

beaucoup de sang est épanché dans le tissu cellulaire de l'aisselle et infiltré dans les interstices des muscles, on doit se hâter de faire une incision sur le point le plus élevé, enlever les caillots, et si l'artère ne peut être liée, en comprimer l'ouverture avec de la charpie qu'on soutient au moyen d'un bandage, et qu'on y laisse jusqu'à ce que la suppuration l'en détache.

Une inflammation vive des bords de la plaie rend toujours la respiration difficile. La diète, les cataplasmes émollients, les boissons adoucissantes, la saignée, sont les principaux moyens auxquels on doit recourir alors. Leur emploi n'arrête pas toujours les progrès de l'inflammation, et la suppuration lui succède. Quand elle s'est bornée au trajet de la plaie, une situation favorable à l'écoulement du pus peut suffire; mais le plus souvent la suppuration ne s'arrête pas là: elle s'étend plus ou moins dans le tissu cellulaire voisin; et dans ce cas, la fièvre est accompagnée de frissons, la plaie d'empatement; la fluctuation qui d'abord est obscure, devient plus apparente de jour en jour. Ces abcès doivent être ouverts de bonne heure, parce qu'ils tendent continuellement à s'agrandir en tous sens. On a craint que le pus amassé dans les parois du thorax ne corrodât la plèvre avec laquelle il est en contact; d'autres regardent cette érosion comme absolument contraire aux lois de la nature. Sans nous embarrasser de cette question, arrêtons-nous à ce précepte de l'expérience: les abcès dans les parois de la poitrine doivent être ouverts dès qu'ils sont formés. Leur situation peut cependant être telle que le diagnostic en soit fort obscur. C'est ce qui arrive particulièrement lorsque le pus s'amasse sous l'omoplate, à la suite d'une plaie qui traverse cet os.

Les plaies non pénétrantes sont quelquefois compliquées d'emphysème, au rapport de plusieurs auteurs, et notamment de J.-L. Petit. Voici de quelle manière ils expliquent ce phénomène: lorsque les plaies des parois du thorax sont négligées et restent béantes, l'air s'y introduit avec d'autant plus de facilité, que les mouvements alternatifs communiqués aux bords de la plaie tendent à favoriser son passage dans le tissu cellulaire voisin; aussi dans quelques cas de cette espèce a-t-on vu l'emphysème s'étendre assez loin, et rendre des scarifications nécessaires. Sans nier précisément la possibilité de l'emphysème dans les plaies non pénétrantes de la poitrine, nous pensons que cet accident doit être fort rare, et que les auteurs qui disent l'avoir observé ont pu se tromper sur la direction et la profondeur présumées

de la plaie, qui peut ne pas paraître pénétrante, quoiqu'elle pénètre en effet, comme on en voit qui semblent pénétrer dans la cavité du thorax, quoique, dans le fait, elles ne soient pas pénétrantes.

Enfin, un instrument piquant peut faire aux parois de la poitrine une plaie compliquée de corps étranger. La pointe d'une épée se brise quelquefois dans une côte, dans le sternum, dans une vertèbre. L'examen de l'instrument vulnérant est, quand on peut se procurer cet instrument, le meilleur moyen de reconnaître la complication. Le rapport du malade, l'exploration de la plaie, la douleur aiguë que la pression produit sur la blessure, la difficulté de respirer, sont encore des moyens de connaître ou de présumer la présence d'un corps étranger dans la plaie. On en fera promptement l'extraction pourvu qu'il ne pénètre pas dans la moelle épinière. Dans ce dernier cas, son extraction offrirait des inconvénients plus graves que son séjour dans la plaie.

— Les plaies non pénétrantes, produites par un instrument tranchant, peuvent également être simples ou compliquées. Simples, elles doivent être réunies promptement et leurs bords maintenus en contact par des emplâtres agglutinatifs, un bandage et une situation convenables. Il est quelquefois nécessaire, lorsque l'étendue de la plaie est très-considérable et que ses lèvres sont très-mobiles, de recourir à quelques points de suture. Mais on doit user de ce moyen avec la plus grande réserve: il faut entièrement s'en abstenir quand le malade est tourmenté par une toux fréquente.

Les accidents qui peuvent compliquer les plaies non pénétrantes faites par des armes tranchantes, réclament l'emploi des mêmes moyens que nous avons indiqués pour les mêmes accidents, lorsqu'ils compliquent des plaies faites par des instruments piquants.

