

enfoncé dans l'estomac, comme dans les cas que nous venons de rapporter d'après Habicot, la trachéotomie convient exclusivement. C'est aussi à cette opération qu'il faut avoir recours dans les cas où un corps étranger obstrue la trachée-artère. Ici, pour éviter les inconvénients attachés à la trachéotomie, on pourrait pratiquer la laryngo-trachéotomie, c'est-à-dire l'incision du cartilage cricoïde et des deux ou trois premiers anneaux de la trachée-artère. A la vérité, en faisant cette opération, on couperait la partie moyenne de la glande thyroïde; mais cette portion de la glande est en général si mince, si étroite, et les vaisseaux qui la parcourent sont si petits, que sa section paraît devoir être sans inconvénient. Nous pensons donc que l'on pourrait substituer avantageusement cette opération à celle de la trachéotomie dans le cas de corps étranger dans la trachée-artère; mais c'est à l'expérience à prononcer là-dessus. Voici de quelle manière on pratique ces différentes opérations.

Dans toutes, la situation du malade doit être la même, celle du chirurgien la même aussi : le malade sera couché sur le dos, la tête appuyée sur des oreillers et renversée en arrière autant que la gêne de la respiration le permettra. Le chirurgien sera placé à la droite du malade.

Lorsqu'on pratique la laryngotomie pour rétablir le passage de l'air, on fait avec un bistouri convexe une incision longitudinale aux téguments qui couvrent le larynx depuis le milieu du cartilage thyroïde jusqu'au bord supérieur du cricoïde, et l'on coupe ensuite le tissu cellulaire qui se trouve entre les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien d'un côté et ceux du côté opposé : on met ainsi à découvert la membrane crico-thyroïdienne. Cette membrane mise à nu, le chirurgien y pose le doigt indicateur de la main gauche, de façon que l'ongle de ce doigt réponde en bas; il porte à plat sur cet ongle la lame d'un bistouri droit, qu'il tient de l'autre main comme une plume à écrire, l'enfonce dans cette membrane un peu à gauche, jusqu'à ce que le défaut de résistance lui fasse connaître qu'elle est parvenue dans le larynx; ensuite, en retirant l'instrument et appuyant un peu à droite, il achève l'incision à laquelle on donne environ trois lignes de longueur, lorsqu'on se sert d'une canule, mais qui doit avoir beaucoup plus d'étendue lorsqu'on emploie ce dernier instrument.

Quand on pratique la laryngotomie pour extraire un corps étranger engagé dans l'un des ventricules du larynx, on incise la peau et le

tissu cellulaire depuis la partie supérieure du cartilage thyroïde jusqu'à l'inférieure; ensuite on fend ce cartilage par le milieu dans toute sa longueur; après quoi, on porte dans le larynx par cette fente une pince un peu recourbée, avec laquelle on saisit et on enlève le corps étranger. Si on ne peut pas le saisir, on cherchera à le déplacer et à le faire tomber dans la trachée-artère; et lorsqu'on y sera parvenu, on facilitera son expulsion, en tenant les bords de la division du cartilage thyroïde écartés avec les branches d'une pince droite.

Dans l'opération de la trachéotomie, on met d'abord la trachée-artère à découvert en incisant longitudinalement la peau et le tissu cellulaire, au milieu de l'espace compris entre le larynx et le sternum; ensuite, si l'on a pour objet de rétablir la respiration, le doigt indicateur de la main gauche étant porté sur la trachée-artère et placé de manière que l'ongle de ce doigt réponde à l'intervalle de deux des anneaux cartilagineux de ce canal, on glisse à plat la lame d'un bistouri droit et pointu, qu'on tient à la main droite comme une plume à écrire, et on incise transversalement la membrane qui unit ces deux anneaux.

