

Parmi ces divers néoplasmes les **enchondromes des côtes** sont ceux dont l'opération offre le plus de chances de succès; cependant SCHLÄPFER qui a étudié avec soin cette question, a prouvé que même l'enchondrome pur peut donner lieu à des métastases et que des récidives se produisent parfois à la suite de l'opération. Ces tumeurs qui surviennent quelquefois après la vingtième année, peuvent être ramenées soit à un traumatisme, soit à des troubles de développement pendant la période d'ossification de la côte; en règle générale, elles ne sont pas formées de cartilage hyalin pur, mais se montrent à l'état de combinaison avec le myxome, le sarcome etc. Souvent elles ont une tendance très marquée au ramollissement muqueux et à la formation de kystes. Elles siègent souvent à la surface des côtes, s'accroissent lentement, forment des tumeurs arrondies, assez souvent bosselées, d'une dureté variable et parfois d'un volume considérable. Tantôt, par le fait de leur situation, elles ne se développent qu'à l'extérieur, tantôt, et dans la majorité des cas, elles s'accroissent également à l'intérieur du thorax et refoulent la plèvre; celle-ci peut alors ne présenter aucune altération, tandis que dans d'autres cas elle s'altère d'une façon notable, s'épaissit et paraît être soudée avec la tumeur. En général, celle-ci s'accroît avec lenteur; quelquefois cependant elle prend tout à coup un développement rapide; le plus souvent alors des kystes se forment dans son intérieur. Grâce aux symptômes que nous venons de décrire, le diagnostic peut être parfois posé d'une façon assez sûre, tandis que dans d'autres cas on reste dans l'incertitude même au sujet du point de départ du néoplasme.

Abandonné à lui-même, l'enchondrome entraîne la mort par son volume et ses métastases. C'est pourquoi il est tout à fait indiqué de les opérer de bonne heure. Ces opérations ont été pratiquées déjà nombre de fois à l'époque pré-antiseptique. Leur nombre s'est accru depuis l'avènement de la méthode listérienne; KAPPELER, FISCHER et d'autres chirurgiens ont extirpé avec succès de grosses tumeurs de ce genre, bien qu'ils fussent obligés de pratiquer une résection étendue des côtes et de mettre à nu le poumon et le cœur. Un certain nombre de ces opérés auraient même été guéris définitivement. Il va sans dire que l'antiseptisme doit être pratiqué dans toutes les règles.

Les **tumeurs du sternum** (enchondromes, sarcomes myéloïdes, ostéenchondromes) peuvent aussi rester suffisamment limitées dans leur développement, surtout à l'intérieur, pour que l'on puisse enlever avec le néoplasme des portions étendues de l'os, et même dans certains cas l'os tout entier, comme le prouvent le cas de KUSTER et un autre opéré par moi. Dans ce dernier cas il s'agissait d'un ostéenchondrome du sternum qui n'avait épargné que la poignée et l'appendice xiphoïde. Après avoir fait une grande incision de la peau, je pratiquai la section des cinq derniers cartilages articulés avec le sternum. Un élévatoire était introduit sous le cartilage, de façon à créer entre ce dernier et les parties molles une gouttière dans laquelle je faisais passer un crochet mousse,

permettant d'exercer une certaine traction; puis le cartilage était sectionné sur l'instrument. Ce moyen réussit pour les côtes supérieures, tandis que pour les inférieures la section dut être opérée avec précautions sans l'aide du crochet mousse. Puis je divisai le sternum transversalement à l'aide de la scie, à sa partie supérieure, au-dessous des premières côtes, après avoir introduit sous l'os un élévatoire. Enfin, le sternum, avec la tumeur, fut soulevé au moyen d'érigines, puis séparé avec précaution du médiastin, d'abord d'un côté et ensuite de l'autre; un fort crochet introduit à l'endroit où le sternum avait été divisé, souleva à son tour la partie supérieure de l'os. La plèvre gauche se déchira à ce moment au niveau de la quatrième côte. Un tampon de gaze fut aussitôt appliqué sur l'orifice par un aide, tandis qu'on continuait à détacher les adhérences. Le péricarde était soudé à la tumeur et dut être détaché avec les ciseaux. La plèvre droite fut aussi probablement ouverte, mais encore ici l'ouverture fut aussitôt fermée au moyen d'un tampon de gaze, avant que la section de l'appendice xiphoïde eût permis de séparer complètement le sternum. La plaie fut réunie de bas en haut; je fis d'abord des points de suture de la peau au niveau du tampon de gaze, puis j'enlevai le tampon que j'appliquai aussitôt sur la ligne de suture, de façon à exercer une certaine pression de dehors en dedans. Je pus ainsi terminer la suture sans que la pression sur le médiastin eût été interrompue un instant. La guérison s'opéra sous le pansement antiseptique. La malade succomba deux ans plus tard, probablement à une récidive dans les poumons.

Les tumeurs développées dans la cavité thoracique sont en grande partie en dehors des limites du traitement chirurgical. Il nous reste seulement à mentionner l'existence de **kystes dermoïdes rétro-sternaux** qui peuvent se développer au point de former une tumeur au-dessus de la fourchette sternale. ROSER, dans un cas semblable, a d'abord incisé le kyste au-dessus du sternum, puis plus tard, des phénomènes de décomposition putride étant survenus dans le contenu de la poche, il établit par trépanation du sternum une fistule qui permit de désinfecter ce contenu et de l'évacuer.

IV. OPÉRATION DE L'EMPHYÈME. THORACOCENTÈSE

§ 41. — L'indication d'évacuer un épanchement pleurétique peut se présenter principalement dans deux cas.

Dans l'un d'eux il s'agit de *sauver le malade du danger de mort immédiat*. La pression d'un épanchement unilatéral exerce aussi une influence fâcheuse sur le poumon du côté opposé; elle limite les mouvements du thorax, et produit dans le poumon sain des phénomènes de stase, dont la conséquence est une insuffisance de la respiration, c'est-à-dire l'as-