

femmes, deux. Les quatorze hernies consécutives donnent : hommes, treize cas ; femmes, un. Telles sont les circonstances prédisposantes ; la cause déterminante nous est connue, c'est l'effort.

Anatomie pathologique. — a. *Siège.* — La pneumocèle spontanée siège habituellement à la région antéro-latérale et moyenne de la poitrine, au niveau des cinquième et septième espaces intercostaux. MOREL-LAVALLÉE a rapporté un cas encore unique dans lequel le poumon hernié occupait le triangle sous-claviculaire.

La hernie consécutive peut se rencontrer évidemment en n'importe quel point de la cage thoracique ; dans tous les faits connus, cependant, la tumeur existait à la région antéro-latérale.

b. *Orifice de la hernie.* — Dans les pneumocèles spontanées, l'orifice paraît généralement assez large ; seul, CHAUSSIER a eu occasion de mesurer un de ces orifices qui avait environ 2 pouces. L'orifice des hernies consécutives dépend du traumatisme préexistant ; tantôt cette ouverture laisse pénétrer seulement l'extrémité du doigt, comme chez le malade de LARREY, tantôt elle est susceptible de laisser passer une partie du poing. A l'autopsie du malade de LEROUX, CRUVEILHIER trouva un orifice ayant 4 pouces de largeur et 2 1/2 de hauteur.

c. *État du viscère hernié.* — Le poumon hernié, s'il n'a été l'objet d'aucun traumatisme, d'aucune intervention chirurgicale antérieure, est le plus souvent sain.

d. *Enveloppes de la hernie.* — Le poumon se trouve recouvert par les différents tissus dont l'ensemble constitue les parties molles de la poitrine ; dans le cas de hernie consécutive, ces tissus sont plus ou moins englobés dans la cicatrice. Le sac de la hernie, dans la seule observation dont l'autopsie nous a été transmise par CRUVEILHIER, était constitué par une séreuse qui se continuait sans ligne de démarcation avec la plèvre. Ce sac était-il vraiment formé par la plèvre déplacée, ou bien par une séreuse de nouvelle formation ? C'est là, dit le savant anatomiste, ce que la dissection n'a pas permis de démontrer.

Symptômes. — Les débuts sont différents, suivant qu'il s'agit d'une hernie spontanée ou d'une pneumocèle consécutive. Dans le premier cas, les malades prétendent toujours avoir senti, au moment de l'apparition de la tumeur, une douleur vive avec sensation de déchirure ; ils ne manquent pas non plus de faire remarquer que cette apparition a coïncidé avec un effort. La hernie consécutive, au contraire, se développe lentement, sans douleur.

Signes physiques. — La hernie pulmonaire constitue une tumeur dont le volume varie entre celui d'une noix et celui du poing, d'ordinaire arrondie, hémisphérique ou ovoïde, à surface uniforme et non bosselée. Au niveau de cette masse, la peau porte des traces évidentes de cicatrice. La palpation permet de reconnaître un tissu élastique qui donne une sensation analogue à celle que l'on éprouverait en pressant une éponge ; en même temps on perçoit une crépitation, un froissement vésiculaire, signe pathognomonique.

La percussion révèle une sonorité superficielle ; les résultats de l'auscultation sont variables avec le moment où l'on examine le malade. La hernie se réduit complètement ou incomplètement, suivant les dimensions de l'orifice herniaire et selon qu'antérieurement le poumon était libre ou adhérent.

Les deux temps de la respiration, ses différents modes ont sur la tumeur une influence bien manifeste que nous résumerons, avec DESFOSSE, dans les propositions suivantes.

1° Toute hernie pulmonaire augmente avec un des temps de la respiration et diminue avec l'autre.

2° A chaque expiration on la voit s'accroître, se gonfler plus ou moins ; à chaque inspiration elle s'affaisse, et dans quelques cas (hernie intermittente) disparaît même complètement.

