

les blessures par les grains de plomb, suffit pour savoir ce qu'il y a faire dans ces sortes de cas.

Les blessures des parois de la poitrine par rupture, déchirure, arrachement, etc., etc., n'exigent aucune description particulière et ne présentent pas d'indication spéciale de traitement. Nous n'avons pas besoin d'entrer à cet égard dans des détails dont nous dispensent d'ailleurs les détails dans lesquels nous sommes entrés lorsque nous avons traité des généralités de ces blessures.

## SECTION II.

### Plaies pénétrantes de poitrine.

#### A. — Plaies pénétrantes de poitrine par des armes piquantes.

Les armes piquantes, après avoir atteint les parois de la poitrine, pénètrent très-souvent dans cette cavité. Elles peuvent simplement la perforer et ne pas produire d'autre lésion, ou bien elles peuvent intéresser les organes qui y sont contenus. Il est souvent très-difficile de distinguer si une plaie par arme piquante étroite, est ou non pénétrante. Dans les anciens temps, les chirurgiens attachaient une grande importance à distinguer les plaies qui pénétraient dans l'une ou dans l'autre cavité thoracique, de celles qui se perdaient dans l'épaisseur de leurs parois, et dans ce but, on y introduisait des stylets ou des sondes; on y poussait même des injections d'eau tiède, ou bien, après avoir fait faire au blessé une inspiration profonde, on lui fermait la bouche et les narines, et on lui commandait de faire un violent effort respiratoire. Si le stylet ou la sonde pénétrait à une certaine profondeur avec facilité, en suivant une direction qui les rapprochât de la cavité de la plaie; ou bien si l'air expiré

faisait irruption au dehors à travers la solution de continuité, on prononçait que la plaie était pénétrante; et, dans le cas contraire, on jugeait qu'elle s'arrêtait dans l'épaisseur des parois thoraciques. Ces manœuvres ont été avec beaucoup de raison condamnées et proscrites par les chirurgiens modernes qui les regardent comme infidèles, comme dangereuses même, ou au moins comme inutiles. Elles sont infidèles, car un changement de rapport survenu entre les plans musculaires dans les divers mouvemens du tronc, peut très-bien, la plaie étant étroite, changer la direction de son trajet, l'oblitérer même tout-à-fait, et apporter ainsi un obstacle insurmontable à l'introduction des sondes ou des injections, à la sortie de l'air, et faire déclarer non pénétrante une plaie qui pénètre réellement; elles sont inutiles, car tant qu'il ne survient pas d'accidens, il est à peu près indifférent de savoir si la plaie pénètre ou non; et lorsque ces accidens surviennent, ils suffisent ordinairement pour éclairer ce qu'il peut y avoir d'obscur dans le diagnostic. Enfin, ces manœuvres peuvent être dangereuses, parce qu'un stylet introduit même avec la plus grande précaution peut détacher un caillot qui bouche une artère, et renouveler une hémorrhagie ou tout au moins accroître une irritation dangereuse. Un liquide étranger, tel doux qu'il soit, peut d'ailleurs irriter et enflammer la plèvre. Il faut donc s'abstenir de ce moyen.

L'expérience a, du reste, prononcé que, lorsque les plaies pénétrantes de poitrine étaient simples, c'est-à-dire quand il y avait seulement perforation des parois de cette cavité, sans lésion des organes qui y sont contenus, elles ne différaient pas, ou au moins différaient fort peu, quant à la gravité et aux indications qu'elles présentaient, de celles qui ne pénétraient pas. Ce

n'est pas l'introduction de l'air qui en fait le danger, mais bien la lésion des parties intérieures, et les autres complications dont nous parlerons plus bas, telles que l'hémorrhagie, l'épanchement de sang, l'emphysème, etc., etc.

Quand ces piqûres pénétrantes sont simples, c'est-à-dire qu'il n'y a aucun symptôme de lésion des organes contenus dans la poitrine, il n'y a d'autre traitement à faire, lors même qu'on a acquis la certitude qu'il y a eu pénétration de l'arme dans la poitrine, que celui que nous avons indiqué dans les blessures non pénétrantes. On a bien soin seulement de couvrir exactement la plaie afin d'empêcher l'air extérieur de s'y introduire.