— Les plaies contuses non pénétrantes n'offrent rien de particulier lorsqu'elles sont simples. Mais de nombreux et graves accidents peuvent les compliquer. Une percussion violente, alors même qu'elle n'entame point les téguments, produit quelquefois une lésion dangereuse des organes renfermés dans la poitrine; nous traiterons en particulier de l'action des corps contondants sur le thorax et surtout de celle des armes à feu.

## § 2. — Des plaies pénétrantes de la poitrine.

Les chirurgiens des siècles précédents attachaient une grande importance à distinguer les plaies non pénétrantes, de celles qui pénètrent dans l'une ou dans l'autre des cavités thoraciques. Aussi ont-ils rassemblé tous les signes propres à éclairer ce point de pathologie, et ont-ils même été jusqu'à conseiller, pour parvenir à cette connaissance, des expériences qui ne sont pas sans danger pour les malades.

Il est des cas dans lesquels il est facile de reconnaître que les plaies pénètrent dans la cavité de la poitrine : c'est ce qui a lieu particulièrement dans les plaies larges produites par des instruments tranchants : la vue suffit le plus souvent alors pour établir le diagnostic ; d'autres fois le doigt pénètre aisément dans la cavité des plèvres, et l'air extérieur s'y introduit et en sort alternativement ; ailleurs la sonde y est introduite avec la plus grande facilité. Lorsque les plaies ont été faites avec des instruments piquants et qu'elles sont très-étroites, il est bien plus difficile de s'assurer si elles pénètrent ou non dans la poitrine. La direction dans laquelle l'instrument a été enfoncé, sa largeur comparée à celle de la plaie, la profondeur à laquelle il a pénétré, sont des circonstances qui peuvent rarement suffire pour porter un jugement certain sur la question dont il s'agit. C'est dans ce cas surtout qu'on a multiplié les moyens d'investigation. On a proposé d'introduire dans la plaie, suivant sa direction connue ou présumée, une sonde ou un stylet moussé. Mais il est arrivé souvent que la sonde n'étant pas dirigée dans le sens convenable et ne pouvant pas pénétrer dans la poitrine, on a porté un jugement faux ; et d'autres fois l'introduction de la sonde a facilité l'entrée de l'air, renouvelé des hémorrhagies, ou déchiré le tissu cellulaire dans une étendue plus ou moins considérable. On a pensé qu'il serait préférable d'injecter de l'eau tiède dans la plaie ; si l'eau ne reflue pas par la plaie, c'est une preuve qu'elle tombe dans la cavité de la poitrine, et par conséquent que la plaie est pénétrante : un résultat opposé produit une conséquence contraire. Mais l'expérience a encore démontré que ce moyen est aussi infidèle et presque aussi dangereux que la sonde, en sorte qu'on y a également renoncé. Il est encore un moyen qui peut faire connaître si une plaie de la poitrine est pénétrante : après avoir ordonné au malade de faire une grande inspiration, ou lui

commande de faire un effort expiratoire en même temps qu'il tient la bouche et le nez fermés ; si la plaie pénètre, l'air qui s'est insinué dans la cavité de la plèvre sort par la plaie ; mais s'il ne s'échappe point d'air par la plaie, peut-on conclure qu'elle n'est point pénétrante ? Non. En général, dans tous les cas où il n'est pas bien évident, d'après les symptômes locaux, que la plaie soit pénétrante, on doit regarder comme inutile ou nuisible toute recherche à ce sujet, et n'avoir égard qu'aux phénomènes apparents de la maladie. On a seulement soin de couvrir exactement la plaie afin d'empêcher l'air extérieur de s'y introduire, en supposant qu'elle pourrait être pénétrante. Terminons ces remarques en faisant observer que ce n'est pas précisément la pénétration de la plaie qui en fait le danger, mais bien plutôt la lésion des parties intérieures, lésion que l'injection d'un liquide et l'introduction de la sonde ne peuvent faire connaître.

Les plaies pénétrantes de la poitrine sont rarement simples, puisque presque toujours les poumons sont lésés, quelquefois le cœur, les gros vaisseaux, ou l'œsophage ; qu'il y a épanchement de sang, hémorrhagie ou emphysème, et qu'un corps étranger peut être resté dans la plaie.

