

et de dehors en dedans, laquelle travée réunit les côtes. Les deux moitiés du sternum viennent se joindre au-dessous de l'ulcération déjà décrite et forment là un véritable appendice xiphoïde. On sent en effet au-dessous de l'ulcération un appendice triangulaire, résistant, cartilagineux. La bifidité du sternum n'est donc pas totale. D'un appendice xiphoïde médian partent de chaque côté deux moitiés de sternum qui s'écartent en laissant entre elles un espace ayant la forme d'un triangle isocèle, dont le côté serait de 4 centimètres et la base correspondant à l'espace interclaviculaire de 5 centimètres seulement. L'ulcération se trouve inscrite dans ce triangle.

« Quand l'enfant respire, il se fait dans l'espace interclaviculaire et au-dessous un changement de forme remarquable. Au moment de l'inspiration, affaissement complet de la partie médiane, surtout au-dessus de l'ulcération et dans la région cervicale où se forme un creux de 1/2 pouce de profondeur. Au moment de l'expiration, en même temps que l'enfant crie, cette partie est soulevée et forme une masse bombée.

« Du côté des parents, on ne trouve aucun antécédent fâcheux; la mère a eu deux autres enfants très bien portants; la dernière grossesse a été exempte de complication et l'accouchement a été régulier et simple.

« Du 15 au 24 février, les modifications suivantes se produisent : chute de la membrane obturatrice l'orifice, saillie de la pointe du cœur au dehors et en avant du thorax, face antérieure des ventricules tout entière exposée, absence du péricarde, rétrécissement progressif de l'orifice par de gros bourgeons charnus que soulèvent les ventricules et la pointe du cœur : par suite, danger de troubles circulatoires amenant des complications graves et nécessité d'une intervention chirurgicale prompte.

« Il me sembla que si je fermais l'orifice cutané à l'aide de lambeaux cruentés par leur face profonde, les mouvements du cœur suffiraient à empêcher les adhérences d'être trop serrées et qu'il se ferait même un espace séreux conforme aux besoins de la fonction cardiaque. Deux incisions verticales furent faites de chaque côté de l'anneau cicatriciel à 1 centimètre 1/2 en dehors de la surface ulcérée. Les deux lambeaux latéraux ainsi formés furent mobilisés suffisamment pour que leurs bords internes pussent se rapprocher au-devant du cœur. Les bases adhérentes de ces lambeaux en forme de pont assuraient largement leur vitalité. Leurs bords affrontés furent réunis par trois points de suture au crin de Florence. L'enfant n'avait perdu que quelques gouttes de sang. Son état général ne fut nullement troublé, et bien que je n'aie pas obtenu directement une adhésion complète des deux bords suturés, la plaie était entièrement cicatrisée en moins de vingt jours. Le 24 avril, deux mois après l'opération, l'enfant est parfaitement bien portant. En définitive, l'opération a amené la transformation d'un cas d'ectocardie en une ectopie sous-cutanée. Il est encore possible que cette ectopie, qui est extrathoracique, devienne dans l'avenir intrathoracique, par suite du développement du cœur. »

Les cas déjà connus de Groux (1857) et de Morion (Soc. méd. de Berlin, 14 avril 1888) sont analogues au fait si intéressant de Lannelongue. Dans le cas de Morion, le processus ulcératif semblait avoir abouti spontanément à la cicatrisation. Il s'agissait d'une fille vivante, âgée de dix-huit jours, présentant à la fois une fente stomato-orbitaire et une fissure sternale. Celle-ci était fermée par une membrane qui suivait les mouvements respiratoires; elle présentait à sa partie inférieure une cicatrice grande comme une pièce d'or de 5 francs. On

pouvait en serrant les épaules de l'enfant amener presque au contact les bords de la fissure.

