

l'hémorrhagie abondante, subite et inévitable, qui en résulte, amène promptement la mort.

Les vaisseaux du cœur peuvent être seuls atteints. On a vu en effet l'artère coronaire seule être ouverte et donner lieu à un épanchement dans le péricarde, épanchement le plus ordinairement mortel par l'inflammation qu'il y fait naître.

Quand un épanchement sanguin a lieu dans le péricarde, il peut présenter des différences d'épaisseur, une, deux, trois lignes, et même davantage; il simule quelquefois même l'apparence d'une fausse membrane dont il revêt la couleur. Ordinairement un épanchement de sang dans le péricarde donne lieu à un très-grand trouble dans les fonctions du cœur, dont les battemens deviennent petits, irréguliers et intermittens, les malades sont tourmentés par d'horribles anxiétés, et la mort ne tarde point à arriver.

Le diagnostic des plaies du cœur n'est pas toujours facile; les observations que nous avons rapportées prouvent que l'état des blessés peut n'en présenter aucun signe suffisant; cependant, dans la plupart des cas, outre les conjectures que l'on peut tirer de la situation, de la direction de la plaie, et de la connaissance de la profondeur à laquelle l'instrument vulnérant a pénétré, le blessé présente certains accidens qui sont regardés comme des signes de la blessure du cœur, tels que la dyspnée, une extrême anxiété, les lipothymies fréquentes, la petitesse et l'irrégularité du pouls, la douleur derrière le sternum, la pâleur, les sueurs froides et les symptômes ordinaires des épanchemens de sang dans la cavité du péricarde ou de la poitrine.

Dans le traitement des plaies du cœur, la première chose qu'il y ait à faire, c'est de fermer avec beaucoup

de soin la plaie extérieure; il faut ensuite saigner le blessé autant de fois que la prudence le permet, le tenir exposé au frais, le condamner au repos et au silence le plus absolu, et à la diète la plus rigoureuse. Si, à l'aide de ce traitement convenablement dirigé, on parvient à suspendre l'hémorrhagie intérieure, on devra ensuite s'occuper de l'épanchement sanguin qui s'est fait dans la poitrine, et lui donner issue, mais il faut pratiquer cette opération le plus tard possible, et on aura soin de ne permettre au blessé les alimens et l'exercice qu'au bout d'un temps très-long, afin de modérer l'impulsion du sang, et d'empêcher qu'elle ne rompe une cicatrice encore peu solide, ou qu'elle ne détache un caillot mal affermi.

C. — *Des hémorrhagies et des épanchemens sanguins dans la cavité des plevres, à la suite des plaies pénétrantes de cette cavité.*

Les hémorrhagies sont fort communes à la suite des plaies pénétrantes de poitrine. Le sang, qui, par son accumulation dans l'une ou l'autre cavité pleurale, et quelquefois dans toutes les deux, forme ce qu'on nomme un épanchement sanguin, ou l'empyème de sang, provient de plusieurs sources qu'il est fort important de reconnaître pour le traitement de cette complication des plaies de poitrine. Ce sang peut provenir d'une artère intercostale, des vaisseaux du poumon, des gros vaisseaux qui partent du cœur, ou du cœur lui-même.

L'artère intercostale est sans doute située de manière à être divisée par les armes piquantes et tranchantes qui pénètrent dans l'intérieur de la poitrine, mais cependant cette lésion est plus rare qu'on ne pense (1). Quand cette

(1) Boyer prétend que le nombre d'exemples bien avérés de cette lésion

artère a été blessée, et que la plaie extérieure est peu large, ou oblique, le sang se porte à l'intérieur de la poitrine et s'y épanche. Quand la plaie est large et directe, il sort au dehors, et sa couleur rouge vermeille, et sa source immédiatement au dessous du bord inférieur de la côte, ne laissent point de doute. On a conseillé, pour se convaincre du fait, de placer au dessous de la côte un morceau de carton ou une carte recourbée en forme de gouttière; si le sang coule le long de cette gouttière, il vient de l'artère intercostale; s'il sort au dessous, c'est qu'il vient de la poitrine; on a conseillé encore bien d'autres manœuvres, mais on n'a point réfléchi que dans les cas où on peut faire ces manœuvres, la plaie est large, et qu'elles deviennent inutiles, puisque l'on voit très-clairement le lieu d'où le sang provient.

