

AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA POITRINE

PAR

CHARLES SOULIGOUX

Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

I. — MALFORMATIONS CONGÉNITALES DU THORAX.

Nous laisserons de côté les vices de conformation des organes intrathoraciques, qui présentent peu d'intérêt pour le chirurgien, et nous étudierons seulement :

- 1° Les anomalies de la forme générale de la poitrine ;
- 2° Celles des divers plans qui entrent dans sa constitution.

I. — ANOMALIES DE LA FORME GÉNÉRALE DU THORAX.

Quelques déformations de la poitrine, d'origine congénitale, ne doivent pas être confondues avec les déformations acquises, consécutives aux déviations du rachis ou aux amyotrophies. Peu importe que ces déviations ou ces atrophies puissent être interprétées elles-mêmes par une malformation nerveuse congénitale : la déformation est secondaire et indépendante d'une anomalie dans l'évolution de la cage thoracique.

Certains sujets présentent une conformation spéciale de la paroi antérieure du thorax : la poitrine est bombée et présente une convexité très accusée, presque anguleuse, indépendante de tout antécédent rachitique : c'est là *poitrine de poulet*, *Schickenbreast* des auteurs anglais, en rapport avec une exagération de la convexité normale de la face antérieure du sternum.

Normalement, le manubrium et le corps du sternum forment, en s'unissant, un angle à peine marqué dont le sommet correspond à la synchondrose, rarement ossifiée chez l'adulte. L'exagération de cet angle forme une saillie connue sous le nom d'*angle de Louis*. Cette disposition ne présente nullement la valeur qu'on lui a attribuée au point de vue du diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. Tout au plus peut-on admettre qu'une saillie sternale très prononcée entraîne une diminution de la capacité respiratoire.

Sous le nom de *poitrine en entonnoir* (Ebstein), on a décrit une déformation caractérisée par une dépression, une sorte d'enfoncement qu'aurait subi la paroi antérieure du thorax. Contrairement à la déformation précédente, le sternum fait un angle ouvert en avant ; la dépression, plus ou moins cupuliforme, siège le plus souvent à l'union de l'appendice xyphoïde avec le sternum ; sa profondeur a pu mesurer jusqu'à 9 centimètres.

Le *thorax en gouttière* (Féré et Schmid) est à rapprocher du thorax en entonnoir. La courbure exagérée de l'extrémité antérieure des côtes et des cartilages costaux produit un enfoncement du sternum, qui occupe le fond d'une gouttière longitudinale.

Ces anomalies de la forme concordent souvent avec d'autres vices de conformation, syndactylie, bec-de-lièvre, etc. Ramadier et Sérieux, P. Marie (1), ont montré qu'elles existaient fréquemment chez des dégénérés psychiques, et peut-être sont-elles en relation avec des altérations nerveuses congénitales. Quant à l'explication proposée par Zucherhandl, pression prolongée du menton sur le sternum, elle nous paraît insuffisante, et celle de Hagmann, pression prolongée des talons, encore plus.

II. — ANOMALIES DES DIVERS PLANS.

Du côté des *parties molles*, nous signalerons seulement les *nævi* et *angiomes*, assez fréquents au thorax, et quelques cas de *lipomes congénitaux*, limités ou diffus, qui s'observent de préférence près du rachis et ne sont probablement que des lymphangiomes kystiques ayant subi la dégénérescence graisseuse (Lannelongue).

Les *kystes congénitaux* offrent plus d'intérêt, et aujourd'hui encore, c'est dans le *Traité* de Lannelongue et Achard que nous trouvons les documents les plus précis sur ces tumeurs. Comme au cou, on peut voir au thorax les trois variétés de kystes : dermoïdes, mucoïdes, séreux.

Le siège d'élection des *kystes dermoïdes* du thorax est la région sternale ; on les a observés principalement au niveau de l'union des deux premières pièces du sternum, et Lannelongue en rapporte cinq cas où la nature dermoïde de la poche est nettement établie. Peyrot signale un fait plus récent publié par Clutton.

