

§ 3. — Plaies de poitrine.

Les instruments piquants ou tranchants ou contondants peuvent borner leur action à la paroi thoracique, ou, la dépassant, léser les organes intrathoraciques. Les plaies peuvent donc être divisées en non pénétrantes et pénétrantes. L'interprétation de ce dernier terme a été diversement admise. Avec Nélaton, et contrairement à Boyer, nous rangerons parmi les plaies pénétrantes toutes celles qui dépassent la paroi, qu'elles intéressent ou non la plèvre. Il nous semble peu rationnel de ranger une plaie du médiastin parmi les plaies non pénétrantes.

A. — Plaies non pénétrantes.

L'histoire de ces plaies ne présente rien de bien spécial. Les instruments piquants, grâce à la présence des côtes qui s'opposent à la pénétration et la convexité de la paroi thoracique, peuvent créer de longs trajets sous-cutanés, en séton. Dans les plaies par instrument tranchant, les bords de la plaie sont largement béants, quand le plan musculaire sous-jacent a été intéressé perpendiculairement au sens de ses fibres.

La mobilité des parois thoraciques entraîne un défaut de parallélisme de la plaie, qui en cas d'hémorrhagie peut devenir la cause d'une infiltration sanguine plus ou moins étendue.

Les complications, outre la douleur, assez intense souvent pour déterminer de la dyspnée, sont l'emphysème, les lésions du squelette, des vaisseaux ou des nerfs importants, enfin les corps étrangers.

a. Emphysème sous-cutané. — L'emphysème est une complication rare des plaies non pénétrantes. Signalée d'abord par J.-L. Petit, son existence niée par Lamotte, Breschet, est aujourd'hui hors de doute, grâce aux travaux de Goffres, Demarquay, Dolbeau, etc.

Le mécanisme de cette complication a été diversement interprété. Disons avec Dolbeau que le contact de l'air avec une plaie ne suffit pas : il faut encore que l'air pénètre dans le tissu cellulaire, qu'il y soit poussé par une force, et qu'il trouve un obstacle à son issue. Pour J.-L. Petit, la contraction musculaire attire l'air, « qui ne trouvant pas d'ouverture à la poitrine pour y entrer », s'insinue dans le tissu cellulaire. Cette explication singulière a un point de départ juste. Goffre et Morel Lavallée ont montré qu'en certains points les muscles superficiels généralement inspireurs recouvraient une couche de tissu cellulaire plus ou moins abondant. Si les muscles sont divisés, leur contraction tend à dilater les vacuoles de ce tissu cellulaire, d'où un appel d'air. Dans l'expiration, au contraire, le tissu cellulaire revient à son état primitif ; les muscles inspireurs à l'état de repos ne jouent aucun rôle dans l'expulsion de l'air, peut-être même les muscles expirateurs s'opposent-ils à sa sortie dans quelques circonstances.

Les conditions nécessaires à la production de cet emphysème sont réunies surtout vers le creux axillaire, puis au niveau des faisceaux costaux inférieurs du grand pectoral.

Cet accident est rarement très étendu.

b. Les lésions du squelette. — Contusions, piqûres, coupures du périoste, exposent aux périostites et aux phlegmons consécutifs. Nous avons déjà traité des fractures.

c. Lésions des vaisseaux. — Les vaisseaux les plus fréquemment intéressés sont les artères et les veines superficielles : mammaire externe, thoracique longue, et scapulaire. Ils fournissent une hémorrhagie extérieure, peu grave en général.

Les vaisseaux profonds, intercostales et mammaire interne, sont plus rarement atteints : leur blessure constitue une complication assez grave.

L'artère intercostale est protégée par le rebord inférieur de la côte. Elle ne peut guère être blessée qu'à la suite d'une fracture, par l'action soit de l'agent vulnérant, soit des esquilles fracturées. Cependant la blessure d'intercostales en dehors de toute fracture a été notée spécialement dans l'opération de l'empyème.

