

trouve alors le long de cette dernière une sorte de gaine allongée, qui assez souvent contient de grandes quantités de granulations tuberculeuses caséifiées. Dans cette gaine est renfermée la côte dont la surface a été rongée par les granulations sur toute ou partie de son étendue. Quant à l'intérieur de l'os, il est sain, ou bien, dans des conditions particulièrement mauvaises, il est infiltré de masses tuberculeuses : c'est une **vraie carie de côtes**.

Par le fait des conditions anatomiques que nous venons de rappeler, les malades éprouvent en général de grandes souffrances. Les côtes affectées sont le point de départ de fusées purulentes à l'intérieur et à l'extérieur du thorax. Dès que le pus s'est fait jour au dehors, l'infection pénètre par les orifices et les trajets fistuleux à ramifications multiples; alors se produit une suppuration abondante avec de nouvelles fusées purulentes et une fièvre hectique persistante. Ces phénomènes pathologiques constituent pour le moins une complication grave d'une phtisie déjà existante; comme partout ailleurs, on peut les faire disparaître en incisant les abcès et les conduits fistuleux jusqu'à leur point de départ sur l'os, en extirpant les foyers tuberculeux situés en dedans ou en dehors de la côte (après résection d'une partie de cette dernière si on le juge nécessaire), et avant tout en réséquant toute la partie de côte cariée s'il s'agit d'une tuberculose sous-périostale étendue; dans ce dernier cas, on débarrasse ensuite le périoste des masses tuberculeuses à l'aide des ciseaux et de la curette tranchante, on saupoudre d'iodoforme la surface cruentée, on réunit par des points de suture les grandes incisions après y avoir introduit des drains, et l'on applique un pansement antiseptique. Depuis que j'emploie cette méthode de traitement, j'ai obtenu la guérison définitive d'un certain nombre de cas de tuberculose des côtes, et j'ai fait œuvre utile non seulement à des individus relativement sains, mais encore à des malades présentant un degré avancé de phtisie pulmonaire.

On n'aura guère l'occasion de faire une véritable **résection** dans toutes les règles. C'est dans l'opération de l'empyème (*voir plus loin*) qu'il en est le plus souvent question, et elle est ici d'une exécution facile. Elle réussit aussi bien dans les affections osseuses avec épaissement du périoste. Une incision sur la face antérieure de la côte arrive jusqu'à l'os; le périoste, qui a été divisé, est soulevé de chaque côté avec les muscles à l'aide d'une rugine. Une fois arrivé sur la face postérieure de l'os, on prendra garde de ne pas blesser la plèvre. Dans les processus inflammatoires de l'os le périoste et la plèvre présentent d'ailleurs toujours un épaissement fibreux, bien que le périoste n'offre pas une grande tendance à une néoformation de tissu osseux. Après avoir ainsi libéré la côte de son périoste, on peut enlever l'os soit avec la scie à chaînette, ou la scie pointue de Langenbeck, soit avec un costotome analogue à celui dont on se sert dans les autopsies.

§ 38. — Le **sternum** n'est pas non plus souvent le siège de processus inflammatoires aigus se terminant par une nécrose étendue. Cependant on a déjà observé des nécroses perforantes ainsi que des nécroses corticales externes et internes. Par contre la **tuberculose** du sternum n'est pas très rare, et elle survient quelquefois à la suite d'un traumatisme, plus souvent en l'absence de cette cause, dans les mêmes conditions que celles que nous avons rapportées à propos de l'étiologie de la carie des côtes. Lorsque la nécrose est perforante, comme c'est le cas assez souvent, et qu'il existe une large fistule, on observe habituellement des pulsations. Encore dernièrement j'ai enlevé du manche du sternum un séquestre tuberculeux à peu près de la grandeur d'une pièce de cinq francs, et qui avait produit une large perforation; après l'ablation de la partie malade, tout le fond de la plaie était animé de fortes pulsations. Il n'y avait pas dans ce cas de collection purulente dans le médiastin. Les **gommes** ne sont pas rares au sternum, et leur ramollissement peut donner lieu à une carie de cet os.

Ces foyers de nécrose, lorsqu'ils occupent la face antérieure du sternum, sont naturellement bien plus accessibles que lorsqu'ils ont les côtes pour point de départ, car dans ce dernier cas le diagnostic présente déjà de grandes difficultés. On peut facilement enlever les parties malades du sternum, soit de préférence avec la curette tranchante ou la gouge et le maillet, soit à l'aide du trépan. Ce dernier instrument peut être employé avec avantage dans certains cas, par exemple dans le but de rendre accessible un foyer de nécrose occupant la face postérieure du sternum. La trépanation a été déjà pratiquée avec succès dans un certain nombre de cas.

Malheureusement, lorsque la nécrose affecte la face postérieure du sternum, le **diagnostic** n'est pas facile. Les phénomènes initiaux de l'**abcès rétro-sternal** sont en tout cas très incertains, peu importe du reste qu'il se soit développé spontanément, ou à la suite d'une ostéite ou d'une périostite du sternum.

Les symptômes de compression des organes situés dans le médiastin antérieur, la dyspnée, la sensation de douleur et de pesanteur en arrière du sternum, et de picotement dans le larynx, les palpitations, la cyanose, peuvent s'observer aussi dans beaucoup d'autres maladies de la poitrine; et c'est plus tard seulement que l'on pourra poser le diagnostic, lorsqu'on verra survenir un gonflement œdémateux d'abord, puis phlegmoneux, au niveau de la face antérieure du sternum et des parties voisines des côtes. Il est vrai qu'en pareil cas nous devons encore avoir présente à l'esprit la possibilité d'un anévrisme ou d'un néoplasme rétro-sternal. Rarement on observe une perforation du sternum; généralement, lorsque le pus se fraye un passage au dehors, l'abcès se montre à gauche du sternum, à la hauteur de la deuxième côte (GUNTHER). L'abcès peut aussi s'ouvrir dans la plèvre et donner lieu à un empyème