

dans le péricarde expose à beaucoup plus de dangers que le même épanchement en dehors de cette cavité. Le siège de la blessure, la matité précordiale, le bruit spécial de gargouillement provoqué par les battements du cœur sont des symptômes communs, mais, si l'épanchement siège dans le péricarde, les bruits du cœur sont voilés, lointains, tandis qu'ils n'ont subi aucune modification dans le cas contraire.

Lorsque l'épanchement occupe la cavité *pneumo-péricardique*, le bruit de gargouillement est susceptible de grandes modifications, suivant que le sujet est couché ou assis. Si l'épanchement est en voie de diminution, le bruit n'apparaît plus que dans l'attitude assise, phénomène que l'on n'observe pas dans l'épanchement péricardique. Je me contente, d'ailleurs, en ce moment, d'appeler l'attention des cliniciens sur cet intéressant sujet, qui a fait l'objet d'une étude spéciale de la part de M. Reynier.

Les blessures de la face interne du poumon sont infiniment plus graves que celles de la face externe, à cause de la présence des gros vaisseaux.

Le *bord antérieur* est mince, sinueux, et comme déchiqueté ; il descend jusqu'au niveau de la cinquième côte. Celui de gauche recouvre une grande partie du péricarde. Écartés l'un de l'autre en haut, les bords antérieurs de chaque poumon se rapprochent, et arrivent même à un contact médiat au niveau du troisième espace intercostal, puis s'écartent de nouveau. Le contact s'effectue, non sur la ligne médiane du sternum, mais, ainsi que l'a fait remarquer M. le D^r Baréty (de Nice), un peu à gauche de cette ligne. C'est ce que démontre la figure 209, laquelle, je dois le faire observer, existait dans la première édition de ce livre.

Le *bord postérieur* est arrondi et si large qu'il ressemble plutôt à une face. Il occupe la gouttière costo-vertébrale, qu'il remplit complètement. Beaucoup plus long que l'antérieur, il descend en arrière jusqu'à la onzième côte. Ce bord est souvent intéressé dans les fractures de côtes. Il s'engoue fréquemment, et c'est sur lui que porte principalement l'exploration du poumon.

La *base* du poumon répond au diaphragme, sur la voussure duquel elle se moule. Il en résulte qu'elle est très obliquement coupée d'avant en arrière et de haut en bas ; qu'elle est concave et regarde en bas, en avant et en dedans. Le pourtour de la base du poumon est formé d'une sorte de languette qui pénètre à chaque inspiration dans le sinus costo-diaphragmatique.

La base du poumon droit n'est séparée du foie que par l'épaisseur du diaphragme : aussi, comprend-on l'ouverture d'un kyste hydatique ou d'un abcès du foie dans la plèvre et dans les bronches.

Le *sommet* du poumon est arrondi. Comme le cul-de-sac supérieur de la plèvre qu'il remplit, il déborde, en général, la première côte d'environ un travers de doigt. Cruveilhier l'a vu déborder de 5 centimètres. On y remarque souvent deux dépressions : l'une en avant, formée par la première côte ; l'autre en dehors, formée par l'artère sous-clavière.

Les poumons sont doués d'une puissante élasticité, propriété inhérente à leur tissu. Insufflez un poumon, vous le verrez se distendre et revenir immédiatement sur lui-même dès que l'insufflation aura cessé. Cette expérience vous rendra exactement compte de leur grande résistance à l'insufflation. Il est très difficile de rompre les cellules pulmonaires en soufflant de toute la force de ses