Les lésions de la *mammaire interne* sont rares suivant Peyrot, fréquentes d'après Velpeau. Tourdes, en 1849, en réunissait 11 cas, et la guerre de Sécession, sur près de 9,000 plaies du thorax, n'en fournit que 60 observations.

L'hémorrhagie est souvent interne, soit qu'une lésion de la plèvre détermine la formation d'un hémothorax, soit que le sang s'infiltré dans le tissu cellulaire du médiastin. Ces deux complications seront traitées plus loin.

d. Les plaies des nerfs s'accompagnent des phénomènes habituels de paralysie et d'anesthésie, dans le territoire des filets blessés. L'extension des lésions de dégénérescence à d'autres branches du même plexus a été notée (W. Mitchell).

e. Les corps étrangers des parois thoraciques sont, les uns mobiles dans les parties molles, les autres implantés dans le squelette, les autres enfin comme enclavés entre deux côtes. Leur volume est variable. Tantôt il s'agit de projectiles ou fragments de projectiles, d'aiguilles ou d'épingles, de débris de vêtements, etc., tantôt au contraire d'objets volumineux. Legouest, Richet ont trouvé des boulets dans le creux axillaire.

Parmi ces corps étrangers, les uns s'enkystent et sont bien tolérés, les autres déterminent des phénomènes inflammatoires. Les débris de vêtements sont souvent dans ce cas.

Les corps étrangers sont saillants à l'extérieur ou cachés dans les parties molles. C'est dans ce dernier cas que l'étude des commémoratifs et un examen attentif seront nécessaires.

Pour le traitement on devra s'en référer aux règles applicables aux

corps étrangers des plaies en général. Si le corps est fixé à un os, on pourra l'attaquer avec une gouge ou une couronne de trépan. La résection d'un fragment de côte sera parfois nécessaire.

B. — Plaies pénétrantes.

Les organes intrathoraciques peuvent être considérés comme formant deux groupes : au milieu le médiastin contenant le cœur et les gros vaisseaux, le plexus cardiaque, la trachée et les bronches, les ganglions, l'œsophage, l'aorte ; sur les côtés, les poumons et la plèvre. A l'état normal les culs-de-sac antérieurs de la plèvre se rapprochent de la ligne médiane, que la plèvre droite dépasse même, venant au contact de la gauche. En bas le trajet de la plèvre gauche est oblique ; mais la plus grande partie de la face antérieure du péricarde est recouverte par les culs-de-sac pleuraux.

Les plaies pénétrantes de la poitrine peuvent, d'après ces notions anatomiques, être divisées en deux catégories : 1° celles qui intéressent la plèvre seule ou la plèvre et le poumon ; 2° celles qui intéressent les divers organes du médiastin. Chacune de ces catégories mérite une étude à part.

a. — Plaies de l'appareil pleuro-pulmonaire.

Les deux feuillets de la plèvre sont intimement appliqués l'un contre l'autre sans le moindre espace interposé. L'endothélium qui les recouvre s'oppose à leur soudure, dès qu'il disparaît sous l'influence d'une cause irritative, le substratum connectif participe nécessairement à cette irritation, la circulation s'active dans ses capillaires, ses lacunes se gorgent de plasma qui ne trouvant plus d'obstacle s'écoule entre les deux feuillets et détermine un épanchement séreux. Mais en même temps les éléments cellulaires et surtout nucléaires du tissu connectif prolifèrent, et si les deux feuillets sont simultanément dépourvus de leur revêtement endothélial, un vrai tissu inodulaire se produit, ce sont les fausses membranes qui soudent les deux parois l'une contre l'autre.

Il n'y a donc pas en réalité un vide virtuel entre les deux feuillets pleuraux, il y a un adossement parfait de deux surfaces lisses, protégées par leur endothélium et pouvant glisser sans dépense de force aucune l'une contre l'autre.