Lorsqu'on emploie la trachéotomie pour l'extraction d'un corps contenu dans la trachée-artère, l'incision par laquelle on met ce conduit à découvert en coupant la peau et le tissu cellulaire qui se trouve entre les muscles sterno-hyoïdien et thyroïdien d'un côté, et ceux du côté opposé, doit avoir beaucoup plus de longueur que dans le cas précédent. Cette incision étant faite, on y porte le doigt indicateur pour reconnaître si l'artère thyroïdienne moyenne existe, et s'assurer en même temps du rapport de la carotide droite avec la trachée-artère; on écarte ensuite les bords de la plaie avec le pouce et le doigt du milieu, pendant qu'on applique l'indicateur sur ce conduit, vis-à-vis l'angle supérieur de l'incision, de manière que l'ongle de ce doigt réponde à l'intervalle de deux anneaux cartilagineux de la trachée: on fait alors glisser le dos d'un bistouri droit et pointu sur cet ongle; on enfonce la pointe d'une ligne environ dans la trachée, et faisant agir l'instrument de haut en bas, on coupe deux, trois ou quatre cerceaux cartilagineux, suivant que la grandeur et la forme du corps étranger l'exigent.

Pour la laryngo-trachéotomie, le procédé est à peu près le même que le précédent : on met à découvert la partie inférieure du larynx et le tiers supérieur environ de la trachée-artère, en incisant la peau,

le tissu cellulaire et la partie moyenne de la glande thyroïde ; on coupe ensuite le cartilage cricoïde et deux ou trois anneaux de la trachée.

Si le conduit de la respiration a été ouvert pour extraire un corps étranger, ordinairement ce corps est chassé par l'air qui s'échappe des poumons à l'instant où l'incision est achevée. Quelquefois cependant il s'engage entre les bords de la plaie, et il est facile alors de le saisir et de le retirer soit avec les doigts, soit avec les pinces. Mais s'il ne se présentait pas à l'ouverture faite à la trachée, on provoquerait, après avoir laissé au malade quelques instants de repos, la toux et l'éternement qui chasseraient probablement le corps étranger. Dans le cas contraire, il ne faudrait pas craindre de faire, avec des pinces ou avec tout autre instrument, les recherches nécessaires pour reconnaître le lieu qu'il occupe, et pour l'extraire ; mais ce cas ne s'est peut-être jamais rencontré.

Il y avait plus de quinze ans que j'enseignais et que je décrivais dans mes cours les avantages de la laryngo-trachéotomie sur les autres opérations que rend nécessaires l'extraction des corps étrangers engagés dans les voies aériennes, et je n'avais point eu occasion de la pratiquer. Cette occasion s'est offerte. Je crois devoir consigner ici toutes les circonstances de cette opération.

Migeon, demeurant rue d'Assas, n° 14, âgé de neuf ans et demi, fort pour son âge, jouant le 20 janvier 1820, avec d'autres enfants, mit dans sa bouche un haricot blanc qui tomba dans le larynx : aussitôt l'enfant s'agite, pousse des cris étouffés, a des quintes d'une toux rauque, son visage devient rouge. Sa mère arriva, porta à plusieurs reprises un poireau dans le pharynx, lui fit avaler de la mie de pain, une soupe épaisse ; les accidents se calmèrent. L'enfant disait ne plus rien sentir, puis un instant après, il éprouvait de la gêne et de la douleur vers le milieu du cou.

Au bout de six heures, M. Jadelot arriva, reconnut la nature de l'accident, prescrivit un vomitif et ordonna qu'on fit éternuer l'enfant. Viugt-quatre grains d'ipécacuanba produisirent plusieurs vomissements. Le jeune malade dormit d'un sommeil paisible depuis neuf heures du soir jusqu'à onze (douze heures après l'accident). M. le docteur Varéliaud le vit alors. Il fit suspendre l'emploi du vomitif, prescrivit une potion calmante, et fit connaître aux parents, qui étaient loin de soupçonner le moindre danger, le péril où se trouvait leur enfant.

La nuit fut bonne ; le sommeil tranquille jusqu'à quatre heures du matin. Alors la toux revint et fit entendre le même bruit.

Le lendemain, la respiration était plus gênée et accompagnée d'une espèce de râle profond. La voix et la parole n'étaient nullement altérées. L'enfant ne sentait de douleur qu'en toussant, encore était-elle légère. Dans la journée, l'enfant fut gai, il dormit paisiblement pendant quelques heures ; il s'abstenait de parler pour éviter le retour de la toux ; il voulut manger, on lui donna un peu de vermicelle. Cependant dans la soirée, les quintes devinrent fréquentes, il survint de la fièvre, la respiration fut par intervalles inégale et bruyante. A six heures je fus appelé. Je reconnus qu'un corps étranger occupait les voies aériennes et proposai l'opération de la laryngo-trachéotomie. Les parents demandèrent jusqu'au lendemain pour se décider.