Ici comme ailleurs, il n'y a pas de ligne de démarcation précise entre la variété dermoïde et la variété mucoïde, et on a observé des kystes dont la paroi était en partie cutanée et en partie muqueuse : tel un kyste présternal, opéré par A. Nélaton, et dans lequel l'examen histologique, pratiqué par Ch. Robin, a montré un mélange d'épithélium pavimenteux et d'épithélium vibratile.

(1) P. MARIE, Déformations thoraciques dans quelques affections médicales (*Gaz. hebdom.*, 11 fév. 1896).

Quant aux *kystes mucoïdes* purs, nous ne connaissons que le cas de Houel rapporté par Lannelongue : le kyste à épithélium vibratile siégeait au-devant du sternum.

Sans reprendre ici la pathogénie de ces tumeurs, discutée ailleurs par Pierre Delbet, nous rappellerons que leur siège au-devant du sternum, sur la ligne médiane, à l'union des lames thoraciques, s'accorde avec la théorie de l'enclavement.

Les *kystes séreux*, ou *lymphangiomes kystiques* de la région thoracique, sont beaucoup moins fréquents que ceux du cou. Leur topographie, contrairement à celle des tumeurs précédentes, n'a rien de fixe, et elles restent indépendantes des fentes ou fissures embryonnaires. Pour ce qui concerne leur anatomie pathologique et leur pathogénie, nous renvoyons au chapitre que Pierre Delbet a écrit sur les lymphangiomes en général (1). Ceux du thorax ne présentent rien de particulier. Ils peuvent occuper des points variables de la paroi. Quelques-uns empiètent à la fois sur le cou et la poitrine. Ils acquièrent parfois un volume considérable, tels : un cas de Müller où la tumeur, longue de 34 centimètres, s'étendait du creux axillaire jusqu'au bassin; un cas de Lannelongue, où le kyste, occupant toute la moitié droite du thorax, recouvrait entièrement les côtes, et avait été pris pour une énorme pneumocèle congénitale.

L'extirpation est le traitement de choix des différentes variétés de tumeurs congénitales du thorax. Les difficultés de dissection, qui peuvent arrêter lorsqu'il s'agit des kystes séreux du cou, n'existent pas pour ceux de la poitrine, et le trop jeune âge du sujet est la seule contre-indication dont il faille tenir compte.

Les *anomalies musculaires* des parois thoraciques sont nombreuses. Elles intéressent plus l'anatomiste que le chirurgien.

Les *anomalies du squelette* portent sur les côtes ou le sternum.

Assez fréquentes, les anomalies costales s'observent dans la forme, le développement et le nombre.

La courbure des côtes varie beaucoup suivant les individus, indépendamment des causes qui peuvent modifier leur forme, comme le vêtement ou la profession. D'après Peyrot, on a vu les arcs costaux devenir convexes en dedans, rétrécissant ainsi la poitrine d'une façon considérable (2).

L'extrémité antérieure des côtes peut être bifurquée, ainsi que le cartilage correspondant : la côte semble alors s'articuler par deux cartilages avec le bord du sternum. Ou bien les deux branches de bifurcation se réunissent avant l'articulation chondro-sternale et la côte paraît perforée.

Les côtes sont parfois arrêtées dans leur développement. La plupart des anomalies de ce genre ont été observées sur le cadavre, et on ne

(1) PIERRE DELBET, *Traité de chirurgie clinique*, t. I, p. 478.

(2) PEYROT, *Traité de chirurgie* publié sous la direction de Duplay et Reclus, t. VI.

connait que de rares observations cliniques d'absence congénitale d'une ou plusieurs côtes.

La première côte atrophiée peut ne pas arriver jusqu'au sternum : ou bien elle en reste complètement séparée, formant une véritable côte flottante cervicale; ou bien elle lui est rattachée par un simple ligament fibreux.

Les modifications dans le nombre des côtes flottantes et des fausses côtes sont très fréquentes et sans aucun intérêt clinique.

