

§ IX. — Fractures des côtes.

De tous les os qui entrent dans la composition du squelette, à l'exception du radius et de la clavicule, les côtes sont ceux qui se fracturent le plus souvent. Sur 2358 cas de fractures à l'Hôtel-Dieu, on compte 263 fractures des côtes (Malgaigne), c'est-à-dire 1/9°. Sur 2275 fractures inscrites à Guy's Hospital (1), on rencontre 222 fractures de côtes c'est-à-dire 1/10° environ, sans compter les malades du dehors observés seulement à la consultation. Toutes les côtes ne sont pas également prédisposées aux fractures : les côtes moyennes, plus longues et plus superficiellement placées que les autres, sont plus exposées à ces solutions de continuité, auxquelles échappent généralement les côtes supérieures par la protection que leur accordent le bras et l'épaule, les côtes inférieures par leur brièveté et leur élasticité.

ÉTIOLOGIE. — Le sexe masculin fournit à la statistique plus de fractures de côtes que le sexe féminin. Sur 263 fractures de côtes observées à

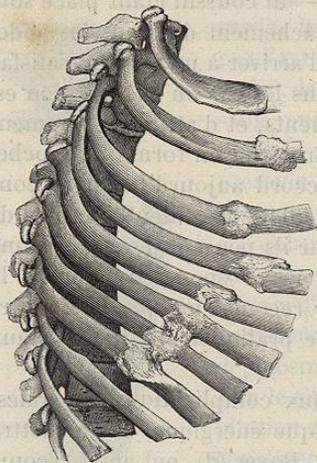


FIG. 192. — Fractures multiples de côtes après consolidation (musée Dupuytren).

l'Hôtel-Dieu, 48 seulement, dit Malgaigne, à peu près 1/5°, reviennent au sexe féminin. Sur 161 cas de fractures de côtes recueillis à Guy's Hospital, 25, c'est-à-dire un peu plus d'un sixième, appartiennent à des femmes. L'âge n'est pas non plus sans influence sur leur production : rares dans l'enfance et la jeunesse, ces lésions deviennent plus communes chez l'adulte et très-fréquentes dans la vieillesse.

Les causes déterminantes sont presque toujours des violences extérieures. Les unes agissent à la partie moyenne de la côte, dont elles tendent à redresser la courbure (*fractures directes*); les autres, exerçant une pression sur les deux extrémités de l'os, en exagèrent brusquement la courbure, et le brisent par contre-coup à sa partie moyenne (*fractures indirectes*).

Enfin, les côtes se fracturent quelquefois sous l'influence d'une cause interne, particulièrement dans les efforts de toux et à la suite d'une violente contraction musculaire. Il est probable que dans ce cas les os avaient subi une altération préalable, cette sorte d'atrophie avec métamorphose

(1) Holmes, *System of Surgery*, t. II, p. 342.

graisseuse qu'on voit assez souvent dans le tissu osseux du vieillard.

VARIÉTÉS. — Les fractures des côtes présentent de nombreuses variétés de siège, de direction, de déplacement, etc. Le plus souvent c'est à la partie moyenne de la côte que la fracture a lieu. Cependant les expérimentations cadavériques ont montré à Malgaigne (1) qu'il n'en était pas toujours ainsi. Quand la cause qui a produit la fracture agit indirectement sur les extrémités de l'os, la côte se brise non plus à sa partie moyenne, mais sur un point beaucoup plus rapproché du sternum, dans le voisinage des cartilages costaux (fig. 192).

Les fractures des côtes sont *incomplètes* ou *complètes*, *simples* ou *multiples*. Les fractures incomplètes peuvent être de simples fissures dirigées selon la longueur de la côte en entamant l'un des bords; mais plus fréquemment elles désignent une solution de continuité limitée à l'une des faces de l'os.

Quelquefois nettes, transversalement dirigées, ces fractures sont plus souvent dentelées et offrent une cassure irrégulière. Elles affectent toutes les directions, et peuvent être obliques en bas et en arrière ou en bas et en avant, de dedans en dehors ou de dehors en dedans.