Le 25 à dix heures et demie du matin, en présence de MM. Jadelot, Roux et Varéliaud, tout étant disposé, le malade sur son lit en face d'une croisée fut couché sur le dos et maintenu dans cette position, la tête portée en arrière ; placé à la droite du malade, je fis avec un bistouri convexe, à la partie moyenne du cou, sur la ligne médiane, une incision à la peau, d'un pouce et demi d'étendue ; du sang coula assez abondamment ; on épongea à plusieurs reprises ; je liai une veine, et incisai plus profondément ; une autre veine m'obligea à faire une autre ligature, puis une troisième et une quatrième. Je plongeai un bistouri droit dans la partie supérieure de la trachée-artère ; ayant porté le doigt au fond de la plaie pour en connaître l'étendue, je la trouvai trop petite ; pour l'agrandir, je portai dans la trachée une sonde cannelée que je dirigeai de bas en haut, et qui servit de conducteur au bistouri, avec lequel je coupai les premiers cerceaux de la trachée, le cartilage cricoïde et la membrane qui unit ce cartilage au thyroïde. La voix cessa totalement ; l'air entra et sortait avec bruit par la plaie, mais le corps étranger ne se présenta pas. Je ne fis aucune tentative pour l'extraire, je me contentai de cacher la plaie derrière un linge qui ne la touchait pas. L'enfant était pâle, très-inquiet ; il avait beaucoup crié et s'était débattu pendant l'opération. On le mit sur son séant, la respiration se fit plus aisément. Je recommandai qu'après l'avoir laissé reposer pendant quelques instants, on cherchât à exciter la toux et l'éternement. L'enfant, ayant fait comprendre qu'il voulait boire, se coucha, après avoir bu, sur le côté droit, la tête penchée sur la poitrine. Vers une heure, la respiration

produisait une sorte de gargouillement qui empêchait le sommeil; parfois on entendait un bruit, comme si quelque chose montait et descendait dans la trachée-artère.

A deux heures l'enfant s'assoupit; on profita de ce moment pour mettre du tabac sous son nez: à l'instant il s'éveilla en sursaut; il s'agite, il tousse; son visage s'anime; tout cela ne dure qu'un moment, et on trouve au bas du linge qui était placé devant la plaie, un haricot blanc, de neuf lignes de long, cinq de large et quatre d'épaisseur, un tiers plus gros que ceux au milieu desquels l'enfant l'avait pris. On pansa la plaie mollement.

Bientôt la suppuration s'établit; les ligatures tombèrent; les bords de la plaie rapprochés avec des bandelettes agglutinatives se réunirent. Enfin, dans les premiers jours de février, la plaie se trouva cicatrisée. La voix n'avait pas éprouvé la moindre altération.

Le 20 septembre 1828, j'ai pratiqué une seconde fois avec succès la laryngo-trachéotomie sur une petite fille âgée de quatre ans, dans la trachée-artère de laquelle était tombée une perle de verre qu'elle tenait dans la bouche en jouant. — Cette perle oblongue avait cinq lignes de long, et trois lignes de diamètre dans sa partie moyenne; elle était percée dans le sens de sa longueur d'un conduit large d'une ligne.

Le but de l'opération étant l'extraction d'un corps étranger, on croirait au premier coup d'œil, qu'après sa sortie, il ne reste plus qu'à réunir la plaie de manière à obtenir sa guérison sans suppuration, et c'est effectivement le conseil que plusieurs auteurs ont donné. Mais cette réunion immédiate de la plaie a l'inconvénient grave d'empêcher la libre sortie du sang qui est tombé, quoiqu'en petite quantité, dans la trachée-artère pendant l'opération, et de celui qui pourrait y tomber après. Pour lui laisser une issue facile, on abandonnera, pour ainsi dire, pendant douze, dix-huit ou vingt-quatre heures, la plaie à elle-même, en ne la couvrant que d'un linge fin. Des pansements simples et superficiels suffiront ensuite pour obtenir la guérison, qui ordinairement est complète au bout de vingt ou vingt-cinq jours, et peut être un peu accélérée par l'usage des bandelettes agglutinatives.

