

peut que soupçonner l'existence et la nature de la lésion : après la vomique, le diagnostic est pour ainsi dire sous ses yeux dans le crachoir du malade ; car la notion de cette crise, soigneusement étudiée dans ses caractères et jointe à l'étude de la période antérieure à la vomique, assure le diagnostic. Dans d'autres cas, la vomique a une valeur séméiologique moindre : elle ne fait que confirmer le diagnostic, déjà établi, de pleurésie purulente, d'abcès, de kyste hydatique suppuré du foie, de la rate, du péritoine sous-phrénique, de l'atmosphère périnéphrétique, etc. ; même alors, elle complète le diagnostic en indiquant les rapports, la voie d'extension et de propagation de la collection purulente.

Enfin, il faut mentionner ici la possibilité de vomiques séreuses, non purulentes : exceptionnellement rares, celles-ci ont une valeur séméiologique précieuse et une signification pronostique rassurante.

Valeur pronostique. — La valeur pronostique des vomiques varie avec leur abondance, leur nature et leur évolution. Une vomique abondante, massive, peut en effet, par asphyxie mécanique immédiate, tuer le malade sur le coup. Mais c'est là une éventualité fort rare : presque toujours les malades supportent bien la crise de la vomique et sont soulagés après elle : c'est donc là un accident heureux, une crise favorable dans l'histoire pathologique du poumon et de la plèvre.

Mais tout n'est pas fini avec la vomique : celle-ci comporte des suites souvent dangereuses. En effet, la cavité qu'elle vient d'évacuer incomplètement reçoit l'air extérieur avec ses germes ; et, de ce mélange d'air et de pus plus ou moins stagnant, résultent souvent des infections secondaires, des fermentations et des désordres locaux qui deviennent l'origine de complications variées. Aussi le pronostic des vomiques dépend-il de bien des éléments : dimension et rapidité plus ou moins grande d'oblitération de la cavité pathologique, facilité plus ou moins assurée, par le trajet fistuleux bronchique, du drainage naturel de cette cavité, état du parenchyme pulmonaire voisin, santé générale de l'organisme, virulence bactérienne plus ou moins active du pus en voie d'évacuation, etc., etc.

Enfin il faut réserver, dans le pronostic ultérieur des vomiques, la possibilité de lésions tardives de sclérose, d'emphysème pulmonaire, de dilatation bronchique, qu'il faut imputer, non pas à la vomique, mais à l'affection causale.

Traitement. — Les vomiques donnent lieu à des indications thérapeutiques relativement simples. En effet, la vomique est elle-même, par définition, un acte thérapeutique qu'on peut parfois prévenir chirurgicalement, qu'on ne doit jamais combattre quand il s'accomplit et dont on doit toujours hâter et favoriser les suites.

Pendant la vomique, il faut veiller à la facile évacuation du pus et prendre garde à l'asphyxie, dans les vomiques abondantes (éther, position du malade, respiration artificielle, etc.).

Après la vomique, il reste à lutter contre l'infection de la cavité incomplètement vidée en tarissant la sécrétion purulente. Cette indication est remplie par l'administration quotidienne et longtemps continuée des antiseptiques diffusibles, surtout de la créosote, du gaïacol, de l'iodoforme, de l'eucalyptol, de l'hyposulfite de soude. On pratiquera des inhalations antiseptiques avec les acides phénique, thymique, salicylique, benzoïque. On administrera les balsamiques dont une longue expérience a consacré l'efficacité sur les voies respiratoires : la térébenthine, le benjoin, le baume de Tolu. On associera ces différents médicaments dans des potions, des bols, suivant les cas et les indications dominantes. On veillera à l'entretien de l'état général et de la nutrition (alcool, toniques, suralimentation).

Les vomiques donnent également lieu à des indications chirurgicales précieuses. On doit d'abord s'efforcer de les prévenir par la ponction ou la pleurotomie, suivant la nature et l'abondance de l'épanchement, et pratiquées après un diagnostic topographique exact des lésions. Une fois la vomique effectuée, au moindre signe de rétention purulente ou de putridité du foyer pulmonaire ou pleurétique, il faut absolument intervenir : on réglera le siège, la profondeur et l'étendue de l'intervention sur les données de l'examen stéthoscopique et de l'exploration digitale aseptique, pendant l'opération, à travers la fenêtre qu'on aura pratiquée à la paroi costale ; on réglera l'énergie et la nature de l'intervention sur le degré d'infection du foyer pathologique. Pleurotomie, pneumotomie, thoracoplastie peuvent être indiquées dans la chirurgie que réclament les vomiques insuffisantes. Lavages, pansement, drainage et suites opératoires sont justiciables ici des règles générales de la chirurgie.

