

du dos sous la forme d'une tumeur fluctuante. L'examen le plus minutieux dans le but de découvrir des pulsations ou des bruits anormaux peut rester sans résultat, et l'on connaît des cas dans lesquels on a malheureusement incisé ce que l'on supposait être un abcès. D'autre part, des abcès développés sur la face antérieure de la poitrine peuvent facilement présenter des pulsations qui leur sont communiquées du cœur et des gros vaisseaux. Ici encore on ne pourra, dans beaucoup de cas, arriver à un diagnostic sûr qu'en prenant bien en considération l'anamnèse et les différents symptômes; dans d'autres cas on ne pourra poser le diagnostic qu'après une ponction avec un fin trocart.

§ 36. — Si l'on fait abstraction des tumeurs de la glande mammaire dont nous aurons à nous occuper ultérieurement, on peut affirmer que les néoplasmes des parties molles du thorax ne sont pas fréquents. Les tumeurs les plus typiques sont les **lipomes** développés dans le tissu conjonctif sous-cutané de la région du dos, et qui forment parfois des masses énormes pouvant peser plusieurs kilogrammes. Des lipomes ont été aussi observés sous la glande mammaire; d'autres s'étaient développés sous le grand pectoral, et étaient en relation avec le tissu adipeux du creux de l'aisselle.

Mentionnons encore les **lymphangiomes**, qui, nés des vaisseaux lymphatiques du creux de l'aisselle, s'étendent dans la direction du muscle grand pectoral. Dernièrement j'ai enlevé une pareille tumeur congénitale développée chez un enfant de quelques mois. Ce lymphangiome appartenait à la forme kystique.

Les **lipomes sous-mammaires** refoulent ordinairement devant eux la glande mammaire et en provoquent généralement l'atrophie. Ils semblent alors s'être développés dans l'enveloppe de la glande et simulent une hypertrophie de cette dernière (BILLROTH, HEGELSCHWEILER).

On a aussi observé des **fibromes** dans cette région. Mais ce sont les téguments du dos qui sont particulièrement favorisés au point de vue du développement de fibromes pédiculés mous plus ou moins volumineux et assez souvent multiples (*molluscum, cutis pendula*). On se gardera bien de prendre pour un fibrome ou pour une autre tumeur polypeuse semblable développée le long de la colonne vertébrale, le sac vide et ratatiné d'un **spina bifida**. On ne se laissera pas tenter d'extirper une poche de cette nature à cause de la possibilité d'une communication avec le tube rachidien.

L'extirpation des gros lipomes ne peut devenir dangereuse que par le fait de l'hémorragie qui parfois est assez considérable. D'autre part, leur extirpation, de même que celle des tumeurs du sein, fait courir à l'opéré le danger de l'érysipèle (*voir plus loin*).

§ 37. — Les côtes sont rarement le siège d'une **périostite aiguë avec nécrose étendue**. Je ne sais si je dois attribuer au hasard le fait que je n'ai guère observé l'ostéomyélite aiguë que sur les trois dernières

côtes. Généralement ce sont les formes chroniques **tuberculeuses** de la périostite et de l'ostéomyélite que l'on observe; elles surviennent très souvent chez les individus affaiblis, tuberculeux. Il n'y a pas longtemps que la **tuberculose des côtes** était encore considérée comme une maladie à peu près incurable, à part quelques cas particulièrement favorables. Il y avait même des chirurgiens qui considéraient comme étant le plus souvent injustifiables et insensées les tentatives opératoires dans ces cas. Cette manière de voir se modifia peu à peu à mesure que l'on apprit à mieux connaître les processus locaux de tuberculose et leurs relations avec la tuberculose d'autres organes et en particulier des poumons.

Il ne manque pas de raisons, locales aussi bien que générales, pour que l'on considère à bon droit comme redoutable la maladie en question. Tout d'abord nous devons faire remarquer que, surtout chez les individus d'un certain âge, l'affection tuberculeuse des côtes s'accompagne d'une tuberculose des poumons et, assez souvent même, d'une phtisie pulmonaire grave. Dans ce dernier cas surtout le pronostic doit être naturellement très réservé, non pas tant à cause de la tuberculose costale que du fait de l'affection pulmonaire grave concomitante. Cependant cette dernière ne doit pas être prise seule en considération à ce point de vue; bien souvent il faut également faire la part des conditions locales difficiles de la tuberculose des côtes. Nous avons déjà insisté plus haut sur la disposition anatomique du thorax, sur les diverses couches dont il se compose, et sur les plans musculaires qui se croisent dans différentes directions, toutes conditions capables de compliquer les processus inflammatoires du squelette thoracique et surtout des côtes. Parfois, il est vrai, la fistule qui s'ouvre au niveau de la partie antérieure des côtes conduit directement sur le foyer morbide; mais bien plus souvent, surtout si le foyer siège à la partie postérieure du thorax déjà par elle-même difficilement accessible, le pus tuberculeux, avant d'arriver à la surface, forme sous les masses musculaires des collections étendues avec clapiers et fusées purulentes dans toutes les directions possibles. Ce qui ajoute encore aux difficultés dans ces cas, c'est la disposition anatomique particulière de la côte elle-même. Grâce à cette disposition et alors même que le foyer tuberculeux primitif est très petit, la maladie se propage volontiers le long de l'os, sous le périoste. Quant aux foyers primitifs eux-mêmes, ils ne diffèrent pas de ceux que l'on observe dans les autres parties du squelette; le foyer de granulations est la forme la plus fréquente; plus rarement il s'agit d'un séquestre tuberculeux; enfin la forme la plus rare, qui survient quelquefois dans le cours d'une phtisie grave, c'est la tuberculose infiltrée qui se propage au loin dans le tissu osseux de la côte. Une forme relativement fréquente, c'est la **périostite tuberculeuse** avec ses conséquences, à savoir la destruction secondaire de la couche superficielle de l'os par les granulations tuberculeuses. Elle peut s'étendre d'un petit foyer à une grande partie de la côte. On