

dans l'épaisseur des parties. Dans ce dernier cas, on pourrait croire que la plaie est pénétrante, mais on évite aisément cette méprise en ayant égard à la nature des symptômes que le malade éprouve, et en explorant avec attention l'enceinte du thorax, dans un point de laquelle la balle forme quelquefois une tumeur sensible à la vue ou au toucher. Lorsque la présence de la balle est reconnue, on doit en faire l'extraction, après avoir agrandi convenablement la plaie, ou pratiqué une contre-ouverture, si on la juge nécessaire. Si la balle est arrêtée dans les parties molles; on la saisit avec les doigts ou avec des pinces, et on l'enlève facilement; si elle est engagée entre deux côtes, après les incisions convenables, on passera au-dessous d'elle une curette, un élévatoire recourbé ou un petit crochet mousse, pour la faire sortir en la tirant à soi; enfin si la balle est chatonnée dans le sternum, on se servira pour l'ôter d'un poinçon ou d'une tarière que l'on enfoncera sous elle, et qu'on fera agir comme un levier. Si la balle était tellement serrée que l'introduction de l'instrument fût impossible, on pratiquerait à l'entour quelques entailles avec la pointe d'un scalpel à dos; mais si cet expédient ne suffisait pas, il faudrait avoir recours au tire-fond, et dans le cas où ce dernier instrument serait sans effet, on se servirait du trépan pour enlever en même temps et la balle et la portion d'os dans laquelle elle est implantée. Ce procédé conviendrait surtout si la balle, prête à tomber dans la poitrine, rendait l'usage des autres instruments trop incertain. Lorsqu'on a débarrassé la plaie des corps étrangers qu'elle contenait, on la traite comme toutes les autres plaies d'armes à feu.

Les instruments contondants agissent sur les viscères que la poitrine renferme, sans pénétrer dans sa cavité, ou en y pénétrant. Il est extrêmement rare que les instruments contondants, autres que ceux que la poudre à canon met en mouvement, pénètrent dans la poitrine. Mais en agissant sur les parois de cette cavité, tantôt en fracturant les côtes, tantôt sans les fracturer, ils peuvent produire des lésions plus ou moins graves des viscères contenus dans le thorax. Ainsi les poumons, le cœur, les gros vaisseaux, sont quelquefois contus, déchirés même par une percussion ou une pression violente exercée sur la poitrine: d'où résultent des épanchements de sang mortels, le crachement de sang, l'inflammation, la suppuration, quelquefois consécutivement des épanchements séreux ou purulents. Dans ces contusions des viscères contenus dans la poitrine, on doit s'attacher à prévenir l'in-

flammation, et à la combattre, lorsqu'elle est développée, par les saignées copieuses, une diète sévère et l'application d'un grand nombre de sangsues sur l'endroit du thorax où la douleur se fait sentir. Si malgré ces moyens l'inflammation persévère, sans être néanmoins assez violente pour faire périr le malade, on aura à craindre des accidents consécutifs plus ou moins graves et qui, suivant leur nature, présenteront des indications différentes.

Les corps poussés par la poudre à canon peuvent porter atteinte aux viscères de la poitrine, sans pénétrer dans sa cavité; mais le plus ordinairement ils y pénètrent et agissent immédiatement sur ces viscères. Les plaies qui en résultent présentent beaucoup de variétés, à raison du viscère blessé, du désordre qu'il a éprouvé, et des corps étrangers qui peuvent être restés dans la plaie. Tantôt ces plaies pénètrent seulement dans la poitrine, tantôt elles la percent de part en part. Dans le premier cas, elles renferment la balle qui les a faites, et souvent aussi d'autres corps étrangers: dans le second, la balle ne s'y trouve point, mais elles peuvent contenir des substances étrangères d'une autre nature.

Quoique la poitrine contienne les principaux organes de la respiration et de la circulation, les plaies d'armes à feu qui la pénètrent ou qui la percent de part en part ne sont cependant pas toujours mortelles: ce qui doit même paraître surprenant, c'est que ces sortes de plaies guérissent souvent sans être accompagnées d'accidents graves. Toutefois, lorsque les vaisseaux principaux du poumon, ou le cœur, ou les gros vaisseaux sont blessés, il est presque impossible, selon les lois naturelles, que le malade ne périsse pas promptement.