L'épanchement fourni par l'artère intercostale se fait avec une rapidité médiocre, et la poitrine, lorsque le poumon est libre d'adhérence, ne se remplit de sang que par degrés, et le blessé survit assez pour recevoir les secours efficaces de la chirurgie. Il en est de même, lorsque l'épanchement se fait par l'artère mammaire interne ou sous-sternale.

Cela arrive encore, lorsque les vaisseaux du poumon qui sont ouverts sont d'un médiocre calibre; mais quand les vaisseaux qui fournissent l'hémorrhagie sont très-gros, comme l'aorte, l'artère pulmonaire, les veines caves, azygos, les veines pulmonaires, etc., et que ces vaisseaux sont largement ouverts ainsi que le cœur, le sang arrive en si grande quantité, et remplit si promptement la poitrine, que le blessé meurt en un instant, épuisé par la perte du sang, ou bien suffoqué par sa présence dans la cavité. Le moindre peut-être que celui des moyens qui ont été imaginés pour arrêter l'hémorrhagie qui en résulte, t. 7, p. 274. (Note des Rédacteurs.)

poitrine. L'art, dans ce cas, n'a aucun secours à offrir. Mais quand l'épanchement est lent et gradué, qu'on a bien reconnu son existence, son étendue et sa source, on peut lui opposer des secours très-efficaces. Ainsi, l'épanchement de sang dans la poitrine s'annonce par une respiration courte, suffocative, suspirieuse, par des angoisses qui obligent le malade à changer à chaque instant de position. Celle qui lui est le plus avantageuse est celle dans laquelle le tronc est fléchi et courbé en avant. S'il est couché sur le dos, il faut que ses cuisses soient fléchies et ses épaules relevées. Il ne peut rester sur le côté sain, et préfère se tenir sur le côté malade. Il éprouve une pesanteur très-incommode vers la région du diaphragme; et quelquefois des douleurs vives aux points d'attache de ce muscle; quelquefois aussi, lorsqu'il change de position, ou qu'on lui imprime une secousse un peu violente, il a, ainsi que le chirurgien, la sensation d'un liquide qui se déplace dans la poitrine. Il y a matité du son sur les points de la poitrine occupés par le liquide. L'auscultation fournit ensuite, d'une manière assez précise, les moyens de distinguer encore la hauteur et l'étendue de l'épanchement. Le côté de la poitrine où il se fait est plus large, plus évasé que le côté opposé, les côtes sont moins obliques, les intervalles intercostaux sont agrandis: la région hypochondriaque du même côté est plus saillante et plus volumineuse que l'autre. Quelquefois il se forme au bout de quelques jours, vers l'angle des fausses côtes, une ecchymose d'un violet clair, que quelques auteurs regardent, mais à tort, comme un signe constant dans les épanchemens de sang de la poitrine (1). Enfin, le pouls

(1) Valentin, M. Larrey, etc., etc.

du blessé est petit, concentré, fréquent; la peau est pâle, froide, et si l'épanchement est considérable, ou s'il se fait avec rapidité, et si se joint à ces symptômes des sueurs visqueuses sur le cou, la face, et les forces diminuent rapidement (1). Tels sont les signes généraux de l'épanchement sanguin; mais il est tout aussi important que le chirurgien s'attache à bien connaître la source d'où il provient, ainsi que nous l'avons dit. En effet, si l'hémorrhagie provient d'un vaisseau que l'on peut atteindre, de l'artère intercostale, de la mammaire interne, par exemple, etc., il faut, sans hésiter, dilater la plaie pour arrêter par des moyens directs la source de l'épanchement, saisir le vaisseau, le lier, ou bien le comprimer, tandis que, dans le cas contraire, il ne reste au chirurgien d'autre ressource que de clore exactement la plaie, afin de retenir dans la poitrine le liquide épanché, jusqu'à ce que sa présence ait apporté pendant un assez long temps un obstacle à l'issue d'une nouvelle quantité de sang par la plaie du vaisseau et amené l'oblitération de celui-ci (2). Plus tard on s'occupera seulement des moyens de guérir cet épanchement.

