

importante. De ces deux sortes de lésions, lésion de la paroi veineuse, formation d'un caillot qui obstrue le vaisseau, quelle est la première en date ?

POUR BROUSSAIS, CRUVEILHIER, DAVIS, la lésion de la veine, son inflammation (phlébite), était le fait primitif; ce n'est que secondairement que le sang se coagulait au contact de la paroi veineuse altérée.

BOUCHUT et surtout VIRCHOW, se basant sur l'étude des cas de thrombose dans les cachexies (thrombose marastique), admirent au contraire que dans certaines conditions le sang devenait plus coagulable (état nommé *inopexie*) qu'un thrombus se formait de préférence au niveau des points les plus déclives ou bien là où la circulation se trouvait ralentie, et que l'inflammation de la veine était consécutive à ce thrombus dont le contact irritait sa paroi.

Actuellement, une série de constatations bactériologiques et de recherches expérimentales imposent un retour aux idées de CRUVEILHIER et de BROUSSAIS. L'influence de la paroi veineuse sur la coagulation est indiscutable; celle-ci est favorisée par le grattage de la veine ou sa piqûre. ZAHN a montré que ces légers traumatismes produisent une altération du ciment intercellulaire de l'endothélium et il a pu voir la coagulation se produire sous ses yeux consécutivement à cette lésion de l'endoveine et dans son voisinage immédiat: il se forme d'abord un petit *caillot blanc* composé de globules blancs et de fibrine; les hémato-blastes y prennent, d'après HAYEM, une part prépondérante.

Dans les thromboses des cachectiques (tuberculeux, cancéreux) sur lesquelles s'appuyait principalement la théorie de VIRCHOW, VAQUEZ a mis en évidence dans l'endoveine le bacille de Koeh. ou d'autres microbes agents d'infections secondaires. Dans les phlébites des accouchées, VIDAL a découvert le streptocoque. La pathogénie des thromboses infectieuses, aussi bien que celle des thromboses marastiques se trouve donc élucidée; la lésion de la paroi veineuse paraît devoir être considérée comme le fait primitif.

3° **Symptomatologie.** — Elle varie nécessairement avec la

veine intéressée, bien que les symptômes d'obstruction, c'est-à-dire la gêne de la circulation veineuse, tiennent toujours la première place dans le tableau clinique. La pyléphlébite (phlébite de la veine porte) sera décrite à propos des affections du foie (voy. I, 637); la phlébite du sinus caveux, remarquable par ses symptômes oculaires, et celle du sinus latéral, ordinairement consécutive à la carie du rocher causée par les suppurations de l'oreille moyenne, trouvent place dans les traités de pathologie externe. Nous ne nous occuperons, après ces notions générales d'anatomie pathologique et de pathogénie, que de la *phlegmatia alba dolens* ou phlébite des membres, dite spontanée, c'est-à-dire non traumatique.

ARTICLE VI

PHLEGMATIA ALBA DOLENS

On désigne sous ce nom « une variété de thrombose veineuse spontanée, localisée sur les extrémités périphériques¹ ». C'est la phlébite des membres, surtout inférieurs.

1° **Étiologie.** — Ses causes sont celles des phlébites en général; mais d'une part l'état puerpéral, les fibromes utérins, les curetages et cautérisations de l'utérus (*causes locales*), d'autre part les *cachexies* tuberculeuse et cancéreuse, la chlorose, les cardiopathies, les convalescences prolongées (*causes générales*) jouent un rôle prépondérant.

2° **Symptomatologie.** — Le début ordinairement insidieux s'annonce par une simple douleur, alors que les signes objectifs manquent encore complètement, et par une élévation de la température générale; cette *période préoblitérante* (VAQUEZ) ne dépasse guère trois à quatre jours. Au bout de ce temps apparaissent peu à peu les signes caractéristiques: le tableau clinique se complète.

¹ VINAY, Art. *Phlegmatia alba dolens*, dans le Dict. de méd. et de chir. pratiques.

a. *Douleur*. — La douleur, accompagnée de fourmillements et d'engourdissement dans l'extrémité du membre intéressé, est spontanée et augmentée par les mouvements et surtout par la pression sur le trajet de la veine (au niveau du pli inguinal, du creux poplité ou du mollet pour le membre inférieur). Très intense au début, elle fait progressivement place à une simple sensation de pesanteur ou de tension.

b. *Oedème*. — L'oedème est le plus souvent brusque dans son apparition et rapide dans son extension : il commence par l'extrémité du membre et remonte progressivement vers sa racine. C'est un oedème blanc (par opposition à la rougeur des oedèmes inflammatoires), lisse; la peau est tendue et ne garde guère l'empreinte du doigt. La dilatation du réseau veineux sous-cutané (rétablissement de la circulation de retour par voie collatérale) dessine sur la peau des marbrures bleuâtres. Les taches purpuriques sont rares (LÉPINE).

