

d'opérer sur le point le plus déclive de l'épanchement, précaution rendue inutile par la position horizontale du sujet, et surtout par l'emploi des méthodes d'aspiration aujourd'hui en faveur.

Les plaies de l'artère intercostale ont beaucoup préoccupé les chirurgiens, et sans trop de raison, car elles sont d'une rareté extrême par suite de la protection que l'artère trouve dans la gouttière de la côte. Il est même remarquable que ce vaisseau ne soit à peu près jamais lésé dans les fractures de côtes, dans ces fracas du thorax où l'on trouve des fragments multiples, isolés et parfois déplacés vers la cavité.

Un coup d'épée porté dans le tiers antérieur, ou tout à fait en arrière de

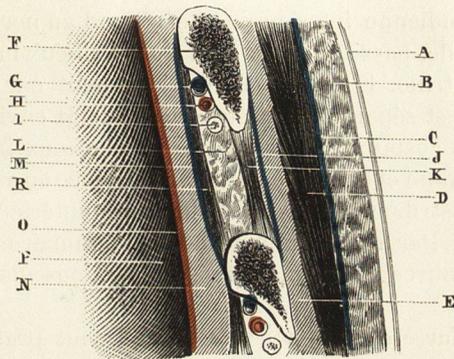


Fig. 205. — Coupe verticale du sixième espace intercostal droit, pratiquée à l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de cet espace. — Segment sternal de la coupe. — Adulte.

A, peau.
B, couche celluleuse sous-cutanée.
C, aponévrose superficielle.
D, muscle grand dentelé.
E, face externe de la septième côte.
F, coupe de la sixième côte.
G, veine intercostale.
H, artère intercostale.
I, nerf intercostal.

J, feuillet aponévrotique recouvrant les muscles intercostaux externes.
K, muscle intercostal externe.
L, espace compris entre les deux muscles intercostaux.
M, feuillet aponévrotique recouvrant les muscles intercostaux internes.
N, tissu cellulaire sous-pleural.
O, plèvre.
P, poumon.
R, muscle intercostal interne.

l'espace intercostal, pourrait atteindre l'artère, qui dans ces points occupe le milieu de l'espace et n'est pas protégée par la côte. J'ai déjà dit qu'en avant elle était réduite à un si mince volume que sa blessure n'entraînait pas de gravité. Il n'en serait pas de même en arrière, où elle pourrait fournir une hémorragie abondante ; mais survient alors une nouvelle difficulté. Comment faire le diagnostic ? Lorsque le sang tombe dans la plèvre, et c'est la règle, comment distinguer s'il provient d'une blessure de l'intercostale ou de celle d'un vaisseau du poumon ? Cela me paraît impossible : c'est pourquoi le chirurgien ne doit intervenir activement que s'il s'agit d'une plaie large, produite par un coup de sabre, par exemple, ou par un coup de couteau. On peut espérer se rendre compte de la source du sang en déblayant la plaie des caillots qui l'encombrent, en l'agrandissant au besoin. L'artère, aperçue au fond de la plaie, sera liée, ou, plutôt, tordue, la torsion étant infiniment plus facile que la ligature dans les plaies profondes, ou encore saisie avec une pince laissée à demeure. En cas d'insuccès par ces méthodes, on aurait recours au mode de compression conseillé