

de tous les appareils compliqués qui ont été essayés de temps en temps. L'immobilisation d'un seul côté du thorax par des appareils agglutinatifs ne paraît pas avoir justifié les espérances de ses inventeurs. Si, par suite de quelque accident pleuro-pulmonaire, la respiration se trouvait trop gênée et qu'il fût impossible de supporter le bandage de corps, il vaudrait mieux supprimer purement et simplement toute contention.

Chez quelques blessés, les troubles causés par la fracture sont si légers, qu'une fois munis de leur bandage ils peuvent rester debout, aller et venir sans trop de précaution, et se livrer à des occupations peu pénibles. Il faut se rappeler pourtant que, même dans les cas les plus simples, on peut voir apparaître au bout de quelques jours une complication pleurale ou pulmonaire. Les malades doivent donc être toujours surveillés.

Les soins médicaux ne doivent pas être négligés lorsque la fracture s'accompagne de douleurs, de dyspnée, ou qu'elle présente pour une raison quelconque une apparence de gravité. Dans ce cas, on tiendra le malade rigoureusement au lit; il lui sera défendu de parler; on lui donnera de l'opium; souvent on se trouvera bien de pratiquer une saignée du bras, vieille pratique qui conserve ici toute sa valeur. Les complications qui peuvent survenir du côté de la plèvre et du poumon recevront leur traitement habituel. Nous l'avons déjà indiqué dans les chapitres précédents.

2^o FRACTURES DES CARTILAGES COSTAUX

Au commencement du siècle, presque en même temps, Lobstein à Strasbourg, Magendie à Paris, publièrent les premiers travaux sur les fractures des cartilages osseux. Depuis cette époque il faut citer principalement un mémoire de Malgaigne en 1841, l'article de Paulet dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* et un mémoire de G. Puell, en 1876.

LOBSTEIN, *Compte rendu de la Faculté de médecine de Strasbourg*, 1805, p. 24. — MAGENDIE, Mémoire sur les fractures des cartilages des côtes. *Bibliothèque méd.*, t. XIV, p. 81. — MALGAIGNE, Recherches sur les fractures des cartilages sterno-costaux. *Bull. de therap.*, avril 1841, et *Traité des fractures*, p. 445. — PAULET, art. CÔTES du *Dict. encycl. des sciences méd.* — G. PUEL, Des fractures des cartilages costaux et de leur mécanisme. Anvers, 1876.

Les fractures des cartilages costaux se produisent dans les mêmes conditions que celles des côtes elles-mêmes. La plupart du temps, ainsi que l'affirmait Boyer, elles sont le résultat de violences directes. Elles se font cependant aussi indirectement. Dans un assez grand nombre de cas, la cause vulnérante agissait avec une extrême violence; aussi les fractures de plusieurs cartilages, ou d'un cartilage et de plusieurs côtes, sont-elles loin d'être rares.

Paulet a fait voir que les fractures par action musculaire qu'il a signalées le premier étaient relativement assez communes, contrairement à ce qu'on pouvait croire. Sur 14 cas nouveaux qu'il avait rassemblés, cette cause intervenait 4 fois; dans 6 cas, le mode de production n'était pas indiqué, ce qui permet de croire à une fréquence encore plus grande. L'âge a ici la même influence que dans les fractures de côtes.

La fracture peut ne porter que sur un seul cartilage; elle en atteint parfois plusieurs, ordinairement du même côté, exceptionnellement des deux côtés;

mais il s'agit dans ce cas de ces fractures du thorax à grand fracas qui s'accompagnent de ruptures des viscères et des vaisseaux intra-thoraciques. Deux faits établissent l'existence incontestable de fractures doubles d'un même cartilage.

Les cartilages le plus souvent atteints sont, par ordre de fréquence, les 8^e, 7^e, 9^e, 10^e. Les supérieurs, très courts, sont rarement en cause.

