

ONZIÈME LEÇON

Tumeur pulsatile de la région sternale

Observation de la malade qui fait l'objet de cette leçon.

Traits saillants de cette observation : double tumeur, — tumeur pulsatile, — troubles fonctionnels divers.

Diagnostic — Considérations générales sur les tumeurs pulsatiles des os appliquées au cas actuel.

Diagnostic du siège primitif de cette tumeur dans l'os.

Diagnostic de la variété de néoplasme. Pronostic et traitement.

MESSIEURS,

A la salle 8, vous avez aujourd'hui examiné une femme présentant une double tumeur de la région cervicale dont le diagnostic est entouré de difficultés et nous offre, pour ce motif, le plus haut intérêt.

Elle a cinquante ans, a toujours joui d'une bonne santé que sa pénible profession de journalière ne semble pas avoir altérée un seul instant.

Il nous est impossible de rien découvrir dans ses antécédents héréditaires qui puisse nous dire comment l'affection qui l'a conduite vers nous aurait été

depuis longtemps préparée. Ni la maladie de cœur dont sa mère est morte, ni la phthisie à laquelle paraît avoir succombé son père, ne sont de nature à expliquer l'origine d'une tumeur grave, évidemment maligne, pulsatile, qui ne laisse à la malade aucun espoir de guérison.

Cette affection sérieuse remonte à huit ans. La malade avait quarante-deux ans, quand elle en a reconnus les premiers germes. Jusque-là, elle avait été bien réglée et arrivait à la ménopause sans difficultés, sans souffrances, ce qui exclue d'emblée toute lésion de l'appareil génital. Elle vit un jour deux petites saillies dures, deux petites tumeurs à la base du cou, situées, l'une à droite, l'autre à gauche de la fourchette sternale. Du volume d'une noisette, ces deux saillies étaient immobiles, dures, non douloureuses et n'avaient point altéré la peau qui restait souple et libre sur elles. Cette découverte n'amena dans l'esprit de la malade aucune inquiétude : que lui importait la présence d'une grosseur qui ne la faisait pas souffrir ! Elle resta donc, jusqu'en septembre dernier, c'est-à-dire pendant plusieurs années, dans le calme le plus parfait. Admettons-nous, Messieurs, comme le veut la malade, que pendant cette longue période le mal n'ait pas fait de progrès ? Non, je ne peux croire que la lésion soit restée silencieuse, quand, peu de temps après le mois de septembre, en octobre ou novembre, nous avons constaté que la région sterno-claviculaire

était déjà envahie par une masse aussi grosse qu'une belle orange.

Suivons toujours les renseignements qui nous ont été donnés au cours de l'interrogatoire.

En septembre donc, cette femme fut tout à coup prise de vomissements qui durèrent pendant quatre jours et amenèrent, à la suite d'efforts incessants et pénibles, une augmentation subite des tumeurs autrefois si petites. En quarante-huit heures, elles s'accrurent dans une proportion considérable. Cependant il n'y avait ni douleurs, ni rougeur ; seulement quelques jours plus tard la malade éprouva une sensation pénible de tension dans la partie gauche de la tumeur qui, à droite du sternum, s'étendait vers la région cervicale : à cette tension s'ajoutaient des battements réguliers. Analysant un peu mieux sa souffrance, la malade nous dit enfin qu'elle eut encore de la dyspnée, de la toux, de la raucité de la voix et un peu de dysphagie : inquiétée par ces accidents, elle se décida à entrer à l'hôpital.

Quand je l'examinai au mois d'octobre, elle avait deux tumeurs distinctes : l'une à la partie supérieure du sternum, l'autre sur la côté gauche du cou sous le sterno-mastoïdien qu'elle soulevait. Depuis cette époque, leurs caractères n'ont pas beaucoup changé, mais avant de les décrire tels qu'ils se présentaient alors, je dois plus spécialement insister sur quelques détails qui appartiennent à la tumeur cervicale que

nous avons vue en quatre mois subir divers accidents de nature à nous éclairer beaucoup sur sa nature spéciale. Elle était placée au milieu du cou, à une distance égale du sternum et du cartilage thyroïde. Le relief qu'elle formait sous le muscle sterno-mastoidien avait le volume d'une orange et la peau glissait à sa surface sans présenter de rougeur.