2° HERNIE CONGÉNITALE DES POUMONS. — Les hernies pulmonaires datant véritablement de la vie intra-utérine, existant par conséquent au moment de la naissance, sont absolument rares. Morel-Lavallée, dans son mémoire sur les hernies du poumon⁽¹⁾, déclare n'en connaître qu'un seul cas, celui de Cruveilhier⁽²⁾. L'indication d'un cas semblable se trouve encore dans les *Comptes rendus de la Société de chirurgie* de 1856. Mais le fait n'est pas donné en détail. Il s'agit, dans ces deux observations, de fœtus monstrueux, affectés de malformations nombreuses, non viables et sans intérêt par conséquent au point de vue chirurgical.

Sous le nom de hernies congénitales du poumon se trouvent relatés dans les recueils, à côté de ces premières malformations, des cas dans lesquels la hernie est apparue à une époque assez rapprochée de la naissance pour qu'on ait pu supposer, ou bien qu'elle avait échappé à l'observation pendant les premiers jours de la vie, ou bien que, n'existant réellement point, elle était du moins en puissance par le fait de quelque malformation de la paroi. Ce qui est congénital ici, c'est cet affaiblissement du thorax sur lequel nous n'avons du reste aucun renseignement précis. Mais, à ce titre, toutes les hernies pulmonaires spontanées qui traversent un point de la paroi thoracique mériteraient peut-être d'être désignées de la même façon.

IV

TUMEURS CONGÉNITALES DES PAROIS THORACIQUES

On a signalé quelques *lipomes*, tantôt bien limités et situés le long du rachis principalement, mais le plus souvent diffus et parsemés de poches kystiques, occupant un point quelconque du thorax.

Les *kystes congénitaux* peuvent être, suivant la classification de Lannelongue, dermoïdes, muqueux ou séreux. Les trois variétés ont été observées.

On trouvera, page 254 du *Traité des kystes congénitaux* de Lannelongue et Achard, l'énumération des cas connus de kystes dermoïdes de la région sternale. Nous avons relevé dans les publications récentes deux nouveaux faits curieux. Dans le premier, dû à Clutton, et rapporté à la séance de mars 1887 de la Société de pathologie de Londres, il s'agit d'un kyste dermoïde présternal extirpé chez une femme de trente-neuf ans. La malade était âgée d'un mois et demi lorsqu'on découvrit au niveau du sternum un nodule de la grosseur d'un pois. Dix ans plus tard, on ponctionna la tumeur qui avait augmenté de volume, mais on n'y trouva pas de liquide. A l'âge de dix-neuf ans, le kyste présentait les dimensions d'un œuf de poule et ne paraissait plus s'accroître. Cinq ans avant l'intervention, le développement de la tumeur avait pris un nouvel accroissement, et celle-ci avait fini par mesurer 50 centimètres de circonférence. Le kyste était situé entre les mamelles sur la ligne médiane. Son contenu pesait 500 grammes. Il était formé de cellules épithéliales, de cholesté-

⁽¹⁾ *Mém. de la Soc. de chir.*, 1847, p. 76.

⁽²⁾ CRUVEILHIER, *Anat. path. du corps humain*, liv. XIX, p. 2.

térine et de graisse. La paroi interne ressemblait à la peau. On n'y a trouvé qu'un seul poil implanté. Le sternum au-dessous du kyste était intact.

Le second fait, rapporté par Godlee à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, en avril 1889, est plus compliqué. Il s'agit d'une femme de trente ans qui, après une vomique, présenta une voussure au niveau de la région axillaire droite. Une ponction fournissant du pus, on ouvrit la tumeur, et l'on trouva une cavité de petite dimension contenant des cheveux. En certains points, le revêtement de cette poche d'aspect cutané était soulevé par des excroissances couvertes de poils.

Il s'agissait sans doute, dans ce cas, d'un kyste dermoïde intrathoracique; on a, en effet, décrit des tumeurs de ce genre dans le médiastin, et même la plèvre et les poumons (Lannelongue, p. 255).

Les kystes mucoïdes, moins nombreux, ont un représentant dans le cas de kyste présternal de Nélaton, publié dans la thèse de Demoulin (Paris, 1866).

Les kystes séreux ont fourni à Lannelongue quatre belles observations. La dernière (*loc. cit.*, p. 585) est particulièrement curieuse, à ce point de vue qu'on put penser d'abord, à cause de son énorme volume, à une ectopie de tout le poumon correspondant. Ces tumeurs ont les caractères anatomiques bien connus des kystes congénitaux du cou. L'extirpation paraît être le traitement qui leur convient le mieux.