La fracture siège sur un point quelconque du cartilage; mais la plupart du temps elle se trouve à une certaine distance du sternum, variable suivant la côte considérée, et au voisinage de l'union de la côte avec son cartilage. C'est même, selon Puell, qui est arrivé à cette conclusion à la suite d'expériences cadavériques, au niveau de la ligne d'union que la fracture a le plus de tendance à se faire. Le caractère essentiel de cette fracture, dit Malgaigne, — et l'examen de tous les faits publiés depuis lui confirme cette assertion, — c'est qu'elle est constamment nette et perpendiculaire (transversale), jamais oblique et inégale. Aussi le déplacement est-il facile. Il se fait dans le sens de l'épaisseur, et presque toujours c'est le court fragment sternal qui déborde le long fragment spinal. Le cas contraire s'observe, sans qu'on puisse formuler aucune règle à ce sujet. Étant donné le siège de prédilection de la fracture, le mode de continuité de la côte avec son cartilage qui exclut l'idée d'une véritable articulation, la difficulté qu'il y a à reconnaître sur le vivant le siège exact de la solution de continuité, la fréquence du déplacement, on ne peut véritablement pas continuer à décrire une luxation des côtes sur leurs cartilages. Les quelques faits connus de séparation bien nette au niveau de la ligne d'union ostéo-cartilagineuse méritent d'être considérés comme de simples fractures.

La symptomatologie est celle des fractures de côtes. La crépitation seulement manquerait (Paulet). La consolidation s'obtient en vingt-cinq ou trente jours. Longtemps on a cru qu'elle se faisait uniquement au moyen d'une virole osseuse produite par le périoste, engainant les extrémités cartilagineuses, s'interposant entre elles, mais ne s'unissant pas avec elles par continuité de tissu. C'est l'opinion qu'Ollier professait encore en 1867. Il est probable que ce mode de réparation est le plus commun. Cependant quelques faits démontrent que les extrémités sectionnées peuvent même à distance s'unir au moyen d'un cal fibreux (Mondière, Broca, Legros). Enfin la restauration par un cal cartilagineux n'est pas impossible. Peyraud l'a obtenue chez les animaux, et elle a été vue en partie par Malassez (observation de Bassereau) puisque les extrémités rompues étaient dans ce cas réunies par un cal fibro-cartilagineux (1).

Le pronostic serait tout à fait bénin, si des désordres sérieux ne compliquaient quelquefois ces fractures comme toutes les autres fractures de côtes.

La réduction doit toujours être cherchée. Elle sera souvent obtenue par des pressions exercées sur le fragment déplacé au moment d'une forte inspiration. Mais le déplacement se reproduit aisément. On s'efforce de maintenir la réduction au moyen d'un bandage de corps. Le conseil de Malgaigne: appliquer un bandage anglais dont la pelote antérieure presse sur le fragment externe, ne mérite guère d'être suivi. Un léger chevauchement ne paraît pas avoir de sérieux inconvénients.

(1) BASSEREAU, *Fracture d'un cartilage costal, consolidation, régénération du cartilage, points osseux*. *Bull. de la Soc. anat.*, p. 451, 1869.

5° LUXATIONS DES CÔTES

Les luxations des côtes sont très rares, ce qui se conçoit aisément, si l'on réfléchit à la solidité de leurs articulations et à la facilité avec laquelle ces os se fracturent.

Négligeant, pour les raisons exposées plus haut, les luxations chondro-costales, nous avons à signaler seulement : a, les luxations costo-vertébrales ; b, les luxations chondro-sternales ; c, les luxations des cartilages les uns sur les autres.

a. *Luxations costo-vertébrales.* — On en connaît 7 cas, dont un très ancien, de Buttet⁽¹⁾, est douteux.

Dans tous, il s'agissait d'individus jeunes, de traumatismes directs très limités et très violents, portant sur une ou deux articulations. Cinq fois sur sept la mort est survenue par le fait de graves lésions concomitantes.

Les faits observés semblent indiquer surtout les luxations des 11^e et 10^e côtes.

