

Les kystes hématiques bien développés, à cavité close, ont pu être traités avec succès par les ponctions et même les injections.

Mais dès que la réductibilité permet de croire à une communication vasculaire, la seule intervention possible, en cas d'indication, est l'extirpation.

Hueter a bien réglé la technique de l'opération. Il conseille de mettre à nu la tumeur, de la disséquer soigneusement jusqu'à ses connexions avec les grosses veines, la jugulaire d'ordinaire; de placer alors une série de ligatures en chaîne sur la portion de la poche adhérente à la veine et de réséquer la tumeur. Cette opération a donné de bons résultats et Glück rapporte six cas dans lesquels elle a été faite avec succès.

Lannelongue a aussi extirpé un angiome à grande cavité kystique de la région sus-hyoïdienne, avec un résultat favorable.

L'intervention est donc très légitime et doit être pratiquée dans les cas où la tumeur tend à augmenter de volume et provoque des troubles circulatoires sérieux.

POITRINE

Par le D^r J.-J. PEYROT

Chirurgien des hôpitaux. — Professeur agrégé de la Faculté de Paris.

PREMIÈRE PARTIE

MALFORMATIONS CONGÉNITALES

On doit ranger parmi ces anomalies toute déviation du type normal, en tant que cette déviation est due à un trouble datant de la vie intra-utérine. Peu importe du reste qu'elle se manifeste après ou avant la naissance.

Les éléments de cette étude sont encore épars dans des mémoires spéciaux. Les traités de chirurgie ne lui consacrent en général que quelques lignes et renvoient les lecteurs aux traités de tératologie. Mais ceux-ci ne contiennent presque rien qui puisse intéresser les chirurgiens. Le sujet est pourtant vaste, intéressant et mériterait d'être repris à fond. Nous ne pouvons ici qu'en tracer une ébauche.

Le développement physiologique du thorax après la naissance a été étudié par Grawitz (!). Cet observateur a formulé quelques lois curieuses que l'on peut ainsi résumer :

Le thorax des premiers et deuxièmes nés est souvent mieux développé que celui des enfants puînés.

A partir de l'âge de sept mois le thorax se développe moins chez les filles que chez les garçons.

Le progrès du développement est continu dans les deux sexes jusque vers le dixième mois; à partir de ce moment il y a de véritables oscillations ou intermittences dans l'accroissement du périmètre thoracique.

Ajoutons à ces renseignements que le côté droit du thorax l'emporte à l'état physiologique sur le côté gauche, quoi qu'on en ait dit.

I

ANOMALIES GÉNÉRALES DE LA FORME DU THORAX

Elles sont assez limitées; on les a confondues souvent avec des lésions pathologiques. Nous indiquerons spécialement ici celles qui sont connues sous le nom d'angle sternal, et de poitrine en entonnoir.

(!) GRAWITZ, *Deutsche med. Wiss.*, n° 22, p. 429, 1888.

1° L'ANGLE STERNAL OU ANGLE DE LOUIS. — Chez certains sujets, la surface du manubrium fait avec celle du corps du sternum un angle saillant en avant, d'où résulte une déformation plus ou moins marquée.

Beaucoup d'auteurs ont considéré cette déformation comme l'indice de lésions pulmonaires; W. Braune (1) a démontré qu'on la trouve chez des jeunes sujets parfaitement sains. On est donc en droit de la considérer comme une anomalie. Tout au plus peut-on craindre, avec un angle sternal très marqué, une certaine diminution du champ respiratoire. Mais ce point est encore à démontrer.

2° POITRINE EN ENTONNOIR. — Cette anomalie, ainsi dénommée par Ebstein (2), a été constatée une vingtaine de fois. Elle est certainement assez fréquente; mais on la confond souvent avec les déformations rachitiques. Paul Sérieux et Ramadier, médecins de l'asile de Vaucluse, en ont, il y a quelques années (7 mai 1891), communiqué cinq cas à la Société d'anthropologie. Klemperer (3) en avait signalé trois autres à la Société de médecine de Berlin.