La lésion du tissu pulmonaire est la complication la plus fréquente. On conçoit difficilement que la plèvre soit divisée sans que le poumon qui lui est contigu soit lui-même blessé, et si cette circonstance s'est présentée quelquefois, il n'en est pas moins certain qu'elle doit être fort rare. Les signes de la blessure du poumon sont le crachement subit et la sortie par la plaie d'un sang vermeil et écumeux. A ces signes, qui se manifestent ordinairement dans l'instant même où la plaie est faite, se joignent bientôt les symptômes des accidents dont cette plaie peut être accompagnée. Ces accidents sont l'hémorrhagie intérieure, l'inflammation et l'emphysème. Ils présentent des variétés à raison de la largeur et de la profondeur de la blessure. Lorsqu'elle a été faite par un instrument très-étroit qui n'a pas pénétré bien avant dans le poumon, il en coule très-peu de sang, et bientôt il n'en coule plus du tout à cause du gonflement du trajet de la plaie. Mais lorsque l'instrument qui a blessé le poumon est large, et qu'il a pénétré profondément dans cet organe en se dirigeant vers sa racine où se trouvent les plus gros vaisseaux pulmonaires, le sang s'échappe en grande quantité des vaisseaux divisés et s'épanche dans la poitrine, à moins que le poumon ne soit adhérent à la plèvre dans l'endroit où il est

blessé. Dans ce cas les malades succombent ordinairement en un espace de temps très-court. Néanmoins, on en a vu quelques-uns survivre à l'hémorrhagie, et guérir même complètement.

L'inflammation qui accompagne les plaies du poumon n'est pas toujours en raison de la largeur et de la profondeur de la plaie. On en voit qui, quoique très-étroites et peu profondes, sont suivies d'une violente inflammation. Les symptômes de cette inflammation sont la fièvre, une douleur locale intérieure, qui s'étend quelquefois à tout le côté de la poitrine, augmente pendant l'inspiration et quand le malade tousse. Ces symptômes, comme on voit, sont les mêmes que ceux de la péripneumonie; et il n'y a effectivement aucune différence essentielle entre cette maladie et l'inflammation traumatique du poumon. Cette inflammation est rarement assez considérable pour mettre la vie des malades en danger: presque toujours elle se termine par résolution (1).

Un emphysème un peu étendu ne peut avoir lieu sans que le poumon soit divisé: mais toutes les plaies de cet organe ne sont

(1) Boyer dit que l'inflammation qui survient au poumon après les plaies de cet organe présente les mêmes symptômes que la péripneumonie. J'ai vu un assez grand nombre de plaies du poumon: j'ai vu même un seul poumon être blessé de plusieurs plaies; et quelque soin que j'aie apporté dans l'emploi de l'auscultation, je n'ai jamais observé les symptômes de la pneumonie. J'ai entendu que dans les environs de la plaie la respiration était moins franche que dans les autres points du poumon; j'ai entendu qu'elle était rude, comme dans les cas de tubercules miliaires et autour des cavernes tuberculeuses, mais je n'ai jamais entendu de râle crépitant ni sous-crépitant. Il me semble que cela peut s'expliquer aisément. L'inflammation qui se développe après une plaie du poumon est l'inflammation adhésive de Hunter, c'est-à-dire l'inflammation qui isole la partie malade de la partie saine; par conséquent elle est bornée à une très-petite étendue du tissu pulmonaire, à celle qui borde le trajet de la plaie. De plus elle n'a pas la moindre analogie avec l'altération du tissu pulmonaire dans la pneumonie, ou si elle en a, c'est avec l'hépatisation rouge; il ne peut donc exister aucun symptôme, tant à cause du peu d'étendue de la partie enflammée, qu'à cause de la nature de l'inflammation. Je ne peux mieux comparer cette inflammation qu'à celle qui survient autour d'un tubercule isolé. Je ne prétends pas qu'une pneumonie ne puisse pas coexister avec une plaie du poumon; mais elle est une complication, et non une conséquence de la plaie.

point accompagnées d'emphysème. Nous dirons plus bas les conditions nécessaires pour que cet accident ait lieu, et le mécanisme de sa formation.