On a signalé quelques cas d'absence congénitale de plusieurs côtes sur le vivant (1). Le thorax est comme désossé sur une certaine partie de son étendue; la paroi se déprime dans l'inspiration et fait saillie pendant la toux. La hernie congénitale du poumon, étudiée ailleurs, est en rapport avec cet arrêt de développement.

Les anomalies par excès de côtes sont plus fréquentes, et les côtes surnuméraires sont de connaissance banale. L'étude du développement des vertèbres a appris que les côtes sont représentées sur toute la hauteur de la colonne vertébrale. Celles de la colonne dorsale se développent seules à l'état normal, et les côtes cervicales et lombaires restent rudimentaires : on trouvera dans les livres d'anatomie et d'embryologie tous les détails relatifs aux tubercules costiformes des vertèbres cervicales et lombaires. L'apparition de côtes au cou ou aux lombes constitue une anomalie de régression, le retour d'une disposition atavique qu'on retrouve à l'état normal chez certains animaux (poissons, reptiles, etc.).

Les côtes lombaires n'ont guère d'intérêt clinique et tous les cas publiés concernent des découvertes d'amphithéâtre. Il n'en est pas de même des côtes cervicales; car elles peuvent nécessiter une intervention. Néanmoins elles passent souvent aussi inaperçues pendant la vie, et la plupart des faits de côtes surnuméraires du cou ont été rassemblés par des anatomistes. Ainsi, Gruber a étudié 45 cas *post mortem*, et 2 seulement pendant la vie; Pilling en a relevé 92, tous sur les cadavres. Tillmann a pu cependant réunir 26 observations cliniques. Il s'agit toujours de la transformation en côte du tubercule antérieur de l'apophyse transverse de la 7^e cervicale : d'où le nom de septième côte cervicale.

L'anomalie est souvent bilatérale, mais il n'y a pas, d'ordinaire, symétrie dans les deux côtes supplémentaires. Parfois flottante, c'est-à-dire libre dans les parties molles du cou, d'autres fois elle s'unit à la première côte, soit par un ligament, soit par une véritable articulation, ou enfin par synostose. La côte cervicale peut aussi atteindre le sternum et s'y trouver réunie, comme les côtes normales, par un cartilage.

La septième côte cervicale provoque quelquefois pendant la vie des

(1) SABRÈGES, *Revue de méd.*, 1894, p. 1010.

troubles fonctionnels par compression des organes vasculo-nerveux de la base du cou. Dans un cas, l'extirpation a été pratiquée par Périer pour remédier à des troubles de compression du plexus cervical droit. Plus récemment, Tillmann, Fischer, Peyrot, sont intervenus de même, en raison de troubles de l'innervation du membre supérieur; la côte surnuméraire comprimait le plexus brachial. Stephen Paget signale des troubles de la circulation par compression de la sous-clavière: diminution du pouls radial, engourdissement, hypothermie, gangrène et même anévrysme sous-clavier.

Les anomalies du sternum entraînant des modifications dans l'aspect général du thorax ont été étudiées précédemment. Signalons, en outre, les anomalies de forme et de direction de l'appendice xiphoïde: il peut être ovalaire, triangulaire, former un angle ouvert, en avant ou en arrière, à son union avec le corps du sternum. Peyrot signale un cas de résection de l'appendice qui, dévié en arrière, provoquait des troubles fonctionnels graves de l'estomac.

Les arrêts de développement offrent plus d'intérêt. On sait que le sternum est représenté primitivement par deux bandes cartilagineuses (hémisternum) que forment en se soudant les extrémités distales des arcs costaux. Si la fusion de ces deux pièces vient à manquer, il en résulte une malformation connue sous le nom de *fissure du sternum*. La fissure complète du haut en bas de la cage thoracique est rare. Il s'agit, d'ordinaire, d'une division intéressant une partie seulement de la hauteur de l'os, tantôt la portion supérieure, tantôt l'inférieure. La bifidité, la perforation de l'appendice xiphoïde, appartiennent à ce groupe de malformations.