E. DUPRÉ.

MALADIES DU MÉDIASTIN

TUMEURS DU MÉDIASTIN

Topographie résumée du médiastin. — Le *médiastin* est la partie de la cavité thoracique comprise entre les deux cavités pleurales. Étendu d'un poumon à l'autre, du diaphragme à la circonférence supérieure du thorax, et du sternum à la colonne vertébrale, il a une forme très irrégulière et contient un grand nombre d'organes importants réunis par un tissu conjonctif lâche. Il n'existe qu'un médiastin, mais pour la facilité de la description on l'a divisé artificiellement, en prenant le pédicule du poumon comme plan de séparation, tantôt en médiastins antérieur et postérieur, tantôt en inférieur et supérieur.

Toute la partie inférieure du médiastin antérieur est occupée par le cœur et le péricarde; dans la partie supérieure on trouve d'avant en arrière: une couche de tissu cellulaire lâche qui contient jusqu'à une époque mal déterminée les vestiges du thymus; les gros vaisseaux de la base du cœur, représentés par la veine cave supérieure et les deux troncs veineux brachio-céphaliques, par l'artère pulmonaire, et par l'aorte avec les branches qui naissent de sa crosse (tronc brachio-céphalique, artères carotide primitive et sous-clavière gauche); la trachée, et les bronches qui constituent avec les veines pulmonaires, les branches de l'artère pulmonaire, les artères et veines bronchiques, le pédicule de chaque poumon; les nombreux ganglions lymphatiques qui entourent la trachée et les bronches; les pneumogastriques, d'où se détachent les nerfs récurrents au niveau du tronc artériel brachio-céphalique à droite et de la crosse aortique à gauche.

Le médiastin postérieur est occupé par l'œsophage auquel s'accroissent les pneumogastriques au-dessous des bronches, l'aorte thoracique après qu'elle a croisé la bronche gauche, la veine azygos

qui croise la face supérieure de la bronche droite, le canal thoracique et les rameaux du grand sympathique.

On conçoit que toute production pathologique siégeant dans cette région arrive à comprimer, altérer, ulcérer un ou plusieurs de ces organes, et occasionner un certain nombre de symptômes dépendant bien plus de son siège et de son volume que de sa nature ou de son origine.

Variétés anatomiques. — Ces productions pathologiques sont fort nombreuses et peuvent soit venir des régions voisines et pénétrer secondairement dans le médiastin, soit se développer aux dépens des organes du médiastin lui-même. Aux premières appartiennent les abcès rétro-pharyngiens inférieurs, diverses tumeurs du cou, les kystes séreux congénitaux (lymphangiomes), les exostoses, les abcès par congestion de la colonne vertébrale: les cas de ce genre sont assez rares et ils ne déterminent généralement pas l'ensemble de symptômes qu'on observe dans les tumeurs nées des organes du médiastin.

Celles-ci, beaucoup plus importantes, sont: le cancer de l'œsophage, l'anévrysme de l'aorte ou de ses branches, l'adénopathie trachéobronchique qui méritent une description à part; les cas exceptionnels de kystes à échinocoques, de kystes dermoïdes et de tumeurs complexes ayant une origine congénitale, les abcès du médiastin que l'on trouvera décrits dans les livres de chirurgie, et enfin les *tumeurs malignes* ou tumeurs proprement dites du médiastin que nous aurons exclusivement en vue dans cet article.

Historique. — Pendant longtemps l'histoire de ces tumeurs n'existait qu'à l'état d'observations isolées et c'est seulement à une époque récente qu'ont paru les premiers travaux d'ensemble sur cette question, notamment un important mémoire de F. Riegel¹ (1870). Eger² fixa d'une façon précise les caractères histologiques de ces tumeurs. En France M. Rendu³ les fit connaître dans une revue générale, et depuis ce sujet a fourni la matière d'un certain nombre de recherches.

Étiologie. — Les tumeurs du médiastin sont *primitives* ou *secondaires*: ces dernières peuvent s'observer dans les cancers de toutes les régions, elles s'observent presque toujours dans le cancer du poumon et de la plèvre, que celui-ci soit lui-même primitif ou secondaire.

Les tumeurs primitives ont une étiologie encore mal connue:

1. FR. RIEGEL (*Virchow's Archiv*, 1870, Bd. XLIX, p. 208).
2. EGER, *Zur Pathol. der mediastinal Tumoren*, Breslau, 1872. — (*Archiv f. klin. Chirurg.*, 1875, Bd. XVIII, p. 493).
3. H. RENDU (*Arch. génér. de médecine*, 1875, vol. II, p. 445 et 715).

survenant presque toujours chez les individus sans antécédents morbides héréditaires ou personnels, plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, elles se montrent rarement dans l'enfance, assez fréquemment dans l'adolescence, le plus souvent entre vingt-cinq et trente-cinq ans, quelquefois plus tard, jamais après soixante ans.

Anatomie pathologique. — Les ganglions envahis secondairement forment des masses plus ou moins considérables, adhérentes entre elles et aux organes voisins : le microscope montre qu'ils ont subi une dégénérescence appartenant au même type que la tumeur primitive qui leur a donné naissance.