Lorsqu'une plaie pénétrante de la poitrine a une certaine étendue, elle peut donner issue à une portion du poumon, qui forme alors une protubérance hors de la poitrine, entre les côtes. Cet accident est très-rare; cependant on en cite quelques exemples. Fabrice de Hilden (1) rapporte qu'un homme fut blessé par une épée entre la cinquième et la sixième côte près du sternum; qu'une portion du poumon sortit par la plaie. En l'examinant, on s'aperçut qu'elle était livide, et on l'excisa avec un fer rouge. Le reste de la tumeur fut poussé dans la poitrine, après qu'on eût agrandi l'espace intercostal avec un morceau de bois disposé en coin. Quoique peu méthodique, ce traitement eut du succès; la guérison fut prompte et ne fut suivie d'aucune gêne dans la respiration. Tulpius (2) nous a transmis un fait semblable. Un homme reçut sous la mamelle gauche une large plaie que l'ivresse, dans laquelle il se trouvait, lui fit négliger. Le lendemain une portion de poumon, longue de trois travers de doigt, sortit par cette plaie. Le blessé se rendit à Amsterdam, dont il était éloigné de deux journées, pour chercher du secours dans un des hôpitaux de cette ville. La portion de poumon sortie était déjà corrompue: elle fut liée et coupée avec des ciseaux; elle pesait environ trois onces, poids extraordinaire, comme l'observe Tulpius, pour une substance aussi légère que l'est celle du poumon. La plaie guérit en quatorze jours, et il ne resta à cet homme d'autre incommodité qu'une toux légère qui ne revenait que de temps en temps. Il a survécu six ans à cet accident, menant une vie errante et s'enivrant presque tous les jours. Après sa mort il ne s'est trouvé rien d'extraordinaire dans la poitrine, si ce n'est que le poumon avait contracté des adhérences avec la plèvre à l'endroit de la plaie.

Les observations de Ruysch (3) nous présentent le fait suivant: le domestique d'un marinier, qui venait d'être blessé à la partie antérieure et inférieure de la poitrine, fit appeler un chirurgien. Celui-ci, prenant une portion de poumon, qui sortait par la plaie, pour

(1) Cent. 11, obs. 32, p. 108.

(2) *Obs. med.*, lib. 11, c. 17.

(3) *Obs. anat. chirurg.*, obs. 53, p. 50.

un lambeau de l'épiploon, y fit une forte ligature. Ruysch, appelé presque aussitôt, reconnut la méprise, mais il n'en conçut aucune inquiétude, et il conseilla de laisser les choses dans l'état où elles étaient, persuadé que quand la portion du poumon que l'on avait liée viendrait à se détacher, la plaie ne tarderait pas à se cicatrifier. L'événement justifia ce pronostic, et le malade guérit en peu de temps. On trouve un fait semblable dans Roland (1). Ce chirurgien ayant été appelé par un homme qui, six jours auparavant, avait reçu une plaie à la poitrine, trouva qu'une portion du poumon sortie était mortifiée par la compression qu'elle avait éprouvée. Il en fit l'excision et saupoudra la plaie avec des poudres astringentes. Le blessé guérit en peu de temps sans qu'il lui soit resté aucune indisposition.

On pourrait, dans des cas de cette espèce, attribuer, faute d'attention, la lividité et la sécheresse que cause l'impression de l'air sur la portion du poumon sortie, à la gangrène qui est le résultat de l'étranglement qu'éprouve cette partie de la part des côtes et des lèvres de la plaie; et, en conséquence de cette erreur, retrancher une portion de poumon qui peut être conservée. Un auteur, dont l'ouvrage est peu connu et fort rare (2), avoue s'être trompé en prenant cette couleur livide pour un signe de mortification ou de gangrène. Un homme reçut dans le côté droit de la poitrine, entre la troisième et la quatrième côte, un coup d'épée qui fit une large plaie. Une portion du poumon s'échappa au dehors, se tuméfia, et resta pendant trois ou quatre jours sans être réduite. Elle se flétrit, se dessécha; on la regarda comme gangrenée, et on en fit l'excision au niveau de la peau. Mais ayant ensuite fait tremper dans l'eau cette portion de poumon, elle reprit sa couleur naturelle, comme elle l'aurait sans doute reprise, si on l'eût réduite au lieu de la couper. Néanmoins, le malade guérit et n'éprouva par la suite aucune difficulté de respirer, malgré la vie dure et pénible à laquelle il était assujéti.

La lésion du cœur et celle des gros vaisseaux qui en partent ou qui s'y rendent est une des complications les plus graves des plaies pénétrantes de la poitrine. Toutes les parties du cœur ne sont pas également exposées à l'action des instruments vulnérants; le ventricule droit est celle que ces instruments atteignent le plus facilement:

(1) Lib. III, cap. 25.

