

par crises qui accompagnent souvent les quintes de toux ou les accès de suffocation. Elle ne reconnaît pas pour cause unique la compression de la veine cave supérieure, et peut être due à la compression de la trachée, d'une bronche, du poumon, du cœur, à un épanchement pleural ou péricardique, en un mot à tous les obstacles mis à l'hématose; quand elle survient par crises coïncidant avec la dyspnée ou la toux, il est vraisemblable que la compression du pneumogastrique n'est pas étrangère à sa production.

L'œdème est un peu moins fréquent que la cyanose; très mobile, variable d'un jour à l'autre ou aux divers moments de la journée, ou s'installant progressivement pour persister jusqu'à la mort, il consiste tantôt en une simple bouffissure de la face, tantôt en une infiltration considérable de la face, du cou, des bras et du thorax, limitée quelquefois à un seul côté, quand la lésion intéresse non la veine cave, mais un des troncs veineux brachio-céphaliques. Passager, il ne peut s'expliquer que par une simple diminution du calibre de ces vaisseaux; permanent, il est dû à leur oblitération complète par compression, thrombose ou pénétration des bourgeons cancéreux.

Bien plus rares, exceptionnels même, sont la *dilatation varicueuse des veines* du cou et du thorax, et le *développement d'une circulation collatérale complémentaire*, grâce à laquelle le sang, ne pouvant plus passer par la veine cave oblitérée, passe par les veines intercostales, mammaire interne, épigastrique, sous-cutanée abdominale et circonflexe iliaque, pour arriver au cœur par l'azygos et la veine cave inférieure, ou cette dernière seule si l'azygos est oblitérée; ces veines atteignent quelquefois le volume du petit doigt, et l'on constate facilement que le sang y circule de haut en bas.

Cette gêne de la circulation dans le domaine de la veine cave supérieure, s'accompagne de céphalalgie, de bourdonnements d'oreille, de vertiges, d'épistaxis; on a rapporté un cas de mort par hémorragie sous-arachnoïdienne.

Un *œdème pulmonaire* d'étendue variable et plus ou moins persistant, et des *hémoptysies*, tels sont les résultats de la compression des veines pulmonaires. Les hémoptysies sont assez rares toutefois; tantôt peu abondantes et répétées, tantôt considérables, foudroyantes, elles surviennent à l'occasion d'un effort, d'une émotion et ne peuvent s'expliquer que par une augmentation subite de pression dans la circulation d'un poumon dont les veines sont comprimées.

Les artères résistent mieux que les veines à la compression ainsi qu'à l'envahissement par la tumeur. La compression de l'aorte ou de ses branches peut amener l'hypertrophie unilatérale ou bilatérale du cœur, la *petitesse du pouls* dans les artères correspondantes, et dans quelques cas exceptionnels l'existence, au niveau du point comprimé,

d'un souffle systolique qui fait penser à un rétrécissement organique ou à un anévrysme. La petitesse du pouls se produira dans les deux artères radiales si la compression porte sur l'aorte ascendante avant l'origine de ses branches; dans une seule, si elle porte sur la crosse de l'aorte entre le tronc artériel brachio-céphalique et la sous-clavière, ou sur l'une seulement de ces deux dernières artères; la constatation de ces modifications d'un ou des deux pouls radiaux est un élément important du diagnostic topographique de la tumeur.

La compression d'une des branches de l'artère pulmonaire, notée plusieurs fois, a donné dans un cas les signes d'un rétrécissement de cette artère; on s'est aussi demandé s'il fallait expliquer par sa compression ou celle de l'artère bronchique les faits, exceptionnellement observés, de gangrène pulmonaire.

*Compression et altération des nerfs.* — La compression et l'altération des nerfs déterminent surtout l'apparition d'une toux spéciale et des modifications importantes de la respiration et de la voix.

La *toux* peut être rauque et s'accompagner d'un gros rhonchus sonore qui s'entend à distance, ou quinteuse, comme celle des vieillards atteints de catarrhe bronchique, et alors pénible, douloureuse même; dans tous les cas, elle est spasmodique. Assez souvent, après avoir été, ou non, un certain temps, catarrhale ou quinteuse, elle devient *coqueluchoïde*: « elle se caractérise par des quintes fréquentes, petites, courtes, qui ne durent guère qu'une minute et ne sont presque jamais accompagnées de sifflement, rarement de vomissement » (Rilliet et Barthez<sup>1</sup>); ces quintes se reproduisent cinq, dix, vingt fois et plus dans les vingt-quatre heures, cessent quelquefois subitement pour reparaître plus tard.