B. — *Plaies pénétrantes de poitrine par armes tranchantes.*

Ce que nous avons dit des piqûres pénétrantes de la poitrine doit s'entendre aussi des plaies pénétrantes de cette cavité par des armes tranchantes, c'est-à-dire que lorsqu'elles sont simples, sans lésion des organes contenus dans la cavité thoracique, sans hémorrhagie, emphysème, ou hernie du poumon, etc., elles ne présentent pas plus de gravité que les plaies simples et non pénétrantes. Leur traitement se borne à rapprocher les lèvres de la plaie en faisant incliner le tronc du blessé vers le côté où correspond la blessure, en appliquant des bandelettes agglutinatives, et même s'il en est besoin, ce qui est rare, en ayant recours à quelques points de suture. Le reste de l'appareil consistera en charpie, compresses et bandage de corps. On pratiquera ensuite des saignées proportionnées à l'âge et à la force du sujet; on lui prescrira le silence, le repos le plus absolu, l'abstinence, l'usage des boissons émollientes, etc., etc.

Mais bien rarement les plaies pénétrantes de la poitrine sont simples, c'est-à-dire qu'il n'y a presque jamais perforation seulement de la cavité : il y a presque toujours en même temps lésion des divers organes qui y sont contenus, et c'est surtout en cela qu'elles méritent de fixer l'attention.

1<sup>o</sup> *Plaies du poumon.*

La contiguité qui existe entre la surface des poumons et les parois du thorax est telle, qu'il est très-difficile qu'un instrument vulnérant pénètre dans la cavité de la poitrine et ouvre la plèvre sans intéresser en même temps le tissu pulmonaire. Cependant ce cas simple et heureux s'est présenté quelquefois. Les symptômes qui annoncent la lésion du poumon sont : un crachement de sang vermeil et écumeux, la sortie de ce liquide par la plaie, son épanchement dans la cavité de la poitrine, l'emphysème, la pneumonie, etc., etc. Mais tous ces symptômes ne se rencontrent pas toujours ensemble. Le *crachement de sang* se manifeste ordinairement aussitôt après l'accident; il est proportionné à la profondeur et à la largeur de la plaie faite aux poumons, et il peut même ne point avoir lieu si la plaie est très-petite et superficielle. Quand ce crachement n'est pas très-considérable, il s'arrête ordinairement au moment où l'inflammation commence.

*La sortie du sang par l'ouverture faite aux parois de la poitrine* n'a en général lieu que lorsque cette plaie offre une certaine largeur. Dans le cas contraire, les liquides, trouvant de la difficulté à s'échapper au dehors, s'épanchent dans la cavité des plèvres. L'apparition du

sang à l'extérieur n'est point du reste une preuve que le poumon soit blessé. Elle peut avoir lieu à l'occasion de la lésion de l'artère intercostale, ou à l'occasion de la blessure de tout autre organe capable de fournir du sang, et lorsque ce liquide a formé un épanchement assez considérable pour remplir la cavité de la poitrine depuis la partie la plus déclive jusqu'au niveau de la plaie extérieure. Il ne faut donc pas attacher trop d'importance à ce symptôme, et on ne doit le regarder comme dépendant de la blessure des poumons qu'autant que la connaissance de la direction et de la profondeur à laquelle l'instrument vulnérant a pénétré, lui donne de la valeur.

L'*épanchement sanguin* dans la cavité de la poitrine n'est pas non plus un accident particulier aux plaies du poumon ; il peut avoir lieu à la suite de la blessure de quelques gros vaisseaux, du cœur ou de l'artère intercostale ; il n'en constitue pas non plus un accident constant ; car si le poumon est adhérent dans ce point correspondant à la blessure des parois de la poitrine, il peut être profondément blessé et fournir même une hémorrhagie très-grave sans qu'il se forme d'épanchement. Quand celui-ci est formé par la blessure du poumon, il est accompagné des signes qui indiquent que cet organe a été lésé : le principal de ces symptômes est le crachement de sang. Quand la plaie des parois de la poitrine est grande, on peut reconnaître que l'hémorrhagie provient de la lésion de l'artère intercostale ; mais, quand la plaie est étroite, comment distinguer ces cas l'un de l'autre ? C'est alors que la conduite du chirurgien est fort embarrassante ; car, suivant certains principes, ainsi que nous le verrons plus loin, il faut, si l'hémorrhagie vient de l'artère intercostale, que le chirurgien

