

VI. — TUMEURS DE LA POITRINE.

I. — TUMEURS DES PAROIS THORACIQUES.

Elles ont leur point de départ dans les *parties molles* ou dans le *squelette*.

1° **Tumeurs des parties molles.** — La peau et ses annexes, le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles, présentent, au thorax comme ailleurs, les variétés de tumeurs décrites au tome I (1).

Nous ne ferons donc que signaler les *fibromes* de la peau, ou du tissu cellulaire sous-cutané; les *angiomes*, les *sarcomes*, qui ne présentent aucune particularité intéressante. La fréquence du *moluscum* au niveau de la peau dorsale est à noter.

Les *cancroïdes* ou *épithéliums cutanés*, moins fréquents qu'à la face, sont d'ordinaire la suite des tâches croûteuses, noirâtres, connues sous le nom de « crasses des vieillards », qu'il n'est pas très rare d'observer à la région thoracique antérieure.

Quant aux *kystes sébacés*, ils sont relativement rares.

De toutes les tumeurs des parties molles, les *lipomes* représentent la variété la plus fréquente; ils peuvent acquérir un volume considérable, tel un cas de Terrier (2) où le poids de la tumeur enlevée dépassait 10 kilos: il s'agissait d'un énorme myxo-lipome pédiculé de la région mammaire.

Comme dans toutes les autres régions, on pourra observer des *lipomes* et des *sarcomes intramusculaires*, des *épithéliomas secondaires*, par propagation des tumeurs du sein.

Nous signalerons surtout les *kystes hydatiques intramusculaires*, en raison des difficultés de diagnostic qu'ils présentent. Maguet, dans sa thèse (3), a trouvé 8 cas dans le grand pectoral sur 130 cas de kystes musculaires qu'il a réunis. Ils sont bien souvent confondus, jusqu'au moment de l'intervention, avec les tumeurs fluctuantes ou pseudo-fluctuantes des parois thoraciques à kystes congénitaux, kystes hématiques, abcès froids, lipomes. Dans une observation récente de M. Thiéry (4), un kyste hydatique du grand pectoral fut pris successivement pour un adéno-fibrome kystique de la mamelle, et un abcès froid d'origine costale.

2° **Tumeurs du squelette.** — Quelques-unes d'entre elles ont donné lieu, comme nous le verrons, à d'importantes interventions chirurgicales.

(1) Voy. tome I, LÉSIONS DE LA PEAU ET AFFECTIONS DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ, par J. L. Faure.

(2) F. TERRIER, Énorme myxome lipomateux de la paroi thoracique (*Revue de chir.*, 1894, p. 489).

(3) MAGUET, Kystes hydatiques des muscles volontaires; thèse de Paris, 1888.

(4) THIÉRY et LECŒUR, Kyste hydatique suppuré du grand pectoral (*Bull. de la Soc. anat.*, novembre 1896, p. 764).

Des *exostoses ostéogéniques* ou *acquises* peuvent siéger sur le sternum ou les côtes. Les exostoses ostéogéniques existent, d'ordinaire, en même temps qu'en d'autres points du squelette. Les exostoses acquises reconnaissent leurs causes habituelles: traumatisme ancien, inflammation de voisinage comme dans l'observation d'*ostéophyte costale pleurétique* rapportée par Parise (de Lille); ou bien des infections générales, la fièvre typhoïde (Dufour, Chantemesse et Widal, etc.), et surtout la syphilis.

Leur symptomatologie ne présente le plus souvent rien de spécial. Mais parfois leur localisation au niveau de certaines côtes pourra donner lieu à des signes particuliers. Verneuil a signalé deux cas d'exostose de la première côte comprimant le plexus brachial. Demarquay attire l'attention sur l'espèce de crépitation provoquée par le frottement du scapulum sur les exostoses costales en rapport avec lui.

Les *enchondroses* ne doivent pas être confondues avec les chondromes. Après Virchow, Pierre Delbet a décrit sous ce nom des tumeurs absolument bénignes qui naissent aux dépens des cartilages costaux. En général peu volumineuses, elles ne sont souvent que des trouvailles d'autopsie, et peuvent s'ossifier comme les cartilages dont elles proviennent (Virchow).