On comprend donc que si théoriquement l'on peut admettre qu'un corps vulnérant, venu du dehors, se borne à léser la plèvre pariétale, le fait doit être des plus rares et ne saurait guère se produire à l'état normal. Quand au contraire le corps irritant ou vulnérant provient du dedans, au moment où il détruit le feuillet pulmonaire il a déjà

depuis un temps plus ou moins long irrité à la fois le tissu des poumons et la séreuse qui recouvre ce dernier ; l'endothélium a déjà disparu, une extravasation séreuse s'est produite et écarte les deux feuillets pleuraux.

L'ouverture de la plèvre, qu'elle soit ou non compliquée de lésion du poumon, entraîne les conséquences suivantes.

A l'état normal le contact du poumon avec la paroi thoracique est assuré par le *vide pleural*. Ce vide est nécessaire pour combattre l'élasticité pulmonaire, dont le rôle important se montre surtout au moment de l'expiration. Aussitôt la plèvre ouverte, et sa cavité communiquant librement avec l'intérieur, la tension intrapleurale cesse d'être négative. L'élasticité pulmonaire n'étant plus combattue entraîne la rétraction de l'organe. Cette rétraction est une des causes principales de la dyspnée ; il faut y joindre la douleur qui gêne les mouvements d'ampliation de la cage thoracique.

D'autre part l'air pénètre dans la plèvre et y produit un *pneumothorax*. Appelé au moment de l'inspiration en raison même de la rétraction pulmonaire, chassé par l'expiration, il entre et fuit sans cesse ; c'est la *traumatopnée* de Fraser. L'air peut s'infiltrer dans le tissu cellulaire et donner lieu à l'*emphysème* de la paroi.

Enfin l'hémorragie due au traumatisme peut amener un épanchement de sang dans la plèvre : *hémio-thorax*, ou *hémio-pneumo-thorax*.

La *pleurésie* est la conséquence de ces épanchements ; elle peut devenir purulente et entraîner une série d'accidents décrits sous le nom de *septicémie pleurale*.

Si le poumon est lésé, aux précédentes complications viennent se joindre l'*hémoptysie* et l'extension de l'*emphysème* au tissu pulmonaire et au médiastin.

Enfin le traumatisme de la paroi peut être la cause d'une hernie du poumon.

On voit, d'après cet exposé préliminaire, que pour toutes les plaies pleuro-pulmonaires il existe un cortège de complications, toujours les mêmes et qui méritent presque le nom de symptômes.

Nous étudierons à part, afin d'éviter toute redite, chacune de ces complications.

1° PNEUMOTHORAX.

Le pneumothorax est dû :

- 1° A l'ouverture large de la paroi thoracique ;
- 2° A la blessure du poumon atteint par une plaie étroite de la paroi ;
- 3° A la lésion simultanée de la paroi et du poumon.

Dolbeau en effet a montré qu'une ouverture étroite de la plèvre ne suffisait pas pour entraîner la rétraction pulmonaire. L'adhérence des

feuillet viscéral et pariétal n'est détruite que si l'ouverture est assez large, ou encore si l'instrument vulnérant repoussant le poumon a produit un commencement de disjonction. Cette circonstance se produit surtout quand la plaie siège au niveau d'un lobe (Smith).

Le pneumo-thorax peut encore être dû à la division des rameaux bronchiques. On comprend qu'avec une plaie pariétale étroite le pneumothorax puisse être d'origine exclusivement pulmonaire. Si la plaie du poumon n'intéresse que des bronchioles sans importance, celles-ci sont vite oblitérées par le sang et par la légère rétraction due à l'entrée en petite quantité de l'air. On aura alors un *pneumo-thorax incomplet*.

L'existence d'adhérences pleurales peut empêcher également la production d'un pneumo-thorax complet.