ouvre la poitrine pour aller à la recherche du vaisseau ; et dans le cas contraire, si elle vient du poumon, qu'il ferme au contraire exactement la plaie. Avec beaucoup d'attention cependant on parvient à jeter quelque lumière sur l'obscurité du diagnostic. Pour que le poumon fournisse une hémorrhagie de quelque importance, il faut que l'instrument vulnérant atteigne sa racine où sont placés tous les gros vaisseaux qui s'y rendent et les principales divisions des bronches. Quand c'est un des gros troncs qui est ouvert, le blessé peut périr presque instantanément par l'effet de la perte du sang, et parce qu'il est suffoqué par l'irruption de ce liquide dans les voies aériennes. Lorsque le vaisseau est d'un moindre volume, le blessé peut survivre, mais toujours l'abondance du crachement de sang est en rapport avec la grosseur des vaisseaux divisés et la rapidité de l'épanchement intérieur. Dans ces cas, il n'y a aucun motif de soupçonner que l'épanchement qui se fait dans la poitrine n'ait pas sa source dans la lésion du poumon, surtout lorsque les circonstances commémoratives et l'examen de la plaie extérieure font connaître que l'instrument vulnérant a dû pénétrer jusque près de la racine de l'organe. Mais quand, en même temps que cet épanchement se forme d'une manière évidente, le blessé ne crache qu'une très-petite quantité de sang, que l'examen de la plaie fait connaître que celle-ci correspond à la hauteur occupée par une des artères intercostales, que les circonstances commémoratives apprennent que l'instrument vulnérant n'a dû qu'effleurer en quelque sorte la surface du poumon, on a des raisons suffisantes de croire à la lésion de l'artère intercostale, et de regarder l'épanchement comme un effet de cette lésion. Du reste, nous trai-

terons plus bas de cette complication des plaies pénétrantes de poitrine (l'épanchement de sang); nous avons dû cependant en parler ici comme se rencontrant souvent dans les plaies du poumon.

L'emphysème est une des complications les plus fréquentes des plaies du poumon, et c'est même un symptôme caractéristique de ces plaies, quoiqu'on le rencontre quelquefois dans des plaies de poitrine non pénétrantes, ou pénétrantes, mais sans lésion des poumons (1). Il n'a cependant pas lieu dans tous les cas de solution de continuité du poumon. Ainsi quand la plaie des parois thoraciques est large, il n'existe pas, attendu que l'air trouve un passage libre pour sortir de la cavité pectorale et y pénétrer. Il n'y en a pas non plus, quand il s'est formé un grand épanchement sanguin dans la cavité thoracique. Le liquide dans ce cas s'oppose à la sortie et à l'infiltration de l'air. Enfin, il n'y a pas non plus d'emphysème lorsque la plaie des poumons est très-étroite, parce que le gonflement rapide de ses bords et la formation des caillots qui s'y rencontrent s'opposent à la sortie de l'air. Dans les autres circonstances, et surtout quand la plaie des parois de la poitrine est tortueuse et étroite, et que celle du poumon est assez grande, l'emphysème se forme et peut devenir très-considérable. Après s'être épanché dans la cavité de la

(1) L'emphysème peut survenir dans quelques cas de plaies pénétrantes de poitrine, exemptes de lésions pulmonaires. On observe spécialement ce phénomène, lorsque la division des parois thoraciques présente une telle obliquité, qu'elle se prête à l'entrée de l'air dans le thorax, et oppose au contraire une notable difficulté à sa sortie. L'air entre, mais ne sort pas avec la même facilité de la cavité pleurale; alors il s'infiltré plus ou moins dans le tissu cellulaire voisin.

