

nir la réduction par l'extension et la flexion de la colonne vertébrale en arrière. On sera très réservé dans l'emploi d'instruments tels que tire-fond, trépan, élévatoire, destinés à ramener en avant les fragments enfoncés (PETIT, VERDUC). De même le procédé qui consiste à faire une incision et à introduire un crochet en arrière de l'os (NÉLATON), peut dans certains cas entraîner des complications que l'on doit toujours craindre dans toutes ces opérations, à savoir les inflammations purulentes du médiastin, la pleurésie et la péricardite suppurées.

Toutes ces opérations s'adressant à une lésion à l'abri du contact de l'air, font courir les dangers résultant de l'introduction, avec l'air, d'éléments phlogogènes; c'est pourquoi elles doivent être rejetées malgré les garanties que donne la méthode antiseptique. Seulement dans les cas d'enfoncement notable de l'os ayant déterminé des symptômes graves et persistants de compression du cœur ou des poumons, ou pourrait tenter de mettre fin à ces accidents par l'élévation du fragment d'abord, et ensuite par l'éloignement du sang épanché dans le médiastin. Un pareil cas ne se présentera guère, et s'il se présentait il serait difficile de le reconnaître, c'est-à-dire qu'on ne pourrait que bien difficilement s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une lésion du cœur, par exemple, lésion contre laquelle nous sommes réduits à l'impuissance. Inutile de dire que ces opérations ne doivent être faites qu'avec les précautions antiseptiques les plus rigoureuses. Les fragments déplacés pourraient être réunis par une suture osseuse.

La plupart des cas n'exigent aucun autre traitement que le repos au lit, et la guérison s'obtient avec un cal peu volumineux. On laissera de côté tout appareil; cependant nous devons ajouter que parfois on a réussi, à l'aide de bandages munis de pelotes, à maintenir réduit un fragment proéminent.

B. LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA CAVITÉ THORACIQUE.

1. Considérations sur le mécanisme et la marche anatomo-pathologique des lésions traumatiques de la cavité thoracique.

§ 15. — Dans les conditions normales la surface lisse de la plèvre, qui tapisse la paroi interne de la cavité thoracique, est en contact intime avec l'enveloppe également lisse que fournit la plèvre au poumon. Grâce à son extensibilité et à sa consistance molle, le poumon se prête à tous les changements de forme qu'affecte la paroi interne du thorax dans la respiration. A l'état normal, par conséquent, il n'existe aucun espace entre les plèvres pulmonaire et costale. Lorsque le thorax se dilate dans l'inspiration, l'air atmosphérique pénètre dans le poumon avec lequel il se trouve en communication directe par l'intermédiaire de la trachée, et c'est précisément grâce à cette pression de l'air atmosphérique que le poumon extensible et élastique suit le thorax dans ses mouvements. Dans l'expiration la cavité thoracique diminue, et ici en-

core la surface du poumon reste en contact avec la paroi interne du thorax; il ne laisse, par conséquent, sortir par la trachée que la quantité d'air correspondant à la diminution de capacité de la cage thoracique.

Ce contact intime du poumon et de la plèvre costale, contact que favorise jusqu'à un certain point, mais non d'une manière essentielle, la force d'adhésion, peut être troublé de diverses manières par des lésions traumatiques et des processus pathologiques.

Lorsqu'il se fait un épanchement de liquide, tel que du sang ou des produits inflammatoires, entre la surface du poumon et la paroi thoracique, un espace se trouve créé par le fait entre les deux feuillets de la plèvre, espace dans lequel le liquide s'accumule. Le contact cesse à ce niveau et une cavité s'est formée au dépens de l'organe qui a été refoulé, c'est-à-dire du poumon. Ce dernier perd une partie de son extensibilité proportionnelle à l'étendue de l'espace occupé par le liquide. La capacité du poumon diminue ainsi à mesure que l'épanchement augmente, et lorsque le liquide s'est accumulé au point de remplir entièrement une moitié du thorax, le poumon correspondant ne peut plus se dilater et la respiration s'arrête de ce côté.

L'insuffisance respiratoire plus ou moins grande qui reconnaît pour cause, nous l'avons vu, un épanchement sanguin ou purulent (hémithorax ou pyothorax), se produit encore plus rapidement, en général, dans les cas où l'air fait irruption entre les deux feuillets de la plèvre.

Le **pneumothorax** peut se produire de différentes manières, à condition, toutefois, qu'il n'existe pas d'adhérences entre la surface du poumon et la plèvre costale. L'air peut d'abord pénétrer par une **plaie faite de dehors en dedans à travers les parois thoraciques**. Au moment où le thorax se dilate pendant une inspiration, l'air fait subitement irruption dans la plaie pénétrante, et arrive entre les feuillets de la plèvre qu'il décolle. A la fin de la respiration la quantité d'air qui a ainsi pénétré dans la cavité pleurale est équivalente à celle qui serait arrivée au poumon par la trachée si les parois avaient été intactes. Le poumon privé d'air reste rétracté. Si la plaie des parois thoraciques est béante, l'air n'arrivera pas au poumon dans les respirations suivantes, car la pression existant entre la surface pulmonaire et la paroi du thorax est maintenant égale à celle de l'intérieur de la trachée et du poumon rétracté.

L'introduction de l'air dans la cavité pleurale peut encore se produire d'une autre manière, c'est-à-dire par une **plaie de la plèvre pulmonaire et du poumon**. Dans ce cas le poumon se rétracte aussitôt après la lésion, comme une vessie remplie d'air. En effet l'air contenu dans le poumon pénètre dans la cavité pleurale. Dans les inspirations suivantes l'air continue à s'introduire dans cette cavité par la plaie pulmonaire.

Les phénomènes observés diffèrent notablement de ceux que nous