Ne se montrant d'abord qu'à l'occasion d'un effort, la *dyspnée* devient plus tard habituelle; elle varie depuis la simple oppression jusqu'à l'orthopnée, entremêlée de ces *accès de suffocation* qui constituent un des symptômes les plus fréquents des tumeurs du médiastin; survenant à la suite d'une fatigue, d'une émotion, d'une quinte de toux, sans cause quelquefois, ces accès se renouvellent plusieurs fois dans la même journée, plusieurs jours de suite, et simulent tantôt un accès de suffocation par le croup, un accès d'asthme nerveux, tantôt la crise d'angine de poitrine ou l'angoisse du cardiaque en asystolie; tantôt enfin, c'est un véritable spasme de la glotte.

La *voix* peut être rauque, bitonale ou voilée, ou complètement éteinte; quelquefois permanentes, ces altérations de la voix sont ordinairement intermittentes; elles apparaissent généralement à une

1. *Traité des maladies de l'enfance*, 3<sup>e</sup> édition, 1891.



période assez avancée, mais on a signalé des cas où l'aphonie subite avait été l'un des premiers symptômes observés.

Tous ces accidents doivent être mis sur le compte de la compression ou de l'altération soit des pneumogastriques, soit des récurrents. C'est de la même façon qu'il faut aussi expliquer d'autres phénomènes plus rares : l'*inspiration rauque* qui se produit à la suite des quintes de toux et des accès de suffocation, ou devient permanente et prend le nom d'*inspiration râleuse*; l'*expectoration* muqueuse ou muco-purulente qu'on observe quelquefois, rarement accompagnée d'une *salivation* abondante; les *râles humides* si mobiles que décele l'auscultation; les *vomissements* répétés et persistants qui surviennent, soit après les quintes de toux, soit le plus souvent en dehors d'elles, et auxquels il est difficile de reconnaître une autre cause; et enfin les modifications du pouls, qui tantôt monte à 30, 25 pulsations à la minute (*bradycardie*), tantôt tombe à 120, 140 (*tachycardie*), accompagnant des palpitations pénibles.

Les nerfs diaphragmatiques et le grand sympathique sont rarement atteints : aux lésions des premiers on a rapporté des *névralgies* diaphragmatiques, la dyspnée et l'asphyxie par *paralysie* du diaphragme, le *hoquet*; à celles du second, l'*inégalité pupillaire* observée quelquefois, et peut-être aussi, pour une certaine part, les accidents cardiaques.

*Compression de l'œsophage.* — La *dysphagie* est rare : on a pu, dans certains cas, l'expliquer par la compression de l'œsophage; mais, dans d'autres, il a fallu reconnaître pour cause à l'*œsophagisme* et au *pharyngisme* l'irritation du plexus nerveux œsophagien.

*Compression de la trachée et des bronches.* — La compression de ces organes peut déterminer la *dyspnée* habituelle, permanente, qui s'accompagne, chez certains malades, d'une sensation de strangulation, de resserrement très pénible.

L'obstacle à la pénétration de l'air dans les poumons est assez grand quelquefois pour occasionner le *tirage* des creux sus-sternal, épigastrique, sus-claviculaire et des espaces inter-cartilagineux supérieurs.

Assez souvent l'inspiration devient siffiante, il se produit un *sifflement inspiratoire* broncho-trachéal, le *cornage*, différent du sifflement laryngé en ce qu'il ne s'accompagne pas d'altération de la voix (Empis<sup>1</sup>):

1. Du cornage broncho-trachéal (*Union médicale*, 1862). — Certains auteurs ont étendu ce terme de cornage à tout sifflement sec inspiratoire entendu à distance ou par l'auscultation : c'est ainsi que le *cornage laryngien* existerait dans le spasme de la glotte, l'œdème de la glotte, la paralysie des cordes vocales, toutes complications qui peuvent survenir dans les tumeurs du médiastin; mais ce cornage laryngien est différent du cornage broncho-trachéal par la coexistence d'altérations de la voix.