La rétraction pulmonaire est une cause de *dyspnée*; ce signe n'a pas grande importance, car il peut tenir à d'autres complications.

La *traumatopnée* a plus de valeur. Si l'orifice est large, le courant d'air très sensible peut éteindre une bougie; est-il étroit, le phénomène s'accompagne d'un sifflement caractéristique. Ce signe manque si le pneumo-thorax est d'origine exclusivement pulmonaire.

Le diagnostic doit alors s'appuyer sur les signes du pneumo-thorax médical, élargissement des espaces intercostaux, sonorité tympanique, résonnance métallique, tintement, bruit d'airain, souffle et voix amphorique.

Tout pneumothorax s'accompagne presque fatalement d'hémithorax. Mais c'est à tort qu'au début on cite parmi les signes la succussion hippocratique. Le sang commence en effet par se coaguler. Ce n'est qu'après le retrait du caillot et l'expression du sérum que ce bruit peut être constaté.

Dans le pneumothorax partiel les signes sont localisés, moins nets, et comme atténués. L'air en petite quantité s'accumule vers les parties supérieures de la cavité, d'où une résonnance marquée sous la clavicule.

Si l'air n'est pas renouvelé, il subit des modifications notables. L'oxygène disparaît, remplacé par l'acide carbonique. D'ailleurs il ne tarde pas à être résorbé.

Dans le cas contraire, le pneumothorax peut se compliquer de pleurésie séreuse ou purulente, ou encore d'emphysème pariétal.

Traitement. — Le traitement consiste à empêcher l'accès de l'air par l'occlusion de la plaie. On n'a aucune action sur la plaie pulmonaire, mais on peut espérer que l'écoulement sanguin et la rétraction arrêteront l'entrée de l'air.

Les auteurs discutent la question de savoir si l'on doit ou non évacuer l'air qui a pénétré dans la plèvre. Il ne peut plus être question d'employer l'ouverture large ou la canule de Reybard. Mais l'aspiration peut être conseillée si l'on est assuré que les orifices tant pulmo-

naires que pariétaux sont bien fermés. L'air devra être évacué avec précaution, progressivement et par séances successives (Potain), afin d'éviter une ampliation trop brusque du poumon.

2° HÉMOTHORAX.

On désigne sous ce nom un écoulement sanguin qui se fait dans la cavité pleurale, consécutivement à un traumatisme. Relativement à son apparition, l'hémithorax est dit primitif ou secondaire.

Nous n'insisterons pas sur l'hémithorax consécutif à une blessure des gros vaisseaux médiastinaux, du cœur, ou même du hile pulmonaire. Ces lésions sont suivies immédiatement de mort. Ch. Nélaton a montré que le plus souvent l'hémithorax était dû à la perforation de vaisseaux accompagnant les bronches de deuxième ou troisième ordre. Si les ramifications sont plus petites, l'épanchement est insignifiant.

La source de l'épanchement est beaucoup plus rarement l'ouverture des vaisseaux de la paroi, intercostale, mammaire interne. Polailon a vu un hémithorax consécutif à la blessure de la diaphragmatique inférieure.

Le sang épanché se coagule immédiatement (Trousseau et Leblanc, Ch. Nélaton). Puis le caillot se rétracte en exsudant la sérosité.

Si celle-ci est peu abondante, elle se résorbe au bout de trois ou quatre jours, il survient une inflammation plastique localisée qui aboutit à l'enkystement du caillot.

Si l'épanchement est plus abondant, la plèvre s'enflamme. L'exsudat pleurétique se mélange à l'exsudat sanguin; le caillot se dissout dans le liquide, qui peut devenir purulent.

Les premiers signes de l'hémithorax sont ceux de toute hémorragie interne. De plus le blessé, gêné pour respirer, ne peut rester étendu (orthopnée). Si le poumon est blessé, l'expectoration est sanglante.