Fabrice d'Aquapendente paraît être le premier qui ait proposé d'introduire une canule dans l'ouverture faite à la trachée, lorsqu'on pratique l'opération pour rétablir la respiration. Suivant lui, cette canule doit avoir des ailes, afin qu'elle ne puisse être attirée en dedans par

l'inspiration de l'air; il faut qu'elle soit courtée pour ne pas toucher les parties internes de la trachée-artère, autrement elle exciterait de la toux et de la douleur; une forme droite lui paraît bien plus commode qu'une courbe; car la canule courbe peut être agitée par le mouvement de l'air qui passe: c'est pourquoi il préfère celle qui ne peut déborder le niveau de la trachée-artère. Lorsque le danger de la suffocation est passé, on retire la canule. Depuis Fabrice jusqu'à nos jours, presque tous les auteurs qui ont parlé de la bronchotomie ont conseillé l'usage de la canule, mais avec des modifications dans sa longueur, dans sa forme, et dans la manière de la placer.

Le but qu'on se propose en introduisant une canule dans l'ouverture qu'on a faite à la trachée-artère ou au larynx est évidemment d'assurer le libre passage de l'air pour la respiration. On attribue un autre avantage à cet instrument: c'est d'empêcher le sang de tomber dans la trachée-artère, en remplissant exactement l'ouverture faite à ce canal; mais pour que cet avantage fût réel, il faudrait tellement proportionner l'étendue de cette ouverture à la largeur et à l'épaisseur de la canule, que celle-ci la remplit exactement; or, c'est ce qu'il est impossible de faire, lorsqu'on ouvre le canal de la respiration avec le bistouri ou la lancette. C'est sans doute dans la vue d'obtenir cet avantage, et en même temps de simplifier l'opération, que Decker proposa, en 1673, de la pratiquer avec un petit trois-quarts dans sa canule. Cet instrument doit être enfoncé d'un seul coup jusque dans la trachée-artère, et dirigé vers le milieu de ce canal, à travers les parties qui le couvrent antérieurement; lorsqu'il y est parvenu, on retire le poinçon et on laisse la canule dans la plaie. Par ce procédé, la trachée-artère est ouverte et la canule placée en même temps, il ne sort pas une goutte de sang, la canule comprimant les vaisseaux que la pointe du trois-quarts a divisés. Mais quelques inconvénients se joignent à ces avantages; l'instrument devant traverser la peau, le tissu cellulaire et la trachée-artère, ne peut entrer qu'avec beaucoup de difficulté, en sorte qu'on est obligé de le pousser avec force; lorsque la résistance est surmontée, l'instrument peut pénétrer trop avant et blesser la paroi postérieure de la trachée-artère; la mobilité et la forme ronde de ce canal doivent faire craindre la déviation du trois-quarts. Comme la canule de l'instrument a un petit diamètre, elle peut être facilement bouchée par les mucosités bronchiques; et si l'on était obligé de la retirer pour l'en débarrasser, on pourrait éprouver beau-

coup de peine à la réintroduire, à cause du changement de rapports entre la plaie des téguments et celle de la trachée-artère, changement produit par les mouvements de ce canal dans la respiration. Ces inconvénients, dont quelques-uns, à la vérité, sont évitables en ne perçant la trachée-artère qu'après l'avoir mise à découvert, ont empêché les praticiens d'adopter la méthode de Decker, malgré les éloges que Louis lui a donnés.