(Note des Rédacteurs.)

poitrine, y avoir comprimé le poumon, et produit une suffocation proportionnée à la gêne que cet organe éprouve, l'air s'infiltré peu à peu dans le tissu cellulaire des parois de la poitrine. Souvent il reste circonscrit dans un point de ses parois. On le reconnaît alors, à une tuméfaction indolente, élastique, incolore, et donnant la sensation d'une crépitation particulière lorsqu'on la comprime de manière à déplacer l'air qui la produit. Mais souvent aussi cet emphysème s'étend au loin, et dans certains cas il envahit la totalité du corps: l'air infiltré distend outre mesure tout le tissu cellulaire de la surface du corps, excepté dans les points où il rencontre des brides aponevrotiques, comme à la paume des mains, à la plante des pieds, au cuir chevelu, etc. (1). La peau dans ce cas est très-fortement distendue, pâle et luisante, et la suffocation qu'éprouve le blessé est très-considérable (2).

L'inflammation du poumon est un des phénomènes les

(1) *Littre* rapporte, dans les Mémoires de l'Académie des sciences, pour l'année 1713, l'histoire d'un individu chez lequel, à la suite d'un coup d'épée à la poitrine, la quantité d'air infiltré était si considérable, qu'il existait un intervalle de onze pouces entre la peau et la face antérieure du sternum. Cet emphysème avait neuf pouces au ventre, six au cou et quatre dans les autres parties du corps. L'air avait pénétré jusque dans l'intérieur de l'œil. Pendant la vie, les yeux étaient si gros qu'ils sortaient en partie de leurs orbites. Après la mort, ils avaient seize lignes de diamètre. On les comprima, et tout l'air qu'ils contenaient étant sorti, ils perdirent plus de la moitié de leur volume. *Méry* communiqua la même année, à l'Académie des sciences, un cas d'emphysème universel à peu près semblable; le malade mourut le quatrième jour.

(Note des Rédacteurs.)

(2) *M. Hewson* pense avec raison que tous les phénomènes alarmans et tous les dangers des emphysèmes dépendent de la présence de l'air dans la cavité blessée de la poitrine, et de sa réaction, non-seulement sur le poumon correspondant, mais encore sur le médiastin et sur le diaphragme

plus constans de la plaie de ce viscère. Elle arrive ordinairement, ainsi que nous l'avons dit, lorsque le crachement cesse ou diminue d'une manière notable. Cette inflammation se borne quelquefois au trajet de la plaie et ne dépasse pas les bornes nécessaires au travail de la réunion de cette plaie. Elle se termine ensuite par résolution. Le poumon contracte des adhérences avec la circonférence de l'ouverture des parois de la poitrine, et la guérison a lieu. Dans d'autres circonstances, l'inflammation se propage à tout le poumon, et alors se manifestent les symptômes de la pneumonie. Dans quelques circonstances, il y a suppuration dans tout le trajet de la plaie : alors le poumon ayant contracté des adhérences avec la circonférence de l'ouverture des parois de la poitrine, le pus sort par cette voie, et il se forme une fistule par laquelle s'échappent à la fois l'air et la suppuration, fistule qui dure pendant un temps quelquefois extrêmement long, surtout s'il y a en même temps un corps étranger dans la substance du poumon, corps étranger introduit par le corps vulnérant ou formé par l'arme elle-même.

*La hernie du poumon s'observe dans les plaies pénétrantes de poitrine, lorsque l'ouverture des parois*

qui sont refoulés de manière à gêner la dilatation du poumon opposé. Cette opinion est confirmée par un certain nombre de faits, desquels il résulte que les emphysèmes les plus volumineux au dehors ne sont pas ceux qui occasionent le plus d'angoisses et de menace de suffocation. Ces symptômes semblent en beaucoup de cas, au contraire, proportionnés à la réplétion de la poitrine, et à la difficulté que l'air trouve pour s'épancher dans le tissu cellulaire extérieur. Mais il n'en est pas moins constaté aussi, que lorsque l'infiltration sous-cutanée est portée fort loin, elle réagit sur le thorax, les vaisseaux du cœur, et ajoute par cela même au malaise et aux accidens qu'éprouve le sujet.

(Note des Rédacteurs.)

présente une étendue un peu considérable. Dans ce cas, qui est assez rare d'ailleurs, le poumon forme une saillie plus ou moins considérable entre les côtes. Le poumon, dans cette circonstance, peut être sain ou blessé, et les auteurs rapportent des observations d'individus dont la portion du poumon faisant hernie était contuse, déchirée, gangrenée, et qui cependant ont parfaitement guéri après en avoir subi l'excision ou la cautérisation (1).

