

blessé, on constate déjà l'écoulement d'un liquide purulent ou putride, on procédera d'abord comme nous le décrirons plus loin, on donnera un écoulement suffisant au pus et à la sanie par une ou plusieurs incisions ou l'introduction de gros drains. Puis on désinfectera la cavité thoracique, et ensuite seulement on cherchera à éloigner les corps étrangers dont on aura constaté la présence. Parfois aussi on réussit dans ces cas, en donnant au corps une position convenable, à amener le corps étranger près de l'orifice extérieur de la plaie.

La **hernie du poumon** ne peut être réduite que lorsqu'elle est récente, et que la portion herniée, par suite de son étranglement au niveau de l'espace intercostal, n'a pas déjà subi un commencement de nécrose ou une gangrène complète. Dans ce dernier cas on attend l'élimination de la partie gangrenée, ou bien on en pratique l'excision au niveau de l'étranglement. On a publié des cas dans lesquels la partie herniée du poumon avait fermé la plaie de la plèvre et assuré une prompte guérison. Si le prolapsus est tout à fait récent, on le réduit et l'on suture la plaie, après avoir introduit un drain; puis on applique un pansement de Lister. On devra, du reste, se garder de prendre pour le poumon des **portions d'épiploon**, car ce dernier fait parfois hernie dans les plaies intéressant à la fois la paroi thoracique et le diaphragme. S'il restait une fistule pulmonaire, on ferait une résection de côte suffisamment étendue pour pouvoir détacher le poumon au niveau de ses adhérences; puis on chercherait à guérir la fistule bronchique en fermant, si possible, la plaie pulmonaire par la suture au catgut.

Pour le traitement des accidents consécutifs, dus à la compression des organes par l'hémo et le pneumo-thorax, ainsi que par l'emphysème, nous renvoyons le lecteur aux indications que nous avons fournies à ce sujet dans notre étude des lésions sous-cutanées (voir § 20).

Lorsque nous nous trouvons en présence d'une **pleurésie diffuse avec épanchement purulent ou putride**, nous n'avons pas d'autres règles à suivre que dans le traitement de l'**empyème par l'incision pleurale**, dont nous aurons à nous occuper plus loin. Il s'agit avant tout, dans ces cas, de donner au liquide un écoulement suffisant. Dans les plaies par armes à feu on atteint souvent ce but en incisant sur la sonde cannelée le trajet de la balle, lorsqu'il ne conduit pas directement dans le thorax; on peut même créer une nouvelle ouverture à la peau si l'orifice interne de la plaie est trop éloigné de l'orifice cutané. On enlève alors la partie de côte qui a été brisée peut-être en nombreux fragments; souvent on trouve aussi des corps étrangers dans le voisinage de la plaie du thorax; puis on maintient ouverte par des drains la plaie ainsi agrandie par l'extraction des fragments osseux. La cavité pleurale peut, dès lors, être désinfectée par des irrigations fréquentes avec des solutions antiseptiques; au début on se servira de préférence d'une solution de sublimé. En 1870, j'ai obtenu par ce pro-

cedé des résultats vraiment extraordinaires chez des individus atteints de plaies pénétrantes de poitrine, et qui étaient déjà extrêmement affaiblis lorsque j'entreprenais leur traitement. Dans ces cas on agit encore plus sûrement si l'on fait immédiatement des contre-ouvertures; au lieu de pratiquer l'incision à main libre, sans conducteur, il est bien plus sûr d'introduire préalablement par la plaie une sonde cannelée, que l'on conduit le long de la paroi interne du thorax jusqu'au point que l'on veut inciser. On doit bien prendre en considération que dans un pyothorax avec plaie ouverte, la cavité pleurale a une tendance à se rétrécir, et que d'autres organes, comme le foie, peuvent venir occuper des points qui, à l'état normal, font partie de cette cavité; on devra, en outre, songer à la possibilité d'une adhérence du poumon. Quoi qu'il en soit, si l'on réussit à établir des contre-ouvertures, on pourra souvent se convaincre de leur grande efficacité. Les mêmes considérations peuvent être appliquées à l'opération de l'empyème lorsque la cavité thoracique a déjà diminué d'étendue, et qu'après l'occlusion de la fistule, on constate de nouveaux symptômes d'épanchement. On cherchera alors, par une ponction préalable, à déterminer le point le plus convenable pour l'incision.

§ 32. — Tandis que la lésion des gros troncs vasculaires dans le voisinage du cœur entraîne presque toujours une mort rapide par hémorragie, **les plaies du cœur** lui-même ne sont pas absolument mortelles, comme on est habituellement tenté de le croire.

On connaissait depuis longtemps la curabilité d'une partie de ces plaies, soit à la suite d'expériences sur les animaux, soit par l'observation clinique, soit par les faits de corps étrangers (balles, lames de couteau, etc.) trouvés enkystés dans le cœur de l'homme ou des animaux. Cependant ce n'est que depuis l'excellent mémoire de G. FISCHER que l'on possède des notions précises sur les blessures de ce genre.

Nous avons déjà dit que l'on observe des **plaies contuses du cœur** avec intégrité des parois thoraciques. Dans les cas connus, ces lésions ont toujours entraîné la mort. Par contre on trouve dans la littérature médicale un certain nombre de guérisons à la suite de plaies pénétrantes par instruments tranchants ou piquants, ou par armes à feu (sur 452 plaies, 36 cas de guérison certaine et 36 autres dans lesquels la guérison n'a pu être mise hors de doute par l'autopsie). Le plus ou moins de danger de ces plaies dépend en premier lieu de la région du cœur qui a été blessée, et, sous ce rapport, les plaies des oreillettes paraissent être beaucoup plus dangereuses que celles des ventricules. Les plaies des ventricules sont relativement fréquentes, et le pronostic est meilleur pour le ventricule droit que pour le gauche. Les lésions de la pointe du cœur et de la cloison interventriculaire sont celles qui fournissent le plus grand nombre de guérisons. Cependant les blessures qui ont le meilleur pronostic sont celles qui atteignent le péricarde seulement, et qui ont été