3° Dans l'expiration complexe pendant la toux et dans l'effort général, l'augmentation de volume de la hernie devient plus considérable ; on voit à ce moment la tumeur se montrer plus apparente, sortir même brusquement, tendre les enveloppes qui la recouvrent jusqu'à les animer en quelque sorte, et cela avec une rapidité d'autant plus grande et une violence d'autant plus forte que l'air enfermé dans le poumon est soumis à une pression plus brusque et plus considérable.

Signes fonctionnels. — Les sensations accusées par les malades se réduisent à une douleur fort variable et à des quintes de toux. Notons aussi que bien souvent la hernie du poumon n'occasionne aucune gêne, et que plusieurs sujets on pu continuer à vaquer à leurs occupations.

Diagnostic. — Lorsqu'on est en présence d'une tumeur de la poitrine facilement réductible par la pression, donnant à la palpation la sensation de crépitation pulmonaire, qui s'affaisse dans l'inspiration et augmente dans l'expiration, il n'y a pas à hésiter, on peut affirmer l'existence d'une hernie du poumon. L'emphysème sous-cutané, seul, pourrait pendant quelques instants donner le change ; toutefois, avec un peu d'attention, il sera possible d'éviter l'erreur ; l'emphysème en effet est mal limité, et si quelquefois il augmente sous l'influence des efforts de toux, il ne subit pas les oscillations brusques de la hernie pulmonaire. Les hernies abdominales intercostales que l'on observe dans certaines circonstances siègent habituellement dans les parties inférieures de la poitrine et ne sont nullement crépitanes à la pression. Ces deux signes les différencieront suffisamment de la pneumocèle ; l'auscultation permettra ensuite de constater l'absence de tout bruit dans ces tumeurs et confirmera le diagnostic.

Pronostic. — La hernie pulmonaire ne compromet pas l'existence du malade, mais elle constitue une infirmité sérieuse ; elle rend incapable tout effort, partant devient un obstacle à l'exercice de certaines professions.

Abandonnée à elle-même, la hernie du poumon n'a aucune tendance à diminuer ; elle est susceptible au contraire de guérir sous l'influence d'un traitement convenable. Nous relevons trois cas de guérison sur les vingt observations réunies par DESFOSSE.

Traitement. — Il ne saurait être question ici de cure radicale, aussi le devoir du chirurgien consistera-t-il simplement à réduire la hernie par le taxis, puis à la maintenir réduite à l'aide d'un corset, même d'une pelote qu'un ressort appliquera exactement sur les bords de l'orifice.

§ 3. — Affections des vaisseaux de la poitrine

Les traumatismes des gros vaisseaux contenus dans la cavité thoracique, déterminant la mort en un temps très court, sont au-dessus des ressources de l'art; nous ne saurions donc nous en occuper ici.

ANÉVRYSMES DU TRONC BRACHIO-CÉPHALIQUE

Bibliographie. — MALGAIGNE, *Cure radicale*, etc., in *Revue médico-chir.*, 1852. — HOLLAND, *Aneur. of the Art. Innom.*, etc., *Dublin Q. J. M. Sc.*, 1852. — BLACKMANN, *Statist. tabl.*, etc., in *West Lancet*, Cincinnati, 1856. — COCKLE, *Cinq cas d'anévrysmes*, etc., in *Med. Chir. Trans.*, London, 1867. — GAUJOT, *Mém. de la Soc. de chir.*, 1868. — JAUSSEY, *Sept cas d'anévrysmes*, etc., *Tr. N.-York Path. Soc.*, 1876. — SCHNEE, in-8°, Berlin, 1876. — FÉREOL, *Union méd.*, 1878. — J. RAUSCHOFF, *Amer. Journ. of Med. Sc.*, p. 352, 1880. — JOHN WYETH, *Am. Journ. of Med. Sc.*, 1881. — BARWELL, *Encyclopédie chir.*, t. III, 1884.

