

jamais les accidents qu'il produit dans le foyer des autres fractures ; on n'observe ni suppuration, ni infection purulente à la suite des fractures compliquées de côtes. Tyndall a pensé que l'air atmosphérique se filtrait en passant à travers le poumon et se dépouillait ainsi du *je ne sais quoi* qui produit les terribles accidents propres aux fractures exposées. Cette théorie du filtrage de l'air par le poumon précéda l'idée féconde de A. Guérin du filtrage de l'air par le coton, idée dont l'application a fourni à la clinique de précieux résultats avant l'antisepsie.

Les plaies superficielles du poumon, produites par des fragments de côtes, ne présentent donc pas une grande gravité. Il en est de même des plaies par arme blanche ; une plaie du poumon peut, sans doute, déterminer la production d'une pneumonie traumatique et la mort, mais elle est surtout grave par l'hémorragie, quand des vaisseaux de quelque importance ont été atteints : or, ceux-ci ne siègent guère qu'à la face interne, au niveau du pédicule. Dans ce dernier cas, le sang s'épanche, soit dans le parenchyme pulmonaire, soit dans le médiastin ou dans la cavité de la plèvre (*hémio-thorax*).

Si les accidents ne sont pas très pressants, le mieux est de mettre le blessé dans une immobilisation absolue, d'injecter du sérum, et de s'abstenir de toute opération chirurgicale.

Lorsque le sang remplit toute la plèvre, et que le sujet est en imminence de mort, une intervention, si peu de chances qu'elle ait de réussir, est cependant indiquée. M. Delorme, imité par quelques chirurgiens, a taillé dans un cas de ce genre un large volet thoracique, de façon à mettre à découvert la plaie pulmonaire et à faire l'hémostase.

C'est là le traitement en quelque sorte primitif des plaies de poitrine. Lorsqu'après quelques jours d'expectation, l'épanchement au lieu de se résorber, ce qui est la règle, augmente au point de menacer la vie du malade, on doit se comporter alors comme dans le cas d'épanchement pleurétique aigu, c'est-à-dire pratiquer la thoracentèse avec un aspirateur : le liquide, qui est séro-sanguinolent, sera très facilement aspiré. Mais, ces terminaisons sont heureusement exceptionnelles, et l'on peut encore dire aujourd'hui des plaies pénétrantes de poitrine, qu'elles sont au-dessus des ressources de l'art, ou qu'elles guérissent par un traitement sagement expectant.

Quant aux projectiles de guerre, balles, éclats d'obus, etc., on ne peut songer à les aller chercher au hasard dans la poitrine quand rien n'en indique le siège, et, surtout, quand l'orifice par lequel ils ont pénétré est petit et resserré. Si, au contraire, il existait déjà une large ouverture, il faudrait explorer la plaie avec les doigts, rechercher les projectiles, les corps étrangers, tels que morceaux de bourre ou de vêtements. (Espérons que la radiographie nous facilitera ces recherches dans l'avenir.) Il faut appliquer sur la plaie de larges pièces de pansement, afin que des parcelles ne pénétrant pas dans la cavité pleurale, lors d'un mouvement d'inspiration.

Lorsque la poitrine a été largement ouverte et que le poumon n'a pas été blessé (ce qui est extrêmement rare, mais peut néanmoins se produire, surtout si la plaie siège vers la base du thorax au niveau du sinus costo-diaphragmatique), dans ce cas, au lieu de s'affaisser du côté de la colonne vertébrale, le poumon peut, sous l'influence d'une expiration brusque, s'engager dans la plaie et *faire hernie* à l'extérieur : on le réduira, s'il n'est pas altéré ; dans le cas contraire, on devra le réséquer après ligature au catgut.