Demarquay signale deux cas de *fibromes* de la région précordiale qui paraissaient avoir pris leur point de départ dans le périoste des côtes. Nous n'avons pas trouvé de fait analogue.

Les *kystes hydatiques* des côtes et du sternum sont extrêmement rares. Sur les cinquante-deux observations réunies par Gangolphe (1), pas une fois le squelette thoracique n'était en cause.

Paget, à titre de curiosité pathologique, signale un kyste hydatique du sternum observé par Madelung.

Le groupe important des tumeurs pariétales d'origine osseuse, est constitué par les *chondromes* et les *sarcomes*.

Il s'agit souvent d'ostéo-sarcome secondaire à une tumeur primitive des membres: l'apparition de la tumeur thoracique coïncide avec celle d'autres noyaux de généralisation. Mais les côtes et le sternum peuvent être atteints primitivement.

Au point de vue de leur nature, ce sont presque toujours des tumeurs mixtes, jusqu'à un certain point comparables à celles de la parotide. Le chondro-sarcome, le myxo-sarcome, le lympho-sarcome, sont plus fréquents que les formes pures. Mais il ne faut plus se fier à la prétendue bénignité des enchondromes, car les faits de transformation maligne et de généralisation ne sont pas exceptionnels. D'après Paget, les tumeurs du sternum se rapprocheraient davantage du sarcome pur, et celles des côtes de l'enchondrome.

Quoi qu'il en soit, ce qui caractérise cette variété de néoplasme

(1) GANGOLPHE, thèse d'agrég. Paris, 1886.

et présente une grande importance pour la thérapeutique, c'est la propagation à la plèvre et au poumon, et aux différents organes du médiastin.

Nous passerons rapidement sur les *épithéliomes* ou *carcinomes* du squelette thoracique, toujours secondaires à un foyer épithéliomateux primitif plus ou moins éloigné. On connaît la fréquence de l'extension du cancer du sein aux côtes ou au sternum. Von Eiselsberg (1) a observé récemment la récurrence dans le sternum d'un cancer thyroïdien traité antérieurement par la thyroïdectomie totale : la cachexie strumiprivo, qui avait disparu avec l'apparition de la tumeur secondaire, reparut après la résection du manubrium dégénéré.

Les tumeurs malignes des côtes et du sternum ne présentent aucune symptomatologie spéciale, sauf que les organes thoraciques ne sont pas intéressés. Dans le cas contraire, on pourra trouver des symptômes pleuro-pulmonaires, frottements, matité, diminution ou absence du murmure vésiculaire, etc., en rapport avec l'extension profonde de la tumeur. Toutefois, de ce que ces signes manquent, il ne faut pas conclure à l'intégrité des organes sous-jacents, et c'est, d'ordinaire, au cours de l'opération seulement que le chirurgien a été conduit à s'attaquer à une propagation qu'il n'avait pas prévue d'une manière certaine. Dans un cas exceptionnel, Paget vit survenir des symptômes médullaires à la suite de l'envahissement du rachis.

L'importance de l'intervention chirurgicale, dans les tumeurs d'origine osseuse des parois thoraciques, varie suivant leur nature histologique. Facile, dans les tumeurs bénignes, elle ne dépassera jamais les proportions d'une simple résection costale.

Il n'en est plus ainsi pour les ostéo-chondromes ou sarcomes, et la nécessité de faire une exérèse totale a entraîné, parfois, le chirurgien à ouvrir la plèvre ou le péricarde, à sectionner le diaphragme, et à poursuivre dans le poumon la propagation d'une tumeur pariétale. C'est même seulement dans les cas de ce genre qu'ont été pratiquées les quelques pneumectomies connues pour néoplasmes. Le danger de ces opérations réside surtout dans la formation d'un pneumothorax total par suite de l'ouverture de la plèvre et de l'absence d'adhérences autour de la tumeur; nous y reviendrons à propos des tumeurs du poumon.

II. — TUMEURS DU POUMON.

Malgré ses rapides et récents progrès, la chirurgie pulmonaire n'a trouvé jusqu'à présent que des indications extrêmement restreintes

(1) VON EISELSBERG, XXIII^e Congrès allemand de chir., in *Centralblatt für Chir.*, 1894, n^o 30.

dans les néoplasmes du poumon, et il n'y a guère lieu d'espérer qu'elles s'étendront beaucoup dans l'avenir.