Les tumeurs malignes primitives sont presque toujours des tumeurs bosselées ou lobulées, dont le volume varie de celui d'une pomme à celui d'une tête d'adulte ; d'un gris rosé, dures à la coupe, elles donnent, ou non, un peu de suc par le raclage ; d'aspect ordinairement homogène, elles ne présentent qu'exceptionnellement des hémorragies interstitielles, des foyers de ramollissement ou de dégénérescence kystique.

Ayant pris naissance tantôt dans le médiastin antérieur, contrairement à une opinion ancienne, tantôt dans le médiastin postérieur, elles ne tardent pas à les occuper tous deux, dans leur portion supérieure du moins, comprimant, englobant et altérant plus ou moins divers organes de la région. Le cœur est quelquefois abaissé, repoussé à gauche : ses parois sont minces et flasques ; les artères sont comprimées, mais rarement ulcérées ; elles résistent mieux que les veines, qui se laissent facilement envahir et ne tardent pas à être oblitérées soit par les bourgeons cancéreux, soit par une thrombose ; les nerfs sont tirillés, enflammés ; les bronches comprimées ; le poumon est partiellement sclérosé, atelectasié, emphysémateux ou œdématisé ; le péricarde, les plèvres surtout, sont fréquemment le siège d'épanchements séreux, hémorragiques, purulents, ou même chyliformes, dus à l'envahissement de ces séreuses par la tumeur.

Tantôt les tumeurs restent confinées dans le médiastin, tantôt, au contraire, elles s'étendent aux organes voisins et se généralisent, soit par voie lymphatique ou sanguine, soit par les séreuses, dans le poumon, dans les plèvres et le péricarde, dans le cœur, dans le foie, les reins, le pancréas, etc...

Considérées autrefois comme étant presque toujours des carcinomes, elles sont rangées aujourd'hui dans les tumeurs lymphadéniques (lymphadénomes, lymphosarcomes durs ou mous), ce qui explique leur fréquence plus grande à un âge où les carcinomes sont rares ; ce ne sont pas toujours des lymphadénomes cependant, et l'on a récemment signalé quelques cas de carcinome et d'épithéliome primitifs.

On discute encore aujourd'hui sur le point de départ de ces tumeurs. On a abandonné l'opinion qui les faisait se développer aux dépens du tissu cellulaire du médiastin ou de la paroi conjonctive des gros vaisseaux, et l'on admet généralement, depuis Eger, qu'elles prennent naissance dans les ganglions lymphatiques de la région. Certains auteurs avaient admis que les vestiges du thymus pourraient aussi assez fréquemment en être le point de départ ; M. Letulle¹ a récemment repris et développé cette idée.

A côté de ces lymphadénomes développés isolément et primitivement dans le médiastin, il faut placer les tumeurs ganglionnaires que l'on rencontre souvent dans cette même région au cours de l'adénie et de la leucocythémie, et dont la structure est telle qu'on s'est demandé si lymphosarcome isolé, adénie et leucocythémie n'étaient pas trois formes d'une même affection, la « lymphadénie » (Ranvier) ou « diathèse lymphatique » (Demange).

Symptomatologie. — Du fait même de leur présence, et par suite de la compression qu'elles exercent sur les organes de la région, les tumeurs du médiastin, quelle que soit leur nature (abcès, anévrysme, adénopathie, tumeurs malignes, etc.), sont caractérisées par un certain nombre de symptômes communs.

Ce sont des signes dits de compression ; il faut entendre toutefois par ce terme non une simple action mécanique, mais aussi des altérations de voisinage, déterminées par le néoplasme, qui souvent envahit et détruit les organes avec lesquels il se met en contact.

Compression des vaisseaux. — La compression de la veine cave supérieure cause, dans la circulation veineuse de la tête, du cou, du thorax, des troubles qui vont de la cyanose légère jusqu'à la dilatation variqueuse des veines.

La *cyanose* est un phénomène assez fréquent ; légère ou prononcée, occupant le plus souvent les joues, les lèvres, les paupières, elle peut s'étendre à toute la face et même à la langue, occuper aussi le cou, le thorax, un ou les deux bras ; tantôt elle est permanente ; tantôt, surtout au début, elle est essentiellement mobile, apparaissant et disparaissant plusieurs fois dans la journée, survenant

1. LETULLE (*Arch. génér. de médecine*, déc. 1890, p. 641). D'après cet auteur, le thymus, cæcum épithélial au moment de son développement, se transforme bientôt en un organe lymphoïde, « lymphadénome physiologique, si l'on peut dire », et destiné à disparaître ; on conçoit donc que les vestiges de cet organe puissent donner naissance à une tumeur lymphadénique. D'autre part, dans ce travail d'involution et de désagrégation du thymus, qui dure depuis la vie intra-utérine jusqu'après l'adolescence, la partie inférieure, correspondant au sternum, est toujours en retard sur la partie supérieure : ce retard permet de comprendre la production des tumeurs épithéliales primitives (carcinome, épithéliome) dont on ne peut placer le point de départ dans aucun autre organe du médiastin.