Si les deux bords de la fente sternale sont unis par des ligaments, la fissure est dite *simple*. La fissure est *compliquée* si ces ligaments font défaut: on sent alors le cœur battre immédiatement sous la peau et cette disposition a été mise à profit par les physiologistes.

A la fissure sternale compliquée se rattache l'*ectopie cardiaque antérieure* ou *préthoracique*, difformité comparable à la hernie ombilicale embryonnaire. Cette dénomination n'est applicable qu'aux cas où le cœur, hors de sa position normale, vient faire saillie dans l'intervalle de la fissure, au dehors de la cage thoracique. Les téguments qui recouvrent le cœur ectopie ne sont pas toujours normaux: la peau peut manquer dans une étendue plus ou moins grande, et on trouve à sa place une membrane sans vitalité qui a tendance à se mortifier. Parfois, il n'y a pas de son péricardique et on voit battre le cœur à nu. Lannelongue a publié une remarquable observation de ce genre, rapportée tout au long dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus. Il s'agissait d'un nouveau-né atteint d'une fissure sternale descendant jusqu'à l'appendice xiphoïde. La peau ulcérée laissait battre la pointe du cœur au dehors, et la face antérieure des ventricules était tout entière exposée sans péricarde. Le cœur fut recou-

vert par une autoplastie: c'est la seule conduite à tenir dans les cas analogues, lorsqu'ils ne sont pas incompatibles avec l'existence.

II. — TRAUMATISMES DU THORAX.

Les contusions du thorax se divisent, suivant leur intensité et les lésions qu'elles déterminent, en: 1° *Contusion simple* ou *superficielle*; 2° *Contusion profonde atteignant, soit l'appareil respiratoire, soit l'appareil vasculaire (cœur et gros vaisseaux)*, soit tous deux à la fois.

I. — CONTUSIONS SIMPLES DES PAROIS THORACIQUES.

Extrêmement fréquentes, les contusions simples succèdent à des causes nombreuses: poutre tombant d'une certaine hauteur, pierres, projectiles animés encore d'une vitesse suffisante. Le sujet peut avoir été pris sous un éboulement, serré contre un mur, etc.

Ce qui caractérise surtout la contusion simple, c'est que les lésions siègent uniquement sur les parties superficielles, et qu'il n'existe ni fracture de côte ou de sternum, ni déchirures des organes intrathoraciques.

Suivant l'intensité du traumatisme, il peut y avoir une attrition des parties molles plus ou moins considérable, qui se traduit par un épanchement sanguin et des ecchymoses, qui ne diffèrent en rien de ce que l'on observe dans les autres régions. Morel-Lavallée cependant a décrit, à la partie inféro-latérale du thorax, des épanchements séro-sanguins d'une grande étendue.

Symptômes. — Au moment même du traumatisme, les symptômes présentent une grande diversité, suivant les sujets, et probablement aussi suivant l'étendue de la région contusionnée.

Fréquemment, l'on observe une tendance à la syncope; le faciès est pâle, le pouls s'affaiblit. On a même signalé des cas de mort. Nélaton cite l'observation d'un homme qui mourut subitement après une chute sur le sol. D'après Paget, une femme de quarante-cinq ans à qui un enfant de quinze ans avait jeté une pierre, qui l'avait frappée dans la région du cœur, mourut sur le coup. L'autopsie ne montra aucune lésion traumatique du cœur, mais les valvules tricuspide et mitrale étaient insuffisantes. Il en était de même chez deux malades, dont les observations sont rapportées par Riedinger. Cet auteur a cherché à se rendre compte, d'après ses expériences, de l'effet produit sur le cœur par les contusions de la région cardiaque. Des chocs un peu forts amènent une diminution de pression du sang, due d'après lui à l'excitation du pneumogastrique.

C'est à ces cas étranges que Riedinger, Meola Felice, donnent le nom de *commotion* du thorax.

Dans la grande majorité des cas de contusion simple, les symptômes