Fréquence. Étiologie. — Le nombre des anévrysmes de l'artère innominée est plus considérable que ne le ferait supposer le peu de longueur de ce vaisseau. Sur les cinq cent cinquante et un cas de tumeurs anévrysmales réunis par CRISP, figurent vingt anévrysmes de cette artère, soit une moyenne de $3\frac{1}{2}$ 0/0. Ces anévrysmes sont presque toujours spontanés; habituellement les malades invoquent un effort, une contusion comme cause occasionnelle. L'influence du sexe paraît très manifeste: sur cinquante cas dans lesquels le sexe était noté, LE FORT a relevé quarante-cinq hommes et cinq femmes. D'après GROSS, la plupart des tumeurs de ce genre ont été observées sur des malades ayant de trente-quatre à quarante-quatre ans.

Siège. — Par ordre de fréquence, les anévrysmes de cette artère se rencontrent à l'origine du tronc brachio-céphalique ou à sa terminaison. Dans ces deux cas il existe d'ordinaire une dilatation concomitante de l'aorte, ou de la sous-clavière et de la carotide. On a vu quelquefois l'ectasie occuper toute l'étendue du vaisseau, et LE FORT a pu rassembler quatre observations dans lesquelles l'anévrysme portait sur la partie moyenne de ce tronc; cette dernière variété est de beaucoup la moins commune.

Anatomie pathologique. — Il est rare que l'anévrysme du tronc brachio-céphalique ait un sac bien conformé, généralement les trois tuniques de l'artère prennent part à la dilatation, et comme sur l'aorte, on observe plutôt une ectasie qu'un véritable anévrysme. Le volume de ces tumeurs est peu considérable; tant que l'anévrysme reste dans la cavité du médiastin, il présente le plus souvent une forme arrondie; après avoir dépassé la fourchette sternale, il constitue parfois deux tumeurs bien distinctes, l'une intra, l'autre extra-thoracique.

Les organes contenus avec l'artère dans le médiastin ne tardent pas à souffrir

frir du développement de cette production qui déplace et comprime la trachée, l'œsophage, repousse et disloque les pièces qui composent la ceinture osseuse, détruit les cartilages, les ligaments; de là des luxations des côtes et de la clavicule. Parfois enfin le sternum ou les vertèbres sont usés, érodés, partiellement détruits par le contact et la pression incessante du sac.

Symptômes. Diagnostic. — Outre les symptômes ordinaires de l'anévrysme sur lesquels nous ne reviendrons pas, il existe presque toujours une série de signes résultant de la compression exercée par la tumeur sur les organes voisins, ce sont: des douleurs, de la dyspnée, de la dysphagie, des altérations de la voix; suivant les cas, ces phénomènes sont plus ou moins accentués. On observe ordinairement des irradiations douloureuses dans le membre supérieur droit, à la partie supérieure du thorax, à la tête, à la nuque.

Les symptômes les plus importants sont fournis par l'examen comparatif de la circulation dans les parties droites et gauches des membres supérieurs et de la tête. Les auteurs ont depuis longtemps attiré l'attention sur la diminution d'intensité du pouls radial du côté droit, ils avaient signalé aussi un léger retard dans les battements de cette artère. Dans ces dernières années, François FRANCK a repris ces recherches; les résultats auxquels est arrivé ce physiologiste étant des plus précis, nous croyons devoir rapporter ici les conclusions de son mémoire. « On sait que le pouls de deux artères symétriques explorées à une même distance du cœur retarde d'un temps égal sur le début de la systole cardiaque; quand l'une des deux artères symétriques présente sur son trajet une tumeur anévrysmale, le pouls retarde davantage de ce côté. Cette augmentation de retard du pouls prend une réelle importance dans le diagnostic différentiel des anévrysmes de telle ou telle partie de la crosse de l'aorte, du tronc brachio-céphalique, etc.

» La diminution d'amplitude du pouls radial droit constitue le plus souvent un bon signe de l'anévrysme du tronc brachio-céphalique, ce signe peut manquer et être remplacé par une amplitude exagérée du pouls. L'augmentation du retard du pouls radial est au contraire un phénomène constant qui n'est pas comme le précédent, susceptible d'être modifié par des influences étrangères à l'anévrysme.

