

observées aussi bien que les lésions simples de la plèvre. Un point d'une grande importance, c'est la direction de la plaie; plus la lame du couteau ou du poignard a été enfoncée parallèlement à la surface du cœur, plus on peut espérer que l'hémorragie ne sera pas mortelle; si la direction est tout à fait oblique, la pression du sang du ventricule peut même comprimer le trajet de la plaie et arrêter l'hémorragie. Les plaies par instruments piquants sont naturellement moins dangereuses que les plaies par armes à feu. Cependant on a vu un fragment de l'arme et même la balle rester dans le cœur et s'y enkyster. Les corps étrangers les plus fréquents qui aient été trouvés dans le cœur sont les **aiguilles**.

Les plaies par instruments piquants et tranchants se ferment provisoirement par un thrombus, dont la solidité est accrue par la formation de pseudo-membranes sur le péricarde. Généralement la cavité péricardique est plus ou moins remplie de sang, et il se produit un léger degré de péricardite.

La balle perce le cœur ou bien ne fait qu'effleurer sa surface; quelquefois elle reste fixée dans les parois; dans d'autres cas enfin elle produit une rupture étendue du cœur. Si la mort n'arrive pas rapidement, les complications d'hémopéricarde, d'hémothorax, etc., sont encore plus fréquentes à la suite des plaies par armes à feu que s'il s'agit de blessures par instruments piquants. Les lésions concomitantes des gros vaisseaux, leur déchirure dans le voisinage du cœur, etc., sont, sans doute, toujours mortelles.

Lorsque les lésions en question n'entraînent pas la mort, on peut admettre que les processus inflammatoires du péricarde et du myocarde n'offriront pas une grande intensité. Une inflammation purulente diffuse n'est à craindre, du moins pour les plaies par instruments piquants et tranchants, que lorsque la plaie extérieure n'a pas été fermée.

Un fait que j'ai observé encore dernièrement parle bien en faveur d'une réunion opérée de bonne heure. Un jeune homme s'était plongé un poignard à un pouce en dedans de la ligne du mamelon gauche, à une profondeur de 10 centimètres, dans une direction de bas en haut et de dedans en dehors, au niveau du 5<sup>e</sup> espace intercostal. Lorsqu'il retira l'instrument un jet de sang d'un rouge clair jaillit de la plaie, mais dès qu'il eût appliqué la main sur la blessure, l'hémorragie s'arrêta. Le blessé fuma encore un cigare et se promena pendant une demi-heure avant d'arriver à l'hôpital. Je constatai alors un léger emphysème autour de la plaie, un pneumopéricarde, un hémothorax modéré, et le jour suivant un bruit particulier de claquement et une augmentation de la matité du cœur. La plaie se réunit par première intention, et cette grave lésion se termina bientôt par la guérison, sans que l'on eût jamais constaté aucune trace de fièvre.

La mort à la suite d'une blessure du cœur peut survenir de différentes manières. Le plus souvent elle est due à la distension du sac péricardique par le sang. Ce dernier agissant sur le cœur à la façon d'un tampon, en-

trave mécaniquement les fonctions de cet organe (ROSE). Aussi les blessés succombent-ils souvent après avoir offert le tableau clinique de l'asphyxie (cyanose des téguments) et de la faiblesse du cœur.

La mort peut être due également soit à l'hémorragie, le sang s'écoulant à l'extérieur, soit à l'occlusion de l'artère coronaire ou enfin à la destruction des ganglions cardiaques; toutefois ces derniers accidents sont certainement très rares (BLOCK).

ROSE distingue trois groupes de blessures du cœur. Dans le premier groupe le poumon est aussi blessé et le diagnostic est facile, grâce aux symptômes de pneumo péricarde. Dans la seconde catégorie ce signe fait défaut, il est vrai, puisque le poumon est intact, mais le siège de la plaie et les caractères de l'hémorragie permettent de reconnaître facilement la nature de la lésion. Le troisième groupe renferme certains cas douteux dans lesquels la plaie externe s'est rapidement fermée par accollement de ses surfaces, ainsi que les cas de blessure du cœur par fracture de côtes sans plaie extérieure. C'est surtout dans ce dernier groupe de lésions que l'on devra rechercher les phénomènes caractéristiques d'une blessure du cœur, car tous les autres symptômes, tels que la syncope, qui est, il est vrai, assez fréquente dans ces cas, les bruits anormaux, les mouvements irréguliers du cœur, etc., ne permettent pas de poser un diagnostic sûr. On a comparé ces bruits anormaux à des bruits de scie, de souffle, de roue hydraulique, ou bien à un sifflement, à un bruit métallique, etc. Ils peuvent être produits par le frottement du cœur contre le péricarde, par l'écoulement du sang d'une plaie du cœur, par une lésion valvulaire, par des corps étrangers; parfois aussi ils peuvent être mis sur le compte d'une péricardite au début ou de l'anémie.

Pour les blessures du cœur, l'occlusion de la plaie extérieure avec les précautions antiseptiques d'usage est aussi la première condition de guérison. Une fois la plaie fermée soit par suture, soit par compression de la manière indiquée plus haut, le malade devra garder le repos le plus absolu. On placera sur la région du cœur une grosse vessie de glace, et si le malade ne présente pas déjà un haut degré d'anémie, on fera une forte saignée, afin d'amener une déplétion sanguine et, par conséquent, une diminution de la pression intracardiaque.

