

médiastin. Si, après un examen attentif, on conservait quelques doutes, une ponction avec une aiguille fine, pratiquée sur le bord du sternum, les ferait complètement disparaître.

Lorsque le pus a traversé la paroi thoracique, on se trouve en présence d'une tumeur fluctuante, partiellement réductible, se tendant par les efforts de toux. Ce signe appartient aussi aux pleurésies qui ont perforé la paroi thoracique; mais la percussion permet de limiter la matité à la région sternale. Le passage du pus sous la peau est lent à se faire. Si l'on n'était pas sûr du diagnostic, il vaudrait mieux l'attendre et ouvrir l'abcès avec précaution sur le bord du sternum; mais en présence d'un abcès bien constaté, même lorsque le sternum est intact et à plus forte raison s'il est altéré, on peut imiter la conduite de Galien, à qui l'on doit la première observation d'abcès du médiastin avec trépanation du sternum.

Quénu et Hartmann ont communiqué à la Société de chirurgie, le 4 février 1891, le plan d'une opération qui a pour but de pénétrer chirurgicalement dans le médiastin postérieur. Il est peu probable que cette opération, destinée dans la pensée des auteurs au traitement des corps étrangers et peut-être des cancers de l'œsophage, puisse être utilisée dans le cas d'un abcès profond de la poitrine.

QUATRIÈME PARTIE

TUMEURS DE LA POITRINE

CHAPITRE PREMIER

TUMEURS DES PARTIES MOLLES

Elles ne présentent rien de spécial au thorax, en dehors peut-être du *molluscum pendulum*, qui est très commun sur la peau du dos. Signalons du côté du tégument cutané des kystes sébacés, des angiomes, des fibromes, des sarcomes, des épithéliomas, des carcinomes, dont quelques-uns, faussement attribués à la peau, ne sont parfois que des tumeurs mammaires développées dans un prolongement anormal ou anormalement développé de la glande.

Les lipomes sont plus communs que les tumeurs précédentes; ils sont souvent un peu difficiles à distinguer des nombreux abcès chroniques que nous avons décrits dans la paroi thoracique.

Dans la couche musculaire se rencontrent des fibromes, des sarcomes et des kystes hydatiques. Ces derniers ne sont pas très rares. On en trouve de nombreux exemples dans la thèse inaugurale de Marguet⁽¹⁾, qui les divise en deux groupes: les kystes développés dans les muscles qui recouvrent la cage thoracique et les kystes développés dans les muscles intercostaux. Les premiers sont simples et faciles à reconnaître. On a pu cependant prendre un petit kyste suppuré pour un ganglion enflammé de l'aisselle. Les kystes des muscles intercostaux offrent cette particularité de pouvoir proéminer à la fois au dehors et à l'intérieur de la cavité thoracique.

Les kystes congénitaux de la paroi thoracique nous sont déjà connus (voy. p. 649).

CHAPITRE II

TUMEURS DU SQUELETTE

Les enchondromes tiennent le premier rang au point de vue de la fréquence. Ces tumeurs sont encore rares et surtout rarement primitives. Elles siègent, soit sur la face externe des côtes, soit sur les cartilages (enchondroses de Virchow). Exceptionnellement on les trouve à la face interne (cas de Dufour),

(1) MARGUET, Thèse inaug. de Paris, 1888, n° 55.

au niveau de la tête des côtes, d'où elles pénétraient dans le canal rachidien par les trous de conjugaison (cas de Paget). Elles forment des masses souvent très volumineuses qui peuvent proéminer du côté du poumon, se propager à la plèvre et aux poumons et se généraliser. On connaît quelques observations d'enchondrome sternal.

Les *exostoses costales* seraient plus fréquentes qu'on ne le croit; mais en général, quand on trouve des exostoses sur les côtes, on en rencontre aussi ailleurs (Verneuil). Elles peuvent consister dans la simple exagération de l'angle antérieur; elles se développent quelquefois sur la portion des côtes recouverte par le scapulum, d'où dans les mouvements de cet os des bruits de frottement particuliers (Boinet, Demarquay, Terrillon, 1874). Parise a décrit en 1849, sous le nom d'*ostéophyte costale pleurétique*, une exostose consécutive à l'inflammation pleurale. La face externe du sternum est aussi le siège d'exostoses; elles sont généralement d'origine syphilitique.

Demarquay a rapporté deux observations de *fibromes*, paraissant originaires du périoste des côtes.