Il ne faut pas croire que les portions du poumon sorties de la poitrine et exposées au contact de l'air soient gangrenées subitement ou facilement, par suite de l'étranglement qu'elles éprouvent de la part des côtes et des lèvres de la plaie ; il ne faut pas, non plus, croire à cette gangrène, parce que ces portions herniées sont sèches et livides, et en conséquence de cette erreur aller les retran-

(1) *Fabrice de Hildan* rapporte qu'un homme reçut un coup d'épée entre la cinquième et la sixième côte, près du sternum. 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 eut agrandi l'espace intercostal avec un morceau de bois disposé en coin. Quoique peu méthodique, ce traitement réussit. Le malade guérit. (Cent. 11, observ. 32, pag. 100.)

*Tulpius* cite un fait à peu près semblable à celui de *Fabrice de Hildan*. Un homme reçut, sous la mamelle gauche, une large plaie que l'ivresse ne lui permit pas de soigner. Le lendemain une portion du poumon, longue de trois travers de doigt, sortit par cette plaie. Le blessé se rendit au bout de deux jours à *Amsterdam*. La portion du poumon était déjà corrompue. Elle fut liée et coupée avec des ciseaux. Au quatorzième jour, cette plaie fut guérie, et l'homme survécut six ans à cette blessure. (*Obs. méd.*, lib. 11, chap. 17.)

*Ruyssch* (*Observ. anat. chirurg.*, obs. 53, pag. 50) rapporte un fait semblable de ligature de poumon suivie de guérison. *Roland* cite aussi un cas de succès d'excision d'une portion corrompue du poumon sortie à travers une plaie de poitrine. (*Lib. 111.*, chap. 25.)

(Note des Rédacteurs.)

cher ainsi que cela est arrivé plusieurs fois. C'est le contact de l'air qui produit souvent cette flétrissure. En réduisant les parties dans la poitrine, elles reprennent promptement leurs fonctions (1).

Les plaies du poumon sont en général des lésions fort graves. Cependant les plaies simples ne présentent de danger qu'autant qu'elles sont accompagnées d'une vive inflammation, qu'il est possible de prévenir ou de guérir par l'administration judicieuse des secours de l'art. On peut espérer même une terminaison heureuse, lorsque l'inflammation de la plaie du poumon s'est terminée par suppuration. Celle-ci diminue peu à peu et finit par cesser entièrement. Dans certains cas cependant, ainsi que nous l'avons dit, la plaie reste fistuleuse, et quelquefois l'abondance et la continuité de la suppuration entraînent le marasme et la mort. L'emphysème n'est généralement grave qu'autant qu'il devient général. L'épanchement sanguin est une complication des plus graves; il indique d'abord quand il vient du poumon que ce viscère est profondément blessé, et menacé par conséquent d'une plus vive inflammation. L'épanchement devient d'ailleurs par lui-même la source de très-grands dangers. Quant à la hernie simple du poumon, c'est une

(1) G. Loyseau (*Obs. médecin. et chirurg.*, pag. 25) avoue s'être grossièrement trompé dans un cas de cette sorte. « Un homme reçut dans le côté droit de la poitrine, entre la troisième et la quatrième côtes, un coup d'épée qui lui fit une large plaie. Une portion du poumon s'échappa au dehors, se tuméfia, et resta 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 du poumon, elle reprit sa couleur naturelle, comme elle l'eût sans doute reprise si on l'eût réduite au lieu de la couper. Néanmoins le malade guérit sans accident et sans aucune incommodité. »

(Note des Rédacteurs.)

complication à laquelle il est facile de remédier, lorsqu'on est appelé à temps pour cela.

Le traitement à suivre dans les plaies du poumon par armes piquantes ou tranchantes, ne diffère de celui des plaies des parois thoraciques que par la grande énergie avec laquelle il faut agir pour mettre le blessé à l'abri de l'inflammation pulmonaire. La plaie des parois thoraciques sera donc rapprochée et fermée hermétiquement au moyen des emplâtres agglutinatifs, soutenus par des compresses, le bandage de corps et la position. Le blessé sera saigné autant de fois que le comporteront son âge, ses forces et la gravité des symptômes, et on lui recommandera le repos, le silence et la diète la plus absolue (1).