L'*épithélioma* et le *sarcome primitifs* du poumon sont extrêmement rares, et, d'ailleurs, les moyens de diagnostic dont nous disposons nous permettraient-ils d'affirmer, dans le cas où elle existerait, la localisation des noyaux suffisante et nécessaire pour justifier une intervention chirurgicale?

Aussi ne s'est-on jamais encore attaqué de propos délibéré aux néoplasmes pulmonaires, et la pneumectomie n'a encore été pratiquée que dans le cas de *tumeurs propagées* des parois thoraciques à la plèvre et au poumon. Ces interventions ne sont pas nombreuses, puisque Tuffier (1) n'a pu en rassembler que sept dans son récent rapport au Congrès de Moscou. Il s'agit chaque fois de sarcome ou de tumeur mixte, d'origine costale ou sternale, et c'est au cours de l'opération que le chirurgien a été amené à pratiquer l'excision d'un ou plusieurs noyaux pulmonaires.

Ces 7 opérations, dont la première date de loin, puisqu'elle appartient à Sédillot, ont donné 3 morts et 4 guérisons opératoires. Dans un cas de König, la mort est due à un pneumothorax consécutif à l'ouverture des bronches; un opéré de Weinechner mourut de pleurésie purulente trente-quatre heures après la pneumectomie; le troisième décès (Williams) doit être attribué aussi au pneumothorax et au collapsus pulmonaire.

C'est le pneumothorax, en effet, qui constitue le grand danger dans les pneumectomies pour tumeurs. Les manœuvres, nécessaires pour libérer le néoplasme, détruisent forcément les adhérences pleurales, et la pénétration large de l'air dans la plèvre est difficile à éviter. Même dans les cas heureux, nous voyons que les accidents du pneumothorax ont produit de vives alertes au cours de l'opération, comme dans les cas de Krönlein et de Müller.

Lorsque la plèvre est ouverte, M. Tuffier recommande de harponner rapidement le poumon rétracté et de le fixer aux lèvres de la plaie pariétale. On pratique ensuite l'ablation des noyaux pulmonaires, et on suture hermétiquement la plaie du poumon pour éviter le pneumothorax par issue de l'air bronchique. Lorsqu'elles seront applicables en clinique, les intéressantes expériences de MM. Tuffier et Quénu sur l'insufflation trachéale et la respiration sous pression, faciliteront beaucoup les interventions de ce genre.

Malgré leur gravité et malgré les chances de récurrence, les pneumectomies pour tumeurs thoraco-pulmonaires sont justifiées par la survie dont certains malades ont bénéficié. L'opéré de Müller, après ablation d'une petite récurrence superficielle, vivait encore cinq ans après la première intervention. La malade de Péan était

(1) TUFFIER, Chirurgie du poumon. Paris, 1897, p. 23.

en bonne santé après un an, et celle de Krönlen, malgré deux récives successivement enlevées, survécut plus de sept ans : ces résultats sont encourageants.

III. — TUMEURS DU MÉDIASTIN.

Parmi les nombreuses tumeurs qui peuvent envahir les organes du médiastin, un petit nombre seulement offrent de l'intérêt au point de vue chirurgical, et la plupart restent du domaine de la médecine.

C'est ainsi que les masses tuberculeuses de l'adénopathie trachéo-bronchique, les dégénérescences malignes secondaires des ganglions, ne peuvent prêter à aucune intervention. Il en est de même, d'ailleurs, pour les tumeurs malignes primitives, qu'elles siègent dans les ganglions ou dans les débris épithéliaux du thymus, et pour les néoplasmes du cœur ou du péricarde.

Les seules tumeurs qui intéressent le chirurgien sont celles qui, indépendantes des organes du médiastin, se sont développées dans le tissu cellulaire : les *kystes hydatiques* et les *kystes dermoïdes*.

Les KYSTES HYDATIQUES du médiastin restent d'une exceptionnelle rareté, et nous ne connaissons aucun fait nouveau depuis celui de Daniel Mollière (1), qui ne fut qu'une découverte d'autopsie.