» L'existence d'un retard exagéré du pouls radial droit permet d'éliminer le diagnostic d'anévrysme de l'aorte, mais laisse subsister l'hésitation entre un anévrysme du tronc brachio-céphalique et un anévrysme de la portion thoracique de la carotide droite. On peut arriver au diagnostic en tenant compte des considérations suivantes: Si l'anévrysme siège sur le tronc brachio-céphalique, le retard exagéré du pouls s'observera sur la carotide droite et sur la radiale. Si l'anévrysme occupe la sous-clavière, le pouls de la carotide conservera son retard normal sur le début de la systole cardiaque; le retard exagéré ne sera constaté que sur le trajet des artères du membre supérieur droit » (FRANCK, *Journal de l'Anatomie*, 1878).

Pronostic. — Le pronostic est des plus sérieux, généralement la tumeur augmente progressivement et finit par se rompre. La mort peut encore survenir par asphyxie ou inanition.

Traitement. — Nous ne parlerons pas de la ligature du tronc brachio-cépha-

lique; c'est une opération à rejeter complètement, car, suivant l'expression de LE FORT, son histoire n'est qu'un long martyrologe. La méthode de BRASDOR, fréquemment mise en usage, comprend différents procédés.

1° *Ligature de l'artère sous-clavière seule.* — Nous relevons quatre cas de ce genre dus à WARDROP, LAUGIER, BROCA, BRYANT. Le malade de LAUGIER succomba au bout d'un mois par asphyxie, celui de BROCA fut emporté six mois après l'opération par une gangrène du poumon. La femme opérée par WARDROP vécut encore deux ans et mourut d'anasarque, il est vrai de dire qu'elle eut des accidents fréquents de dyspnée. Enfin l'opéré de BRYANT survécut trois ans.

2° *Ligature de la carotide seule.* — GROSS a relevé vingt observations qui donnent quinze morts et cinq guérisons. Parmi les quinze cas fâcheux, quelques opérés survécurent plusieurs jours; huit fois la mort survint par hémorragie ou rupture du sac. Des opérés considérés comme guéris, l'un mourut peu après par rupture du sac, un autre survécut sept mois seulement, un troisième vingt mois; pour le quatrième et le cinquième, les indications sont moins précises, nous croyons que l'un était encore vivant après deux mois et demi, l'autre après quatre ans.

3° *Ligature consécutive de la carotide et de la sous-clavière :* trois faits. — FEARN lia d'abord la carotide le 30 août 1836, et la sous-clavière deux ans après (août 1838). Le malade succomba à une pleurésie quatre mois après l'opération. Le sac était rempli de caillots organisés, il persistait un canal du calibre de l'artère à l'état normal. WICKHAM lia les artères à deux mois de distance; le sac de l'anévrysme augmenta et son malade mourut d'hémorragie soixante-trois jours après la seconde opération. L'opéré de MALGAIGNE succomba vingt et un jours après la deuxième opération, qui avait été faite sept mois après la première.

4° *Ligatures simultanées de la carotide et de la sous-clavière.* — Quatorze cas: sept morts des suites de l'opération; trois guérisons temporaires dont la durée n'excéda pas trois mois; deux morts par phtisie après trente-deux mois pour l'un des malades, trois ans et demi pour l'autre; deux résultats imparfaitement connus, tel est le bilan de ces opérations.

Ces tentatives, on le voit, sont peu encourageantes; nous n'avons pu relever aucun fait de guérison radicale. La méthode de VALSALVA, la compression, l'électro-puncture, les injections coagulantes, ont été aussi employées par quelques auteurs sans plus de succès.

§ 4. — Maladies du médiastin

1° INFLAMMATION DU TISSU CELLULAIRE. — ABCÈS DU MÉDIASTIN

Bibliographie. — MACLACHLAN, *Arch. gén. de méd.*, 4^e série, t. XXIV, p. 342. — GUNTHER, *Oesterrich Zeitschrift für Prakt. Heilk.*, mars 1859, et *Arch. gén. de méd.*, 5^e série, t. XIV, p. 351. — LEGOUEST (Rapport du travail de Daudé), *Acad. de méd.*, 1868, t. XXXIII, p. 42. — DAUDÉ, *Montpellier méd.*, 1871, t. XXVI et XXVII.

