

Une pleurésie diffuse plus ou moins grave, purulente ou putride, ne survient qu'à la suite de la pénétration par la plaie thoracique, rarement par la plaie pulmonaire, d'éléments phlogogènes.

Dans ce dernier cas le poumon ne peut revenir à son état d'expansion, ou s'il y revient, ce n'est que lentement, après la cessation de la suppuration et la guérison secondaire des plaies thoracique et pulmonaire.

2. Considérations cliniques sur les lésions traumatiques de la cavité thoracique

a. Lésions traumatiques sous-cutanées de la cavité thoracique

§ 19. — Lorsqu'à la suite d'une violence extérieure dirigée sur la surface du thorax, un individu crache du sang pendant quelques jours, sans présenter du reste d'autres symptômes, on doit naturellement admettre l'existence d'une déchirure du tissu pulmonaire. La possibilité d'une lésion du poumon à la suite d'une contusion est parfaitement évidente, si l'on se rappelle le mécanisme de la contusion tel que nous l'avons décrit au § 6, et le changement de forme des parois thoraciques qui en résulte. Outre les déchirures de la substance pulmonaire il faut admettre la possibilité d'une **rupture de la surface du poumon**, rupture qui a, du reste, été observée cliniquement, en dehors de toute lésion de la plèvre costale et des côtes. Elle se produit principalement lorsque le blessé ferme la glotte au moment où son thorax se trouve comprimé par la violence traumatique. L'air ne pouvant s'échapper proportionnellement au degré de compression, le poumon reste tendu et crève à la façon d'une vessie (un fait de ce genre a été rapporté par GURLT, *Traité des fractures* et par MARJOLIN, *Bulletin de la société de Chirurgie*).

Ces lésions sont toutefois peu fréquentes, relativement aux blessures produites par des **côtes fracturées avec déplacement**. Dans les paragraphes relatifs aux fractures de côtes nous avons déjà plusieurs fois mentionné cette complication, et nous avons signalé les différentes lésions qui peuvent accompagner les fractures et sont en grande partie causées par ces dernières. En premier lieu on peut observer des **solutions de continuité des vaisseaux**, et l'importance de cet accident est naturellement en relation avec le calibre de ces derniers. Tandis que la lésion des plus grosses artères et du cœur amène généralement bientôt la mort, l'hémorragie par les artères des parois thoraciques (mammaire interne, intercostales et leurs branches) s'arrête ordinairement de bonne heure, mais parfois seulement lorsque la cavité pleurale est remplie de sang. Cependant même l'hémorragie par une petite artère peut entraîner la mort (voir dans l'ouvrage de GURLT le cas de TURNER dans lequel un coup de bâton sur la poitrine a causé une hémorragie mortelle par une branche d'une artère intercostale).

L'**hémothorax** est, en effet, aussi souvent observé. Mais ici presque tou-

jours le poumon lui-même est blessé, et il existe en même temps un **pneumothorax** qui tantôt disparaît rapidement, tantôt persiste des jours ou des semaines. Le fait que, dans certains cas, le pneumothorax persiste plus longtemps qu'on serait tenté de le croire, d'après les expériences sur les animaux, est dû, sans doute, à ce que les lésions internes sont généralement assez étendues et irrégulières, et que, presque toujours, elles intéressent des bronches d'un calibre bien plus grand que dans les expériences faites sur des animaux de petite taille. On doit, en outre, prendre en considération le fait que l'hémorragie est souvent bien plus considérable que dans les expériences, et nous avons vu combien une forte hémorragie par la blessure du poumon est peu favorable au mode d'occlusion de la plaie tel que nous l'avons décrit. D'autre part, on observe assez souvent les symptômes les plus nets d'une lésion pulmonaire, tandis que le pneumothorax a déjà disparu, lorsqu'on examine le blessé un jour après l'accident. En outre, nous devons avoir présentes à l'esprit les anomalies reconnaissant comme cause des **adhérences du poumon**. Nous reviendrons bientôt sur ce sujet, et nous ferons simplement remarquer ici que, dans ces conditions, le pneumothorax peut n'être que partiel ou faire entièrement défaut.

Lorsque le poumon n'est pas adhérent, on n'a guère l'occasion d'observer un fort **emphysème** du tissu sous-cutané. Cependant l'emphysème est possible, et il survient particulièrement lorsque le malade est très agité, lorsque la douleur lui fait faire subitement un violent effort d'expiration pendant que la glotte est fermée, d'où résulte une augmentation de la pression de l'air contenu dans la plèvre. Dans ces conditions, si la blessure de la plèvre est maintenue béante par un fragment de côte déplacé, une certaine quantité d'air s'échappe par la plaie, et pénètre dans les tissus jusqu'à ce que la pression se soit de nouveau égalisée. Mais rarement il se produit, dans ces conditions, un emphysème quelque peu considérable. Il en est autrement lorsque le poumon a été blessé à un endroit où il était soudé à la plèvre costale, ou lorsque cet organe est adhérent sur toute son étendue. Dans ces cas la plaie pulmonaire ne peut se fermer vu que le poumon ne peut se rétracter. Les mouvements respiratoires envoient continuellement de l'air dans le poumon blessé, et de ce dernier l'air pénètre directement dans la plaie pleurale grâce aux adhérences, et se répand en dehors de la plèvre et dans tous les espaces de tissu conjonctif de la surface du corps. On observe d'abord un gonflement modéré donnant à la pression du doigt la sensation de crépitation caractéristique de l'emphysème, mais, peu à peu, si la plaie de la paroi thoracique reste ouverte, le tissu conjonctif se remplit d'air; le tronc, les extrémités, le cou et la face se gonflent à un point extraordinaire, la peau est tendue comme celle d'un tambour, et le blessé ressemble de plus en plus à une grosse grenouille que l'on aurait insufflée. Enfin de la région du cou, l'air pénètre dans le médiastin et sous la plèvre du côté