Comme la pression du sang épanché dans la cavité du péricarde constitue le principal danger des blessures du cœur, le traitement que nous venons d'indiquer peut se trouver insuffisant dans certaines circonstances. Doit-on dans ces cas ouvrir le péricarde? Il n'y a pas de doute que cette opération ne constitue le moyen le plus énergique de mettre fin à l'hémorragie. Quoiqu'il en soit, le procédé le plus inoffensif sous ce rapport, c'est la ponction du péricarde; on pourrait donc l'essayer dans les cas où la saignée et la vessie de glace n'auraient donné aucun résultat. Lorsque la ponction n'a été d'aucune utilité, et que la pression sanguine dans le sac péricardique s'élève de nouveau rapidement, alors certainement on



aura à discuter la question d'une intervention plus hardie qui consiste à inciser largement le péricarde et à pratiquer même une résection de côtes, de façon à pouvoir mettre à nu le cœur et fermer par la suture une plaie qui aurait été produite par un instrument piquant. Cette même opération pourrait être tentée comme seule capable de sauver la vie du blessé dans les cas d'écoulement continu du sang à l'extérieur. Avec les précautions antiseptiques, une pareille intervention chirurgicale ne saurait être considérée comme ayant une gravité exceptionnelle.

### III. PROCESSUS INFLAMMATOIRES ET TUMEURS DU THORAX

§ 33. — La richesse de la peau du dos en glandes sébacées la prédispose à la formation de pustules d'acné et de petits furoncles.

L'**anthrax** est relativement fréquent à la partie supérieure du dos et à la région de la nuque ; il peut détruire sur une étendue aussi grande que la main, la peau, l'aponévrose, et les couches musculaires superficielles, et il constitue d'autant plus souvent un danger de mort qu'il affecte volontiers des personnes âgées. L'apparition fréquente d'anthrax chez le même individu doit, en outre, toujours éveiller le soupçon d'un **diabète**.

L'anthrax de la nuque et du dos sera traité de bonne heure par de larges et profondes incisions destinées à produire une détente des tissus enflammés ; on fera, au besoin, une incision cruciale. Par ce moyen on calme la douleur et l'on empêche la propagation ultérieure du processus inflammatoire.

Dernièrement j'ai obtenu plusieurs fois un résultat extrêmement favorable en incisant de bonne heure, avec les précautions antiseptiques, des anthrax du dos en apparence graves, et qui n'étaient pas encore arrivés à la perforation. Après avoir lavé soigneusement les parties voisines avec la brosse et le savon, je fais dans la tumeur une incision cruciale profonde, et je mets ainsi à nu les tissus enflammés et en partie nécrosés, que je désinfecte ensuite avec une solution forte d'acide phénique (5 pour 100) ; dans ce but je dirige avec force un jet de cette solution dans la plaie, ou bien je lave fortement cette dernière avec un tampon de coton trempé dans la solution phéniquée. Puis j'applique de la gaze chiffonnée que je recouvre d'un pansement de Lister. J'ai ainsi empêché l'inflammation de se propager au loin et évité une nécrose étendue des tissus. Naturellement une pareille intervention n'est possible qu'avec l'anesthésie chloroformique.

§ 34. — La grande majorité des **abcès de la paroi thoracique** sont en relation avec des processus inflammatoires du sternum et des

côtes. On comprend dès lors que la propagation de ces abcès se fasse dans la direction qui leur est tracée par les grands muscles de la région de la poitrine et du dos, c'est-à-dire les muscles pectoraux, grand dentelé et grand dorsal. Le long des muscles abdominaux descendent les abcès provenant de processus inflammatoires de la partie inférieure du sternum et des côtes correspondantes, et parfois on ne se doute pas, lorsqu'on ouvre un abcès du muscle grand droit ou grand oblique de l'abdomen, que la cause doive en être cherchée dans une affection des côtes ou du sternum.

Ces conditions créent naturellement des difficultés pour le **diagnostic** ainsi que pour le **traitement** des maladies osseuses en question, car le long trajet que parcourent ces abcès masque, d'une part, le siège véritable de la maladie, et, d'autre part, empêche le libre écoulement du pus. On obtiendra assez souvent une amélioration ou même la guérison de ces abcès si l'on pratique dans le voisinage de la source du pus des incisions suivies d'un drainage convenable.

§ 35. — Nous devons encore rappeler ici certains processus pathologiques pouvant donner lieu à des **difficultés de diagnostic**. Nous citerons en première ligne les **hernies du poumon**, qui, il est vrai, ne sont pas fréquentes. Quelques rares cas ont été observés dans la fissure congénitale du sternum et dans les vices de conformation des côtes par défaut ; de même on observe de petites hernies congénitales du sommet du poumon, qui font leur apparition au cou, à côté de la trachée ; mais abstraction faite de ces cas, la hernie du poumon a été observée principalement à la suite de traumatismes par contusion de la paroi thoracique. La hernie se produit au niveau d'un espace intercostal, ou bien à l'endroit laissé libre par le déplacement d'un fragment de côte fracturée ; elle forme une tumeur molle, réductible, donnant un son tympanique à la percussion ; elle est située sous les parties molles et son volume varie dans les mouvements respiratoires.

Le diagnostic ne saurait guère être douteux avec les symptômes que nous venons de signaler ; cependant on pourrait peut-être songer à un **abcès du poumon** apparaissant à l'extérieur après avoir perforé la plèvre. De tels abcès ont été, en effet, observés chez les phtisiques, et ils étaient alors en relation avec la formation de cavernes dans le poumon ; assez souvent l'abcès contient des gaz en plus ou moins grande quantité. L'examen physique exact du thorax empêchera toujours de confondre un abcès avec une hernie du poumon. La **réductibilité**, qui est propre à la hernie du poumon, fait défaut dans les cas de collections purulentes.

Les **anévrismes de l'aorte** ont déjà donné lieu à des difficultés de diagnostic considérables, parfois même insurmontables. Un anévrisme peut déterminer l'usure des vertèbres dorsales et des extrémités vertébrales des côtes correspondantes, et apparaître au-dessous des muscles