

MALADIES DU MÉDIASTIN

Par le D^r A.-B. MARFAN

Médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

ADÉNOPATHIES ET TUMEURS DU MÉDIASTIN

Le médiastin, cavité limitée en avant par le sternum, en arrière par la colonne vertébrale et latéralement par les feuillets réfléchis des deux plèvres, renferme des organes d'une importance capitale : le cœur et les gros vaisseaux, la trachée et les bronches, l'œsophage et les nerfs sympathique, pneumogastrique, récurrent, phrénique, ainsi que les rameaux qui émanent de ces nerfs pour se rendre aux divers organes contenus dans la cavité médiastine. Toutes ces parties sont contenues dans une masse cellulo-graisseuse très riche en ganglions lymphatiques.

La pathologie de la plupart de ces organes est exposée dans d'autres chapitres de ce livre; les affections du cœur et du péricarde, de l'aorte, de l'œsophage, de la trachée et des bronches, des plèvres médiastines font l'objet d'études spéciales.

Les inflammations du tissu cellulaire du médiastin sont suppuratives ou fibreuses. Les abcès, simples ou tuberculeux, se développent primitivement dans le médiastin, ce qui est rare en dehors du traumatisme, ou ils proviennent du cou, d'une carie de la colonne vertébrale, du sternum ou des côtes. Ces abcès sont du ressort de la chirurgie. Les inflammations fibreuses du tissu cellulaire sont habituellement consécutives aux péricardites chroniques; elles accompagnent la symphyse cardiaque; aussi la médiastino-péricardite chronique fibreuse est-elle étudiée avec les affections du péricarde.

Nous ne nous occuperons donc, dans les pages qui suivent, que des adénopathies et des tumeurs du médiastin. Dans cette description, nous allons réunir des états morbides de nature fort différente; mais ces états que la pathologie sépare, la clinique les offre au médecin sous un même aspect; le syndrome de la compression des organes du médiastin est commun à presque tous, ce qui permet de les décrire dans un même chapitre.

Historique. — I. Dans l'histoire des adénopathies et tumeurs du médiastin, c'est la *tuberculose des ganglions bronchiques* ou *phtisie bronchique* qui a été tout d'abord reconnue et étudiée.

Dans son *Traité des scrofules*, publié en 1780, Labouette dit qu'il a observé, chez de jeunes enfants, des dégénérescences scrofuleuses des ganglions lymphatiques qui accompagnent la trachée et ses divisions; pendant la vie, ces lésions s'étaient traduites par les signes suivants : enrrouement et aphonie; oppression

habituelle et accès de dyspnée simulant l'asthme; pouls petit, fréquent et serré; toux semblable à celle qu'on observe dans la coqueluche; bouffissure du visage; quelquefois il a observé des épanchements de sérosité dans les plèvres et le péricarde; il indique enfin, comme une complication rare, la suppuration des ganglions du tissu conjonctif voisin, formant des abcès qui peuvent s'ouvrir au dehors, pénétrer dans le poumon ou se rompre dans la plèvre. Tous ces signes, Lalouette les attribue à l'induration, au gonflement et à la suppuration des ganglions, au tiraillement et à l'irritation des nerfs qui s'y distribuent et les avoisinent (1). Il suffirait d'ajouter à cette description de Lalouette les signes fournis par la percussion et par l'auscultation pour avoir un tableau clinique de la phtisie bronchique presque aussi complet que celui que nous possédons aujourd'hui. Malheureusement ce travail ne fit pas grand bruit; et les recherches ultérieures, dues à des auteurs qui ne le connaissaient pas, vont établir peu à peu ce que Lalouette avait vu du premier coup.

En 1810, Cayol cite dans sa thèse trois observations d'ulcérations de la trachée causées par le voisinage de ganglions caséux chez l'adulte.

En 1824, Gedéon Leblond fit paraître une thèse intitulée : *Sur une espèce de phtisie particulière aux enfants* (2). Ce travail, qui renferme des observations de Guersant et de Berton, eut la bonne fortune d'appeler sur ce sujet l'attention des médecins français; c'est le seul que cite Laënnec dans le court chapitre qu'il a consacré aux affections des glandes bronchiques; il n'offre pourtant rien de bien nouveau.

Deux ans après, en 1826, un médecin allemand, Becker, écrit sur la matière une monographie remarquable surtout par l'érudition (3). Il rassemble beaucoup de faits isolés, épars dans la littérature médicale et concernant les dégénérescences les plus diverses des ganglions intra-thoraciques, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte. Mais il ne mentionne ni le travail de Lalouette, ni la thèse de Leblond. Il rappelle qu'avant lui, Malpighi, Morton, Portal, Lenhosseck, Broussais avaient avancé que la tuberculose pulmonaire consistait dans une altération particulière des ganglions, opinion aujourd'hui abandonnée, les recherches modernes ayant montré qu'il n'existe pas de glandes lymphatiques au sein du poumon dans les points qu'occupent ordinairement les tubercules.