Il s'agit dans tous ces faits d'un enfoncement de la partie moyenne du thorax. Le sternum et les cartilages costaux qui le suivent sont rentrés en dedans. La forme de la poitrine est justement l'opposé de celle qui s'observe souvent chez les rachitiques : poitrine en brechet. La dépression, plus ou moins prononcée peut être assez considérable pour contenir une orange.

Dans un cas que j'ai observé, mais qui n'a pas été publié, il semblait que le sternum vint presque au contact de la colonne vertébrale.

Avec la poitrine en entonnoir s'observent souvent d'autres anomalies : syndactylie, bec-de-lièvre, etc. Klemperer a rencontré la poitrine en entonnoir chez deux frères, et la même anomalie se retrouvait dans leur famille aux deux générations précédentes. Héritaire ou non, il est certain qu'elle est en relation à peu près constante avec des altérations du système nerveux. Presque toujours, sinon toujours, il existe chez les sujets ou leurs ascendants des troubles nerveux ou psychiques. Cette simple constatation permet d'éliminer les hypothèses trop simples qui ont été faites pour expliquer le mécanisme de la formation de cette anomalie : traumatisme intra-utérin, pression exercée par le menton du fœtus sur la partie inférieure du sternum (Zuckermann). Nous ne pouvons sur ce point que reconnaître notre ignorance.

II

ANOMALIES DES DIVERS PLANS DU THORAX

On peut citer du côté du RÉGUMENT des nævi et quelques aberrations du système pileux. Chez beaucoup d'individus, la poitrine est le siège d'une polytrichose intense, disposition tout à fait normale. Mais chez quelques-uns se rencontre une polytrichose partielle par bouquets de poils séparés. Stephen Pajet (4) a fait remarquer que les hommes à poitrine velue présentent généralement une ligne de séparation à l'angle de Louis. Les poils supérieurs se portent

(1) *Arch. für Anat. und Phys.*, Heft 5-6, 1888.

(2) EBSTEIN, *Deutsches Arch. für klin. Med.*, Bd. XXX, H. III-VI, S. 411.

(3) KLEMPERER, *Soc. de méd. intern. de Berlin*, juillet 1888.

(4) *Soc. pathol. de Londres*, 15 mars 1887.

en haut, les inférieurs en bas, d'où une raie nette. Peut-être ce fait tient-il à quelque particularité de structure de la peau.

LES ANOMALIES DES MUSCLES THORACIQUES sont très bien connues. Elles n'ont au point de vue chirurgical qu'un intérêt très secondaire. Nous nous contenterons d'en rappeler, d'après Testut, quelques points principaux.

Le muscle grand pectoral peut se diviser en plans ou faisceaux distincts, ou se fusionner avec les muscles voisins, le deltoïde en particulier. Dans ce cas, la veine céphalique gagne directement le creux axillaire, ou perfore le muscle au-dessous de la clavicule, ou bien passe au-dessus de celle-ci pour rejoindre l'un des troncs veineux cervicaux. L'absence partielle ou totale du grand pectoral est rattachée par Testut à une cause pathologique. Brieger a cependant présenté à la Société de médecine de Berlin (mars 1890) un homme chez lequel manquaient du côté droit les deux muscles pectoraux. Or, chez cet individu, une membrane rappelant l'aile de la chauve-souris était étendue entre le tronc et le bras droit, et de plus il existait une syndactylie de la main du même côté.

Les muscles sous-clavier, claviculaires surnuméraires, intercostaux, surcostaux, triangulaires du sternum, varient fréquemment dans leurs dimensions et leurs insertions. On a signalé l'existence d'un petit faisceau sterno-costo-coracoïdien; enfin Ledouble a trouvé 53 fois sur 722 dissections un muscle anormal situé en avant du sternum, immédiatement sous la peau, qu'il appelle muscle présternal.

Signalons à côté des anomalies musculaires deux particularités touchant les artères de la paroi : Les branches externes ou intercostales antérieures de la mammaire interne sont en général au nombre de deux pour chaque espace intercostal. Assez souvent on les voit naître toutes les deux par un tronc commun.