Elle était lisse, assez régulière, sauf en bas et en dehors où deux saillies se détachaient. A part ces deux mamelons indurés résistants sous le doigt, la masse entière était molle et même tout à fait fluctuante. Quand on faisait exécuter à la malade des mouvements de déglutition, on voyait la tumeur suivre le larynx auquel elle paraissait attachée comme le sont tous les kystes du corps typhoïde. Or, ce dernier organe n'était point indemne; tout entier, il était anormalement développé, et je jugeai dès lors que le kyste que nous avions sous les yeux dépendait du corps thyroïde, que c'était un kyste développé dans son épaisseur, mais présentant des parties solides comme l'indiquaient les deux mamelons que je vous ai signalés à la partie infero-externe.

Pour vérifier mon diagnostic, je fis une ponction exploratrice; elle obtint 120 à 150 grammes de sérosité riche en cholestérine, légèrement rosée par la présence d'une petite quantité de sang. La tumeur s'affaissa presque complètement, mais il restait toujours en dehors ces parties indurées qui semblaient former là

les limites externes du corps typhoïde distendu à gauche par la collection liquide. Si n'avaient été ces saillies qui persistaient et le corps typhoïde tout entier dont le volume était singulièrement augmenté, on aurait pu dire qu'après cette ponction, les parties molles du cou avaient repris leur souplesse : on ne voyait plus de tumeur et l'exploration retrouvait à leur place les divers organes contenus dans la région cervicale.

Mais, après quarante-huit heures, le liquide s'était reproduit et d'autres troubles venaient compliquer sa présence : il y avait de la douleur, des élancements, un peu de rougeur sur les téguments, de l'empâtement profond, divers signes qui me firent penser que nous étions menacés d'un phlegmon du cou parti de la cavité du kyste sous l'influence de la ponction que j'avais pratiquée. Mes craintes se trouvèrent bientôt confirmées par la fièvre, les frissons et des troubles fonctionnels du côté du larynx et de la zone innervée par le pneumogastrique.

Après deux ou trois jours, durant lesquels l'appareil fébrile s'accrut de plus en plus, tout à coup, par la piqure du trocart, il s'échappa une grande quantité de liquide séro-purulent et l'état général s'améliora bientôt après; je n'hésitai pas cependant à élargir l'ouverture avec le bistouri, pour donner à la suppuration un libre écoulement : les suites de cette petite opération furent excellentes, car l'empâtement diminua et le

larynx, visiblement gêné par la compression que lui faisait subir la tumeur enflammée, revint sur la ligne médiane dont il avait été écarté. Il s'était produit, toujours sous la même influence, de la dyspnée, du tirage sternal, une toux quinteuse, opiniâtre et des plus pénibles : chaque accès de toux amenait le rejet par la bouche d'un notable quantité de pus. Tout rentra dans l'ordre, mais nous restions convaincus que l'inflammation avait gagné aussi en profondeur et que la suppuration s'était fait jour du côté de la trachée.

Est-ce à dire qu'il ne reste plus aucune trace de cet accident inflammatoire? Loin de là; il y a peu de jours encore, la voix était altérée, presque aphone, et la toux, qui se produisait assez fréquente, amenait toujours des crachats purulents; par la plaie des téguments, il ne cesse de s'écouler, même aujourd'hui, un liquide séreux évidemment sécrété par la cavité kystique.

Nous devons en conclure, Messieurs, que la fistule trachéale n'est pas oblitérée complètement, et qu'il y a profondément ce que vous voyez sous la peau, c'est-à-dire un pertuis par lequel les liquides s'écoulent sans cesse; et, si de la sérosité suinte à travers l'orifice cutané, nous avons une nouvelle preuve qu'il s'agissait bien d'un kyste thyroïdien suppuré.

Mais cette tumeur ne s'est pas tout à fait affaissée; elle a même augmenté dans sa partie solide : les mamelons de la partie externe ont pris un accroisse-

ment progressif, et la peau, rougie, un peu amincie, recouvre une masse dure grosse comme un œuf de poule. Le sterno-mastoïdien est soulevé; je me hâte de vous dire qu'il n'y a point là de tumeur ganglionnaire, car nulle part, dans le voisinage, il n'y a de ganglions indurés, et la tumeur continue toujours à suivre les mouvements du larynx dans la déglutition.

Dans un instant, je reviendrai sur les déductions cliniques que nous pouvons tirer de cette précieuse observation. Je poursuis actuellement l'examen de la malade, et j'étudierai ce qui a trait à la tumeur sternale.

