

lors, la cavité pleurale, qui était virtuelle, devient réelle; elle se remplit d'air, il y a *pneumo-thorax*. Si le feuillet pariétal de la plèvre a été seul intéressé, l'air extérieur s'engouffre dans la poitrine à la suite de la rétraction pulmonaire : mais ce phénomène se produit très rarement, parce qu'il est exceptionnel qu'une plaie de poitrine n'intéresse pas à la fois les deux feuillets de la plèvre, et, par conséquent, le poumon : aussi, l'air qui constitue le pneumo-thorax provient-il à peu près toujours d'une lésion de cet organe.

La lésion peut être le résultat d'une plaie de poitrine, d'une fracture de côte, ou survient spontanément, ainsi qu'on l'observe chez les phthisiques, par exemple : c'est pourquoi le pneumo-thorax doit être divisé en *traumatique* et en *spontané*.

La déchirure du poumon par un fragment de côte se produit assez fréquemment. On donne aux fractures de côtes qui s'accompagnent de cet accident le nom de fractures *compliquées*. Que se passe-t-il alors ?

L'ouverture des alvéoles pulmonaires livre passage à l'air atmosphérique et au sang. Le sang peut tomber dans les bronches et être expectoré : en effet, l'un des meilleurs signes des fractures compliquées des côtes est le crachement de sang, mais il n'est pas pathognomonique, car une forte contusion du poumon sans fracture produirait ce résultat. Le sang tombe encore dans la cavité de la plèvre ; c'est là un phénomène à peu près constant. De plus, la plèvre sécrète immédiatement un liquide séreux qui se mélange au sang, en sorte qu'il existe, on peut dire toujours, dans le cul-de-sac inférieur de la plèvre, une quantité plus ou moins grande de liquide séro-sanguinolent (*hydro-hémo-thorax*) à la suite d'une fracture compliquée des côtes.

Quant à l'air, il peut suivre trois voies : se répandre dans le tissu cellulaire du poumon lui-même et produire l'emphysème interlobulaire; s'accumuler dans la cavité de la plèvre et donner naissance au pneumo-thorax, sortir à travers la plaie de la paroi et constituer un emphysème sous-cutané, qu'on observe le plus souvent. La pathogénie de ce dernier accident a été fort discutée.

Dans le but de l'éclairer, beaucoup d'expériences ont été faites sur les animaux ; j'en ai fait moi-même, en 1860, un certain nombre à l'École pratique en collaboration avec Dolbeau (voir la Thèse d'agrégation de Dolbeau sur l'*emphysème traumatique*), mais je crois devoir dire seulement en quelques mots ce que nous enseignent à cet égard la clinique.

Si le poumon n'a été qu'éraflé, il ne s'échappe pas d'air, ou s'en échappe si peu que ce n'est pas appréciable ; mais, d'une façon générale, la blessure du poumon s'accompagne toujours de la sortie de l'air contenu dans les alvéoles pulmonaires. Or, l'appareil pleuro-pulmonaire se présente dans deux conditions : tantôt avec des adhérences entre les feuillets pariétal et viscéral de la plèvre, en sorte qu'il n'existe plus de cavité pleurale; tantôt il n'y a pas d'adhérences. Il est bien évident que la production du pneumo-thorax est impossible dans le premier cas, puisqu'il n'y a pas de cavité pour recevoir l'air : ce fluide s'infiltré alors dans la plaie de la paroi thoracique et produit un emphysème sous-cutané. Ajoutons que, par suite des adhérences des deux feuillets de la plèvre entre eux, le mouvement de locomotion du poumon dans le sens vertical étant supprimé, les deux plaies pariétale et viscérale restent toujours parallèles, circonstance qui favorise puissamment la sortie de l'air. C'est dans ce cas que l'on observe des emphysèmes sous-cutanés énormes occupant presque tout le