Ce mot cornage vient de la médecine vétérinaire qui l'emploie pour désigner le bruit dont s'accompagne la respiration de certains chevaux dits *cornards*.

variable dans son intensité suivant le degré de la compression, cette modification de l'inspiration, qui s'entend à l'auscultation et à distance, n'apparaît ordinairement qu'à l'occasion des efforts, des grandes inspirations ou à la fin des accès de dyspnée.

D'autres fois on entend aux deux temps de la respiration, mais surtout à l'expiration, un *gros rhonchus sonore* bruyant (Rilliet et Barthez), qui peut même être perceptible à la main.

Fréquemment cette compression de la trachée, ou d'une des divisions bronchiques, entraîne la production d'un *emphysème* généralisé, ou localisé au lobe correspondant à la bronche rétrécie; d'autres fois enfin, la compression d'une bronche d'un certain volume empêche complètement l'accès de l'air dans une partie du poumon, qui devient *atélectasique*.

*Action sur le thorax.* — Les malades se plaignent souvent de douleurs thoraciques : tantôt c'est une sensation de gêne, de pesanteur, une douleur sourde derrière le sternum; tantôt ce sont de violentes douleurs sous-mammaires, intercostales; quelquefois même la douleur occupe un bras, une épaule.

Il n'est pas rare d'observer au niveau du sternum une *voussure* mal limitée, variable d'ailleurs suivant qu'il s'agit d'anévrysme de l'aorte, d'adénopathie, de tumeurs du médiastin.

En ce même point sur une plus ou moins grande étendue, et dans certains cas au niveau de l'espace interscapulaire, la submatité ou la *matité* complète remplace la sonorité normale, la respiration devient soufflante, bronchique et même caverneuse.

Lorsqu'il existe une compression marquée d'une grosse bronche, l'expansion pulmonaire est diminuée, et il peut exceptionnellement se produire une rétraction de la paroi thoracique.

Tels sont les signes qui constituent pour ainsi dire « la pathologie de la région médiastine » (Dieulafoy<sup>1</sup>) et qui peuvent se rencontrer avec une fréquence variable dans toutes les tumeurs de la région : mais chacune d'elles présente, en outre, des symptômes particuliers et une évolution clinique qui rendent le diagnostic possible dans la majorité des cas.

**Marche.** — Le début des tumeurs malignes est rapide ou lent. Tantôt en effet apparaissent brusquement chez un individu, jusque-là bien portant, soit de violentes douleurs intercostales, sous-mammaires, ou localisées à un bras, une épaule, soit un œdème de la face et de la partie supérieure du thorax, soit une aphonie intermittente; tantôt au contraire le malade est atteint pendant quelques mois d'oppression, de palpitations, de toux, d'amaigrissement qui font penser à l'emphy-

1. Article *Médiastin* du *Nouv. Diction. de méd. et de chir. prat.*, 1876.



sème, à l'asthme, à une affection du cœur, à la tuberculose; ou bien c'est une douleur rétro-sternale, fixe, sans irradiations, que rien ne peut expliquer; ou enfin les ganglions du cou, des aisselles, des aines se prennent avant que se montrent des symptômes de tumeurs du médiastin et, quand ceux-ci apparaissent, on considère la manifestation médiastine comme secondaire, alors qu'elle est en réalité primitive.

Puis, après un temps plus ou moins long, apparaissent dans un ordre variable et s'associant de façons fort diverses les signes qui résultent de la compression des vaisseaux, des bronches, des nerfs. En général cependant « les néoplasies du médiastin parcourent deux étapes successives : dans une première période, les vaisseaux sont comprimés ou plus ou moins oblitérés; puis vient un moment où les nerfs à leur tour se prennent » (Rendu).

Quelques semaines ou quelques mois après le début des accidents, la mort survient soit dans le marasme après généralisation de la tumeur dans les ganglions, les plèvres, les poumons, le foie, les reins, etc., soit lentement par asphyxie progressive résultant de la compression veineuse, soit brusquement dans un accès de suffocation ou dans une syncope imputable le plus souvent à l'irritation du pneumogastrique, mais quelquefois aussi à un épanchement péri-cardique, à un épanchement pleural simple ou double, complications que l'on rencontre très fréquemment dans les tumeurs du médiastin.

**Diagnostic.** — Difficile au début quand les symptômes simulent à peu près un emphysème, une bronchite, une affection du cœur, une tuberculose pulmonaire à marche insolite, le diagnostic devient facile quand apparaissent les symptômes de compression vasculaire ou nerveuse.