La première chose à faire dans le traitement de ces plaies est de les agrandir extérieurement pour faire l'extraction des corps étrangers et donner une libre issue aux humeurs; on prévient ensuite ou l'on combat l'inflammation. L'agrandissement de la plaie est surtout nécessaire lorsqu'il y a une côte fracturée, afin de pouvoir retirer les esquilles dont la présence pourrait donner lieu à des accidents fâcheux; et si la plaie perce la poitrine de part en part, c'est l'entrée de la balle qu'il faut élargir pour avoir la facilité d'ôter toutes les esquilles, parce que leurs pointes étant jetées en dedans et quelquefois même enfoncées dans le poumon, irritent plus vivement cet organe et en produisent plus sûrement l'inflammation.

Il est ordinairement facile de reconnaître les esquilles d'une côte

fracturée dans une plaie pénétrante de la poitrine par arme à feu, et d'en faire l'extraction. Il n'en est pas de même d'une balle et des autres corps étrangers dont la présence peut compliquer ces plaies. Lorsque la poitrine n'est pas percée de part en part, il est certain qu'elle renferme la balle; mais il est impossible de déterminer au juste le lieu que le corps étranger occupe. On est parvenu quelquefois, à force de palper la poitrine, à découvrir une balle qui, après avoir pénétré d'un côté et traversé les poumons, s'est arrêtée entre deux côtes, du côté opposé à l'endroit par lequel elle serait sortie si elle eût eu plus de force. Dans ce cas, une contre-ouverture est absolument nécessaire pour ôter la balle. Lorsque la balle est restée dans le poumon, on ne doit faire aucune recherche pour s'assurer de sa présence, ni aucune tentative pour l'extraire. Il n'y a qu'un seul cas, comme l'observe Le Dran, où l'on puisse et où l'on doive faire des tentatives d'extraction, c'est lorsque le poumon est adhérent à la plèvre dans l'endroit blessé, et que la balle se fait sentir au bout du doigt ou d'une grosse sonde. Alors, après avoir agrandi convenablement la plaie extérieure, on irait saisir la balle avec une pincette. On ne pourrait faire cette extraction sans causer de l'irritation, malgré l'espèce d'eschare qui tapisse la plaie du poumon; mais cette irritation aurait moins d'inconvénients que la présence de la balle. Au reste, il est bon d'observer que le cas dont nous venons de parler ne s'est peut-être jamais présenté dans la pratique. La présence et le séjour d'une balle dans le poumon sont sans doute un accident très-grave; mais il ne fait pas toujours périr le malade, comme quelques auteurs l'ont avancé : on a des exemples de personnes qui ont expectoré une balle dont elles avaient eu la poitrine percée longtemps auparavant. On a trouvé une balle dans le poumon gauche d'un homme qui, après sa blessure, n'en avait pas moins vécu vingt ans en bonne santé.

La balle peut siéger entre le poumon et la plèvre, soit qu'elle ait pénétré immédiatement dans la capacité de la poitrine sans blesser le poumon, ou qu'elle ait traversé cet organe. On conçoit combien il doit être difficile de connaître cette position de la balle, et dans le cas où l'on parviendrait à la connaître, on ne pourrait faire aucun usage des instruments usités pour l'extraction des corps étrangers. Si la balle était flottante et située du côté de la plaie, on pourrait espérer de la ramener vers celle-ci en donnant au malade une situation convenable; et si la balle dérangée s'en rapprochait assez pour être sentie avec un

gros stylet, ou une sonde de poitrine, on tâcherait de l'attirer avec la curette, ou de la saisir avec les pincettes.