Quand vous regardez la poitrine de cette femme, vous voyez aussitôt que la partie supérieure du sternum présente une voussure considérable du volume du poing; elle est hérissée de saillies, de lobes tous séparés par des rainures assez profondes, et s'étend de la fourchette sternale à l'union de la partie supérieure avec la partie moyenne de l'os. Latéralement, elle a dépassé les cartilages costaux pour arriver aux côtes, et en haut elle a déjà franchi les articulations sterno-claviculaires. Partout, sur elle la peau glisse encore, mais elle est traversée par un lacis veineux considérable. La consistance générale est résistante, dure, mais les irrégularités de la surface sont molles, quasi fluctuantes, et les doigts appuyés sur elles y découvrent des battements isochrones

à ceux des artères. Bien plus, il y a un mouvement d'expansion manifeste, et la pression réduit en partie, mais en partie seulement, ces mamelons, qu'on voit revenir à leurs proportions habituelles quand on les abandonne. Il m'a semblé, en outre, que la pression amenait un peu plus de gêne du côté de la respiration.

L'auscultation avec le stéthoscope a donné des résultats variables : il y a quelques jours, je croyais constater un bruit de souffle intermittent, systolique ; aujourd'hui, je ne le retrouve plus. Retenez toujours que l'auscultation mérite d'être sérieusement faite, et que, pour préciser un diagnostic, il ne faut pas négliger d'enregistrer ses résultats à diverses reprises.

Tels sont, Messieurs, les caractères physiques présentés par cette seconde tumeur. Ajoutez que, depuis le jour où les troubles fonctionnels dus à l'inflammation du kyste se sont amoindris presque subitement, le développement progressif de la tumeur sternale, que vous avez vue s'accroître sous vos yeux, paraît à son tour avoir singulièrement réagi sur les parties voisines ; la déglutition des substances solides devient difficile, il y a toujours un peu de dyspnée, la respiration devient bruyante ; de nouveau, il y a de la toux et des crachats muco-purulents. La cage thoracique a partout sa sonorité normale, mais le murmure respiratoire est très diminué en haut et remplacé par une respiration bronchique soufflante, sans retentissement de

la voix. Enfin, le larynx se dévie de la ligne médiane et il a déjà subi un écart de deux à trois centimètres.

Est-il possible, avec ces éléments, de porter une conclusion clinique ? Il est certain, Messieurs, que, quand on voit une tumeur animée de battements, molle, réductible, agitée de mouvements d'expansion, on pense à un anévrysme développé dans les gros troncs artériels de la base du cou et du sommet de la poitrine. Que de fois vous avez entendu parler d'anévrysmes de l'aorte, du tronc brachio-céphalique qui ont usé le sternum, luxé les clavicules et sont venus jusqu'à la peau. On ne peut s'empêcher de penser que cette malade en est un nouvel exemple, d'autant plus que vous avez noté de la toux, une respiration difficile, du cornage parmi les signes présentés par elle, et que tous ces symptômes appartiennent aux anévrysmes des gros troncs artériels de la région. Mais, sachez bien qu'un anévrysme de l'aorte, quand il a usé les os, a une poche animée de battements des plus violents (la main est vivement frappée par l'expansion de ses parois), et que l'oreille perçoit un bruit des plus nets quand la poche se distend.

Si nous avons ici constaté un mouvement d'expansion, il est peu considérable et ne ressemble en rien à celui qu'on retrouve ordinairement sur les anévrysmes. Si la tumeur se réduit sous la pression, sa réductibilité est loin de rappeler celle des poches anévrysmales. Si quelques troubles fonctionnels du

côté de la trachée, des bronches, du larynx et du pneumogastrique nous font un instant penser à l'anévrysme, vous devez aussi vous rappeler que, dans ce dernier, il existe des douleurs de tête, des étourdissements, des vertiges, des éblouissements qui manquent chez notre malade; d'autres altérations générales enfin, tels que de graves troubles circulatoires, qui n'ont point paru chez cette femme dont le pouls et les artères temporales battent régulièrement, sans retard sous l'impulsion du cœur, et dont la tumeur ne présente aucun bruit de souffle persistant et fort.

J'exclue donc l'anévrysme, d'autant mieux que ces tumeurs, quand elles existent, altèrent le sternum, luxent les clavicules et les déplacent. Ici, l'articulation sterno-claviculaire de chaque côté est intacte, et si le sternum est usé, il est usé par une lésion qui fait corps avec lui et se trouve au bas limitée par l'os en partie détruit, mais confondant avec elle ses débris usés. Cette tumeur est donc bien une tumeur du sternum. Que pouvait-elle être autre chose quand, au dire de la malade, elle débuta, il y a sept ans, par une saillie grosse comme une noisette, exactement placée sur la fourchette sternale et immobile.

