous n'avons pas à revenir sur ce sujet déjà traité dans les pages précédentes. Evacuer le sang contenu dans le thorax est la seconde indication que l'on exécute différemment suivant les cas :

(a) Si l'épanchement se produit chez un blessé atteint d'une plaie du thorax assez large pour permettre l'issue du liquide intrapleuréal, on peut, en donnant au malade une situation convenable, évacuer le sang à travers la plaie. Ce moyen a réussi à A. Paré et à Dionis. Dans les mêmes conditions, on a proposé d'exercer une *succion* sur la plaie, soit directement avec la bouche, soit par l'intermédiaire d'un siphon, d'une canule (Scultet) ou d'une sonde (De la Motte), introduits dans la plaie jusqu'au niveau du liquide épanché. Des injections d'eau tiède pratiquées dans la plèvre facilitent l'issue du sang, lorsque celui-ci est coagulé. Si ces expédients échouent, on se comporte comme dans le cas suivant.

(b) En cas d'absence de plaie extérieure ou de plaie trop petite pour permettre l'évacuation du sang épanché, on soumet le blessé à un traitement antiphlogistique : saignée générale répétée un nombre variable de fois, sangsues sur le côté affecté de la poitrine. En même temps on lui

prescrit le repos le plus absolu, la diète simple. Ces moyens favorisent la résorption du sang en même temps qu'ils préviennent une phlegmasie grave. Si on échoue par cette méthode, on pratique l'opération de l'*empyème*, en faisant une ouverture ou une contre-ouverture dans un point déclive de la plèvre. La ponction avec la *canule* est en général insuffisante pour l'évacuation du sang, à cause des caillots qui existent dans ce liquide. On peut toutefois essayer ce procédé, sauf à recourir ensuite à une incision de la paroi du thorax (voy. *Opération de l'empyème*).

**B. Épanchements d'air ou pneumothorax.** Ces sortes d'épanchements sont la conséquence d'une plaie pénétrante plus ou moins large des parois du thorax, avec ou sans lésion simultanée du poumon. Il est rare que les gaz ne soient pas mélangés d'une certaine quantité de sang. Dans tous les cas, la présence du fluide aëriiforme ajoute à la gravité du pronostic, en raison de la décomposition plus rapide du sang épanché.

**C. Épanchements de pus.** On l'appelle *empyème* de pus. Il est la conséquence de l'inflammation consécutive aux blessures pénétrantes du thorax. Cette phlegmasie présente une intensité variable suivant le genre de lésion. Elle est surtout grave quand elle résulte d'un épanchement de sang dans la plèvre, quand elle est la conséquence d'un épanchement de matières alimentaires par suite d'une plaie de l'œsophage. Dans les cas de corps étranger venu du dehors, de fragments de côtes ou du sternum enfoncé dans la poitrine, la pleurésie a plus de tendance à se circonscire. Ce sont les épanchements de sang mélangé de gaz qui se terminent le plus souvent par une pleurésie purulente.

L'*empyème* de pus se reconnaît aux mêmes signes physiques que les épanchements sanguins (voy. p. 336). On juge que le liquide contenu dans la poitrine est du pus, lorsque chez un blessé atteint de blessure du thorax, l'épanchement se produit plusieurs jours seulement après la blessure, que la dyspnée va en augmentant, qu'il existe une *fièvre continue avec des exacerbations périodiques, des sueurs nocturnes, un abattement général, des douleurs locales sourdes et profondes* dans le côté du thorax. Dans quelques cas, l'issue du pus à travers la plaie extérieure restée béante ne laisse pas de doute sur la nature du liquide. Valentin a mentionné un signe qui a une certaine valeur, mais qui n'est pas constant; c'est l'existence d'un empatement œdémateux à la base du thorax, au niveau des fausses côtes.

Abandonnés à leur marche naturelle, les épanchements intrathoraciques *purulents* sont presque toujours suivis de mort; les blessés succombent en présentant des phénomènes d'asphyxie ou de résorption purulente. Il est possible que la collection disparaisse, soit en s'écoulant par la plaie extérieure, soit par les bronches, auquel cas le malade expectore une grande quantité de pus. Dans d'autres circonstances, le travail d'ulcération se fait du côté de la paroi du thorax; le pus s'amasse sous la peau de l'un des points de la base de la poitrine; il se forme un abcès sous-cutané communiquant avec la collection intrathoracique; l'abcès s'ouvre après

amincissement de la peau ou est ouvert par le chirurgien. On a aussi prétendu que l'épanchement de pus intrapleurale peut se résorber; cette opinion a besoin de démonstration.

Le traitement de l'empyème de pus est préventif et curatif. Une médication antiphlogistique énergique prévient souvent la production du pus dans la cavité pleurale. Lorsque l'épanchement est formé, on le combat par l'application de larges vésicatoires volants sur la poitrine. Si l'épanchement est assez abondant pour provoquer l'asphyxie, on l'évacue par l'opération de l'empyème.

**Blessures de l'œsophage.** Il n'est question ici que des blessures de la portion thoracique, celles de la partie cervicale du canal ayant été étudiées à la page 443 de ce volume.

