

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.

C'est un empatement diffus plutôt qu'un gonflement inflammatoire. Il s'étend de la base de l'aisselle à la base du thorax; mais il dépasse souvent ces limites, soit en haut, soit en bas, gagnant par exemple l'épaule, ou la partie latérale correspondante de l'abdomen.

Quelquefois, ainsi qu'on le voit en pratiquant les incisions nécessaires au traitement, le tissu cellulaire sous-cutané est envahi seul; mais souvent le tissu cellulaire profond sous-aponévrotique intermusculaire est pris en même temps.

L'étiologie de ce phlegmon diffus comporte, comme celle du phlegmon diffus en général, deux termes: une cause prédisposante que nous pouvons caractériser en disant qu'elle prépare le terrain dans lequel évoluera d'une façon désastreuse l'agent infectieux, et une cause locale qui créera la porte d'entrée nécessaire à l'introduction de cet agent.

Les causes prédisposantes n'ont rien de spécial. C'est toujours la misère, les mauvaises conditions hygiéniques, les fatigues excessives qu'on peut invoquer. Quelquefois ces conditions manquent absolument.

Localement, quoi qu'en dise Pénot, il est infiniment probable que le point de départ de l'infection est ordinairement dans l'aisselle. A la vérité, cette région est souvent peu ou point tuméfiée; mais l'objection a peu d'importance. Il est clair qu'ici l'agent infectieux est doué d'une virulence telle que tout travail de défense de la part du tissu cellulaire est presque impossible. Il peut donc envahir les ganglions axillaires, les traverser et se répandre au loin sans qu'au niveau du point d'entrée nous retrouvions des traces grossières de son passage. Dans quelques cas, d'ailleurs, la participation de la chaîne ganglionnaire est bien évidente. Une observation de Pénot nous fait voir des traînées purulentes le long des vaisseaux remontant jusque dans la région cervicale; une autre de Serez montre le tissu cellulaire de l'aisselle mortifié. Dans un fait que j'ai observé moi-même il existait des lésions des doigts qui avaient pu être le point de départ de l'affection. Mais il ne faut pas s'étonner que cet antécédent si habituel dans les phlegmons aigus du bras ou de l'aisselle manque dans cette infection du tissu cellulaire qu'on appelle improprement le phlegmon diffus; son absence s'explique par la virulence extrême de l'agent infectant.

Le phlegmon diffus de la poitrine se termine, comme celui des autres régions, par la mortification et l'élimination des parties atteintes. Des portions de muscles sont quelquefois entraînées avec le tissu cellulaire. Par voisinage la plèvre se prend parfois; des infections secondaires peuvent se produire du côté des viscères: broncho-pneumonie, péricardite, néphrite, abcès articulaires, etc., c'est l'infection purulente. L'érysipèle peut continuer le phlegmon diffus et se propager au loin. Il n'est pas étonnant qu'une affection de cette nature amène souvent la mort. Sur 10 malades dont Pénot a rassemblé les observations, 6 sont morts, 2 ont guéri, 2 étaient en traitement au moment où l'on publiait leur histoire. L'un d'eux a dû succomber. Plusieurs ont reçu des soins insuffisants ou ont été traités au moyen des cataplasmes. Il est possible qu'un traitement mieux dirigé en eût sauvé quelques-uns.

Le traitement doit avoir pour objectif la désinfection des parties envahies par l'agent morbide, la destruction de cet agent, la mise en état de défense du tissu cellulaire encore vivant. A ces indications correspondent: les larges incisions étendues par exemple du sommet de l'aisselle à la base de la poitrine,

appuyées, si c'est utile, d'autres incisions parallèles à l'ouverture fondamentale; les lavages soigneusement faits avec la solution de sublimé; les applications de teinture d'iode portées au moyen d'un pinceau dans tous les recoins qu'on peut découvrir: la cautérisation au moyen du fer rouge, qui paraît agir et par l'échauffement du foyer malade et par l'excitation des propriétés utiles du tissu cellulaire avoisinant, comme la phagocytose par exemple. On se trouvera bien d'appliquer sur toute la surface malade des pansements humides fréquemment renouvelés, avec la solution de sublimé. On relèvera les forces et l'on nourrira le malade au moyen du vin et du lait. Ce dernier aura l'avantage de favoriser, avec la fonction urinaire, l'élimination des poisons absorbés par l'économie. On pourra aussi recourir aux injections intra-veineuses de sérum artificiel.

CHAPITRE II

PHLEGMON SOUS-PLEURAL OU PÉRIPLEURITE

Encore assez mal connue, quoique Boyer l'ait déjà décrite dans un chapitre spécial⁽¹⁾, l'inflammation du tissu cellulaire sous-pleural a été mise hors de doute par les descriptions de Wunderlich⁽²⁾ et de Billroth⁽³⁾. Bartels, de Kiel, a publié un travail intéressant sur cette affection, in *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1875, n° 52, ainsi que Franz Riegel, in *Deutsches Archiv für klin. Medic.*, 1877, p. 51. Barth en a publié une curieuse observation dans la *France médicale* du 11 août 1880. J'en ai observé moi-même un cas à l'hôpital Lariboisière, en 1889.

L'examen bactériologique du pus n'a été fait dans aucun cas à ma connaissance. Il est probable qu'il s'agit d'une suppuration streptococcique se produisant dans des conditions de virulence très exaltées.

En effet, la plupart des cas sont marqués à leur début par des phénomènes généraux graves: frissons, élévation considérable de la température, fréquence du pouls, souvent véritable état adynamique avec délire. Les urines contiennent presque toujours de l'albumine, et la néphrite parenchymateuse diffuse est une complication pour ainsi dire habituelle. La péricardite, les suppurations multiples de la pyohémie, ont été notées plusieurs fois.

L'étiologie de cette affection est encore à faire. On l'a rencontrée chez des enfants et chez des adultes. Quelques malades avaient souffert de la misère ou de mauvais traitements; d'autres étaient en pleine santé. Pas de pleurésie ni d'affection du périoste ou des os précédant l'apparition de la maladie.

L'abcès sous-pleural doit être distingué de la pleurésie purulente. Le seul signe important, c'est la constatation par les divers moyens d'investigation d'une collection limitée, qui parfois détermine une voussure étendue à deux ou

⁽¹⁾ BOYER, *Des abcès du tissu cellulaire de la plèvre. Traité des maladies chir.*, 4^e édition, t. VII, p. 541.

⁽²⁾ WUNDERLICH, *Arch. der Heilkunde*, t. II, 1861.

⁽³⁾ BILLROTH, *Arch. für klin. Chir. von Langenbeck*, t. II, 1861.