(1) Les chirurgiens militaires répandent le sang avec une profusion à l'aide laquelle ils obtiennent des succès nombreux, et sauvent des blessés qu'ils auraient très-certainement perdus sans cela. *John Bell* blâme cet abus de la saignée (*Traité des plaies*, pag. 288) chez les chirurgiens français, tout en leur accordant qu'ils guérissent très-souvent des individus blessés gravement aux cavités splanchniques. C'est ainsi qu'il choisit pour sujet de critique, une observation de *Ravaton* qui nous semble au contraire tout-à-fait digne d'éloges. Nous la rapportons pour en faire juges nos lecteurs.

« Un jeune homme appartenant à un régiment de milice fut gravement blessé en duel. Ses camarades, voulant tenir l'affaire secrète, engagèrent *Ravaton* à le recevoir chez lui pour le soigner. Au moment où il fut porté chez le chirurgien, il était presque sans vie, dans un état d'insensibilité complète, et offrait à peine quelques battemens du pouls. L'épée, ayant traversé la poitrine, avait pénétré en avant sous le mamelon, et était sortie en arrière, entre la quatrième et la cinquième côte. Les deux ouvertures, qui étaient le siège d'un léger emphysème, furent dilatées. Cependant le malade toussait beaucoup, il crachait une quantité considérable d'un sang écumeux et vermeil; il avait perdu la faculté de parler; la suffocation et l'anxiété étaient extrêmes. Dans la soirée il fut saigné jusqu'à cinq fois en trois heures. Un peu avant minuit, il avait reconvré la parole et se trouvait beaucoup mieux. *Ravaton* ne se borna pas là: il plaça auprès du malade un jeune élève de garde, et lui recommanda d'ouvrir la veine chaque fois que les accidens menaceraient de se reproduire. En effet, le malade demanda à diverses re-

Les pansemens seront aussi rares que possible, afin d'éviter que l'air ne s'introduise dans la poitrine; on ne les rendra fréquens que dans le cas d'une suppuration abondante. On extraira les corps étrangers aussitôt qu'on aura la certitude de leur présence. *Gérard*, dont la conduite doit être imitée, se comporta de la manière la plus habile dans le cas suivant. Ayant reconnu que la pointe d'un couteau, qui avait fait la blessure et qui était rompue, s'était implantée dans la côte, faisait saillie dans la cavité de la poitrine et blessait le poumon, il introduisit son doigt garni d'un dé de fer dans la cavité de la poitrine, et repoussa de dedans en dehors ce corps étranger qui faisait saillie dans la poitrine. Il fit ainsi cesser tous les accidens.

Lorsque l'emphysème est très-médiocre et circonscrit, il n'exige aucune médication particulière; mais quand il est considérable et porté au point de faire craindre la suffocation, il faut donner une issue à l'air par des scarifications dont la profondeur, le nombre et le siège sont indiqués par la marche, le siège et l'intensité des accidens.

Les moyens les plus propres à remplir cette indication consistent généralement dans la pratique d'incisions qui

prises pendant la nuit à être saigné de nouveau. Le lendemain, il l'avait été jusqu'à neuf. Ces émissions sanguines immodérées produisirent, chez le blessé, un état de stupeur dans lequel il resta plongé pendant deux jours. Au bout de ce temps, il en sortit comme d'un profond sommeil, n'ayant pas le moindre souvenir de sa blessure, ni du danger qu'il avait couru. Cependant il n'éprouva plus de difficulté de respirer. Il reprit progressivement des forces à l'aide de bouillons nourrissans. La toux, la fièvre, les sueurs copieuses diminuèrent peu à peu, et enfin, le vingt-deuxième jour, il sortit de chez *Ravaton*, n'ayant conservé de son accident qu'un peu de pâleur et de faiblesse. Nous le demandons à tout lecteur impartial, qu'y a-t-il à blâmer dans le traitement de *Ravaton*?