Les blessures de la portion thoracique de l'œsophage sont caractérisées par une douleur qu'exaspère le contact des aliments et des boissons, une sensation de froid au moment où ces derniers passent par la plaie; de l'oppression et les autres symptômes d'inflammation thoracique produits par les épanchements dans le médiastin et la plèvre.

Bien que très-graves, ces sortes de plaies peuvent se terminer d'une manière favorable. Tel est le fait rapporté par Payen (d'Orléans) : un homme jeune est atteint d'un coup de baïonnette à la partie antéro-supérieure droite de la poitrine; il est pris d'accès de toux et de crachement de sang; la respiration est laborieuse; une douleur vive se manifeste dans tout le côté droit de la poitrine en se propageant jusqu'à la hanche. Le pouls est élevé et fréquent; tout mouvement est difficile et douloureux. La plaie de poitrine laisse échapper de l'air à chaque effort d'expiration. On soumet le blessé à des saignées répétées. Le troisième jour, le crachement de sang cesse; la plaie de poitrine donne issue à une assez grande quantité de liquide rouge. Les jours suivants, elle continue à laisser couler un liquide qui devient de moins en moins coloré, et qui est constitué par les boissons ingérées tombant à travers la plaie de l'œsophage dans la cavité thoracique droite. Le malade est tenu pendant quatre jours à une diète absolue d'aliments et de boissons, et on soutient les forces avec des lavements nourrissants. Le liquide fourni par la plaie du thorax diminue peu à peu de quantité en prenant les caractères du pus. Finalement, le blessé guérit de cette blessure du poumon et de l'œsophage.

Mentionnons aussi, pour mémoire, les *ruptures* de la portion thoracique de l'œsophage par suite d'effort, notamment dans les efforts de vomissement. Boerhaave a observé un fait de ce genre sur le baron de Vassenaer; la rupture du conduit alimentaire avait eu lieu à trois travers de doigt du diaphragme et fut suivie d'une mort rapide par l'échappement de liquides dans les plèvres.

**Blessures du canal thoracique.** Les observations relatives à ce genre de lésions ne sont ni assez nombreuses, ni assez précises pour qu'il soit possible d'en faire l'histoire.

**Blessures du diaphragme.** Il en est de deux genres : les *plaies* occasionnées par des instruments piquants ou tranchants, instruments dont la direction est variable et par suite lèsent le diaphragme de haut en bas, c'est-à-dire de la poitrine vers l'abdomen, ou de bas en haut, c'est-à-dire de l'abdomen vers le thorax. Il faut rattacher à cet ordre de causes les blessures produites sur le diaphragme par les fragments enfoncés d'une fracture de côtes. Les *ruptures* du diaphragme se produisent par un autre mécanisme : le passage d'une roue de voiture sur l'abdomen (Delmas), un coup de crosse de fusil (Percy), une chute d'un lieu élevé (Dèvergie), et même des efforts violents tels que ceux du vomissement. Que le diaphragme soit le siège d'une *plaie* ou d'une *rupture*, il est rare que la lésion du muscle ne soit pas accompagnée de blessure de quelques-uns des viscères de l'abdomen ou du thorax, ou encore des deux simultanément.

On a signalé l'existence de *plaies* sur les divers points du diaphragme; le siège et l'étendue de la solution de continuité sont variables d'après les diverses circonstances inhérentes au corps vulnérant. Les *ruptures* occupent le plus souvent le centre aponévrotique du diaphragme, au voisinage du point de réunion de ce centre avec la portion musculaire du pilier gauche. Dans quelques cas, le muscle était déchiré à la partie antérieure de ses insertions costales. L'étendue de la déchirure est variable; les bords de la solution de continuité sont irréguliers et versent une certaine quantité de sang.

Les *ruptures* du diaphragme sont suivies d'une communication plus ou moins large entre la cavité thoracique et la cavité abdominale; il en résulte que les viscères de cette dernière, notamment l'estomac, une portion de l'intestin et de l'épiploon, quelquefois même du foie, s'introduisent dans la poitrine, repoussent vers le haut de cette cavité le poumon qui est réduit à un petit volume. L'ouverture accidentelle du diaphragme peut étrangler les viscères déplacés; ces viscères sont-ils rompus en même temps que déplacés, les matières qu'ils renferment s'épanchent dans la poitrine.

Les symptômes des blessures du diaphragme, plaie ou rupture, sont une douleur dans la région qui correspond au muscle; douleur augmentant pendant l'inspiration et par la pression exercée sur la paroi abdominale, se propageant à l'épaule correspondante au côté lésé du muscle. Dans les cas où la blessure est assez large pour laisser passer les viscères abdominaux dans la poitrine, l'abdomen est affaissé et le thorax augmenté de volume; alors aussi il existe une difficulté plus ou moins grande pour respirer. Le pouls est petit et serré. On a donné comme signes pathognomoniques des blessures du diaphragme le rire *sardonique* dont on rend compte par les mouvements convulsifs dont le muscle blessé est le siège.

Les conséquences des blessures du diaphragme sont très-graves; en général la mort survient promptement, non-seulement en raison de la lésion du muscle, mais encore des lésions concomitantes des viscères. Il est possible que les blessés survivent, ainsi que le témoignent l'observation de Sennert, dans laquelle le malade ne succomba qu'au bout de cinq mois, et l'observation de Derrecagaix, dans laquelle le blessé survécut quinze ans