Les KYSTES DERMOÏDES sont relativement plus fréquents, et c'est en somme à eux que se réduit, à peu près exclusivement, l'histoire des tumeurs chirurgicales du médiastin. Dardignac (2), en 1894, en a réuni vingt-trois cas, auxquels nous pouvons en ajouter un plus récent de Pflanz (3).

Leur *pathogénie*, encore mal fixée, a donné lieu à d'intéressantes théories, basées sur l'embryogénie. Celle de l'enclavement de Verneuil reste la plus satisfaisante, et nous pouvons admettre que l'ectoderme se trouve fixée sur la ligne médiane antérieure, au moment de la réunion des arcs costo-sternaux, et certains kystes dermoïdes trouveraient leur origine dans ces débris ectodermiques enclavés. D'autres, comme les kystes congénitaux du cou, résulteraient de l'évolution anormale des fentes et rainures branchiales. Les débris ectodermiques enclavés au niveau de la dernière fente branchiale accompagneraient le thymus et le cœur, lorsqu'ils accomplissent leur migration thoracique (4).

Mais la théorie s'applique mal à certains cas de tumeur complexe où l'épithélium pavimenteux était associé à l'épithélium cylindrique.

(1) D. MOLLIÈRE, *Soc. des sc. méd. de Lyon*, 1870, p. 27.

(2) DARDIGNAC, Tumeur dermoïde du médiastin antérieur (*Revue de chir.*, 1894, p. 776).

(3) ERNST PFLANZ, *Wiener klin. Wochenschrift*, 24 décembre 1896.

(4) MARFAN, Kyste dermoïde du médiastin antérieur (*Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 15 août 1891).

Peut-être faut-il admettre qu'il s'est produit un enclavement simultané de débris de l'ectoderme et de l'endoderme, contigu au niveau des rainures branchiales.

Le siège des kystes dermoïdes du médiastin parle en faveur de la théorie de l'enclavement. La partie supérieure du médiastin antérieur en est, en effet, le lieu d'élection, et presque tous ont été trouvés en rapport avec la poignée du sternum. Ils sont contigus ou adhérents aux différents organes du médiastin qu'ils refoulent, ce qui présente un intérêt capital au point de vue du traitement chirurgical de ces tumeurs. Dans un cas de Kuckmann, observé à la clinique de Roser, le kyste se rompit dans les bronches et l'expectoration de poils mit sur la voie du diagnostic. L'aorte fut perforée par le kyste dans un autre cas mortel (Buchner).

Au point de vue clinique, les kystes du médiastin se traduisent par la *symptomatologie* habituelle de toutes les tumeurs de cette région : les troubles de compression y tiennent le premier rang, et nous n'y insisterons pas ici. Disons seulement que le *diagnostic* de la nature de la tumeur est fort difficile, et que, sauf trois ou quatre exceptions, elle n'a été reconnue que sur la table d'autopsie. On ne peut être amené à soupçonner sa nature kystique et bénigne, que lorsque la tumeur traduit sa présence par une voussure thoracique, et surtout par l'apparition d'une saillie fluctuante dans un espace intercostal ou au-dessus du manubrium et de la clavicule. Une ponction exploratrice ne sera même pas toujours suffisante à renseigner sur le contenu de la poche, et nous voyons, dans les observations de Dardignac et de Pflanz, que c'est seulement après l'incision de la tumeur, que son contenu pili-sébacé devint révélateur de sa véritable nature.

Nous ne connaissons que trois cas où l'on soit intervenu par une opération sanglante. Roser, après avoir incisé le kyste au-dessus de la fourchette, dut établir une contre-ouverture en trépanant le sternum. Pflanz suivit récemment la même conduite. Dardignac, après résection de la 4^e côte droite, se contenta d'inciser la poche et de la drainer. Il ne semble pas permis de faire davantage.

VII. — HERNIE DU POUMON.

On donne le nom de hernie du poumon, de pneumocèle, à l'issue d'une partie du poumon à travers les parois thoraciques ou le diaphragme. Mais la hernie diaphragmatique est extrêmement rare ; on n'en connaît qu'un cas rapporté (Clifford Beale) (1).

Historique. — L'histoire de la hernie pulmonaire, bien que de date ancienne, puisque Roland, en 1499, en rapportait une observation, ne

(1) CLIFFORD BEALE, *The Lancet*, 28 janvier 1882.