Un objet très-important dans le traitement des plaies dont il s'agit, c'est de prévenir ou de combattre l'inflammation par les saignées copieuses, les boissons délayantes, rafraichissantes, adoucissantes et une diète sévère. Si malgré l'emploi de ces moyens les symptômes inflammatoires persévèrent, on a lieu de soupçonner la présence d'un corps étranger, de craindre la formation d'un abcès, et d'autres accidents graves auxquels le malade pourra succomber. On juge qu'un abcès est formé, par la sécheresse de la plaie ou une suppuration plus abondante qu'elle ne doit être, surtout si la cicatrice est commencée; par l'issue d'une grande quantité de pus dans les efforts de la respiration, tandis qu'il ne sort point en pressant les bords et les parties voisines de la plaie; par la difficulté de respirer. Lorsqu'une côte est fracturée, si le malade sent un corps qui le pique profondément dans l'endroit même de la plaie, il est présumable que quelque esquille pointue est engagée dans la substance du poumon. Dans l'un et dans l'autre cas, on doit agrandir la plaie en incisant les muscles suivant la direction des côtes avec un bistouri conduit sur un doigt ou sur une sonde cannelée, jusqu'à ce qu'on soit parvenu au foyer du pus dont on agrandira l'ouverture si on le juge convenable. Si le doigt porté dans le trajet de la plaie rencontre une esquille ou quelque autre corps étranger, on conduira sur ce doigt une pincette avec laquelle on saisira et on ôtera le corps étranger. On pansera ensuite la plaie mollement.

Les plaies de la poitrine, particulièrement celles que font les armes à feu, deviennent quelquefois fistuleuses. Plusieurs causes peuvent s'opposer à la consolidation de ces plaies et les faire dégénérer en fistules. Les plus ordinaires sont les corps étrangers, un foyer purulent dont l'ouverture est trop étroite ou défavorablement située pour donner une libre issue au pus, la maigreur extrême du malade. Avant de porter un jugement sur ces fistules et d'en entreprendre la cure, on doit en connaître la cause.

Lorsque la fistule est entretenue par un corps étranger venu du dehors, il faut faire l'extraction de ce corps par les procédés connus; si cette extraction est impossible, on se bornera à tenir l'ouverture fistuleuse assez grande pour que le pus s'écoule librement, et on attendra que la nature pousse le corps étranger au dehors: on pourra seconder ses efforts par le moyen des injections et des douches. Si le

corps étranger qui entretient la fistule est une portion d'os ou de cartilage nécrosée, on attendra qu'il se détache. Dans l'un et l'autre cas, lorsque la plaie fistuleuse est débarrassée du corps étranger, elle ne tarde pas à se cicatriser, si c'est là l'unique cause qui l'empêchait de guérir.

On juge que la plaie fistuleuse est entretenue par un foyer dont l'ouverture est trop étroite, par la grande quantité de pus que la fistule fournit dans l'intervalle d'un pansement à l'autre, par la sortie du pus lorsque le malade tousse ou qu'il fait quelque autre effort expiratoire, par l'introduction dans la fistule d'un gros stilet boutonné ou d'une sonde de poitrine, et quelquefois par l'expectoration d'une matière semblable à celle qui sort par la plaie fistuleuse. Avant d'entreprendre la cure des fistules de cette espèce, il faut s'assurer, par le moyen de la sonde, du rapport de l'ouverture fistuleuse avec le fond du foyer qui peut être situé plus haut ou plus bas que l'ouverture.

Quand l'ouverture occupe la partie inférieure du foyer, il est infiniment probable que son étroitesse est la seule cause qui empêche la guérison de la fistule : dans ce cas, le traitement consiste à dilater cette ouverture avec de la racine de gentiane ou de l'éponge préparée, à y placer ensuite une canule d'argent ou de gomme élastique pour assurer la sortie libre et continue du pus, et faire dans le foyer des injections détersives propres tout à la fois à entraîner la matière purulente et à donner aux parois du foyer le degré d'action nécessaire à leur agglutination. A mesure que la quantité du pus diminue, on diminue aussi la longueur et la grosseur de la canule, et lorsque la suppuration intérieure est entièrement tarie, on cesse de se servir de cet instrument.

Lorsque l'ouverture fistuleuse est située plus haut que le fond du foyer purulent, son agrandissement ne suffit pas pour guérir la fistule : il faut alors pratiquer une contre-ouverture à l'endroit qui correspond au fond du foyer, et lui donner assez d'étendue pour que le pus sorte facilement : dans ce cas, il peut être utile de placer un séton qu'on aura soin de tirer de haut en bas, et que l'on supprimera dès que la suppuration sera entièrement tarie.

La maigreur extrême du malade est rarement l'unique cause qui empêche une plaie pénétrante de la poitrine de guérir et qui la fait dégénérer en fistule ; mais cette maigreur, qui ordinairement est elle-même l'effet de la suppuration abondante et de la fièvre lente que le

malade éprouve, se joint aux autres causes de la fistule pour empêcher la guérison ; en sorte que cette guérison n'a lieu que par la destruction de ces causes et le retour de l'embonpoint du malade.