c. *État de la veine*. — La veine oblitérée est perceptible à la palpation, comme un cordon dur, noueux; cette palpation doit être pratiquée avec précaution, car elle est douloureuse, et peut fragmenter le caillot, qui deviendrait ainsi la source d'embolies pulmonaires.

d. *Troubles nerveux*. — Les troubles nerveux consistent dans :

1° L'impotence fonctionnelle du membre, inexplicable par la douleur seule;

2° L'hyperesthésie, l'anesthésie ou l'hypoesthésie des téguments sur le trajet des troncs nerveux;

3° L'atrophie musculaire consécutive, parfois très prononcée, avec attitudes vicieuses;

4° Certains troubles vasomoteurs produisant l'élévation (DAMASCHINO), puis l'abaissement de la température locale;

5° Des troubles trophiques du côté des cartilages (POLLOSSON) ou de la peau, qui desquame et s'épaissit. L'hydarthrose du genou n'est pas rare. KLIPPEL attribue tous ces troubles nerveux à l'irritation des nerfs par l'oedème qui les infiltre. La stase sanguine dans les vaisseaux veineux des nerfs (QUÉNU) doit aussi y jouer son rôle.

e. *État général*. — L'état général, dans les cachexies, reste

souvent sans modifications; dans les infections il est quelquefois fort grave. Chez les chlorotiques, les tuberculeux, et d'ailleurs dans la plupart des cas, on observe dès le début de la phlébite une élévation de la température de 1° ou 2°, qui ne reconnaît certainement pas d'autre cause (VAQUEZ).

3° *Formes cliniques*. — Outre cette forme la plus commune, on distingue la forme latente et la forme infectieuse.

La *forme latente*, observée surtout chez les cachectiques, n'a quelquefois d'autres symptômes que la douleur, sans oedème et sans cordon veineux. Il est même des cas où la phlébite ne se révèle par aucun symptôme : une embolie pulmonaire mortelle est sa première manifestation.

La *forme infectieuse* s'accompagne d'une température élevée, d'un état général grave, d'abcès de voisinage et d'endocardite.

4° *Évolution, complications*. — D'une veine fémorale, la phlébite peut passer à celle du côté opposé, si le caillot remonte jusqu'à l'abouchement des deux iliaques dans la veine cave inférieure. La phlébite disparaît graduellement dans les cas favorables : la douleur cède la première, l'oedème diminue, la motricité du membre revient peu à peu; mais longtemps encore on perçoit au creux poplité ou dans l'aisselle le cordon dur formé par la veine oblitérée. D'autres fois elle laisse après elle un oedème chronique; les veines sous-cutanées restent dilatées, la peau épaissie, ou même éléphantiasique. Des douleurs reviennent périodiquement, surtout au moment des règles; la force musculaire est diminuée et l'atrophie est directement constatable.

Mais, bien avant la terminaison, peuvent survenir des *complications locales* (phlegmon périveineux, sphacèle ou gangrène, érysipèle, lymphangite, etc.), ou des *complications à distance* dont la plus redoutable est l'*embolie pulmonaire*. Voici quelle est la pathogénie de cet accident : le caillot s'étendant de proche en proche, en aval de l'oblitération, une de ses extrémités finit par atteindre le point de réunion du vaisseau avec une

autre veine. Cette extrémité est alors incessamment battue par le courant sanguin : détachée en totalité, elle constitue un embolus volumineux qui, transporté par la veine cave au cœur droit et de là à l'artère pulmonaire, provoquera une mort rapide ou subite par oblitération en masse : au contraire, si elle s'émiette petit à petit, elle déterminera des embolies multiples dans les diverses branches de l'artère pulmonaire : d'où la production d'*infarctus* (p. 413).

5° Diagnostic. — Les *œdèmes* des cachectiques se reconnaissent à leur indolence, à leur bilatéralité et à l'absence de cordon veineux induré.

La *phlébite variqueuse* superficielle reste limitée à quelques veines de petit calibre, et l'œdème est peu marqué.

L'*oblitération artérielle* par embolie se reconnaît à son début brusque, à l'absence de cordon veineux, à l'absence des pulsations artérielles, à l'abaissement très sensible de la température du membre au-dessous du point oblitéré, au faible degré ou à l'absence de l'œdème.

6° Traitement. — Il se résume dans l'*immobilisation* du membre ; toute friction sur le trajet de la veine doit être évitée comme très dangereuse puisqu'elle peut produire une embolie pulmonaire.