(2) G. Loyseau, *Obs. méd. et chirurg.*, p. 25.

le ventricule gauche est rarement blessé, et les oreillettes plus rarement encore. Aussi, en lisant les observations nombreuses des plaies du cœur que les auteurs nous ont transmises remarque-t-on que la plupart de ces plaies intéressaient le ventricule droit, quelques-unes les deux ventricules en même temps, très-peu le ventricule gauche, et presque aucune les oreillettes.

Les plaies du cœur diffèrent entre elles par rapport à la partie de cet organe qu'elles lésent, et à leur étendue en largeur et en profondeur. Sous ce dernier rapport, on peut les distinguer en celles qui pénètrent dans les cavités du cœur et en celles qui n'intéressent qu'une partie de l'épaisseur des parois de ces cavités.

Les premières sont nécessairement mortelles; mais elles ne le sont pas toujours subitement. Lorsque la plaie est assez grande pour que le sang s'échappe facilement, ce liquide, dont l'écoulement ne saurait s'arrêter, inonde le péricarde et la poitrine, et le malade périt sur le champ ou quelques heures après la blessure. C'est ce que confirment un grand nombre d'observations qu'il serait inutile de rapporter. Au contraire, si la plaie est très-étroite, si elle est oblique, le sang ne s'échappera qu'en petite quantité, et le malade pourra ne succomber que plusieurs jours après la blessure. Saviard (1) rapporte l'observation d'un jeune homme de vingt-six ans qui reçut un coup d'épée au côté droit, entre la troisième et la quatrième vraie côte. Il devint très-faible, eut une grande difficulté de respirer, et mourut au bout de quatre à cinq jours. A l'ouverture du cadavre, on reconnut que le cœur avait été percé de part en part: l'épée avait passé du ventricule droit dans le gauche, au travers de la cloison. La cavité de la poitrine était remplie de sang; quelques caillots qui bouchaient la plaie des ventricules avaient certainement contribué à prolonger la vie du blessé. Rodius (2) a vu un soldat ne succomber que neuf jours après avoir reçu un coup d'épée dans la poitrine, qui pénétra dans l'une des cavités du cœur, ainsi qu'on le reconnut à l'ouverture du corps. Tulpius (3) parle, d'après Nicolas Muller, d'une plaie au ventricule droit du cœur, qui laissa vivre le malade quinze jours. Nous avons vu un jeune homme de seize ans qui a survécu neuf jours à une plaie dans

(1) *Recueil d'obs. chirurg.*, obs. 113.

(2) *Obs. méd.*, cent. II, obs. 39.

(3) *Obs. méd.*, lib. II, c. 18.

laquelle le ventricule gauche du cœur était intéressé. Ce jeune homme, garçon pâtissier, voulant arracher des mains de ses camarades un couteau à lame longue, étroite et très-pointue qu'il tenait par le manche, saisit cet instrument par la base de la lame et la partie voisine du manche, et l'arracha en effet avec tant de force, que le couteau vint le frapper à la région du cœur et pénétra dans la poitrine. Le blessé fut porté à l'hôpital de la Charité où il mourut le neuvième jour de l'accident, après avoir éprouvé tous les symptômes qui caractérisent un épanchement de sang dans la poitrine, et ceux qui accompagnent l'inflammation du péricarde et du cœur. A l'ouverture du corps, faite trente-deux heures après la mort, on trouva une grande quantité de sang épanché dans la poitrine. Le péricarde présentait une ouverture de trois lignes environ à sa partie antérieure et inférieure. Ce sac membraneux était considérablement épaissi et enflammé dans toute son étendue. Il contenait une grande quantité de pus sans mélange de sang, et sa face interne, ainsi que la surface du cœur, étaient couvertes d'une fausse membrane très-épaisse. Une ouverture un peu moins grande que celle du péricarde existait au ventricule gauche, et ces deux organes étaient unis ensemble aux environs de ces ouvertures. Un stylet introduit dans la plaie du cœur pénétra dans la cavité du ventricule, en poussant devant lui un petit caillot qui s'était formé dans le trajet de la solution de continuité. La pointe seule de l'instrument avait pénétré dans cette cavité, en sorte que l'ouverture était très-étroite; ce qui explique comment le malade a pu survivre près de dix jours à une blessure aussi grave. Ces exemples et un grand nombre d'autres, qu'il serait inutile de rapporter, prouvent que les plaies qui pénètrent dans le cœur peuvent être accompagnées de circonstances qui retardent l'épanchement du sang et la mort du blessé.