L'*abcès du médiastin*, exceptionnellement idiopathique, est le plus souvent symptomatique d'un abcès du cou, d'une carie ou fracture du sternum, d'une blessure ou d'un corps étranger du médiastin, d'une blessure de l'œsophage, etc.; il a une marche ordinairement rapide, s'accompagne de fièvre et ne tarde pas à apparaître au cou, à l'épigastre, plus souvent sur un des côtés du sternum dans un espace intercostal; en cas de doute, en présence de cette tumeur, M. Peyrot<sup>1</sup> conseille de faire une ponction exploratrice avec une aiguille très fine.

L'*anévrisme de la crosse de l'aorte* ou de ses branches à leur origine donne lieu aux symptômes communs à toutes les tumeurs du médiastin; mais il se distingue du cancer par l'existence au niveau de la tumeur d'un mouvement d'expansion, de battements et de souffles, qu'une étude attentive permet de différencier des cas excep-

1. *Traité de chirurgie* de DUPLAY et RECLUS.

tionnels où la tumeur transmet à l'oreille les bruits du cœur, ou bien est suffisamment vasculaire pour être le siège de pulsations sans souffle ni expansion. D'ailleurs, tandis que les anévrysmes ont une grande tendance à user les parois thoraciques et à venir faire saillie au dehors, le cancer du médiastin et les ganglions dégénérés forment simplement un léger soulèvement de la première pièce sternale, des articulations sterno-claviculaires quelquefois, et des premiers espaces inter-cartilagineux sur une étendue de deux ou trois travers de doigt, pointés au niveau desquels la pression est un peu douloureuse: les cas sont tout à fait exceptionnels où un cancer du médiastin s'est fait jour dans un espace intercostal.

L'absence de voussure sternale nette, d'aspect violacé et d'amin-cissement de la peau distinguera les tumeurs du médiastin des *tumeurs du sternum*.

La dysphagie s'observe rarement dans le cancer du médiastin, elle est la règle dans le *cancer de l'œsophage*; par contre, la compression des vaisseaux est exceptionnelle dans ce dernier, la règle dans le premier; le cathétérisme de l'œsophage lèvera d'ailleurs tous les doutes.

La *tuberculose des ganglions bronchiques* s'en distingue par l'âge du sujet, la coïncidence ordinaire de tuberculose pulmonaire, l'évolution générale.

L'*adénie* et la *leucocythémie* seront reconnues à l'existence de tumeurs ganglionnaires au cou, aux aines, aux aisselles, à l'hypertrophie de la rate ou du foie, à l'anémie, à la faiblesse du malade et à l'examen du sang dans le cas de leucocythémie.

Il suffit de penser enfin à la possibilité de tumeurs, d'abcès, etc., pénétrant secondairement dans le médiastin, pour trouver leur origine.

**Pronostic.** — Le pronostic est fatal, à plus ou moins brève échéance: il n'est pas sans intérêt cependant, pour avoir des présomptions sur la durée probable de la maladie, de faire approximativement le diagnostic du siège: une tumeur du médiastin antérieur, caractérisée par une matité étendue, des signes de compression vasculaire, sans compression trachéale ou nerveuse, évolue plus lentement; une tumeur située primitivement dans le médiastin postérieur avec dyspnée, respiration sifflante, cornage, accès de suffocation, spasme de l'œsophage, etc., sans troubles de circulation, amène la mort plus rapidement. Dans tous les cas, que la tumeur se soit développée primitivement dans le médiastin postérieur ou qu'elle y arrive secondairement, l'apparition des signes de compression des bronches et des nerfs est d'un pronostic funeste et annonce la mort prochaine.



On devra rechercher aussi avec soin et en tenir grand compte, pour porter son pronostic, de l'existence d'un épanchement pleural dont la quantité est souvent difficile à évaluer, de l'envahissement cancéreux de la plèvre ou du poumon, de l'atélectasie ou de l'œdème pulmonaire, de la présence d'un épanchement péricardique, de la généralisation de la tumeur enfin dans les ganglions du cou, des aines, des aisselles ou dans le foie, les reins, etc.

**Traitement.** — On ne saurait tenter de faire un traitement curatif; on doit essayer simplement, sans espérer toujours y parvenir facilement, de calmer les douleurs, la dyspnée et les accès de suffocation (voir l'*Adénopathie*).