(1) On ne doit rien conclure de ces symptômes qu'autant qu'ils se trouvent réunis; la plupart d'entre eux peuvent, comme dans toutes les blessures des organes principaux, être l'effet du spasme, dépendre de la contusion ou de la section incomplète de quelques filets nerveux des paires. Le traducteur de J. Bell, M. Estor, a vu un coup d'épée reçu en duel, et n'ayant intéressé que la peau du thorax, donner lieu à des accidens graves qui simulaient ceux d'un épanchement; une incision cruciale pratiquée sur le lieu de la piqure suffit pour dissiper tout le danger. *Monteggia* a rapporté quelques exemples analogues.

(Note des Rédacteurs.)

(2) Dans ce cas, ainsi que le disaient les anciens, le sang arrête le sang.

(Note des Rédacteurs.)

D'après ce conseil donné surtout par *Valentin* et par *M. Larrey*, ces plaies profondes et pénétrantes de la poitrine doivent être réunies par première intention, et closes exactement: on ne les rouvre qu'autant que, par la cessation des accidens qui accompagnent les hémorrhagies intérieures, et par l'état stationnaire des symptômes de la compression du poumon, on s'est à peu près assuré que les vaisseaux qui ont été ouverts se sont oblitérés. On rouvre seulement ces plaies par intervalles, avant la cessation parfaite de l'hémorrhagie, si l'épanchement se fait avec beaucoup de rapidité, et si la suffocation devient imminente. L'accumulation du sang dans la poitrine et la pression de l'organe pulmonaire qui en résulte, peuvent seules préserver le malade d'un danger immédiat et d'une mort certaine. C'est enfin un moyen de retarder celle-ci lorsqu'elle est inévitable, par suite d'une large ouverture faite aux gros vaisseaux ou au cœur. Mais on doit tenir une conduite tout opposée lorsque l'hémorrhagie provient de la lésion de l'artère intercostale, malgré l'opinion de quelques chirurgiens qui veulent aussi appliquer ce même remède à cette source de l'hémorrhagie et de l'épanchement, c'est-à-dire la pression du sang. Ces chirurgiens ne réfléchissent pas que les dangers résultant de l'épanchement du sang sont ce qu'il importe de prévenir, et que si on ne le fait pas dans le cas de lésion de vaisseaux profonds de la poitrine, c'est qu'on ne peut y remédier qu'en laissant se former un mal très-redoutable par lui-même, mais moindre, sans doute, que la continuité d'une hémorrhagie absolument mortelle. C'est un pis-aller, un refuge, mais n'en pas un moyen applicable à des cas moins graves. L'épanchement sanguin, ou l'empîème de sang, doit donc toujours être prévenu, quand ce la est possible, et on ne doit le

laisser se faire, que lorsqu'on n'a point d'autre ressource à employer pour sauver la vie des malades, car cet épanchement est lui-même fort dangereux, et les ressources de l'art contre lui fort incertaines.

Pour arrêter l'hémorrhagie fournie par l'artère intercostale, on a proposé un grand nombre de moyens : tels sont les procédés de Gérard, Goulard, Lotteri, Quesnay, Bellocq, Desault, Boyer, etc., etc.

Gérard agrandissait la plaie, et la prolongeait jusqu'au niveau du bord supérieur de la côte placée au dessus de l'artère blessée (1), portait dans la poitrine, et par la plaie pénétrante, une aiguille courbe armée d'un fil dont la partie moyenne était nouée sur un bourdonnet : il la conduisait de manière à ce que sa pointe, après avoir rasé de bas en haut la face interne de la côte, vint se présenter vers le bord supérieur de cet os dans l'espace intercostal, il la poussait alors de dedans en dehors pour lui faire traverser le plan des muscles intercostaux, et la retirer par ce point. Le fil était attiré jusqu'à ce que le bourdonnet vint correspondre à l'artère blessée, après quoi, les deux chefs en étaient réunis sur une compresse épaisse appliquée sur la face externe de la côte.