La percussion donne une matité plus ou moins étendue, accompagnée quelquefois de bruit skodique sous la clavicule. — Dans la zone mate, absence de murmure vésiculaire, et bruit de souffle.

Plus tard, l'hydro-pneumothorax consécutif se révèle par le bruit de succussion hippocratique.

Quelques jours après l'accident, il n'est pas rare de voir survenir une ecchymose à la région lombaire (ecchymose de Valentin). Pour Valentin, Duplay, Nélaton, cette ecchymose est due à la transsudation du sang à travers la plèvre et les parois. Pour d'autres ce mécanisme est inadmissible, et le sang provient simplement de la plaie pariétale.

Si la résolution ne se fait pas, la pleurésie survient et peut devenir purulente, on a alors les signes habituels du pyothorax (frissons, fièvre, œdème de la paroi, etc.). L'épanchement peut être évacué par une

vomique ou un abcès de la paroi. — En l'absence de toute intervention, la mort survient par septicémie pleurale.

Les signes que nous venons de mentionner font reconnaître un hémithorax, mais il est encore nécessaire de savoir quel est le vaisseau qui est blessé. La situation anatomique de la plaie, la présence d'un jet sanguin au dehors, permettent d'affirmer la lésion d'une artère de la paroi. L'absence d'écoulement sanguin à l'extérieur, la coexistence d'hémoptysie feront penser que le sang vient du poumon.

La gravité de cette complication dépend de la quantité de sang épanché.

Traitement. — Il faut avant tout assurer l'hémostase. S'agit-il d'un vaisseau pariétal, on aura recours aux moyens habituels, et surtout à la ligature des deux bouts du vaisseau coupé.

Pour les blessures des vaisseaux pulmonaires la première indication est l'occlusion de la plaie extérieure. L'accumulation du liquide dans la plèvre et la compression qui en résulte amènent l'hémostase. On y joindra l'immobilité, les ventouses de Junod, l'emploi de l'ergotine, etc.

L'abondance de l'épanchement et la marche des accidents indiqueront l'intervention ultérieure.

Si la fièvre et la dyspnée diminuent, l'on se bornera à diriger la convalescence par les moyens hygiéniques.

Si au contraire les accidents inflammatoires se montrent et ne cèdent pas aux moyens antiphlogistiques ordinaires, on aura recours à la pleurotomie antiseptique.

3° EMPHYSÈME.

Nous avons déjà étudié l'emphysème dans les plaies non pénétrantes. Dans les plaies simples de la plèvre, son mécanisme est le même, facilité encore par le va-et-vient de l'air, et l'obstacle qu'oppose à sa sortie la fermeture de la plaie au moment de l'expiration.

Roux et Richet admettent la nécessité d'adhérences pleurales pour que l'emphysème se produise. En l'absence d'adhérences il n'y a pas d'emphysème, mais il y a un pneumothorax. Ces deux lésions pour ces auteurs sont incompatibles.

Duplay a montré qu'il faut être éclectique; les adhérences constituent une cause prédisposante à l'emphysème, mais celui-ci peut se produire en leur absence, et même coexister avec le pneumothorax.

Dans certains cas l'air s'insinue dans le tissu conjonctif qui sépare les lobules pulmonaires (emphysème interlobulaire), il pénètre jusqu'au médiastin et de là gagne le tissu cellulaire de la base du cou.

Tantôt l'emphysème est limité, tantôt il s'étend, et le malade arrive à prendre une forme monstrueuse. Sa tête gonflée est méconnaissable,

sans ligne de démarcation avec le tronc, qui est semblable à un tonneau. Les paupières proéminent. Les membres sont distendus, les bourses énormes. Le cuir chevelu, les régions palmaire et plantaire échappent seuls à l'emphysème.

La dyspnée, conséquence naturelle de la compression exercée par l'emphysème, est encore accrue par le pneumothorax. Le malade succombe soit à la suffocation, soit à l'une des complications des plaies de poitrine.