Les symptômes seraient une dépression à la place des côtes luxées et une mobilité anormale sans crépitation (Kennedy)⁽²⁾.

b. *Luxations chondro-sternales.* — Aux 4 cas observés sur le vivant, tous assez anciens et cités par Malgaigne, de Ravaton, Manzotti, Monteggia et Ch. Bell, on peut ajouter 2 faits nouveaux indiqués dans le *Traité des fractures et des luxations* de H. Hamilton : l'un, de Samuel Flagg, rapporté par l'auteur ; l'autre, de Wolfenstein, inséré en notes par le traducteur. Rien ne prouve dans les observations qu'il ne s'agissait pas plutôt d'une fracture d'un cartilage costal près de son insertion. Les expériences de Saurel⁽³⁾ semblent pourtant démontrer la possibilité de ces luxations.

c. *Luxations des cartilages les uns sur les autres.* — Les 6^e, 7^e, 8^e et 9^e cartilages costaux sont seuls unis de façon à permettre cette lésion, qui paraît tout aussi rare que les précédentes.

Trois cas seulement sont connus : ceux de Martin (de Bordeaux), de Boyer et de Malgaigne ; encore le diagnostic de ce dernier ne fut-il posé exactement que neuf ans après l'accident.

Dans le fait de Boyer, le cartilage luxé était enfoncé ; il faisait saillie chez les malades de Malgaigne et de Martin.

Ces trois faits étaient dus à l'action musculaire ; on trouve notée dans tous une gêne notable de la respiration.

⁽¹⁾ BUTTET, *Mémoires sur la luxation des côtes. Mém. de l'Acad. royale de chir.* Paris, 1768, t. IV, p. 575.

⁽²⁾ KENNEDY, *Luxations des côtes. Dublin med. Presse*, février et mars 1841.

⁽³⁾ L. SAUREL, *Mémoires sur les luxations des cartilages costaux. Mém. de l'Acad. des sciences et lettres de Montpellier*, 1854.

TROISIÈME PARTIE

PHLEGMONS ET ABCÈS DE LA POITRINE

Nous laisserons de côté les phlegmons et abcès circonscrits des parties molles des parois thoraciques. Ils n'ont rien de spécial à la région.

La périostite et l'ostéite sont communes au niveau des côtes. Mais leur histoire n'a rien de particulièrement intéressant. Il n'en est pas de même pour les abcès froids dépendant des lésions du squelette ; ils seront l'objet d'un article particulier.

Nous décrirons d'abord dans trois chapitres distincts :

- 1° Le phlegmon diffus des parois thoraciques ;
- 2° Les phlegmons sous-pleuraux ;
- 3° Les abcès froids du thorax.

Abordant ensuite les parties profondes, nous étudierons successivement :

- 4° L'abcès de la plèvre, ou pleurésie purulente ;
- 5° L'abcès du médiastin.

CHAPITRE PREMIER

PHLEGMON DIFFUS DES PAROIS THORACIQUES

Quoique l'infection diffuse du tissu cellulaire des parois thoraciques ait depuis longtemps frappé les observateurs, elle n'a jamais fait l'objet de descriptions classiques étendues. C'est que, il faut en convenir, elle ne prête pas à de longs développements. Elle paraît se produire dans les mêmes conditions que le phlegmon diffus des membres ; elle se comporte comme ces derniers, avec cette particularité peut-être que son pronostic est encore plus sérieux.

On pourra consulter à son sujet trois thèses de la Faculté de médecine de Paris, celles de MM. Demartial⁽¹⁾, Serez⁽²⁾ et Pénot⁽³⁾.

Le phlegmon diffus de la paroi thoracique est, dans l'immense majorité des cas, un phlegmon unilatéral. Les observateurs notent qu'au milieu d'une fièvre intense, d'un état adynamique plus ou moins marqué qui souvent a fait méconnaître pendant un temps la lésion locale et croire par exemple à la fièvre typhoïde, une tuméfaction se développe sur la partie latérale de la poitrine.

⁽¹⁾ *Contribution à l'étude des abcès des parois latérales du thorax*, 1875.

⁽²⁾ *Quelques considérations sur trois cas de phlegmon diffus des parois du thorax*, 1875.

⁽³⁾ *Contribution à l'étude du phlegmon diffus de la paroi thoracique latérale*, 1882.