Le déplacement est loin d'être constant. Il manque dans les simples fissures, dans la plupart des fractures limitées à l'une des faces de l'os, et dans un certain nombre de fractures complètes. Mais dans aucun cas on ne trouve de déplacement suivant la longueur, rendu impossible par les attaches fixes de la côte à ses deux extrémités. Les déplacements en haut et en bas ne peuvent pas se faire plus aisément, les muscles intercostaux maintenant toujours les deux fragments à égale distance des côtes voisines. Les déplacements en dedans et en dehors sont presque exclusivement observés dans ces fractures, et dans le plus grand nombre des cas c'est le déplacement en dedans qui se produit. On le rencontre dans certaines fractures incomplètes, et dans les fractures complètes, non-dentelées et avec déchirure du périoste; c'est à cette forme qu'on a réservé le nom d'*enfoncement des côtes*. La violence extérieure et la direction de la fracture sont les seuls agents de ce déplacement; l'action musculaire n'y est évidemment pour rien.

Les fractures des côtes peuvent être encore divisées en *fractures simples* et *fractures compliquées*. Les nombreuses complications propres à ces fractures sont presque toutes le résultat de l'enfoncement des fragments. Tels sont les déchirures du poumon, de la plèvre, du cœur, de l'artère intercostale, et les accidents qui en sont la conséquence, emphysème, pneumonie, pleurésie, pneumothorax, hémorrhagies, etc.

SYMPTOMATOLOGIE. — Sans parler des signes commémoratifs qui font rarement défaut, il y a des signes *rationnels* et des signes *sensibles*.

Parmi les signes rationnels, la douleur est le phénomène le plus constant. Elle est d'abord superficielle, mais elle se propage bientôt plus en dedans, et se fait sentir dans le voisinage des cartilages costaux. (1) *Recherches sur les variétés et le traitement des fractures des côtes* (Arch. gén. de méd., juillet et août 1838).

stant. Elle est souvent très-vive, fixe et exaspérée par la pression, par la toux, par les mouvements d'inspiration et d'expiration. Dans les fractures simples, sans déplacement, il suffit de l'application d'un bandage qui comprime et immobilise le thorax, pour la calmer ou même la faire disparaître entièrement. Si la fracture est multiple et s'accompagne de l'enfoncement d'un fragment, la douleur, plus fixe et plus profonde, paraît assez souvent au contraire exaspérée par la compression.

Les troubles de la respiration sont particulièrement marqués quand il existe un enfoncement des fragments. Si le poumon a été atteint, il y a de la dyspnée, de la toux, du crachement de sang, puis apparaissent les symptômes généraux qui dénotent une inflammation aiguë de la plèvre ou du parenchyme pulmonaire. Quelquefois encore l'emphysème est la conséquence prompt de la lésion viscérale.

Les signes physiques ne sont pas toujours d'une constatation facile dans les fractures dont nous nous occupons.

La *déformation* est rarement apparente, à cause du peu de déplacement des fragments, de l'embonpoint du sujet et de quelques infiltrations sanguines dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dans quelques cas cependant on peut, en suivant les bords de la côte, reconnaître des inégalités produites par l'enfoncement ou la saillie de l'un des fragments.

La *mobilité* et la *crépitation* seraient caractéristiques, mais il n'est pas toujours facile de percevoir ces phénomènes. On devra, pour essayer de les produire, appuyer alternativement sur l'un et sur l'autre fragment, ou bien appliquer la face palmaire de la main sur le lieu présumé de la fracture et faire tousser le malade. La secousse imprimée au thorax déterminera assez souvent alors la collision des fragments. L'auscultation au point douloureux a quelquefois permis d'entendre la crépitation osseuse.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic présente parfois des difficultés. Si la fracture est dentelée, sans déplacement, si elle occupe l'extrémité postérieure de la côte, recouverte à ce niveau par les muscles épais du dos, il sera presque toujours impossible de constater la mobilité et la crépitation. On devra donc se contenter des signes rationnels, la douleur, la gêne de la respiration, etc. Or, une *simple contusion des côtes* donne quelquefois lieu aux mêmes accidents que la fracture, en sorte qu'il faudra, en pareil cas, s'en tenir à des probabilités, tout en instituant le traitement, comme s'il n'existait pas de doute sur l'existence de la rupture de l'os.