La sous-clavière donne parfois une branche surnuméraire qui descend au niveau de la ligne axillaire et en dedans du thorax le long des quatre ou cinq premiers espaces intercostaux. C'est l'artère mammaire interne latérale. Cette branche artérielle pourrait, à cause de sa direction verticale, être ouverte dans les pleurotomies hautes, faites au niveau des premiers espaces, chose qui se présente rarement en pratique, sauf dans le cas de pleurésie interlobaire.

DU CÔTÉ DU SQUELETTE les anomalies des côtes et du sternum ont été l'objet de nombreuses observations.

Les anomalies des côtes peuvent porter sur le nombre, les dimensions, la forme.

Les côtes surnuméraires sont cervicales ou lombaires; les premières sont plus communes. On en trouve ordinairement une de chaque côté. Lorsque les côtes cervicales acquièrent une longueur d'au moins 5 à 6 centimètres, l'artère sous-clavière passe au-dessus d'elles. Si la côte est plus courte, le vaisseau n'a plus de connexion qu'avec la première côte dorsale (Halbertsma, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1857, p. 651). J'ai assisté, il y a quelques années, à une résection que mon collègue Perier a dû pratiquer à Lariboisière, pour remédier à la compression qu'une côte surnuméraire exerçait sur le plexus cervical du côté droit.

Les anomalies par défaut sont beaucoup moins fréquentes que les anomalies par excès, et encore sont-elles rarement complètes, en ce sens que la côte avortée, — ordinairement la première, — est presque toujours bien développée dans sa portion vertébrale et seulement atrophiée dans sa portion sternale. (Paulet, art. CÔTES, *Dict. encyclopédique.*)

On a signalé des bifidités des côtes et surtout de leurs cartilages, des prolongements latéraux par lesquels elles peuvent s'unir, etc.

La convexité normale des côtes peut être peu marquée; on a même vu ces

arcs devenir convexes en dedans, rétrécissant ainsi la poitrine d'une façon considérable.

Les anomalies du sternum ont été en partie indiquées déjà. Nous avons signalé, à cause des modifications qu'elles impriment à la physionomie générale du thorax, l'exagération de l'angle de Louis et la disposition en entonnoir. On pourrait insister encore sur la mobilité congénitale de la seconde pièce du sternum par rapport à la première (Sabatier), sur l'asymétrie de ses moitiés latérales, asymétrie qui est, à vrai dire, normale chez les enfants (Roques), sur la difformité et la gêne qui résultent de l'union angulaire de l'appendice xiphoïde avec le sternum. Dans un cas publié par Linoli (*Revue médico-chirurgicale de Paris*, t. XIII, p. 43), l'appendice projeté en arrière comprimait et irritait l'estomac, d'où des douleurs et des vomissements fréquents qui obligèrent à pratiquer sa résection.

Les cas d'absence totale ou partielle, et de bifidité du sternum, se rattachent à l'étude de l'ectopie cardiaque. On connaît quelques faits d'absence totale du sternum dans lesquels les côtes, à leur partie antérieure, s'adosent les unes aux autres de chaque côté, à la façon des fausses côtes. Entre les deux bords osseux on trouve un écartement variable, qui augmente considérablement dans l'inspiration et dans certains mouvements. Le cœur peut, chez ces sujets, être senti à travers les téguments, saisi avec la main; il peut sortir complètement hors de la poitrine.

Souvent on pourrait croire, après un examen superficiel, à une absence du sternum alors que cet os est seulement divisé dans toute sa hauteur, chaque moitié restant en rapport avec les côtes correspondantes; mais quelquefois le sternum ainsi divisé est incomplet, fragmenté en plusieurs petites pièces. Enfin, la bifidité est souvent partielle et figure un V ouvert soit en haut, soit en bas.

III

ANOMALIES DES ORGANES INTRATHORACIQUES

Au point de vue chirurgical, les anomalies de position doivent seules nous occuper ici. Nous ne retiendrons, du reste, que l'ectopie cardiaque et la hernie des poumons.

1° ECTOCARDIE. — L'ectocardie cervicale, dans laquelle le cœur est logé à la base du cou, constitue une grande monstruosité sans intérêt pour nous.