La fièvre et la douleur réclament leur traitement symptomatique (antipyrine, liniments calmants, tels que l'onguent belladonné, applications d'eau chaude, enveloppement ouaté). Au bout de trente ou quarante jours seulement, il faut pratiquer le massage du membre et permettre les mouvements pour prévenir l'atrophie.

ARTICLE VII

TUMEURS DU MÉDIASTIN

Limité en arrière par la colonne vertébrale, en avant par le sternum et latéralement par les poumons, le médiastin contient le cœur, les gros vaisseaux artériels et veineux, la tra-

chée, les bronches, l'œsophage, les nerfs pneumogastriques et grand sympathique ; aussi ses tumeurs, susceptibles de comprimer ces divers organes, ont-elles une extrême importance clinique.

1° Étiologie, anatomie pathologique. — Les tumeurs qui se développent dans le médiastin sont : 1° des hypertrophies ganglionnaires ou adénopathies ; 2° des tumeurs malignes nées sur place ou dans les organes voisins ; 3° quelques tumeurs bénignes.

L'anévrisme de l'aorte thoracique, en raison de sa nature et de ses signes physiques spéciaux, est décrit avec les maladies des vaisseaux.

a. Les ganglions lymphatiques du médiastin se groupent sous la forme de chaînes qui côtoient la trachée et les bronches qu'elles accompagnent jusqu'au hile du poumon. BARÉTY distingue trois groupes de ganglions, un groupe prétrachéobronchique droit et gauche, un groupe sous-bronchique situé à la face inférieure des bronches, et enfin des ganglions interbronchiques occupant les divisions successives des bronches. Les maladies aiguës ou chroniques des bronches et du poumon (bronchite posttrabéolique, coqueluche, bronchopneumonie ou pneumonie, mais avant tout la tuberculose pulmonaire) sont susceptibles, surtout chez les enfants, de déterminer l'engorgement de ces ganglions et tous les symptômes de l'*adénopathie trachéobronchique*. Les ganglions isolés ou agglomérés par la périadénite forment une masse caséuse, adhérent aux organes voisins, susceptible de vider son contenu dans une bronche et de donner ainsi naissance à une caverne ganglionnaire. Ces ganglions peuvent aussi être envahis par la dégénérescence cancéreuse ou par la lymphadénie.

b. Le cancer du thymus, celui de l'œsophage ou du hile du poumon sont autant de tumeurs malignes du médiastin ; ces deux derniers s'accompagnent d'ailleurs d'un envahissement ganglionnaire considérable.

c. L'hypertrophie du thymus, sa reviviscence dans l'acromégalie, des kystes dermoïdes, des lipomes, des lobules aberrants

du *corps thyroïde* anormalement développés constituent les principales tumeurs bénignes du médiastin.

2° Symptômes. — Les symptômes fonctionnels sont les premiers en date ; les signes physiques sont plus tardivement perceptibles.

A. SYMPTÔMES FONCTIONNELS. — La *douleur rétrosternale* est un symptôme souvent très précoce et qui peut devancer tous les autres. Ceux que nous allons maintenant énumérer sont le résultat de la *compression* des principaux organes du médiastin : vaisseaux, nerfs, voies aériennes, etc.

a. La *compression de la veine cave supérieure* se traduit par la *cyanose* de la face et de la partie supérieure du thorax ; les paupières sont bouffies, les lèvres violacées, le malade se plaint de céphalalgie, d'éblouissements et de vertiges ; la peau du thorax et de l'abdomen se recouvre d'un *réseau veineux* dû au développement de la circulation collatérale complémentaire. La circulation se rétablit en effet entre la veine cave supérieure obstruée et la veine cave inférieure par l'intermédiaire de l'épigastrique, de la mammaire interne et des veines de la paroi abdominale.

b. La *compression des veines pulmonaires* produit l'hydrothorax, celle de la grande azygos un hydrothorax limité à la plèvre droite.

c. La *compression de la trachée* se traduit par une dyspnée continue avec cornage inspiratoire, augmentée par les mouvements et les efforts.

d. La *compression d'une bronche* se traduit par la diminution du murmure vésiculaire dans le poumon correspondant, et l'apparition d'un souffle au niveau du hile du poumon entre le bord spinal de l'omoplate et la colonne vertébrale (*souffle interscapulovertébral* de GUÉNEAU DE MUSSY).

e. La *compression des nerfs* s'annonce par des symptômes variés : celle du pneumogastrique par des accès de suffocation, de la tachycardie et une toux quinteuse, coqueluchoïde ; celle du récurrent par le spasme glottique ou la paralysie d'une corde vocale, reconnaissable à la raucité de la voix et à l'examen laryn-

goscopique ; celle du plexus cardiaque par l'angine de poitrine ; celle du phrénique par le hoquet ; celle du sympathique par le myosis ou l'inégalité pupillaire.

f. La *compression de l'œsophage* produit la dysphagie.