Goulard, pour rendre ce procédé plus facile, imagina de donner à l'aiguille une courbure qui équivalait aux trois quarts d'un cercle, et de la fixer sur un manche. C'est près de sa pointe que cette aiguille présentait le chas

(1) Pendant le débridement, l'hémorrhagie s'arrête souvent, parce qu'on achève de couper en travers le vaisseau. Suivant le traducteur de John Bell (M. Estor) il vaut mieux pratiquer ces incisions, mettre à nu le vaisseau, le comprimer ou le lier, plutôt que d'avoir recours aux procédés de Gérard, Goulard, Lotteri, Quesnay, etc., etc. (*Traité des plaies* de John Bell, traduit par M. Estor, pag. 316.)

qui recevait le fil; sa face convexe était en outre creusée d'une gouttière qui le logeait. Il conduisait cet instrument comme l'aiguille de Gérard, jusqu'à ce que sa pointe fût parvenue à l'extérieur; après avoir contourné la côte, il dégageait le fil de l'ouverture que porte cette pointe, et retirait l'instrument pour terminer l'opération de la même manière que dans le procédé de Gérard.

Lotteri, pour remplir le même but, a imaginé un instrument qui se compose d'une lame d'acier poli longue de quatre pouces, large de quinze lignes vers l'une de ses extrémités, et de dix seulement à l'autre, qui est arrondie ainsi que la première; l'extrémité la plus étroite est percée de quatre trous à l'aide desquels on peut y fixer, au moyen d'un fil, un morceau d'agaric ou une compresse convenablement taillée et disposée. Non loin de cette extrémité, la lame change de direction : elle se courbe à angle pour devenir presque horizontale dans une petite partie de son étendue; après quoi, elle reprend bientôt sa première direction qui est verticale. La portion comprise entre l'extrémité garnie et la première courbure est percée d'une large ouverture oblongue dont nous indiquerons plus bas l'usage; enfin, près de son extrémité la plus large, cette lame est percée de deux fentes dans lesquelles on passe un ruban assez long pour faire le tour du corps. Pour se servir de cet instrument, on engage dans la plaie, après l'avoir agrandie s'il en est besoin par une incision parallèle au bord inférieur de la côte, sa petite extrémité, que l'on fait pénétrer jusqu'à ce que la partie recourbée embrasse le bord inférieur de la côte, et que l'agaric, la compresse ou la pelote soit en rapport avec l'ouverture de l'artère. Cela fait, on presse sur l'extrémité opposée pour la rapprocher de la poitrine, sur laquelle on la fixe, après avoir interposé

une compresse entre elle et les tégumens, au moyen du ruban qui la traverse et dont on entoure le tronc. Dans le mouvement de bascule qui lui est imprimé, cet instrument agit comme un levier du premier genre, dont l'extrémité supérieure comprime de dedans en dehors l'artère ouverte contre le bord inférieur de la côte correspondante, et s'oppose à ce que l'hémorrhagie continue, tandis que l'ouverture oblongue située près de sa courbure permet au sang déjà épanché de s'écouler au dehors.

Quesnay a remplacé la plaque en acier de *Lotteri* par un jeton d'ivoire. Après l'avoir rendu plus étroit, en le taillant parallèlement sur deux bords, et l'avoir garni de linge et de charpie, de manière à en faire une pelote, il en introduisit l'extrémité rembourrée dans la plaie, et ayant abaissé l'autre extrémité contre la poitrine par un mouvement de bascule, il l'y fixa à l'aide d'un ruban qui traversait deux ouvertures dont elle était percée et avec lequel il entoura le corps du malade.

Bellocq a cru atteindre plus sûrement son but en se servant d'une machine, composée de deux plaques garnies, dont l'une doit être engagée dans la plaie, tandis que l'autre est appliquée à l'extérieur, et qui se rapprochent l'une de l'autre au moyen d'une vis et d'un écrou.

Desault pense qu'il suffit, pour arrêter cette hémorrhagie, d'engager dans la plaie la partie moyenne d'une compresse, de manière à lui former dans la poitrine une sorte de cavité digitale que l'on remplit de charpie, et d'attirer ensuite en dehors cette compresse devenue trop grosse pour ressortir par la plaie.

Boyer pense qu'on obtiendra le même résultat, en introduisant par la plaie, dans la poitrine, un bourdon-

net de charpie, lié par sa partie moyenne avec un fort fil double, en écartant ensuite les deux chefs de ce fil, et en plaçant dans leur intervalle un rouleau formé par une compresse épaisse, sur lequel on le noue. Ce moyen agit comme la machine de *Bellocq*, et n'a pas comme elle l'inconvénient d'exiger la construction d'une machine particulière.

