

corps, qui deviennent graves par eux-mêmes et nécessitent une intervention spéciale (si l'infiltration de l'air était favorisée par l'étroitesse d'une plaie extérieure, on devrait l'agrandir).

Si les deux feuillets de la plèvre sont libres d'adhérences entre eux, le poumon se rétracte, l'air remplit aussitôt la cavité pleurale et produit un pneumo-thorax. Mais l'emphysème sous-cutané peut-il apparaître dans ces conditions ? Là est le point en litige. Richet ne le pensait pas. Par suite des mouvements de locomotion du poumon, le parallélisme entre les plaies pariétale et viscérale étant détruit immédiatement après la production de la plaie pulmonaire, l'air remplit la plèvre, mais ne peut s'engager dans le tissu cellulaire sous-cutané : en sorte que, pour cet auteur, il y aurait antagonisme entre le pneumo-thorax et l'emphysème sous-cutané : si ce dernier phénomène existe, le second manque et réciproquement. Certes, si la cavité pleurale est supprimée, il n'y a évidemment pas de pneumo-thorax, et l'emphysème sous-cutané ne s'en développe que mieux, ainsi que je viens de le dire. Mais la vérité est que l'existence d'un pneumo-thorax n'exclut nullement l'apparition d'un emphysème sous-cutané ; ce dernier accident peut se rencontrer sur un sujet dont la plèvre est libre d'adhérences, et j'ai le souvenir bien précis d'avoir montré, en 1860, à Richet lui-même, à l'hôpital Saint-Louis, une autopsie qui confirmait cette assertion. Depuis cette époque, j'ai toujours examiné à ce point de vue les malades atteints de fractures de côtes avec plaie du poumon, et, souvent, j'ai constaté avec la dernière évidence l'existence simultanée d'un pneumo-thorax et d'un emphysème sous-cutané.

D'ailleurs, on ne voit vraiment pas pourquoi l'air qui remplit la cavité de la plèvre ne passerait pas dans le tissu cellulaire de la paroi, tant que la plaie de cette dernière et celle du poumon ne sont pas cicatrisées. C'est aussi l'opinion de Malgaigne qui, dans son *Anatomie chirurgicale*, déclare que la théorie proposée par Richet « non seulement ne s'appuie sur aucune expérience, ni sur aucune observation clinique, mais semble se jouer à plaisir des faits acquis à la science ».

En résumé, une fracture de côtes compliquée s'accompagne ordinairement des symptômes physiques suivants : crachement de sang, épanchement séro-sanguinolent dans la plèvre, pneumo-thorax, et emphysème sous-cutané.

A la rigueur, dans une plaie de la paroi thoracique, limitée aux parties molles, l'air pourrait s'engager dans le tissu cellulaire sous-cutané, à la suite d'un mouvement du bras, par exemple, et en imposer au premier abord pour une plaie pénétrante de poitrine, mais l'erreur ne saurait être de longue durée.

L'emphysème sous-cutané peut apparaître instantanément à la suite d'une plaie du poumon : c'est ainsi que, dans un duel à l'épée auquel j'assistais, je fis arrêter la lutte malgré l'acharnement des combattants, et même des témoins, me basant sur l'apparition subite d'un emphysème.

Les plaies du poumon se cicatrisent ordinairement très vite, et l'air ne tarde pas à se résorber. Il est même remarquable de voir combien les grands traumatismes du thorax : fractures multiples de côtes, déchirure du poumon avec épanchement séro-sanguinolent de la plèvre, pneumo-thorax, emphysème sous-cutané, etc., guérissent, en général, facilement. Il est également très remarquable que l'air atmosphérique infiltré dans le foyer de la fracture n'amène