Des sarcomes malins et particulièrement des sarcomes myéloïdes prennent parfois naissance sur les côtes et sur le sternum; mais les mêmes os sont plus souvent envahis secondairement par des productions malignes: lymphadénomes, sarcomes, carcinomes, principalement à la suite des cancers du sein ou du médiastin. Celles de ces tumeurs qui occupent le sternum simulent parfois assez bien des tumeurs du médiastin et particulièrement des anévrysmes de la crosse aortique. Ces diverses tumeurs ne donnent lieu qu'à des indications thérapeutiques restreintes. La résection partielle des côtes est simple et sans danger lorsqu'elle est peu étendue. Dans les cas graves, on lui donnera toute l'ampleur nécessaire, dût-on ouvrir largement la cavité pleurale et mettre à nu, pour enlever le néoplasme dans sa totalité, le poumon et le cœur.

Kœnig rapporte deux observations de résection du sternum tout entier pour tumeur, l'une de Küster, l'autre de lui-même, toutes les deux suivies de succès; ces interventions sont dangereuses, et malheureusement elles ne présentent pas beaucoup de chances de guérison définitive.

CHAPITRE III

TUMEURS DU MÉDIASTIN

Elles n'ont guère été étudiées qu'au point de vue purement médical. L'intervention chirurgicale est rarement de mise dans ces affections. Presque toujours il s'agit d'affections malignes primitives, ou quelquefois, mais le fait est bien rare, consécutives à des lésions de même nature développées dans les régions voisines: carcinome, sarcome, lympho-sarcome. Des infiltrations tuberculeuses dans les ganglions péricaréo-bronchiques peuvent aussi constituer des masses énormes, de véritables tumeurs du médiastin.

Les tumeurs bénignes sont rares mais curieuses, ce sont des kystes pour la plupart dermoïdes. Desault et Larrey, Gordon et d'autres en ont cité des exemples.

Marfan en a montré, en 1891, à la Société anatomique, un bel exemple qui ne s'était traduit pendant la vie par aucun symptôme.

Finkler (*Berlin. klin. Wochens.*, 4 avril 1887) a signalé une tumeur complexe du médiastin formée par le mélange d'un lymphome et d'un kyste dermoïde.

Daniel Mollière a trouvé sur le cadavre un kyste à échinocoques. Dardignac, dans un travail récent (*Revue de chir.*, 1894, p. 776), a pu réunir 22 observations de kystes dermoïdes du médiastin.

Nous n'entreprendrons point l'étude clinique des tumeurs du médiastin. Rappelons que les signes principaux résident dans les phénomènes de compression, dont les résultats sont variables, suivant l'organe comprimé et dans la recherche de la matité rétro-sternale.

Kœnig et Küster, comme je le disais plus haut, ont largement ouvert le médiastin pour enlever des tumeurs malignes; mais celles-ci avaient pris naissance dans le sternum. Röser, dans un cas de kyste dermoïde rétro-sternal, fut conduit à trépaner le sternum. Il avait d'abord ouvert cette poche au-dessus de la fourchette sternale; des accidents de décomposition putride l'amènèrent à faire à travers l'os une contre-ouverture qui permit de désinfecter le contenu du kyste et de l'évacuer (Kœnig, *Traité de pathologie chirurgicale*. Trad. franç., t. II, p. 57); C'est la seule intervention de ce genre que nous connaissions.

CHAPITRE IV

HERNIE DU POUMON

La hernie du poumon ou pneumocèle est tout à fait comparable à la hernie abdominale. Elle est constituée par l'issue hors de la cavité thoracique et la saillie sous les téguments d'une portion variable du poumon. L'existence d'une enveloppe cutanée la distingue nettement de la hernie traumatique des plaies de poitrine.

Historique. — Plater⁽¹⁾, dans ses *observations* (1641), a relaté le premier fait connu de hernie du poumon; mais il faut arriver au mémoire de J. Cloquet en 1819⁽²⁾ pour trouver une description complète de l'affection. Depuis cette époque, Cruveilhier a publié en 1852, dans son *Anatomie pathologique*, les détails de la seule autopsie de pneumocèle pratiquée jusqu'ici, et la Société de chirurgie de Paris s'est occupée deux fois de cette question: en 1847, à l'occasion d'un intéressant mémoire de Morel-Lavallée, et en 1856. Tous ces travaux ont été fort bien résumés dans la thèse de Desfosses, qui renferme un total de 22 observations (Thèse de Paris, 1875).

Division. — Étiologie. — Mécanisme. — On a indiqué plutôt que décrit une *hernie congénitale*. On peut dire que cette malformation est extrêmement

⁽¹⁾ PLATER, *Observations*, lib. I, obs. XL, p. 696.

⁽²⁾ J. CLOQUET, *De l'influence des efforts sur les organes enfermés dans la cage thoracique*. *Nouveau Journal de méd.*, t. VI, p. 528.