Le plus facile d'entre tous ces procédés est, sans contredit, celui de *Desault*, auquel on aurait recours s'il était impossible de pratiquer la ligature de l'artère intercostale, ce que quelques auteurs regardent comme fort praticable (1).

Lorsqu'on a arrêté la source de l'hémorrhagie fournie par l'artère intercostale, il reste souvent ensuite à évacuer le sang qu'elle a pu fournir et qui est épanché dans la poitrine (2). Souvent aussi, cette opération, ainsi que nous l'avons vu, est nécessaire, lorsque le sang provient d'une autre source, mais que la suffocation du malade, par suite de la compression pulmonaire, est très-grande.

Toutefois, il ne faudra se décider à faire cette opération, toujours dangereuse, que lorsque l'on n'aura aucune espérance que la résorption du sang puisse se faire; car, dans certaines circonstances, cette résorption a eu lieu. En voici deux exemples dont nous avons été témoins.

(1) John Bell ordonne positivement de pratiquer de grandes incisions, de mettre à nu le vaisseau, de le comprimer ou de le lier. (*Traité des plaies*, traduction de M. Estor, pag. 310.) M. Sanson (*Nouveaux élémens de pathologie médico-chirurgicale*, t. 4, p. 74, troisième édition) donne le même conseil. Cette ligature, dit-il, n'est pas impossible.

(Note des Rédacteurs.)

(2) En effet, il ne faut pas compter sur la résorption du sang, quand il y en a une certaine quantité d'épanché.

Le nommé *Daugera* (*Antoine*), âgé de vingt-huit ans, maître d'armes, fut conduit à l'Hôtel-Dieu, le 25 juin 1819.

En se battant en duel, il reçut un coup d'épée qui pénétra entre les sixième et septième côtes du côté gauche (il est gaucher). La blessure fut suivie d'un écoulement de sang abondant que les personnes présentes finirent par arrêter en entourant et en serrant la poitrine avec des mouchoirs. A son arrivée, le malade était pâle, respirait avec peine; le pouls était petit et serré; il ne crachait pas de sang; la plaie était entourée d'un bourrelet mou dans lequel on reconnut un emphysème très-prononcé. Saignée du bras, diète absolue, repos au lit; on recommande au malade de ne point parler, d'éviter les efforts de toux et tous les autres mouvemens de la poitrine. Le lendemain, état d'anxiété extrême; la respiration est difficile; le malade ne crache pas de sang. L'emphysème a augmenté et s'est étendu à tout le côté gauche du thorax. Le malade se tient couché sur le côté gauche: il ne peut se coucher à droite. En percutant la poitrine, on obtient un son clair de toute sa partie supérieure, tant en avant qu'en arrière, mais toute la partie inférieure donne un son absolument mat, comme celui qui résulterait de la percussion de la cuisse; on pratique une deuxième saignée, et on continue l'emploi de tous les autres moyens. Le troisième jour, même état d'anxiété. La face grippée porte l'empreinte d'une douleur profonde. Sinapismes aux jambes, troisième saignée, diète, boissons émoullientes. La percussion donne toujours un son mat dans tout le côté droit de la poitrine. A ce signe, à la difficulté de la respiration, au coucher constant du malade sur le côté gauche, il était facile de reconnaître un épanchement formé dans la cavité thorachique gauche, produit pro-

bablement par du sang fourni par une artère intercostale. On maintint le malade à une diète rigoureuse. Le huitième jour, il y avait déjà une amélioration bien marquée, la fièvre avait cessé, la respiration était plus facile; le malade commençait à se remuer dans son lit sans éprouver de gêne. Il se trouvait très-bien sur son séant. Le son de la poitrine devint de jour en jour plus clair. Le malade toussait continuellement, mais on pouvait attribuer cette toux à un catarrhe chronique qu'il avait depuis plusieurs années, et qu'il avait contracté en couchant dans des lieux malsains et humides. Le dixième jour, on commença à lui donner quelques alimens. Le dix-huitième jour, la respiration s'exécutait librement; la percussion donnait partout un son clair. La petite plaie était depuis long-temps cicatrisée. Le vingt-cinquième jour, le malade était rendu à la vie commune; il pouvait également se coucher sur les deux côtés; il faisait de grands efforts d'inspiration, des efforts de toux, sans éprouver de douleurs (1).

OBSERVATION.