Laënnec et Andral reproduisent, à peu de chose près, la description de Leblond. En 1854, H. Ley publie différents articles sur l'inspiration rauque des enfants et ses rapports avec un état morbide des ganglions thoraciques et cervicaux (4). En 1840, Rilliet et Barthez font connaître dans les *Archives de médecine* leurs premières recherches sur l'anatomie pathologique de la phtisie bronchique, et plus tard, dans leur célèbre *Traité clinique et pratique des maladies de l'enfance*, ils en donnent une description magistrale.

Des recherches ultérieures, dues à Marchal (de Calvi), Richet, Bazin, Potain, Lereboullet (5), montrent que la tuberculose des ganglions bronchiques s'observe très fréquemment chez l'adulte.

II. Mais la tuberculose des ganglions bronchiques n'est pas la seule forme

(1) Cette mise en lumière du travail de Lalouette est due à M. Lailler. « M. le D^r Lailler, dit N. Guéneau de Mussy, a fait connaître à M. Baréty ce travail qui est probablement le plus ancien de tous sur ce sujet et qui est incontestablement le plus remarquable. »

(2) *Thèse de Paris*, 1824.

(3) *De glandulis thoracis lymphaticis atque thymo specimen pathologicum*. Berlin, 1826.

(4) *London medical Gazette et Gaz. méd.*, 1854.

(5) *Recherches cliniques sur l'adénopathie trachéo-bronchique*, 1874.

d'adénopathie qu'on puisse observer; c'est ce que s'efforcèrent de prouver Noël Guéneau de Mussy et son élève Baréty (1). Depuis les recherches de ces auteurs, on décrit sous le nom d'*adénopathie trachéo-bronchique* tous les états morbides des ganglions du médiastin, de quelque nature qu'ils soient. Signalons à ce propos les études de Cadet de Gassicourt, Jules Simon et Grancher (2).

III. Pendant que l'histoire des lymphadénites trachéo-bronchiques s'édifie, celle des *tumeurs du médiastin* se constitue aussi peu à peu. En 1845, H. Gintrac décrit des signes de compression intra-thoracique, et son travail attire l'attention sur les diverses lésions qui peuvent engendrer ces signes. En 1875, il n'existait encore sur les tumeurs du médiastin que des travaux disséminés, quand M. Rendu les réunit dans une remarquable revue (3). Plus tard, dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, M. Dieulafoy traçait à nouveau un excellent tableau d'ensemble des signes de compression du médiastin. Enfin, des recherches anatomiques récentes ont montré que les tumeurs primitives vraies du médiastin se développent aux dépens soit des ganglions lymphatiques, soit du thymus ou de ses débris atrophiques.

ÉTIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES ADÉNOPATHIES ET TUMEURS DU MÉDIASTIN

Anatomie normale des ganglions du médiastin. — Avant d'entrer dans cette étude, il est bon d'exposer, en quelques mots, l'anatomie normale des ganglions lymphatiques. Nous prendrons pour nous guider les recherches de Baréty.

Rappelons d'abord que les ganglions cervicaux profonds forment deux chaînes, l'une qui est en avant, l'autre en arrière, du faisceau vasculo-nerveux du cou; ces deux chaînes pénètrent dans le thorax et se rejoignent pour former une anse qui se comporte comme le nerf récurrent : à droite, elle embrasse l'artère sous-clavière droite; à gauche, la crosse de l'aorte.

Ces deux anses ganglionnaires reçoivent chacune les chaînes ganglionnaires pariétales et viscérales du médiastin. Par leur partie postérieure, elles reçoivent la chaîne œsophago-aortique; par leur partie antérieure, la chaîne qui suit la mammaire interne et celle qui suit la sous-clavière; par leur partie moyenne, elles se continuent avec les ganglions péritrachéo-bronchiques.

Ce sont les *ganglions péritrachéo-bronchiques* qui nous intéressent le plus, en raison de leurs affluents bronchiques et pulmonaires et de leurs connexions avec les organes importants du médiastin. On peut les diviser en quatre groupes :

1^o Le *groupe juxta-trachéal droit* (groupe prétrachéo-bronchique droit de Baréty) est situé sur le côté droit de la trachée, dans l'angle formé par la trachée et la bronche droite. Ce groupe est beaucoup plus considérable que le groupe symétrique du côté gauche; il est en rapport : en avant, avec la veine cave supérieure et la crosse aortique; en arrière, avec le pneumogastrique; à droite, avec le lobe supérieur du poumon droit; à gauche, avec la trachée; en bas, avec la bronche droite, la grande veine azygos, et la branche

(1) De l'adénopathie trachéo-bronchique; *Thèse de Paris*, 1875.

(2) Les adénopathies trachéo-bronchiques; *Leçons recueillies par LE GENDRE*.

(3) Des tumeurs malignes du médiastin; *Arch. de méd.*, 1875, t. II, p. 447 et 715.