On conçoit que dans le traitement des fistules qui succèdent aux plaies pénétrantes de la poitrine, on doit faire concourir, avec les moyens locaux dont nous avons parlé, un régime et des médicaments internes appropriés à l'état du malade.

Lorsque ces fistules ont résisté à tous les secours de l'art, il ne reste d'autre parti à prendre que celui d'entretenir l'écoulement du pus au moyen d'une canule, afin de prévenir les accidents que sa rétention pourrait occasionner. Avec cette précaution, les sujets qui portent ces fistules peuvent jouir d'ailleurs d'une bonne santé. Fabrice d'Aquapendente fait observer que, parmi les personnes qui ont une plaie pénétrante de la poitrine, il y en a dont la plaie dégénère en une fistule incurable qui les oblige de porter pendant toute leur vie une canule d'argent : il ajoute qu'il en a vu de bien portantes d'ailleurs, qui en faisaient usage depuis quinze ou vingt ans. Nous avons rencontré nous-même plusieurs cas de la même espèce, et dans tous la fistule provenait d'une blessure d'arme à feu.

Un autre accident consécutif des plaies pénétrantes de la poitrine est la hernie du poumon, dont Sabatier rapporte un exemple (1). « Un soldat âgé de trente ans, qui avait été blessé à Rosback, d'un coup de baïonnette, au côté gauche de la poitrine, entre la partie moyenne de la cinquième et de la sixième des vraies côtes, éprouva divers accidents auxquels il survécut. On parvint à cicatriser la plaie ; mais comme les muscles intercostaux avaient été ouverts dans une grande étendue, et qu'ils n'avaient pas pu se rapprocher avec exactitude, il resta un vide sous la peau, lequel permettait au poumon de sortir entre les côtes, de la grosseur d'une noix. Cette tumeur augmentait dans l'inspiration, et diminuait dans l'expiration. Elle ne causait qu'une douleur légère, sans oppression. »

(1) *De la médéc. opérat.*, t. II, p. 301.

§ 4. — De l'opération de l'emphyème.

Cette opération consiste à faire une ouverture aux parois de la poitrine pour donner issue à un liquide épanché dans cette cavité. On la pratique au milieu de l'espace qui est entre l'épine et le sternum, dans l'intervalle de la quatrième et de la cinquième fausse côte du côté droit, entre la troisième et la quatrième du côté gauche, en comptant de bas en haut. Ces endroits ne sont point absolument les points les plus déclives de la poitrine; mais il vaut mieux s'éloigner un peu trop du diaphragme que de s'exposer à percer ce muscle et à pénétrer dans l'abdomen en faisant l'opération trop bas. Dans les sujets maigres, il est facile de distinguer les côtes, de les compter, et par conséquent de déterminer au juste le lieu où l'opération doit être pratiquée. Il n'en est pas de même lorsque l'embonpoint du malade, l'œdémie ou l'emphysème est considérable: ne pouvant alors distinguer assez facilement les côtes, on s'exposerait à ouvrir la poitrine trop haut ou trop bas, en suivant la règle dont nous venons de parler. Dans ce cas, on doit faire l'opération à quatre travers de doigt au-dessus du rebord cartilagineux qui termine inférieurement la poitrine, pour le côté gauche, et de cinq pour le côté droit chez les sujets bien conformés et sans maladie du bas-ventre. Si le bord inférieur de la poitrine ne pouvait être distingué, on ferait fléchir l'avant-bras au malade, et lui faisant approcher le bras des côtes, de manière que sa main vint se placer sur le creux de l'estomac, on chercherait l'angle inférieur de l'omoplate. La position de cet angle étant connue, on mesurerait quatre travers de doigt au-dessous, en se rapprochant du milieu de l'espace compris entre l'épine et le sternum: c'est là que l'opération devrait être faite.

Le lieu de l'opération étant déterminé, voici de quelle manière elle doit être pratiquée.