Marqué (*François-Victor*), sellier, âgé de dix-neuf ans, d'une assez forte constitution, rentrait chez lui vers les quatre heures du matin, lorsqu'au détour d'une rue, il fut attaqué par quatre voleurs: l'un d'eux le frappa d'un coup de couteau au côté droit et postérieur de la poitrine. Resté sans secours pendant environ une heure, *Marqué* dit avoir perdu une assez grande quantité de sang par sa plaie; au bout de ce temps il fut secouru et transporté à l'Hôtel-Dieu (10 octobre 1814) dans l'état suivant:

(1) Par les Rédacteurs.

Plaie à la poitrine du côté droit, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, à la réunion du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs du sixième espace intercostal; léger écoulement de sang par la plaie dont le plus grand diamètre transversal était d'environ un pouce; pouls plein et développé, point de crachement de sang, jusqu'alors point d'oppression, légère dyspnée. Persuadé de l'inefficacité des moyens proposés pour constater la pénétration de la plaie dans la poitrine, et surtout du cathétérisme, M. Dupuytren les négligea, et, dans le doute, eut recours aux moyens capables de prévenir les accidens d'une plaie pénétrante. Trois saignées, de deux palettes chacune, furent pratiquées durant la journée; diète sévère, tisane pectorale, pansement simple de la plaie; application d'un bandage de corps autour de la poitrine. Le deuxième jour, oppression, augmentation de la dyspnée, toux, insomnie, emphyseme assez marqué aux environs de la plaie de poitrine, crachats un peu sanguinolens, fièvre avec redoublement le soir; son mat de la poitrine, du côté droit, tandis que le côté gauche rendait un son clair. Deux nouvelles saignées sont pratiquées durant la journée. Troisième jour, respiration un peu plus libre, pouls moins fort, plus de sang dans les crachats, diminution de l'emphyseme, mais impossibilité de se coucher sur le côté droit; douleurs le long de l'épine, réveil en sursaut, sentiment d'un poids dans la cavité thoracique droite. Content d'avoir prévenu les accidens inflammatoires, M. Dupuytren ne voulut pas affaiblir davantage le malade par des saignées, mais ordonna la continuation des potions adoucissantes et de la diète. Quatrième jour, mieux sensible, respiration assez facile; le malade demande des alimens, on lui accorde quelques soupes. Les jours suivans, on vit insensiblement

la respiration se faire avec plus de facilité, l'emphyseme disparaître, la plaie se cicatriser, après avoir fourni pendant quelques jours une légère suppuration, la poitrine rendre successivement un son de plus en plus clair, le décubitus devenir également facile sur les deux côtés; plus de réveil en sursaut. Le quinzième jour, le malade se promène dans la salle. Enfin, se voyant dans un bon état, quoique éprouvant encore des douleurs vagues dans la poitrine, il voulut sortir le 4 novembre 1814.

D'après cette observation il résulte 1^o que la plaie pénétrait dans la poitrine, puisqu'il est survenu un emphyseme; 2^o que les réveils en sursaut, le son mat de la poitrine percutée du côté droit, etc., etc., rendent sinon indubitable, du moins très-probable un épanchement sanguin dans la poitrine du côté droit (1).

Lorsqu'il est absolument nécessaire d'évacuer le sang contenu dans la poitrine, et que la plaie faite par l'instrument vulnérant répond à la partie la plus déclive de la poitrine, il suffit en général de l'ouvrir ou de l'agrandir par des débridemens convenables pour évacuer la collection sanguine. Mais lorsqu'elle répond au contraire à un point plus élevé, il faut employer d'autres moyens, et surtout, à l'imitation d'A. Pare (2), faire

(1) Par les Rédacteurs.

(2) Estant à Thurin, au service de desunct monsieur de Montjean, je fus appelé pour panser un soldat nommé Lenesque, natif de Paris, qui estoit lors souz la charge du capitaine Renouart, qui fut blessé de trois grands coups d'espée, desquels en avoit un au costé dextre souz la mamelle, où la playe estoit assez grande, penetrant en la capacité du thorax, et estoit décollé grande quantité de sang sur le diaphragme qui empeschoit la respiration, et ne pouvoit qu'à bien grande peine parler, ayant une fièvre fort véhémante, et avec la toux jettoit le sang par la bouche, et

prendre au malade, pendant le pansement, une position telle que la plaie devienne momentanément le point le plus déclive de la poitrine; de cette manière le sang sort librement de l'intérieur du thorax.

