

Les faits n'ont pas répondu à la théorie dans la grande majorité des cas, les fractures directes, non plus que les fractures indirectes, ne s'accompagnent d'un déplacement notable et souvent les fragments sont engrenés. Il en résulte que les symptômes ordinaires des fractures font défaut. La mobilité et la crépitation ne sont constantes que dans les fracas du thorax, lorsque la paroi thoracique, brisée presque tout entière, s'affaisse sous la main et craque bruyamment à chaque mouvement forcé d'expiration. Quelquefois, la fracture, perçue à la main, d'une côte peut se révéler par une légère crépitation au moment de la toux, mais le meilleur symptôme est la douleur dans un point fixe et la gêne de la respiration. Je parlerai plus loin de la valeur qu'il faut attribuer à l'emphysème sous-cutané.

Malgaigne a signalé l'existence de fractures, par contraction musculaire, de côtes préalablement altérées dans leur structure.

Les cartilages des côtes peuvent aussi se fracturer, mais plus rarement. La réunion chez les sujets jeunes se fait à l'aide d'un tissu cartilagineux. Chez les sujets âgés, les deux fragments sont reliés par une bride fibreuse, ou même restent libres au centre d'une virole osseuse.

Les côtes sont fixées : en avant, aux bords du sternum, articulation chondro-sternale ; en arrière, à la colonne vertébrale sur la face antérieure de l'apophyse transverse. Cette dernière articulation dite costo-transversaire dont j'ai indiqué tout à l'heure le rôle dans la production des fractures de l'angle costal, est si profondément située, si peu accessible aux causes vulnérantes que l'on comprend difficilement une luxation isolée de la tête de la côte, sans lésions osseuses graves de voisinage.

On a observé par contre, et j'en ai vu moi-même, des luxations chondro-sternales ; le cartilage fait saillie en avant, sous la peau.

Les cartilages costaux unis ensemble (de la sixième à la dixième côte) sont susceptibles de glisser l'un sur l'autre et de produire une sorte de luxation chondro-chondrale dont M. Lequeut a rapporté en 1900 une intéressante observation.

Les côtes sont des os plats, composés d'une lame mince de tissu compact et de tissu spongieux. Elles sont assez souvent atteintes de tuberculose, d'où la production d'abcès qui siègent généralement au niveau du point lésé. Le pus, néanmoins, fuse quelquefois au loin sous les muscles larges qui s'insèrent au thorax et peut aussi former un foyer sous-pleural. Mais, il est possible, comme l'a démontré M. Souligoux (et ce serait même, d'après cet auteur, le cas de beaucoup le plus fréquent, opinion que des faits multiples me portent à partager), que l'abcès soit primitivement sous-costal et résulte d'un foyer tuberculeux de la plèvre. Ce n'est pas là une simple question de pathogénie plus ou moins intéressante, car de cette théorie découle une importante indication thérapeutique. Il est utile, en effet, dans presque tous les cas, de réséquer une côte afin de pouvoir ouvrir largement le foyer pleural, d'en suivre les prolongements et de tout nettoyer complètement. D'ailleurs, l'opération ne présente pas de grandes difficultés : une incision aux téguments permet d'arriver sur l'abcès extérieur et de découvrir la face externe de la côte. On contourne ensuite rigoureusement les bords de celle-ci en décollant le périoste et, au besoin, la plèvre, puis on passe en arrière une sonde de Blandin et on résèque avec une scie à chaîne, une petite scie à main, ou une pince coupante.

Dans les empyèmes, la rétraction de la paroi costale, quelquefois, est telle