Les abcès du médiastin sont habituellement consécutifs à un traumatisme ou à une lésion de voisinage. Nous avons signalé leur développement à la suite des traumatismes et surtout des fractures du sternum, ils reconnaissent souvent pour cause un épanchement sanguin ou la présence d'un corps étranger. Parmi les lésions de voisinage, les suppurations du cou jouent un rôle des plus importants. Les suppurations qui prennent naissance dans la deuxième loge de cette région (loge carotidienne) peuvent fuser dans le médiastin antérieur, aussi n'est-il pas rare de voir des collections purulentes se former dans cette cavité à la suite des inflammations ganglionnaires, phlegmoneuses de la loge carotidienne, de même qu'à la suite des lésions thyroïdiennes. Les phlegmons de l'espace profond du cou, au contraire, fuseront dans le médiastin postérieur; des abcès du poumon peuvent aussi se faire jour dans cette cavité, enfin la présence de nombreux ganglions lymphatiques nous explique la fréquence des adénites et péri-adénites de toute nature, lesquelles détermineront fatalement l'inflammation du tissu cellulaire de la région. Les abcès du médiastin peuvent encore être symptomatiques d'une lésion osseuse d'origine traumatique ou diathésique. Ces différentes circonstances suffisent parfaitement à expliquer les suppurations du médiastin, et nous ne croyons pas à l'existence d'une médiastinite spontanée.

Symptômes. — Les symptômes généraux des abcès du médiastin varient beaucoup suivant les circonstances; le plus souvent le développement de ces abcès est très insidieux. Localement le patient accuse une sensation de gêne, de pesanteur derrière le sternum, avec difficulté de la respiration et quintes de toux. La percussion permet de reconnaître une matité plus ou moins étendue le long du sternum (MACLACHLAN).

Après un certain temps, une tumeur se développe dans la région sternale, principalement le long du bord gauche de l'os; elle présente tous les caractères d'un abcès, s'ulcère et laisse écouler du pus; un trajet fistuleux s'organise. Une sonde introduite par la fistule va pénétrer dans cette cavité; si l'on fait tousser le malade, le pus à chaque inspiration sort de la cavité par jets saccadés; dans le cas observé par l'un de nous, l'abcès, nous l'avons dit, était allé s'ouvrir en arrière du sterno-mastoidien droit, et une sonde introduite par la fistule descendait jusqu'à 18 centimètres de profondeur; il fut même possible, après avoir incisé une partie du trajet, de faire pénétrer jusqu'au fond de la cavité un grand trocart de Chassaignac.

Diagnostic. Pronostic. — L'existence de ces collections passe souvent inaperçue pendant la première période de leur développement. Plus tard, lorsque l'abcès est ouvert, la direction que prendra la sonde, l'influence qu'exerceront sur les mouvements des liquides les phénomènes respiratoires, mettront sur la voie du diagnostic. L'abcès étant reconnu, on cherchera par une étude rétrospective des symptômes, par l'examen de l'état général du malade, l'exploration attentive du squelette, à en déterminer la cause.

Ces suppurations sont loin d'être mortelles, mais en général elles présentent une longue durée; chez notre malade, pendant plus de deux ans, il fallut faire des injections phéniquées dans la cavité; s'il existe une lésion osseuse, le pronostic devient beaucoup plus grave; enfin il n'est pas absolument rare

de voir l'inflammation gagner les séreuses voisines (plèvre et péricarde).

Traitement. — Lorsque l'abcès vient faire saillie à l'extérieur, il faut l'ouvrir largement, en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques; on établira ensuite un drainage qui permettra les injections et l'écoulement du pus. Si l'orifice par où s'écoule ce liquide est insuffisant, surtout si ce liquide ne peut se faire jour à l'extérieur, faut-il, à l'exemple des auteurs du siècle dernier, LAMARTINIÈRE et J.-L. PETIT, trépaner le sternum pour lui assurer une voie d'écoulement? Cette conduite semble parfaitement rationnelle, cependant, en parcourant les différentes observations, il est facile de se rendre compte que l'intervention du chirurgien n'a pas toujours été favorable. La méthode antiseptique nous paraît appelée à modifier considérablement ces résultats. KOCHER a réséqué l'appendice xyphoïde chez un de ses opérés de thyroïdectomie, pour assurer le libre écoulement du pus qui avait envahi le médiastin antérieur.