L'instrument imaginé par Beauchot, ancien chirurgien-major de la marine et de l'hôpital du roi au Port-Louis, est moins défectueux que le trois-quarts de Decker. Cet instrument, auquel on a donné le nom de *bronchotome*, consiste en une lame tranchante, recourbée à sa pointe mousse, monté sur un manche, et à laquelle on adapte une chape ou canule plate dont l'ouverture a un rebord garni de deux petits anneaux dans lesquels on engage un ruban pour la fixer autour du cou. Avec cet instrument on pénètre plus facilement dans la trachée-artère qu'avec le trois-quarts. Pour rendre encore l'opération plus sûre et plus facile, Beauchot a imaginé un autre instrument en forme de croissant, destiné à assujettir la trachée-artère et à servir de conducteur au bronchotome. Il a fait usage de ses instruments avec succès sur deux personnes attaquées d'esquinancie, et menacées de suffocation. L'une était un jeune homme de treize ans, et l'autre une femme de soixante-douze ans. Il paraît que Beauchot perçait les téguments et la trachée-artère en même temps; car, dans les sujets qui ont beaucoup d'embonpoint, il proposait de faire une incision aux téguments afin de s'approcher de la trachée-artère autant qu'il le faudrait pour user de son bronchotome. Quoique Louis n'ait rien négligé pour faire ressortir les avantages des instruments de Beauchot, les praticiens ne s'en sont presque point servis: ils ont continué à ouvrir la trachée-artère avec le bistouri, et à placer ensuite une canule d'argent dans l'ouverture de ce conduit. Cette canule doit être un peu aplatie, légèrement recourbée, longue d'un pouce, large d'une ligne et demie à son bec, et de deux lignes et demie à son pavillon qui est garni sur les côtés de deux petits anneaux dans lesquels on passe une bandelette qui assujettit la canule dans la trachée-artère. A défaut de canule, on pourrait se servir d'une grosse plume d'oie, échancrée à l'un des côtés du cul-de-sac, et sur l'autre bout de laquelle on nouerait un ruban pour la fixer. Au reste, lorsqu'on croit devoir se servir d'une canule, il faut faire en sorte de proportionner tellement l'étendue de l'incision

à la grosseur de la canule, que celle-ci remplisse exactement la plaie, afin que le sang ne puisse pas tomber dans le conduit de la respiration, et que l'instrument ne soit pas vacillant. Quand la canule est placée, on couvre la plaie avec de la charpie, on attache autour du cou les rubans qui sont engagés dans les anneaux de la canule; ensuite on applique des compresses languettes fenêtrées, et on soutient le tout avec quelques circulaires de bande peu serrés. On a recommandé de mettre sur l'ouverture de la canule un morceau d'éponge, du coton cardé ou de la gaze, pour empêcher que les corps légers qui voltigent dans l'air ne pénètrent dans les poumons par cette ouverture; mais cette précaution n'est pas bien nécessaire. Il est plus utile que l'appartement du malade soit un peu échauffé, l'air froid pouvant être plus nuisible que quand, attiré par les voies ordinaires, il a acquis un certain degré de chaleur en passant par la bouche ou par le nez. S'il arrive que la mucosité écumeuse qui sort par la canule s'attache à ses parois, s'épaississe peu à peu et remplisse sa cavité, de manière à empêcher le malade de respirer, comme le docteur Georges Martin l'a observé une fois, on doit, à son exemple, la retirer de temps en temps pour la nettoyer. Il regarde comme fort ingénieuse l'idée qui lui a été donnée d'une double canule, c'est-à-dire deux canules d'un diamètre inégal, pour être engagées l'une dans l'autre. La plus petite pourrait être retirée, nettoyée et replacée sans difficulté; jamais la respiration ne serait empêchée, quelque matière qui vint à s'insinuer dans cette canule intérieure.

Quoique la canule ait été conseillée par presque tous les auteurs, il est douteux qu'elle soit d'un usage indispensable, et plusieurs praticiens la croient inutile. En effet, lorsque le larynx ou la trachée-artère se trouve ouverte dans les plaies du cou, l'air s'échappe avec force, et on ne parvient à s'opposer à sa sortie qu'en donnant à la tête une situation qui mette en contact les bords de la plaie. Suivant les observations de Lazare Meysonnier, médecin de Lyon, la canule ne serait d'aucune utilité. Voici ce qu'on lit à la page 166 de son *Cours de médecine*, en français (6^e édit.; Lyon, 1673), à la suite de la description de la bronchotomie, tirée de Paul d'Égine: «J'ai sauvé la vie à trois personnes usant de l'opération d'Antylus; mais je ne mettais de tente de plomb dans la plaie, seulement de charpie sec dessus et un emplâtre de diapalme dissous en huile rosat, et ne recousais la plaie, mais la laissais se fermer par l'œuvre de nature, et pas