Le *traitement* consiste d'abord à empêcher l'accès de l'air, puis à limiter l'extension de l'emphysème (appareils de compression, badigeonnages au collodion élastique, etc.). Les mouchetures, les incisions qu'on a proposées n'ont qu'une utilité bien restreinte.

4° HERNIE DU POUMON.

L'issue du poumon hors de la cavité thoracique peut être : 1° congénitale (un seul cas de Cruveilhier); 2° spontanée; 3° traumatique. La hernie traumatique est primitive si le poumon fait issue à travers la plaie, secondaire quand, la plaie s'étant cicatrisée, le poumon repousse devant lui le point faible, la cicatrice.

Nous étudierons en premier lieu la hernie primitive; nous réunirons ensuite dans un même chapitre la hernie traumatique secondaire et la hernie spontanée.

A. *Hernie traumatique primitive.* — Elle s'observe surtout dans les plaies où la plèvre est ouverte tandis que le poumon est peu ou point intéressé. Les blessures qui lui donnent lieu sont toujours placées à la partie antéro-latérale du thorax, un peu bas, et en général, c'est la pointe ou le bord d'un des lobes qui s'engage. Le volume de la partie herniée est quelquefois très petit, et dépasse à peine celui d'une noisette, tandis que chez certains blessés la tumeur mesure 12 et 15 centimètres de circonférence.

Son mode de production est discuté. Pour les uns la hernie ne peut se produire qu'au moment de l'accident, le poumon suivant le retrait de l'agent vulnérant, pour ainsi dire. Plus tard la rétraction pulmonaire serait un obstacle invincible à la production d'une hernie.

D'autres, et avec eux Peyrot, font observer que cette théorie est contraire aux faits, que la hernie peut paraître quelques heures après la blessure, ou même le lendemain, à l'occasion d'un effort de toux. En effet, dans le cas de pneumothorax, un mouvement brusque d'expiration dans les parois thoraciques détermine un afflux de l'air intrapleurale vers la plaie. Cet afflux ne peut-il pas entraîner l'extrémité d'un lobe? En outre, au moment de l'effort, la glotte se ferme et le poumon rétracté est légèrement distendu par l'air venant du poumon opposé.

Le poumon hernié est dès l'abord assez difficile à réduire. La tumeur

est étranglée par la plaie. Elle a au début l'aspect du poumon, puis la congestion et la dessiccation de la surface lui donnent l'apparence d'un lambeau mortifié. D'ailleurs le sphacèle et l'élimination du fragment hernié sont assez rapides.

Les symptômes fonctionnels sont ceux de toute plaie de poitrine. Les complications sont, au moment de la réduction, le pneumothorax, et ensuite la pleuropneumonie de la partie herniée dont l'inflammation s'étend plus ou moins au poumon lui-même.

Le pronostic n'est en somme pas trop grave.

Le *traitement* consiste dans la réduction s'il n'y a pas de sphacèle ; si la réduction est impossible, ou si l'état des parties herniées donne quelque inquiétude, on pourra en faire la résection soit par la ligature ou l'écrasement progressif, soit avec le thermo-cautère.

B. *Hernie spontanée et consécutive*. — Le mécanisme qui préside à l'apparition des deux variétés étant à peu près identique, nous réunissons leur étude dans un même chapitre. Nous n'avons pas besoin de définir la hernie spontanée. La hernie consécutive est celle qui succède à un traumatisme, mais ne se montre que lorsque la plaie est cicatrisée, et par suite de la dilatation de la cicatrice. Elle peut encore être due à une action pathologique ayant affaibli la paroi, un abcès par exemple.

