

## Clinique Chirurgicale

### Fracture des côtes

PAR M. LE PROFESSEUR QUEVNU

Un malade âgé de 39 ans entre à l'hôpital pour un traumatisme de la région thoracique gauche remontant à 48 heures. Ce malade a fait une chute de voiture; il est tombé sur le côté gauche, le bras collé au tronc; et il a ressenti une douleur très vive au côté gauche de la poitrine; presque immédiatement après est survenue une hémoptysie abondante.

On remarque tout de suite dans la moitié gauche du thorax, l'existence d'un gonflement s'étendant, dans le sens antéro-postérieur, de la ligne médiane à la ligne axillaire, et remontant en haut, le long du cou, jusqu'à l'oreille gauche. Une palpation très douce révèle à ce niveau l'existence d'une crépitation neigeuse caractéristique: il s'agit d'emphysème sous-cutané. Cette constatation et le fait que le blessé a eu une hémoptysie aussitôt après l'accident nous permettent d'affirmer déjà qu'il y a fracture de côtes.

Une exploration plus attentive, faite avec douceur, nous montre que plusieurs côtes sont fracturées; elles sont fracturées au niveau de la ligne axillaire, au point où le choc a été transmis par l'intermédiaire du bras collé au corps, par l'intermédiaire du coude en particulier.

Procédons à l'examen des organes thoraciques (plèvre et poumon) qui ont pu être intéressés par le traumatisme. En percutant en arrière, nous trouvons, du côté gauche, une exagération de la sonorité; mais à l'auscultation, nous entendons parfaitement le murmure vésiculaire du haut en bas de la poitrine; il n'y a ni souffle, ni râles. Il n'est donc pas bien certain qu'il y ait pneumothorax, et, en tout cas, ce pneumothorax est bien léger, s'il existe. L'exagération de la sonorité peut s'expliquer par l'emphysème sous-cutané; de plus, le malade présente un peu de ballonnement du ventre; son estomac est certainement distendu, ce qui augmente encore le tympanisme au niveau de la base gauche. Pourquoi n'y a-t-il pas d'air dans la plèvre, alors qu'il existe un emphysème sous-cutané considérable? Plusieurs interprétations ont été proposées: existence d'adhérences anciennes, formation très rapide d'adhérences après le traumatisme, peut-être disposition spéciale des fragments osseux fracturés, conduisant l'air le long de la côte jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Quel pronostic faut-il porter? La plèvre ne renferme pas de liquide, l'examen du thorax nous l'a prouvé. Le traumatisme remonte à 48 heures; nous n'avons donc plus à craindre un hémithorax. En revanche, nous pourrions encore voir apparaître une pleurésie simple.

Mais, chez notre blessé, c'est le poumon surtout qui a été intéressé, puisque l'hémoptysie survenue aussitôt après l'accident a été considérable. Nous devons nous attendre

surtout à l'écllosion d'une pneumonie traumatique. Il faut surveiller avec soin la température et, pendant quelques jours, les crachats seront examinés au point de vue bactériologique.

L'expérience montre que ces pleurésies et ces pneumonies consécutives aux fractures de côtes sont le plus souvent bénignes; très rarement, les pleurésies deviennent purulentes, alors que la suppuration est au contraire fréquente dans les plaies de poitrine, par coup de couteau par exemple. Le fragment costal qui embroche la plèvre et le poumon est en effet parfaitement aseptique et l'infection ne peut se faire que par voie respiratoire.

Quel traitement allons-nous instituer?

Il faut tout d'abord immobiliser le thorax, et nous atteindrons ce but en appliquant un bandage de corps en flanelle, doublé d'ouate et convenablement serré. On s'est beaucoup servi et on se sert encore de larges bandes de diachylon. L'immobilisation obtenue par ce procédé est certainement plus rigoureuse que celle que l'on obtient au moyen d'un bandage de corps. Mais le diachylon a l'inconvénient d'adhérer aux poils; il faut, avant de l'appliquer, raser toute la région. Beaucoup de malades ne supportent qu'avec gêne un pareil bandage, et il n'est pas rare d'observer, quand on l'enlève, des érosions cutanées. D'autre part, le bandage de corps a l'avantage de pouvoir être enlevé plus facilement et permet d'appliquer des ventouses, de faire de la révulsion si des complications pleuro-pulmonaires surviennent.

Une pneumonie thoracique est à craindre dans le cas présent. L'infection se faisant par voie respiratoire, nous recommandons à notre malade des lavages fréquents de la bouche, des gargarismes, des inhalations d'eucalyptus.

### Traitement des arthrites gonococciques à l'aide des injections sous-cutanées de sérum de Flexner

MM. Pissavy et Charvet.

Dans deux cas de rhumatisme gonococcique à évolution grave où le traitement par le salicylate de soude et l'aspirine avait échoué, les injections sous-cutanées de sérum antiméningococcique furent couronnées de succès. Après une injection de 20 centimètres cubes de sérum de Flexner, l'amélioration est rapide; les douleurs disparaissent rapidement et les articulations, en quelques jours, retrouvent leur souplesse. La douleur est le symptôme le plus rapidement calmé; une deuxième ou une troisième injection complètent le traitement. Il n'est pas nécessaire de pratiquer l'injection au voisinage des articulations malades.