Les parois des oreillettes sont si minces qu'il est presque impossible qu'un instrument les intéresse sans pénétrer en même temps dans leurs cavités. Le sang doit donc couler promptement dans le péricarde. Aussi tous les auteurs regardent-ils les plaies des oreillettes comme beaucoup plus dangereuses que celles des ventricules. Les parois de ces derniers sont si épaisses, particulièrement celles du ventricule gauche, qu'un instrument peut les blesser sans pénétrer dans leurs cavités. Les suites d'une semblable plaie doivent être différentes selon la profondeur à laquelle l'instrument est entré, et les parties qu'il a divisées. Si l'instrument n'a endommagé qu'une très-petite partie de

l'un ou de l'autre ventricule, et n'a ouvert aucune branche considérable des artères coronaires, il n'y aura point d'hémorrhagie, et si l'inflammation est médiocre, il est possible que le malade guérisse. Si la blessure est profonde, la guérison n'est peut-être pas absolument impossible, mais la terminaison de la maladie offre des chances beaucoup plus fâcheuses. Sans parler de l'hémorrhagie des artères mêmes du cœur, il peut arriver que les parois de ce viscère, affaiblies dans l'endroit de la blessure, n'offrent plus à l'effort du sang une résistance suffisante, et qu'elles finissent par se rompre, après avoir résisté pendant quelques jours. L'analogie porte aussi à croire que les plaies du cœur qui ne pénètrent pas dans ses cavités ne sont pas constamment mortelles chez l'homme, puisqu'elles ne le sont pas toujours chez les animaux.

En effet, on a plusieurs fois rencontré sur le cœur des cerfs, des cicatrices très-apparentes qui ne laissent aucun doute à cet égard. Enfin nous trouvons dans un ouvrage qui vient d'être publié une observation de plaie du cœur qui n'a point été mortelle, quoiqu'elle fût accompagnée des circonstances les plus fâcheuses (1). « Un soldat, ayant reçu un coup de feu à la poitrine, fut relevé presque mort; une hémorrhagie abondante faisait désespérer de sa vie. A force de soins, le sang commença à couler moins considérablement vers le troisième jour. Insensiblement l'état du malade s'améliora, il sortit plusieurs esquilles d'une côte que la balle avait fracturée. Au bout de trois mois la plaie se cicatrisa, et le malade rétabli n'éprouvait d'autre incommodité que de fréquentes palpitations de cœur qui le tourmentèrent pendant trois ans : elles devinrent moins fortes pendant trois autres années. Il mourut d'un maladie étrangère aux palpitations, six ans après sa blessure. M. Maussion, chirurgien en chef de l'hôtel-Dieu d'Orléans, fit l'ouverture du cadavre en présence de ses élèves. Il observa que la cicatrice qui résultait de la plaie d'arme à feu était profonde et qu'il y avait perte de substance à la côte fracturée. Poussant plus loin ses recherches, il trouva la balle chatonnée dans le ventricule droit du cœur, près sa pointe, recouverte en partie par le péricarde et appuyée sur le *septum medium*. » Ainsi ce n'est pas seule-

(1) *Histoire philosophique et médicale des causes essentielles, immédiates ou prochaines des hémorrhagies*, par M. Latour, t. 1, p. 75.

ment le raisonnement et l'analogie qui conduisent à penser que toutes les plaies du cœur ne sont pas nécessairement mortelles : l'observation clinique et l'anatomie pathologique l'ont actuellement démontré.

Il en est autrement des lésions des gros vaisseaux et particulièrement des artères. Le tissu de celles-ci n'est point susceptible de cicatrisation, et l'on ne peut pas espérer que dans les plaies de l'aorte la nature soit à même d'employer quelqu'un des moyens auxquels elle a quelquefois recours pour arrêter le sang dans les vaisseaux divisés. Toute plaie des grandes artères de la poitrine est inévitablement mortelle : elle ne peut que s'aggraver avec le temps. On observe seulement quelque différence dans la manière dont la mort survient. Si la plaie a une certaine largeur, la mort est subite; si elle est étroite, la mort n'a lieu qu'au bout d'un temps plus ou moins long. On trouve dans le *Journal de médecine*, t. XLVI, p. 435, l'observation d'une petite plaie triangulaire de l'aorte à sa sortie du ventricule gauche, qui ne fit périr le malade que le sixième jour; un fait plus extraordinaire encore a été consigné dans le *Recueil d'observations chirurgicales* de Saviard, par Le Rouge, éditeur et commentateur de cet ouvrage : il s'agit d'un homme qui ne mourut que le onzième jour d'une blessure faite par une épée qui avait traversé de part en part l'oreillette droite et l'aorte. Dans ces deux cas les malades sont morts soudainement d'un épanchement de sang dans le péricarde et la poitrine.