Le malade étant assis sur le bord du lit correspondant au côté de la poitrine où se trouve l'épanchement, les jambes en dehors afin de faciliter la respiration autant que son état le permet, il doit s'incliner vers le côté opposé à celui où l'opération va être faite. Cette précaution rend ce dernier côté plus saillant et augmente l'étendue de l'espace intercostal, dans lequel l'instrument doit pénétrer. Le chirurgien placé devant le côté affecté tend la peau perpendiculairement à la di-

rection des côtes, avec les doigts de la main gauche, en ayant soin de la tirer également en haut et en bas, afin que l'incision corresponde exactement au milieu de l'espace intercostal; de la main droite il tient un bistouri comme pour couper de dehors en dedans, et divise suivant la longueur des côtes, dans l'étendue de deux ou trois pouces, successivement, la peau, le tissu cellulaire, le muscle grand dorsal et l'oblique externe de l'abdomen. Dans cette incision, le bistouri est dirigé obliquement, de haut en bas et de derrière en devant si l'on opère sur le côté droit, de bas en haut et de devant en arrière si l'opération est faite sur le côté gauche.

Lorsque l'incision des parties extérieures est achevée, l'opérateur procède à celle des muscles intercostaux et de la plèvre de la manière suivante; il porte le doigt indicateur de la main gauche dans la plaie, et le place de manière que l'ongle corresponde au bord inférieur de la côte supérieure, et que le bord radial soit tourné en devant si l'on opère sur le côté droit, et en arrière si c'est sur le côté gauche: il appuie sur ce bord le bistouri tenu de la main droite comme pour couper devant soi et de dedans en dehors, la main étant en supination; il enfonce l'instrument perpendiculairement au travers des muscles intercostaux et de la plèvre, et lorsque la pointe du bistouri est parvenue dans la poitrine, ce qu'il reconnaît au défaut de résistance, il agrandit l'ouverture en pressant contre le dos du bistouri avec le doigt qu'il introduit en même temps dans la poitrine pour protéger le poumon contre la pointe de l'instrument qui, sans cette précaution, pourrait le blesser. Il est bon cependant d'observer que la crainte de blesser le poumon n'est pas aussi fondée que l'on pourrait se l'imaginer au premier coup d'œil: en effet, si l'épanchement existe, quelque peu considérable qu'il soit, le liquide interposé entre la plèvre et le poumon empêche que ce dernier soit blessé: si l'épanchement n'existe pas, et qu'on ait été induit en erreur, le poumon est libre ou il est adhérent à la plèvre: dans le premier cas, aussitôt que la pointe du bistouri a traversé la plèvre, l'air pénètre dans la poitrine, et le poumon sur lequel il agit par sa pesanteur s'affaisse, et s'éloigne de l'instrument; dans le second cas, quelque précaution que l'on prenne, la pointe du bistouri pénètre dans le poumon, mais la lésion qui en résulte est sans inconvénient. L'incision des chairs intercostales et de la plèvre doit toujours être beaucoup moins grande que l'incision extérieure; sa direction doit être parallèle

à celle des côtes, et on doit la faire plus près du bord supérieur de la côte inférieure que de l'inférieure de la côte supérieure, afin de s'éloigner de l'artère intercostale.

Dès que la plèvre est ouverte, le liquide épanché s'échappe; et sa sortie, en faisant connaître l'existence de l'épanchement, prouve aussi que l'opération est faite dans le lieu convenable. Si, au contraire, il ne sort point d'humeur, on s'est trompé; l'épanchement n'existe pas, ou le poumon est adhérent à la plèvre dans l'endroit où l'opération a été pratiquée. Dans le premier cas, qui se reconnaît à la facilité avec laquelle le doigt introduit dans la poitrine peut tourner de côté et d'autre sur des surfaces lisses, toute opération est inutile, et l'on doit réunir aussitôt la plaie faite aux parois du thorax avec des emplâtres agglutinatifs, afin de prévenir l'entrée de l'air dans cette cavité. Dans le second cas, on a conseillé d'essayer de décoller le poumon d'avec la plèvre au moyen du doigt indicateur porté au fond de la plaie, jusqu'à ce que la sortie du liquide fasse voir qu'on est parvenu au foyer de l'épanchement. Mais, sans parler de l'inconvénient qu'il peut y avoir à déchirer des parties d'une nature si délicate, les adhérences peuvent être assez étendues pour que le doigt ne puisse en atteindre les limites, ce qui rendrait le déchirement inutile; il vaut mieux alors, si les symptômes de l'épanchement sont positifs et pressants, pratiquer une seconde ouverture dans un autre endroit.