Deux théories ont été mises en avant pour expliquer le mécanisme de la hernie du poumon. L'une est due à J. Cloquet, l'autre à Morel-Lavallée. Pour tous deux, les parois thoraciques revenant sur elles-mêmes compriment le poumon pendant l'expiration ; l'air pouvant s'échapper à travers la glotte, cette compression se traduit par une diminution de volume de l'organe. Mais qu'un obstacle s'oppose à l'échappement de l'air, cette diminution de volume ne pourra se produire ; le poumon résistera et tendra à faire hernie s'il rencontre un point faible ne s'opposant que médiocrement à son issue. Pour Cloquet cet obstacle est l'effort pendant lequel la glotte se ferme automatiquement. Pour Morel-Lavallée l'effort est inutile ainsi que l'occlusion de la glotte. Dans l'expiration violente et brusque, l'orifice de sortie de l'air est insuffisant et, sans occlusion, la tension intrapulmonaire peut s'élever assez pour amener la hernie.

En résumé on fait compter comme causes prédisposantes le sexe masculin (plus exposé à l'effort et aux traumatismes), l'âge adulte, les lésions antérieures traumatiques ou inflammatoires de la paroi traumatique. La seule cause déterminante est l'effort, ou tout au moins une expiration brusque.

La hernie spontanée siège toujours à la partie antéro-latérale du thorax, le plus souvent dans le cinquième espace. La hernie consécutive a généralement le même siège. Les dimensions de l'orifice varient du diamètre du doigt à celui d'un œuf. La forme est tantôt une fente allongée, tantôt une ouverture triangulaire.

Les téguments sont normaux, ou portent les traces du traumatisme ou de l'affection inflammatoire antérieure ; il en est de même du fragment pulmonaire hernié. Dans le fait unique de Cruveilhier, il y avait une séreuse se continuant avec la plèvre. Mais Cruveilhier ne peut dire si c'était là un sac véritable dû à la distension de la plèvre, ou une bourse séreuse formée consécutivement.

La hernie spontanée se produit brusquement et s'accompagne de douleurs vives, d'une sensation de déchirement et d'oppression. La hernie consécutive apparaît lentement sans douleur.

Dans les deux cas, la hernie constitue une tumeur plus ou moins considérable dont le volume varie de celui d'une noix à celui du poing, arrondie, lisse, hémisphérique ou ovoïde, de consistance élastique, spongieuse et donnant sous le doigt un froissement, une crépitation vésiculaire pathognomonique.

La percussion donne une sonorité franche ; l'auscultation fait entendre au repos le murmure vésiculaire avec quelques râles secs ; pendant l'effort, des bruits particuliers, bruits de vessie sèche (Plater), de corps plat tombant sur l'eau (Mercier).

La hernie se vide pendant l'inspiration, l'air étant appelé dans le poumon aussi bien de l'intérieur par la trachée que de la partie herniée par les rameaux bronchiques correspondants. Elle se gonfle pendant l'expiration, par la raison inverse.

L'affection n'est grave que par l'obstacle qu'elle apporte à tout effort.

Le *traitement* ne comporte que la réduction de la tumeur, et un maintien par un bandage approprié.

5° PNEUMONIE TRAUMATIQUE.

Le poumon s'enflamme difficilement sous l'influence des traumatismes (Grisolle). Les contusions violentes et surtout étendues et les déchirures du poumon semblent être la cause la plus fréquente de cet accident. — Les fractures de côtes et les plaies par instrument piquant ou tranchant sont plus rarement qu'on ne pourrait le croire suivies de pneumonie. Il n'en est pas de même des plaies par armes à feu.

La pneumonie débute de quelques heures à deux ou trois jours après le traumatisme.

Le frisson initial est rare ; l'hémoptysie dépend de l'accident initial plus que de l'inflammation. Puis l'expectoration devient noirâtre.

Le point de côté est très douloureux. A l'auscultation on trouve le murmure vésiculaire diminué, accompagné de frottements pleuraux et de râles humides et gras, ou de râles muqueux sous-crépitants, et non de râles crépitants. — La percussion donne au même point une matité plus ou moins étendue.