(Note des Rédacteurs.)

rendent larges et directes les plaies obliques ou sinueuses des parois de la poitrine, et détruisent ainsi la tendance qu'avait l'air à s'infiltrer dans leur trajet. Ces solutions de continuité peuvent être laissées béantes et couvertes seulement d'une toile fenêtrée, de plumasseaux et de compresses, ou réunies immédiatement et comprimées à leur surface par des appareils suffisamment serrés. Dans tous les cas, la respiration reprenant sa liberté, le tissu du poumon revenant sur lui-même s'enflamme, et cesse en peu de jours d'être perméable à l'air aux environs de la blessure.

Si l'air occupait spécialement la cavité thoracique, et déterminait les phénomènes de compression pulmonaire et de suffocation, et que les scarifications sur les tumeurs emphysémateuses et les débridemens de la plaie ne suffisent point, il faudrait, suivant les conseils de *Hewson* et de *J. Bell*, ouvrir la poitrine elle-même, comme s'il s'agissait de l'opération de l'empyème, afin de donner issue à l'air épanché. Cette opération n'a pas pour but de procurer la dilatation du poumon blessé, qui reste au contraire affaissé par l'action de l'air atmosphérique, mais de délivrer le poumon sain de la pression qu'exerce sur lui le médiastin refoulé par l'air épanché dans la cavité qui a été ouverte, et de rendre au diaphragme la liberté de ses mouvemens.

Quant aux scarifications que l'on pratique à certaine distance les unes des autres et sur les parties les plus tuméfiées par l'emphysème, pour donner issue à l'air infiltré, elles sont d'une grande utilité pour diminuer aussi la suffocation, et il faut d'autant moins redouter de les multiplier, que des incisions énormes sur la peau très-tuméfiée et très-distendue se réduisent presque à rien quand les parties sont revenues à leur volume ordinaire.

Quant à la hernie du poumon, il faut, si ce viscère

est sain, le réduire dans la cavité thoracique, et élargir même la plaie, si cela est nécessaire, pour opérer cette réduction. Afin d'empêcher que le poumon ne s'échappe de nouveau, on appliquera sur la plaie recouverte de cérat troué et de charpie, une pelote molle, mais assez résistante cependant, quel'on soutiendra avec un bandage de corps médiocrement serré. On ne doit se décider à retrancher ou à lier les portions herniées du poumon que lorsqu'on aura acquis la certitude qu'elles sont gangrenées.

L'épanchement sanguin, suite de la lésion des vaisseaux du poumon, sera traité plus bas, en décrivant les hémorrhagies qui compliquent les plaies pénétrantes de la poitrine.

20 *Plaies de la portion thoracique de l'œsophage par des armes piquantes et tranchantes.*

Les plaies de la portion thoracique de l'œsophage sont rares. Son peu de largeur et sa situation profonde le mettent ordinairement à l'abri de l'action des corps vulnérans. Il est d'ailleurs extrêmement difficile que cet organe soit lésé sans que le poumon le soit en même temps. C'est du reste presque toujours par des armes à feu que l'œsophage se trouve blessé. Il est possible toutefois qu'un instrument pointu et très-étroit, enfoncé dans le dos et près de la colonne vertébrale, aille frapper l'œsophage sans toucher aux poumons et même sans ouvrir la plèvre.

Quand l'œsophage est blessé, les boissons que prend le malade s'épanchent en partie ou en totalité dans la poitrine, suivant la largeur de la plaie, et cet épanchement produit les accidens les plus graves, lesquels ne tardent pas eux-mêmes à déterminer la mort. Il se ma-

nifeste une difficulté très-grande dans la déglutition et une grande gêne dans la respiration, produite par l'épanchement des boissons dans la cavité des plèvres. Bientôt se déclarent les symptômes d'irritation et d'inflammation des organes contenus dans la poitrine. Ces symptômes peuvent bien faire présumer une lésion de l'œsophage, mais ils n'en peuvent point cependant donner la certitude. Le signe caractéristique de cette lésion consiste dans la sortie des alimens et des boissons par la plaie. Cette blessure est presque toujours mortelle. Cependant, quand la plaie n'a pas beaucoup d'étendue, et qu'elle n'est pas accompagnée d'une lésion profonde du poumon, elle peut guérir. *Boyer* rapporte, dans son *Traité des maladies chirurgicales*, une observation très-intéressante de guérison de plaie de la portion thoracique de l'œsophage par un coup de baïonnette (1).