La poitrine étant ouverte, la conduite du chirurgien doit être différente suivant que le liquide qu'elle renferme est du sang, du pus ou de la sérosité. Il ne sera question pour le moment que de l'épanchement de sang (1). Lorsque le danger de la suffocation a déterminé à entreprendre l'opération avant la manifestation des phénomènes qui annoncent que l'hémorrhagie est arrêtée, après avoir laissé écouler

(1) Je crois devoir rappeler ici l'observation que j'ai faite plus haut, page 612: le sang épanché doit former un caillot dans la cavité des plèvres comme dans toute autre cavité. Or, s'il forme un caillot, il ne peut s'écouler au dehors, comme le dit Boyer; et s'il ne forme pas de caillot, on ne peut espérer qu'en laissant écouler une partie du sang liquide, il se formera plus tard un caillot qui, fermant la plaie du poumon, s'opposera à l'écoulement du sang. Il me paraît probable que, dans les cas où on a cru donner issue à du sang, on n'a tiré de la poitrine que de la sérosité teinte par le sang épanché, et qu'il s'était formé déjà un caillot fibrineux qui fermait la plaie du poumon.

une quantité suffisante de sang pour remédier à la suffocation, on introduira dans le fond de la plaie une tente mollette, ou un bourdonnet ferme et lié, ou bien une pelote de charpie qui la remplira le plus exactement possible, afin de retenir dans la poitrine le sang dont la présence est nécessaire pour la formation du caillot qui doit boucher les vaisseaux ouverts. Si l'hémorrhagie est arrêtée, on laissera sortir le sang librement, et on favorisera même sa sortie en donnant au malade une situation convenable; on ne doit pas dans ce cas hésiter de vider entièrement la poitrine, parce qu'il n'y a pas assez de temps que le poumon est comprimé pour qu'on puisse craindre qu'il ne se développe pas à mesure que le sang s'écoule pour prendre la place qui sans cela serait occupée par l'air qui cherche à s'introduire dans la poitrine aussitôt qu'elle est ouverte.

Lorsqu'on s'aperçoit que la quantité de sang diminue, on panse avec une bande de toile usée, souple et dont les bords sont effilés, que l'on fait entrer dans la poitrine par l'une de ses extrémités, tandis que l'autre bout, plus long, est fixé à l'extérieur. On couvre ensuite la plaie avec un linge fin, par-dessus lequel on met de la charpie sèche, des compresses et un bandage de corps.

Aussitôt que le malade est pansé, on le replace dans le milieu de son lit en lui recommandant de rester couché sur le côté opéré le plus longtemps possible, afin de favoriser l'écoulement graduel du sang. Une diète sévère, un repos parfait, un silence absolu, sont toujours nécessaires; quelquefois même il peut être utile d'y joindre une ou plusieurs saignées, surtout lorsque le malade conserve beaucoup de force, et qu'il est à craindre que l'effort du sang ne soulève le caillot qui a suspendu l'hémorrhagie.

Les pansements subséquents se font de la même manière que le premier, et on les réitère deux ou trois fois par jour, suivant la nature des accidents et l'humidité de l'appareil. Si le sang qui est resté dans la poitrine a conservé sa fluidité naturelle, il s'écoule facilement au dehors, et la poitrine ne tarde pas à se vider complètement; mais s'il s'est grumelé, comme il arrive souvent (1), sa sortie est difficile, et

(1) La remarque que fait ici Boyer en disant: « mais s'il est grumelé (le sang), comme il arrive souvent, » vient à l'appui des notes précédentes sur la coagulation du sang. Elle prouve que l'on a fréquemment trouvé ce liquide formant des grumeaux après que la sérosité rougeâtre était évacuée.