On a conseillé encore, dans ce cas, d'introduire par la plaie, dans l'intérieur de la poitrine, une sonde ou tube flexible, terminée d'un côté par une extrémité obtuse, percée latéralement de beaucoup de trous, et de l'autre disposée de manière à ce qu'on puisse ajuster une seringue qui fait l'office de pompe aspirante. *Scultet* se servait d'un tube courbé à angle, et qui agissait absolument comme un siphon. D'autres auteurs ont eu recours à la succion. Enfin il y en a qui ont mis, comme *Lamotte*, simplement une canule droite. En tout cas, on favorise

disoit sentir vne douleur extrême au costé blessé. Or le chirurgien qui précédemment l'avoit pensé, avoit consu du tout sa playe, de sorte que rien n'en pouvoit sortir: et le lendemain je fus appelé pour visiter le malade, où estant arrivé, voyant les accidens et la mort proche, fus d'avis de descendre la playe à l'orifice de laquelle je trouuai du sang coagulé, dont subit feis eslever le malade par les jambes, la teste en bas: laissant vne partie du corps dessus le lit, s'appuyant vne main sur vne escabelle plus basse que le lit, et estant ainsi, lui feis fermer la bouche et le nez, afin que les pommens se tuméfiassent, et le diaphragme s'esleuast et les muscles intercostaux se comprimassent, ensemble ceux de l'épigastre, afin que le sang décollé au thorax, fust jetté hors par la playe: et encore pour boucher ladite playe du sang coagulé, et en sortit près de sept à huit onces ja fétide et corrompu: puis le feis sitner au lit, lui faisant des injections en sa playe, d'eau d'orge en laquelle avois fait bouillir miel rosat et sucre candi, le faisois tourner de costé et d'autre, et derechef le feis eslever par les jambes comme auparavant. Lors on voyoit sortir avec ladite injection, des petits thrombus et grumeaux de sang. Cela fait, les accidens diminuèrent, et petit à petit cessèrent. Le lendemain luy fis encore injection, en laquelle ajoutay centaure, absinthe, alois, pour encorés mieux mandifier, etc., etc.: or pour conclure, ladite playe fut si bien traitée, qu'outre mon espérance, le malade guarit. (*A. Paré*, liv. x, chap. 32.)

la sortie du liquide à l'aide d'injections d'eau tiède, si la plaie par laquelle doit sortir le sang, au lieu d'être large, se trouve étroite et tortueuse. Ces injections délaient d'ailleurs le sang qui peut avoir perdu sa fluidité et s'est mis en caillot.

Mais quand la plaie est fort étroite, tortueuse, sinueuse, et située très-haut, et de telle manière qu'elle ne peut donner issue au sang, il faut absolument pratiquer l'opération de l'*empième*, opération qui ne doit être faite que lorsqu'on s'est assuré, d'une manière positive, que l'écoulement du sang hors des vaisseaux ouverts est entièrement cessé. On sent en effet que l'opération pratiquée pour évacuer le sang sorti d'un vaisseau qui en fournirait encore, ne pourrait avoir d'autre résultat que de favoriser la continuation de l'hémorrhagie en détruisant les caillots dont la présence aurait pu contribuer à la ralentir ou à l'arrêter. Quand l'hémorrhagie est le résultat de la lésion de l'artère intercostale, et que l'on a été appelé auprès du blessé immédiatement après l'accident, cette certitude est facilement acquise, puisque l'on a dû, avant tout, pratiquer la ligature ou la compression; mais lorsqu'on est appelé plus tard, et que l'hémorrhagie provient d'une autre source, c'est à l'examen de l'état général du blessé qu'il faut recourir pour constater s'il est ou s'il n'est pas encore temps d'opérer. Tant que le blessé est pâle, faible, qu'il a des lypothimies, qu'il présente enfin tous les symptômes généraux des hémorrhagies que nous avons déjà indiqués, il faut attendre; mais quand les forces sont relevées, que le blessé a repris de la coloration, etc., etc., on peut opérer. Toutefois, il ne faut pas trop se presser; surtout quand l'hémorrhagie n'a point été arrêtée par des moyens directs, et que la suffocation n'est pas très-