B. SIGNES PHYSIQUES. — La symptomatologie se borne souvent à ces symptômes de compression.

La *percussion* révèle en même temps une matité perceptible surtout en avant, au niveau du manche du sternum.

L'*auscultation* au moyen du stéthoscope placé au niveau du manubrium sternal fait entendre, dans l'adénopathie trachéo-bronchique, un souffle veineux si on a soin de renverser fortement en arrière la tête de l'enfant : le souffle disparaît à mesure qu'on ramène la tête dans sa position normale. SMITH donne ce signe comme très précoce. Il serait dû à la compression de la veine innominée gauche par les ganglions hypertrophiés que la trachée entraîne en haut avec elle dans l'hyperextension de la tête.

La *radioscopie* montre un élargissement de l'ombre projetée normalement par le médiastin sur l'écran fluorescent, comme dans le cas de dilatation de l'aorte, avec cette différence que « l'ombre ganglionnaire se reconnaît à la forme irrégulière, festonnée, polycyclique de son contour et qu'elle est remarquable par sa fixité, tandis que l'ombre aortique est reconnaissable surtout à ses mouvements rythmiques d'expansion ». (BÉCLÈRE.)

Dans le cas de tumeur maligne on ne tarde pas à percevoir une *voussure* appréciable ; la première pièce du sternum est soulevée et comme disloquée ; en enfonçant le doigt au-dessus et en arrière de la fourchette sternale on sent les battements de l'aorte refoulée ou les bosselures de la tumeur qui tend à se faire jour vers l'ouverture supérieure du thorax.

La *mort* survient par asphyxie, ou consécutivement à l'ulcération d'un gros vaisseau dans les cas de tumeurs malignes. La mort subite survient par syncope.

3° Diagnostic. — Tels sont les signes physiques et fonctionnels dont la constatation permet d'affirmer la présence d'une tumeur quelconque dans le médiastin. Pour préciser son siège

on se guidera sur la prédominance de tel ou tel symptôme de compression : ainsi la dysphagie, les troubles pupillaires indiquent que le médiastin postérieur est en cause ; l'œdème de la face, le développement précoce d'une circulation veineuse collatérale sous la peau du thorax avec troubles respiratoires et nerveux consécutifs indiquent que le médiastin antérieur a été d'abord intéressé : c'est le cas habituel pour les tumeurs du thymus.

La nature de la tumeur est quelquefois difficile à déterminer :

L'adénopathie trachéobronchique survient chez les enfants, après une maladie infectieuse ou une affection de l'appareil respiratoire ; l'auscultation fait souvent reconnaître des signes de tuberculose pulmonaire.

La lymphadénite se reconnaît à la présence d'autres masses ganglionnaires au cou, aux aines, dans les aisselles, à la coexistence fréquente de leucocythémie et d'hypertrophie de la rate.

Le cancer de l'œsophage est une maladie de l'âge mur ou de la vieillesse ; la dysphagie en est le premier symptôme et par le cathétérisme de l'œsophage on ramène sur le talon de la sonde du sang ou des débris de cancer reconnaissables à l'examen microscopique.

Le diagnostic de kyste dermoïde ou d'hypertrophie du thymus est très obscur et ne peut être fait que par exclusion : l'extrême lenteur d'évolution et la précocité des symptômes de compression vasculaire sont en faveur de ces affections.

Le soulèvement du sternum et la présence de ganglions indurés sus-claviculaires annoncent une tumeur maligne.

Les abcès du médiastin ont un développement plus rapide, souvent accompagné d'élévation de la température.

L'anévrisme de l'aorte thoracique se reconnaît aux battements, au souffle et à ses divers caractères stéthoscopiques.

La péricardite avec épanchement peut simuler d'assez loin les tumeurs du médiastin : la matité triangulaire dans la région précordiale et l'assourdissement des bruits du cœur ne permettent guère la confusion.

4° Traitement. — Dans l'immense majorité des cas, il est purement symptomatique ; on peut quelquefois remédier à la dyspnée par la trachéotomie lorsque la compression ne siège pas trop bas ; en cas de dysphagie absolue, on doit recourir à la sonde œsophagienne. Un goitre plongeant, qui se comporte en somme comme une tumeur de la partie supérieure du médiastin, est justiciable de la thyroïdectomie ou de l'exothyropexie. L'adénopathie trachéobronchique nécessite un traitement spécial ; contre les accès dyspnéiques et la toux quinteuse : antipyrine, belladone, bromure de potassium, bromoforme, application d'une éponge chaude sur le cou ; contre la lésion ganglionnaire elle-même : révulsion, iodure de potassium, créosote.