il peut être nécessaire alors de faire des injections d'eau tiède dans cette cavité : ces injections sont utiles aussi lorsque le sang épanché commence à se corrompre ; dans toute autre circonstance elles offrent peu d'avantages et ne sont pas sans inconvénients. Lorsque la poitrine est entièrement débarrassée du sang qui y était épanché, il en sort une matière puriforme, rougeâtre, ensuite de véritable pus dont la quantité diminue par degrés, et qui se tarit enfin complètement. Pour lors on cesse l'usage de la mèche, et on se contente de couvrir la plaie d'un linge fin sur lequel on pose de la charpie et des compresses. Jamais on ne doit mettre la charpie à nu sur les plaies de ce genre, parce qu'on exposerait le malade à tous les accidents qui peuvent résulter de la chute d'un corps étranger dans la poitrine. On doit insister avec fermeté pendant toute la durée du traitement sur les moyens généraux propres à modérer le cours du sang, et éloigner toutes les causes qui pourraient l'accélérer, comme les efforts pour aller à la garde-robe, les mouvements brusques, l'exercice de la parole, une nourriture succulente, du vin pur, des liqueurs spiritueuses, les passions vives, etc. Il est toujours à craindre que ces causes, en ajoutant à la force avec laquelle le sang circule, ne fassent détacher le caillot qui en a suspendu le cours dans le vaisseau blessé. Vesale a vu cet accident arriver quinze jours après la blessure et onze jours après l'opération de l'empyème. Un soldat biscayen frappé de deux coups d'épée au-dessus de la mamelle droite, fut attaqué de fièvre, de difficulté de respirer, d'insomnie et de douleurs vives à la partie inférieure de la poitrine. Vesale reconnut à ces signes qu'il s'était fait un épanchement sanguin dans cette cavité ; il jugea prudent d'attendre jusqu'au quatrième jour pour donner issue à ce liquide, afin de ne point augmenter ou renouveler l'hémorrhagie. L'opération pratiquée à cette époque procura l'écoulement d'une grande quantité de sang coagulé. Le malade se trouva très-soulagé. Le sang continua à couler pendant quelques jours ; ensuite il s'établit une suppuration louable qui faisait espérer une guérison complète. Tout en effet semblait l'annoncer ; mais le malade, ayant fait usage d'une nourriture trop abondante, mourut d'hémorrhagie au moment où il semblait toucher à sa guérison. M. Lombard a vu un accident semblable survenir au bout d'un temps plus long encore. Un dragon avait reçu au côté droit de la poitrine un coup de demi-espadaon qui avait pénétré dans cette cavité et blessé le poumon. La plaie était complètement cicatrisée depuis deux mois lorsque cet

homme mourut tout à coup d'hémorrhagie, pour avoir lancé avec effort une boule de quilles. On ne saurait donc recommander aux malades d'éviter avec le plus grand soin toutes les circonstances qui, en excitant la circulation, pourraient renouveler l'hémorrhagie.

Quelques auteurs ont recommandé, comme un point important, de faire sortir l'air qui s'est introduit dans la poitrine, et d'empêcher qu'il n'y en entre de nouveau au moment où la plaie tend à se cicatriser. Dans cette vue, ils conseillent de rapprocher les bords de la plaie et de faire faire une grande inspiration au malade, de la laisser ouverte pendant l'expiration qui doit être lente, et de répéter plusieurs fois la même chose ; après quoi on doit couvrir la plaie d'un emplâtre agglutinatif. Sans discuter ici l'efficacité de ce moyen, nous pensons que son utilité n'est pas très-marquée, et qu'il suffit, pour prévenir l'entrée de l'air dans la poitrine, de ne panser la plaie que le moins souvent possible, et de ne la laisser jamais à découvert. Quant à l'air qui se trouve dans cette cavité au moment où la plaie se ferme, sa quantité n'est point assez considérable pour empêcher le développement du poumon, et cet air est bientôt absorbé avec la sérosité qui s'exhale de la surface de la plèvre.

ARTICLE III.

Des abcès de la poitrine.

Par rapport à leur situation, les abcès de la poitrine peuvent être distingués en extérieurs et en intérieurs. Les premiers ont leur siège dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou dans l'interstice des muscles qui couvrent la poitrine. Les seconds peuvent se former : 1° dans le tissu cellulaire qui unit la plèvre aux muscles intercostaux et aux côtes ; 2° entre le poumon et la plèvre dans un espace circonscrit par des adhérences de ces parties ; 3° dans le médiastin ; 4° dans la cavité même de la plèvre, le pus étant épanché sur le diaphragme ; 5° enfin dans la substance même du poumon. Ces derniers étant exclusivement du ressort de la médecine interne, il n'en sera pas question ici.