(1) Cette observation a été communiquée à *Boyer* par *Payen*, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans. Voici cette observation :

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 crachemens de sang. *M. Payen* le vit une heure après l'accident. Il le trouva dans une 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 était douloureux et difficile. 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 pendant la toux, l'air s'en échappait avec impétuosité, et pouvait éteindre une lumière à sept ou huit pouces de distance. On fit, le même jour de la blessure, plusieurs saignées qui soulagèrent beaucoup le malade. On pansa simplement. Le lendemain les accidens nécessitèrent une seconde

Quand on soupçonne une plaie à la portion thoracique de l'œsophage, ou qu'on a obtenu la certitude de cette lésion, il faut mettre de suite une sonde œsophagienne dans le conduit blessé, pour injecter les boissons, les médicamens nécessaires au malade, et ne la retirer que lorsque la plaie est cicatrisée; on usera ensuite de tous les antiphlogistiques généraux ou locaux, pour combattre l'inflammation, et du régime employé dans toutes les plaies graves.

Les blessures de la portion thoracique de l'œsophage sont presque toujours mortelles, à moins que, comme dans l'observation rapportée par *M. Payen*, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, la plaie faite à la poitrine ne permette la libre issue des liquides avalés et introduits par la plaie de l'œsophage dans la cavité de la poitrine. Mais ce sont de ces cas d'exception sur lesquels il ne faut guère compter. Voici une plaie de l'œsophage dans laquelle le succès n'a point été aussi heureux, il y a quelques années, et dont nous avons été témoins. Une femme fut transportée à l'Hôtel-Dieu pour une blessure profonde faite par un couteau, au dessus de la clavicule du côté gauche. Elle succomba au septième ou au huitième jour de son arrivée à l'hôpital.

Le troisième jour, la plaie donna issue à presque toutes les boissons que prenait le malade. Ses urines étaient rares et foncées. *M. Payen* jugea dès-lors que la baignonnette avait dû traverser l'œsophage. Il priva complètement le malade de boissons et d'alimens, et lui permit seulement de se rafraîchir la bouche par la succion de quelques oranges, et ce ne fut qu'au bout de quelques jours qu'il lui permit des alimens. Pendant ce temps d'abstinence, *M. Payen* fit administrer des lavemens nourrissans. Après avoir éprouvé divers accidens, tels que fièvre, crachemens de sang, de pus, vomissemens, etc., etc., le malade guérit, mais ne retrouva ses forces qu'au bout de plusieurs mois.]

(Note des Rédacteurs.)

A l'autopsie, on fut très-étonné de trouver tout le côté gauche de la poitrine rempli de boissons et même d'une certaine quantité d'alimens que la malade avait pris, malgré la défense qui lui en avait été faite. Le tout était mêlé à une certaine quantité de pus. Une large plaie existait à la portion thoracique de l'œsophage; les alimens ou les boissons n'étaient point sortis par la plaie, et aucun signe pendant la vie n'avait fait soupçonner la lésion de l'œsophage.

3<sup>o</sup> Plaies des gros vaisseaux renfermés dans la poitrine.

Les plaies des gros vaisseaux renfermés dans le thorax, tels que l'aorte, l'azygos, les veines caves, etc., produisent, pour peu qu'elles aient une certaine étendue, un épanchement mortel en quelques instans, et contre lequel l'art est tout-à-fait impuissant. Quant aux autres épanchemens sanguins produits par la lésion de vaisseaux d'un moindre calibre, nous en traiterons plus loin, après avoir décrit les plaies du cœur.

4<sup>o</sup> Des plaies du cœur.

Le vulgaire partagea long-temps avec beaucoup de chirurgiens l'opinion que toutes les plaies du cœur étaient inévitablement mortelles. Plus tard, ces derniers admirèrent que celles qui n'intéressaient qu'une partie de l'épaisseur des parois musculuses de cet organe pouvaient guérir. L'observation d'animaux tués à la chasse, et dans l'épaisseur du cœur desquels on a trouvé des balles (1), ou sur lequel on a trouvé des cicatrices très-apparences; celle d'individus qui avaient présenté tous les symptômes

(1) Ou autres corps étrangers : c'est ainsi que *Plater* cite le cas d'un cochon, dans le cœur duquel il trouva un morceau de bâton.

(Note des Rédacteurs.)