JULES RENAULT.

### ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE

Les nombreux ganglions qui accompagnent la trachée et les bronches ont été rangés par M. Baréty<sup>1</sup>: 1° en deux groupes pré-trachéo-bronchiques, droit et gauche, situés chacun dans l'angle obtus que fait la trachée avec les bronches droite et gauche; 2° en un groupe inter-trachéo-bronchique occupant l'angle compris entre ces deux bronches; 3° en ganglions inter-bronchiques situés aux angles de division des bronches de premier, deuxième, troisième et quatrième ordres. Ces divers groupes se continuent entre eux et avec les ganglions cervicaux et sus-claviculaires, œsophagiens, rétro-sterno-claviculaires droit et gauche et mammaires internes: aussi est-il fréquent de voir les altérations des uns retentir sur les autres.

**Historique.** — Au siècle dernier on avait constaté la tuberculisation des ganglions bronchiques et Lalouette, en 1780, avait déjà signalé les accidents qu'elle peut produire chez les enfants; mais sa connaissance exacte date de ce siècle: Leblond (1824), Becker (1826), Rilliet et Barthez l'étudièrent chez les enfants, Marchal (de Calvi), (1850) et Daga (1866) chez l'adulte, Liouville (1869) chez les vieillards. Gueneau de Mussy, dans ses cliniques, et M. Baréty élargirent le sujet et décrivent, l'un sous le nom d'adénopathie bronchique, l'autre

1. BARÉTY, *De l'adénopathie trachéo-bronchique* (Thèse de Paris, 1874).

sous celui d'adénopathie trachéo-bronchique, « toutes les modifications pathologiques des ganglions des bronches et de la partie intrathoracique de la trachée ».

**Variétés.** — Ces modifications, assez nombreuses, n'ont pas toutes la même fréquence et surtout la même importance. Elles sont aussi de nature très diverse.

1° **CANCER DES GANGLIONS.** — La dégénérescence cancéreuse, primitive ou secondaire, des ganglions trachéo-bronchiques constitue l'immense majorité des tumeurs du médiastin et a été étudiée au chapitre précédent.

2° **HYPERTROPHIE GANGLIONNAIRE.** — Dans l'adénie et la leucocythémie les ganglions thoraciques peuvent être intéressés comme ceux des autres régions et, s'ils atteignent un certain volume, ajouter aux signes de ces affections les symptômes résultant de la compression des organes du médiastin.

3° **ANTHRACOSE.** — Dans les pneumokonioses, l'infiltration de charbon et de silice dans les ganglions entraîne leur inflammation. Cet état a été décrit sous les noms de mélanose, anthracosis, hypertrophie mélanique (Woillez), sclérose anthracosique (Liouville). Très fréquente chez l'adulte et le vieillard, l'anthracose est le plus souvent latente, mais quelquefois elle amène la compression des organes du médiastin; dans certains cas le ganglion adhère à la trachée, à une bronche, à l'œsophage, et par la rétraction de l'adhérence entraîne la muqueuse de ces conduits, constituant ainsi un *diverticule de traction*<sup>1</sup> qui peut s'ouvrir dans le ganglion ramolli et consécutivement dans un organe voisin: les plus graves conséquences peuvent résulter de cette communication de deux organes du médiastin.

4° **ENGORGEMENT, INFLAMMATION, GANGRÈNE.** — Presque toujours les inflammations des bronches et du poumon retentissent sur les ganglions dans lesquels elles déterminent une inflammation plus ou moins intense, qui arrive rarement à la suppuration; on a même signalé quelques cas de gangrène des ganglions consécutive à une gangrène du poumon. Mais ces inflammations des ganglions, faciles à constater anatomiquement, n'ont pas d'existence clinique (Cadet de Gassicourt<sup>2</sup>).

5° **TUBERCULOSE.** — De toutes les altérations des ganglions trachéo-bronchiques, la plus fréquente et la plus importante est certainement la tuberculose, tantôt sous la dépendance de la tuberculose pulmonaire, tantôt isolée ou prédominante et constituant alors la *phtisie bronchique*.

1. ETERNOD, *Rech. sur les affect. chron. des ganglions trachéo-bronchiques*, Genève, 1879.

2. *Traité clinique des mal. de l'enfance*, 1880.