Tumeur du sternum, ne nous suffit pas. Quel a été, dans cet os, le point de départ? Est-ce le périoste ou la trame osseuse?

Le périoste n'a pas été envahi dès le début, et ce

qui me confirme dans cette pensée, ce sont les battements dont la tumeur est animée.

Les tumeurs pulsatiles des os ne se développent jamais dans le périoste. Où qu'elles apparaissent: tibia, fémur, humerus, il en est toujours ainsi.

Sur ces abattements et sur l'aspect général du néoplasme, je base mon diagnostic, car il est certain que l'usure du sternum au milieu duquel la masse est implantée et duquel elle sort pour ainsi dire, est une preuve sérieuse à l'appui. Si le périoste avait le premier été envahi, nous ne retrouverions pas de battements et la surface de la tumeur offrirait des points durs constants, de structure évidemment osseuse; nous n'aurions pas cette simple collerette formée vers la base et la partie inférieure par le sternum détruit.

Après avoir reconnu le siège, Messieurs, il nous est facile de reconnaître la nature du mal. Ces caractères nets et précis suffisent pour exclure toute une catégorie de tumeurs dans lesquelles vous ne trouvez jamais ni battements, ni souffle, ni mouvement d'expansion: je veux parler des fibromes, des kystes, des myxomes, des lipomes. Il n'y a de pulsations que dans les enchondromes où elles sont du reste fort rares, dans les enchondromes moux et très volumineux, dans les carcinoïdes où elles sont plus fréquentes et dans les sarcomes. Cependant, je ne saurais passer ici sous silence une variété décrite sous le nom d'anévrysmes des os, tumeurs qui semblent, jusqu'à

présent, avoir échappé à un rigoureux contrôle et ne nous sont guère connues que par de rares observations cliniques toujours suivies de détails anatomiques loin de satisfaire des esprits positifs. Les anévrysmes des os existent-ils réellement, ou bien sont-ils simplement le résultat d'un autre néoplasme ramolli? Poser ces questions, c'est émettre un doute, affirmer presque son incrédulité; et cependant, je serais encore d'avis de faire quelques concessions: il me répugne, en effet, de rejeter certaines observations publiées par des hommes d'une grande valeur. M. Le Dentu rapporte à la Société de Chirurgie l'exemple d'une tumeur osseuse pulsatile, très vasculaire, qui s'enflamma, s'ouvrit et provoqua une hémorrhagie considérable. Le D^r Lange incisa cette tumeur non sans qu'une quantité considérable de sang s'écoulât, la bourra de charpie, et la guérison, après suppuration, survint. Ce fait très curieux rappelle une observation de Dupuytren dans laquelle il est question d'une tumeur pulsatile du tibia; traitée par la ligature de la fémorale, elle disparut, mais le tibia restait assez volumineux. Dix ans après, il y eut récurrence et l'on dut amputer. Ce faux anévrysme n'était qu'une tumeur solide vasculaire: je me demande s'il n'en est pas toujours ainsi, et je voudrais, pour admettre les anévrysmes des os, connaître plusieurs observations longtemps suivies, ou des examens histologiques apportant des preuves irrécusables. Mais ces preuves n'existent pas, et j'aime

mieux rester convaincu qu'il s'agit de sarcomes très vasculaires.

Dans le cas qui nous occupe, je ne m'éloigne pas de cette manière de voir. Nous ne pouvons admettre l'existence d'un carcinome. Le carcinome a toujours une marche rapide, et le début de cette affection remonte déjà à huit ans; elle a lentement progressé, n'a pas amené de douleurs vives, de cachexie. En huit ans, un cancer aurait fait d'effroyables ravages. S'il avait pu, durant cette longue période, épargner la vie, il aurait déjà ulcéré la peau, déterminé autour de lui des engorgements ganglionnaires considérables.

Je vous rappelle, en passant, que la masse cervicale, dont nous avons au début de cette leçon étudié les caractères, n'est pas de nature ganglionnaire, elle appartient au corps thyroïde dont elle suit les mouvements, quand le larynx s'élève et s'abaisse dans la déglutition.

Une dernière hésitation reste dans mon esprit, Messieurs, quand nous voulons affirmer notre diagnostic. Disons-nous chondrome ou sarcome? Le choix ne peut être difficile. Si nous nous rappelons que le chondrome appartient surtout au jeune âge, que les battements, quand ils viennent, ne se présentent jamais que sur une tumeur considérable déjà, que le chondrome offre toujours des points durs, et qu'enfin le chondrome vasculaire est bien plus rare que le sarcome de même nature; si tous ces faits se