Le diagnostic des plaies du cœur présente beaucoup d'incertitude. La situation et la direction de la plaie, les défaillances, la petitesse et l'inégalité du pouls, les sueurs froides, les anxiétés, la douleur vers le sternum, sont regardées comme les signes de ces plaies. Mais la situation et la direction de la plaie ne peuvent faire naître que des soupçons, et les symptômes que nous venons d'indiquer peuvent tenir à la lésion d'un autre organe; en sorte que presque toujours ce n'est qu'à l'ouverture du corps qu'on acquiert la certitude que le cœur est blessé.

Les plaies de la poitrine sont rarement accompagnées de la lésion de l'œsophage. Le peu de largeur de ce conduit et surtout sa situation profonde le mettent ordinairement à l'abri des atteintes des corps vulnérants : il est d'ailleurs extrêmement difficile qu'il soit lésé sans que le poumon le soit en même temps. Il est possible toutefois qu'un instrument pointu et très-étroit, enfoncé dans le dos près de la colonne

vertébrale, aille frapper l'œsophage sans toucher au poumon, et même sans ouvrir la plèvre. Les plaies de l'œsophage sont presque toujours produites par des armes à feu.

L'œsophage ne peut être blessé sans que les boissons que prend le malade s'épanchent dans la poitrine en totalité ou en partie, suivant la grandeur de la blessure, et c'est de cet épanchement que résultent la plupart des phénomènes qui accompagnent cette blessure. Ces phénomènes sont la difficulté de la déglutition, une sensation de froid que le malade éprouve au moment du passage des aliments ou des boissons dans la poitrine, une gêne dans la respiration qui survient et augmente en raison de la quantité de boissons qu'il prend. Ces symptômes ne laissent presque aucun doute sur la lésion de l'œsophage; mais le signe non équivoque est la sortie des boissons et des aliments par la plaie. A ces symptômes se joignent tous ceux de l'irritation et de l'inflammation.

Les plaies de l'œsophage sont très-graves, mais elles ne sont pas toujours mortelles. Lorsque la blessure a peu d'étendue et qu'elle n'est point accompagnée d'une lésion profonde du poumon, le malade peut guérir. M. Payen, chirurgien en chef de l'hôtel-Dieu d'Orléans, a bien voulu me communiquer l'observation suivante, et j'ai vu moi-même le malade qui en est l'objet pendant un court séjour que j'ai fait dans cette ville.

Un employé des contributions indirectes, âgé de vingt-quatre ans, d'un tempérament robuste, reçut à la partie antérieure et supérieure droite de la poitrine un coup de baïonnette. Tout entier au sentiment de sa conservation et poursuivi par le délinquant qu'il avait découvert, il fit, en fuyant, plus d'une demi-lieue pour arriver à son domicile, et n'éprouva dans ce trajet aucune douleur; mais bientôt quelques accès de toux provoquèrent des crachements de sang. M. Payen le vit une heure après l'accident. Il le trouva dans un état d'angoisse inexprimable, et couché sur le côté droit; la respiration était laborieuse, une douleur vive se faisait sentir dans tout le côté droit de la poitrine, et se propageait jusqu'à la hanche du même côté; le pouls était élevé et fréquent, le moindre mouvement difficile et douloureux; une plaie anguleuse de quatre lignes d'étendue se présentait à un pouce du sternum entre la troisième et la quatrième côte: elle n'avait versé que très-peu de sang; mais à chaque expiration et plus encore pen-

dant la toux, l'air s'en échappait avec impétuosité et pouvait éteindre une lumière à sept ou huit pouces de distance.

Le pansement fut simple et ne consista qu'en un peu de charpie, quelques compresses trempées dans une liqueur résolutive et un bandage de corps. On pratiqua une forte saignée du bras, et trois heures après une seconde saignée. Celle-ci produisit du soulagement.