PRONOSTIC. — Les fractures des côtes qui ne sont accompagnées d'aucune des complications indiquées sont sans gravité et se consolident du vingt-cinquième au trentième jour. Le pronostic devient beaucoup plus sérieux s'il existe des fractures multiples, avec pénétration des fragments dans la cavité thoracique. Les lésions cardiaques et pulmonaires, la déchirure de l'artère intercostale, sont les conséquences les plus graves de ce déplacement; il est inutile d'insister sur cette gravité. Chez les gens âgés, atteints d'asthme ou de bronchite, le pronostic des fractures des côtes devient plus grave. La difficulté apportée par ces fractures à la respira-

tion, et partant à une hématorse suffisante, nuit à la nutrition des blessés, qui souvent succombent aussi à l'accumulation des mucosités qui ne peuvent pas être facilement expulsées des tuyaux bronchiques.

TRAITEMENT. — Dans les fractures sans déplacement, on se bornera à immobiliser les côtes en entourant la poitrine d'un large bandage de corps fortement serré. Outre qu'il assure la consolidation, ce bandage a l'avantage, ainsi que nous l'avons dit, de dissiper rapidement la douleur. Malgaigne, se fondant sur ce que ce bandage se relâche et glisse aisément, lui préfère une bande de sparadrap, large de trois à quatre travers de doigt, assez longue pour faire une fois et demie le tour du corps. Quand l'aiguille du malade se prête sans irritation à cette application de la bande de diachylon, on obtient de la sorte une grande immobilité très-favorable à la consolidation. On a conseillé d'immobiliser seulement un côté de la poitrine, de façon à laisser le côté non blessé libre pour la respiration, et l'on trouvera dans les traités de bandage la description de quelques pansements de ce genre; mais il ne faut pas oublier que ces sortes de bandages, d'une application difficile, se déplacent très-facilement et ne remplissent guère le but pour lequel on les a appliqués.

Quand le déplacement existe et qu'il s'accompagne d'une vive douleur, il y a indication de réduire. Mais comment arriver à ce résultat? On a recommandé alors au blessé de faire de fortes inspirations, de souffler énergiquement dans une bouteille. Ces procédés, sans inconvénient, ont réussi dans quelque cas, mais il ne faut pas trop compter sur leur succès. Si ces moyens sont insuffisants, si l'enfoncement est considérable, et si un fragment a blessé la plèvre ou le poumon, faudra-t-il se servir, comme le conseille Malgaigne (1), d'un crochet courbe, analogue au ténaculum, enfoncé doucement sous le bord supérieur de la côte et glissé sous sa face interne pour ramener en avant le fragment déplacé? Le ténaculum ainsi conduit avec prudence peut donner un bon résultat, mais il n'y a là rien de certain.

La réduction une fois obtenue, on appliquera sur la poitrine un bandage modérément serré, et l'on fera, s'il y a lieu, le traitement des complications. Les complications phlegmasiques des fractures des côtes exigent d'abord le repos et la diète, et si elles se développent avec quelque violence chez les individus jeunes et forts, il ne faudra pas hésiter à employer la saignée, qu'on a trop négligée dans ces trente dernières années pour des cas semblables. L'expérience apprend cependant que les émissions sanguines sont souvent ici d'un rapide et très-salutaire effet. Les antimonialaux à faibles doses, fractionnées, sont aussi quelquefois utiles.

(1) Archives génér. de médecine, juillet-août 1838.