un des trois n'est mort ; mais encore par la grâce spéciale de Dieu sont en vie. » A la vérité, ces faits sont exposés d'une manière bien concise ; ils prouvent néanmoins qu'on peut se passer de canule, et qu'il suffit d'avoir fait une ouverture au conduit de la respiration, pour que le malade recouvre la faculté de respirer librement. D'ailleurs l'expérience a démontré qu'elle est difficilement maintenue en place, que sa présence occasionne de l'irritation, de la gêne, et qu'elle se remplit de mucosités qui la rendent inutile. Au reste, si l'on ne juge pas à propos de se servir de canule en pratiquant la laryngotomie, on doit inciser en travers, dans presque toute son étendue, la membrane crico-thyroïdienne ; et si c'est l'opération de la trachéotomie que l'on fait, on doit couper deux ou trois anneaux cartilagineux de la trachée-artère. Dans l'un et l'autre cas, on se contentera de couvrir la plaie avec un linge ; si l'on croyait devoir la remplir de charpie, on disposerait celle-ci de manière à laisser un libre passage à l'air.

L'écoulement du sang auquel l'opération donne lieu n'est jamais assez considérable pour devenir inquiétant ; mais il peut devenir fâcheux par la chute de ce liquide dans la trachée-artère. On lit dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* le fait suivant, communiqué par Virgili, chirurgien-major de la marine à Cadix. Un soldat espagnol, âgé de vingt-trois ans, fut attaqué d'une inflammation au larynx et au pharynx, qui fit de tels progrès que, dès le second jour, il était près de périr de suffocation. On le saigna en même temps du bras et du pied. Virgili trouva les accidents si pressants, qu'il jugea ne pouvoir sauver le malade qu'en pratiquant sur-le-champ l'opération de la bronchotomie. La trachée-artère ayant été mise à découvert par une incision longitudinale aux téguments, ce canal fut ouvert entre deux anneaux cartilagineux ; mais cette ouverture ne fut pas plutôt faite, que le sang qui sortait des vaisseaux ouverts tomba dans la trachée-artère, excita une toux convulsive si violente, que la canule qu'on introduisit dans la plaie ne put être retenue en situation, quoiqu'on la remit très-souvent en place. Cependant le malade ne respirait que très-peu ou point du tout, car tous les muscles de la partie entraient tellement en convulsion, que l'ouverture de la trachée-artère ne se trouvait plus parallèle à l'incision extérieure que dans certains mouvements ; de plus, le sang coulait incessamment dans la trachée. Le danger était pressant : Virgili crut pouvoir tout risquer ; il fendit la trachée-artère en long jusqu'au sixième anneau cartilagi-

neux. A l'instant le malade respira avec plus de facilité, et le pouls, qu'on ne sentait presque point, commença à reparaitre. Virgili fit situer le malade la tête penchée hors du lit, la face vers la terre, afin d'empêcher le sang de couler dans la trachée-artère ; il mit dans la plaie une plaque de plomb percée de plusieurs trous et garnie de deux ailes repliées. L'hémorrhagie s'arrêta d'elle-même en très-peu de temps ; dès le lendemain la fièvre avait diminué, et la déglutition était facile. Virgili pensa que le malade pourrait peut-être respirer sans le secours de la plaie ; pour s'en assurer, il ôta la plaque et rapprocha les bords de l'incision ; le malade respira aisément par la bouche. Il ne fut plus question alors que de favoriser la réunion de la plaie qui fut bientôt guérie. Il ne resta à ce soldat qu'une toux violente que Virgili croit avoir été causée par l'embarras qui se fit dans les bronches au temps de l'esquinancie ; la voix resta aussi considérablement affaiblie.

Lorsqu'on a placé une canule dans l'ouverture faite au larynx ou à la trachée-artère, on doit en continuer l'usage jusqu'à ce que la résolution de l'inflammation qui attaque le voisinage de la glotte permette à l'air de passer par la voie naturelle, ce que l'on reconnaît à la facilité avec laquelle le malade peut respirer lorsque l'ouverture de la canule est bouchée avec le doigt. Alors on retire cet instrument dont la présence est inutile, et on favorise la guérison de la plaie. Si l'on n'a point employé de canule, on tient la plaie ouverte jusqu'à ce que l'air puisse passer librement par la glotte, ce qu'on reconnaît encore par la liberté de la respiration, la plaie étant couverte.

§ 4. — Des maladies du pharynx et de l'œsophage.

Ces organes sont exposés à un grand nombre de maladies. Les principales sont les plaies, l'inflammation, la perforation, la rupture, la dysphagie et les corps étrangers. Nous avons déjà parlé des plaies dans ce volume, nous en parlerons encore en traitant des plaies de la poitrine.