DEUXIÈME PARTIE

LÉSIONS TRAUMATIQUES

CHAPITRE PREMIER

CONTUSIONS DE LA POITRINE

La poitrine est souvent frappée par des corps contondants de toute espèce. Elle est prise dans des éboulements, foulée par les roues d'un chariot, serrée entre deux wagons; elle heurte le sol dans des chutes d'un lieu élevé ou la surface de l'eau lorsqu'un matelot tombe à la mer du haut d'une vergue. Avant l'emploi des armes modernes, on notait assez fréquemment des contusions plus ou moins graves par éclat d'obus, par boulet et même par balle. Les contusions tenant à ces dernières causes tendent naturellement à devenir beaucoup plus rares.

Quel que soit le mode de production de la contusion, celle-ci peut être superficielle, c'est-à-dire limitée aux parois de la poitrine, ou profonde. Dans ce cas, les viscères contenus dans le thorax sont plus ou moins gravement atteints à travers la paroi thoracique, intacte ou non.

I

CONTUSION SUPERFICIELLE

Elle mérite à peine une description spéciale. Nous retrouvons ici les lésions de la contusion telles qu'on les observe partout. On peut seulement signaler l'existence, particulièrement au niveau des parties inféro-latérales du thorax, des grands épanchements séro-sanguins décrits par Morel-Lavallée, plus communs à la région lombaire et à la partie externe et supérieure de la cuisse.

Dans le premier moment on observe quelquefois, en dehors de toute lésion appréciable soit du côté des parties profondes, soit même dans la paroi, un véritable collapsus avec tendance à la syncope, pâleur du visage, affaiblissement du pouls. Meola Felice a bien décrit ces accidents sous le nom de *commotion thoracique* (*Virchow's Jahresbericht*, 1879, Bd. II, p. 405). Une observation jusqu'ici unique de Nélaton (*Éléments de pathol. chir.*, 1^{re} édition, t. III, p. 495), nous montre un homme succombant immédiatement après une contusion simple qu'il se fit en tombant violemment sur le sol de sa hauteur. Ce que nous savons des morts subites produites par des coups reçus dans l'abdomen et surtout au niveau de l'épigastre nous permet de croire à la possibilité d'un pareil accident. Nous n'admettrions cependant le fait comme démontré qu'après une autopsie minutieuse dans laquelle les centres nerveux, en particulier, auraient été l'objet d'un examen complet.

La symptomatologie offre un phénomène spécial que l'on pouvait prévoir, étant données la fréquence et l'importance des mouvements respiratoires du thorax: c'est une douleur qu'exaspèrent tous ces mouvements. Le blessé, par suite, respire avec peine, à petits coups. Cette dyspnée persiste un temps variable; elle diminue avec la douleur qui l'a provoquée à mesure que disparaissent profondément les traces de la contusion. Vers la fin, on ne la constate plus que pendant les mouvements brusques et rapides de la toux et de l'éternement.

Le diagnostic de la contusion superficielle de la poitrine est surtout un diagnostic d'exclusion. Il s'agit avant tout de voir si le squelette du thorax n'est pas atteint, ou s'il n'existe pas une contusion des organes intrathoraciques. Ce dernier point n'est pas toujours facile à établir dès les premiers moments, ainsi que nous le montrerons dans les chapitres suivants.

La rupture des muscles thoraciques, et particulièrement celle du grand pectoral qui est presque uniquement observée, se caractérise par des signes propres: épanchement sanguin entre les extrémités rompues, écartement et augmentation de volume de ces parties pendant la contraction musculaire.

Le traitement ne comporte aucune indication particulière; mettre le malade au repos pour lui éviter tout mouvement inutile, calmer la douleur et la dyspnée au moyen de quelques ventouses scarifiées et surtout par quelques injections de morphine, surveiller étroitement le blessé pour reconnaître de bonne heure une contusion profonde qui aurait passé tout d'abord inaperçue; c'est à cela que se borne le rôle du chirurgien.