2° TUMEURS DIVERSES DU MÉDIASTIN

Bibliographie. — MURCHINSON, *Gaz. hebd.*, 1859. — DAUDÉ, *Montpellier méd.*, 1871. — RENDU, *Arch. de méd.*, 1875. — EGER, *Arch. f. klin. Chir.*, 1875. — HAHN et THOMAS, *Arch. de méd.*, 1879. Thèses de Paris. — 1856, DESTORD. — 1872, SIEBERT. — 1881, AUBRY, GUGLIEMETTI.

Les tumeurs du médiastin sont peu communes. Les cancers forment la majorité des néoplasmes relatés par les divers auteurs. La variété encéphaloïde paraît avoir été plus souvent observée que le sarcome. Rarement le cancer du médiastin est primitif, ordinairement les ganglions de cette région sont envahis, alors qu'il existe déjà une lésion de même nature dans une des régions voisines. KOSTER donne pour origine à certains cancers le tissu cellulaire sous-pleural, enfin HÉDÉNIUS assigne un troisième point de départ à ces tumeurs, le thymus. D'après cet auteur, le thymus, chez les sujets plus âgés, devient parfois le point de départ de sarcomes de différentes formes qui ont peu de tendance à se propager aux organes voisins.

Immédiatement après le cancer, par ordre de fréquence nous devons signaler le lymphadénome. Il existe aussi quelques observations de kystes du médiastin. DESAULT et LARREY ont rapporté des faits semblables, GORDON cite un cas de kyste pileux. DANIEL MOLLIÈRE a trouvé sur un cadavre un kyste à échinocoques. Nous rappellerons la facilité avec laquelle les ganglions sont envahis par la matière tuberculeuse.

Symptômes. — Les symptômes des tumeurs du médiastin traduisent l'action exercée par le néoplasme sur les organes contenus dans cette cavité, aussi sont-ils peu marqués au début; les malades accusent à peine quelques quintes de toux et une légère oppression. Plus tard, les douleurs s'accroissent, la dyspnée devient plus marquée, la percussion permet de constater l'existence d'une matité dont l'étendue augmente peu à peu.

L'auscultation révèle des bruits divers, mais presque tous les auteurs ont noté une diminution dans l'intensité des bruits du cœur, qui deviennent sourds,

profonds; l'organe semble éloigné. Par suite de la compression des grosses veines, il existe quelquefois de l'œdème sur la face et les membres supérieurs, ou bien des dilatations veineuses assez marquées. Ces lésions ont une importance capitale.

Enfin on a signalé aussi la paralysie des muscles de la glotte avec l'aphonie, phénomènes dus à la compression des récurrents.

Diagnostic. — Le diagnostic est fort difficile au début; il faudra observer avec soin l'évolution des divers symptômes avant de pouvoir se faire une opinion. Dès que l'on soupçonne l'existence d'une tumeur du médiastin, on doit se demander quelle en est la nature. En thèse générale, comme il n'y a pas à compter avec les exceptions, on a des chances pour se trouver en présence d'une masse tuberculeuse ou cancéreuse; c'est du reste un point que permettront bientôt de trancher les antécédents du malade et la manière dont se comportera son état général.

Pronostic. Traitement. — Le pronostic de ces différentes tumeurs offre toujours une extrême gravité, l'envahissement incessant des ganglions par le néoplasme ne tarde pas à provoquer des phénomènes asphyxiques auxquels le malade finit par succomber. L'intervention chirurgicale dans une région aussi dangereuse nous paraît manifestement impossible; on se bornera donc à calmer la douleur et à soutenir les forces du patient.