En dehors de ces faits très rares, l'ectocardie est antérieure ou préthoracique, — inférieure ou sous-diaphragmatique.

a. *Ectocardie inférieure ou sous-diaphragmatique.* — A cette catégorie appartiennent les cas étudiés par François Franck (1877), Tarnier et Marcy (Académie de médecine, 1885), Huchard (Société médicale des hôpitaux, juillet 1888). Dans tous ces faits on trouve, à un degré plus ou moins accentué, un arrêt de développement de la partie inférieure du thorax, caractérisé par la bifidité du sternum dans sa moitié inférieure et par la division de la portion antérieure du diaphragme. Il en résulte une hernie du cœur, qui pend plus ou moins dans l'abdomen et vient soulever la peau au niveau du creux épigas-

trique. Ce sont là des cas d'ordre médical plutôt que chirurgical. Les sujets, des femmes dans les trois cas, ont pu vivre en parfaite santé et accoucher normalement. Le seul trouble constaté consiste dans quelques tendances à la syncope. Il est probable qu'en pareil cas, le port d'une ceinture protectrice constituera toujours tout le traitement.

b. *Ectopie antérieure ou préthoracique.* — Elle est en rapport avec la fissure supérieure, la bifidité totale ou l'absence du sternum. Le cœur peut être venu plus ou moins au dehors à travers la fente thoracique. Quelquefois il est sorti en entier de la poitrine. Les faits de ce genre n'intéresseraient guère le chirurgien, si l'on n'observait en même temps du côté des téguments certaines particularités qui ont, dans un cas unique jusqu'ici, conduit à une intervention chirurgicale.

Le cœur en ectopie par le fait d'une fissure sternale est quelquefois recouvert par des téguments parfaitement développés, et logé dans un sac péricardique normal; mais souvent la peau manque sur une étendue plus ou moins considérable à son niveau. On ne trouve alors qu'une membrane lisse parfois transparente, douée d'une faible vitalité et qui a été vue en voie d'élimination. A un degré plus prononcé le cœur est complètement nu, dépourvu même de revêtement péricardique, rouge et légèrement bourgeonnant à sa surface.

On comprend que cette disposition du cœur l'expose à des lésions progressives inévitables. De fait, il ne semble pas que dans ces conditions aucun sujet ait survécu longtemps.

Le professeur Lannelongue a réussi dans un cas de ce genre à recouvrir le cœur d'un tégument solide au moyen d'une opération autoplastique. Nous rapportons l'observation dans son entier, à cause de son importance, telle qu'elle a été communiquée à l'Académie des sciences et publiée par la *Semaine médicale* (mai 1888).

« Le 15 février 1888, on me présente, dit Lannelongue, une fille âgée de six jours, d'apparence chétive, prenant assez bien le sein et dont les diverses fonctions paraissent normales. Toutes les parties du corps sont bien conformées, sauf le thorax. On découvre en effet sur la face antérieure de la poitrine, vers la partie moyenne du sternum, une ulcération circulaire et médiane, de dimensions supérieures à celles d'une pièce de 1 franc. Cette ulcération présente en son milieu et profondément une membrane d'aspect jaunâtre et qui paraît en voie de mortification; cette membrane obstrue incomplètement l'orifice et est sur le point de tomber; elle est même flottante et détachée en quelques endroits, surtout à la partie inférieure; le cœur la soulève et le sommet des ventricules vient battre à l'extérieur. Lorsqu'on applique le doigt sur les ventricules, on sent le durcissement de ces organes et les pulsations cardiaques.

« L'examen du thorax révèle les particularités suivantes : les extrémités internes des deux clavicules se terminent par une tête articulée en bas avec la première côte, et paraissant libre en dedans et en haut. L'intervalle qui les sépare est de 5 centimètres et le sternum fait défaut entre ces extrémités. Le sternum manque aussi dans la portion centrale ou plutôt il existe une fissure médiane du thorax et l'on peut tout au plus avancer qu'une moitié du sternum existe de chaque côté devant les extrémités costales. Ce qui semble faire croire en effet à l'existence des deux moitiés du sternum, c'est que l'extrémité antérieure des côtes n'est pas isolée et libre sur la ligne médiane : au toucher on peut reconnaître de chaque côté une travée verticale et oblique de haut en bas