Le lendemain, le pouls était fort, les douleurs vives encore, la toux moins fréquente, mais la respiration toujours gênée; on fit une troisième saignée, non moins copieuse que les deux autres. Les crachements de sang avaient cessé. Le troisième jour, en détachant le plumasseau qui s'était collé sur les bords de la plaie, elle donna issue à une assez grande quantité d'un liquide très-rouge moins consistant que du sang. Cette évacuation rendit la respiration plus facile; le soir, nouvelle évacuation, aussi abondante que la première, d'un liquide de même nature: elle diminua l'anxiété qui s'était reproduite. Depuis ce moment, elle a lieu continuellement et même par jets lorsque la plaie est découverte et que le malade tousse. Elle continue pendant plusieurs jours et avec une abondance telle, qu'un grand nombre de serviettes en est inondé dans les vingt-quatre heures, cependant sa teinte est de jour en jour moins foncée; le dixième jour elle n'est presque plus colorée. Quoique le malade bût beaucoup, ses urines étaient rares, très-foncées et sédimenteuses. « Je soupçonnai alors, m'écrivit M. Payen, que la quantité prodigieuse de liquide que versait la plaie était fournie par les boissons qui, au lieu de descendre dans l'estomac, tombaient dans la cavité thoracique droite en passant par une plaie faite à la partie moyenne de la portion pectorale de l'œsophage. Pour en acquérir la certitude, j'administrai au malade des potions huileuses, des boissons mucilagineuses diversement colorées, un lait de poule, etc.; toutes ces substances venaient mouiller les compresses sans être dénaturees.

« Après avoir examiné avec soin la forme et les dimensions de la baïonnette qui avait fait la plaie, je jugeai que celle-ci devait avoir peu d'étendue, l'instrument ayant dû s'arrêter sur la colonne vertébrale, après avoir traversé l'œsophage de part en part. Deux moyens se présentaient pour l'indication que j'avais à remplir. Le premier consistait à introduire par la méthode connue une grosse sonde de gomme élastique dans l'œsophage, destinée à porter les boissons au

delà de la blessure et même jusque dans l'estomac. Le second n'était autre chose que la privation absolue ou presque absolue de boissons pendant plusieurs jours. Je préférâi le dernier comme plus simple et moins incommode; il était d'autant plus exécutable que la soif était devenue moins pressante par la diminution des accidents inflammatoires. Le malade s'y soumit avec docilité; je lui permis seulement de se rafraîchir la bouche de temps en temps avec un petit quartier d'orange; je lui fis administrer des lavements nourrissants. Mais, affaibli par les saignées et le traitement antiphlogistique, le malade éprouva au bout de quatre jours des besoins que ne pouvait plus apaiser son nouveau régime; je cédai à ses instances, et je lui permis d'avaler quelques cuillerées de boisson. Le liquide fourni par la plaie n'en devint pas plus abondant, et bientôt cet écoulement ne fut que purulent, ce que j'attribuai à l'épuisement total du liquide antérieurement épanché. Enfin, devenu plus hardi par ces succès, je passai aux boissons alimentaires, et bientôt aux aliments solides. »

Les forces se rétablissaient. Cependant le malade ne pouvait se coucher que sur le côté droit, et il lui restait un peu de fièvre, dont les légers paroxysmes s'annonçaient irrégulièrement par du frisson; la marche dans sa chambre causait de l'oppression. Il faisait le premier essai de ses forces dans la campagne, trente jours après son accident, lorsque, après un repas trop copieux, il eut une indigestion. Les efforts du vomissement provoquèrent l'expectoration d'une quantité de pus très-abondante. Ce crachement dura quinze jours. Sa cessation, celle de la fièvre, des crachats purulents et de l'oppression firent connaître que le foyer de l'abcès était tari, ce que confirmait encore la percussion. Les forces revinrent lentement, et le malade ne put reprendre les fonctions de sa place que plusieurs mois après sa blessure.

L'épanchement de sang est une complication fréquente des plaies qui pénètrent dans la poitrine. Le sang peut s'épancher dans un seul côté ou dans les deux cavités à la fois. L'épanchement se fait immédiatement après la blessure, ou au bout de quelques jours après la chute du caillot qui bouchait l'ouverture du vaisseau. Quelquefois le sang s'épanche tout à coup et inonde en un instant la cavité de la poitrine; d'autres fois il s'y répand peu à peu, et ce n'est qu'au bout de plusieurs jours que la poitrine en contient une quantité capable de produire des accidents. Le plus ordinairement le sang est libre sur le