

Parmi les tumeurs *bénignes*, on a cité le *fibrome* et le *lipome*; mais les plus intéressantes sont les *kystes dermoïdes*.

Les kystes dermoïdes du médiastin ne sont pas très rares; j'ai pu en réunir 12 observations à propos d'un fait que j'ai observé moi-même⁽¹⁾. Ils siègent toujours dans la loge thymique, peuvent acquérir les dimensions d'une tête de fœtus, et renferment de la matière sébacée, des poils, quelquefois des os et des cartilages. Ils n'arrivent que rarement à comprimer les organes du médiastin. Ils peuvent cependant se rompre dans les bronches, et donner lieu à un phénomène caractéristique: l'expectoration de poils. Leur siège, presque toujours le même, indique que leur développement dépend d'une disposition embryologique spéciale. On ne peut les faire naître directement du thymus, puisqu'il est admis aujourd'hui, même par His, qui avait soutenu d'abord l'opinion contraire, que les amas épithéliaux du thymus sont d'origine endodermique et non ectodermique. Ils résultent probablement d'un enclavement de l'ectoderme qui se produit au niveau de la dernière rainure branchiale, en face de la portion endodermique qui est le rudiment du thymus. Ces kystes, primitivement cervicaux, descendent ensuite avec le thymus et le cœur (qui au début de la vie fœtale sont aussi situés dans le cou) jusque dans la portion supérieure du médiastin antérieur.

b) *Tumeurs parasitaires*. — Ce groupe ne renferme que les *kystes hydatiques* du médiastin, dont l'histoire est très obscure et dont on ne connaît guère que cinq cas⁽²⁾.

c) *Tumeurs anévrysmales*. — Au point de vue clinique, l'anévrysme de l'aorte doit être considéré comme une tumeur du médiastin, parce que souvent son expression symptomatique est réduite à celle de la compression des organes du médiastin.

SYMPTÔMES COMMUNS A TOUTES LES ADÉNOPATHIES ET TUMEURS DU MÉDIASTIN

Au début, le tableau clinique des affections du médiastin est souvent obscur; mais, à mesure que la maladie se confirme, apparaissent des symptômes dont la signification est plus précise. On peut les grouper sous deux chefs: 1° symptômes résultant de la compression des organes du médiastin; 2° symptômes révélés par l'examen physique.

I. Symptômes résultant de la compression des organes du médiastin.

a) *Compression des veines*. — La compression peut porter sur la veine cave supérieure, les troncs brachio-céphaliques veineux, la grande veine azygos et les veines pulmonaires. Elle peut entraîner une oblitération complète ou incomplète, ou une thrombose. L'oblitération des veines peut encore être réalisée, lorsqu'un néoplasme les envahit, par une phlébite cancéreuse végétante.

« Quand la veine cave supérieure est comprimée, l'arrivée du sang par cette

(1) A.-B. MARFAN, Kyste dermoïde du médiastin antérieur; *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, août 1891; *Bull. de la Soc. anat.*, juillet 1891. — DARDIGNAC, Tumeur dermoïde du médiastin antérieur; *Revue de chirurgie*, n° 9, 10 sept. 1894, p. 776. — ERCHORN, *Arch. f. klin. Chir.*, LVI, 1.

(2) RICHTER, *Journ. de chir.*, 1827, t. I. — ALIBERT, *Journ. hebd. de Paris*, 1828, t. II. — SIMON, *Journ. des connaissances médico-chir.*, 1840. — D. MOLLIÈRE, *Soc. des sciences médic. de Lyon*, 1870, p. 27. — ROSE, *Lancet*, 25 nov. 1895, p. 1508.

voie dans l'oreillette droite est difficile ou impossible; il en résulte une stase sanguine dans tous les départements qui déversent leur sang dans les affluents de la veine cave supérieure, c'est-à-dire dans la tête, dans les membres supérieurs et dans la partie supérieure du thorax. A la suite de cette stase sanguine on voit apparaître la dilatation des veinules sous-cutanées qui normalement sont à peine apparentes; des réseaux bleuâtres se montrent sur le thorax, sur les épaules, sur les bras, etc.; les veines jugulaires sont dilatées. Cette stase veineuse est suivie de la formation d'une circulation collatérale ou complémentaire, c'est-à-dire que le sang, qui régulièrement se déverse dans l'oreillette droite par la veine cave supérieure, suit maintenant une voie détournée, et cherche à atteindre le même but par la veine cave inférieure. Cette voie détournée, le sang la traverse au moyen des anastomoses profondes et superficielles qui relient le système cave supérieur au système cave inférieur, et qui, pour le besoin actuel, prennent un volume 5, 4, 10 fois plus considérable. Ces anastomoses sont la grande et la petite veine azygos, les veines intercostale, mammaire interne, épigastrique, sous-cutanée abdominale, circonflexe iliaque. C'est grâce à ces voies détournées que le sang du système cave supérieur cherche à se déverser dans le système cave inférieur pour remonter dans l'oreillette droite. Il s'ensuit que, dans ces cas anormaux, le courant du sang se fait de haut en bas dans les veines cutanées du thorax et de l'abdomen, et il est facile de se convaincre du sens du courant, en refoulant le sang d'un segment veineux dilaté et en supprimant alternativement la compression à l'extrémité supérieure ou à l'extrémité inférieure du segment exsangue. Si la grande veine azygos participe à la compression, le rétablissement de la circulation a lieu seulement par la veine cave inférieure; dans le cas contraire, le système azygos, qui se déverse dans la veine cave supérieure, prend sa part au rétablissement de la circulation. En résumé, la stase sanguine dans les vaisseaux veineux, la situation topographique de ces réseaux et la direction du courant sanguin, forment par leur réunion un indice précieux qui permet de remonter à l'origine du mal, c'est-à-dire à l'obstacle de la circulation dans le médiastin. »

« Quand la circulation collatérale est suffisante, les troubles sont peu marqués; dans le cas contraire, on voit apparaître l'œdème des mains et de la face, les lèvres sont violacées et les yeux injectés, le malade éprouve des vertiges, des épistaxis, de la céphalalgie (Rilliet et Barthez ont même cité des faits d'hémorragie méningée); en un mot, les signes de la congestion céphalique par stase veineuse. » (Dieulafoy.)

En résumé, *développement de la circulation collatérale, œdème et cyanose de la tête, du cou et des mains*, tels sont les principaux signes dont l'association doit faire penser à une compression de la *veine cave supérieure*⁽¹⁾.

Les *veines pulmonaires* peuvent aussi être comprimées; il en résulte de la congestion passive du poumon qui s'accompagne souvent d'hydrothorax. L'hydrothorax se produit plus facilement si la veine azygos est comprimée. On a même dit que la compression isolée de la grande veine azygos pouvait donner naissance à un hydrothorax du côté droit seulement. La compression des veines pulmonaires engendre rarement des hémoptysies. Cependant Rilliet et Barthez ont observé un cas où d'énormes ganglions tuberculeux comprimaient les veines pulmonaires et où il se produisit une hémoptysie foudroyante; à l'au-

(1) Voyez COMBY, Oblitérations de la veine cave supérieure; *Soc. méd. des hôp.*, 8 janvier 1892.

topsie on ne trouva aucune trace d'effraction vasculaire, mais seulement quelques ecchymoses pulmonaires.

b) *Compression des artères.* — Les artères, mobiles et plus résistantes, échappent en général à la compression; mais elles sont souvent déplacées.

L'aorte peut être élevée et être sentie aisément avec les doigts introduits derrière le sternum; dans ce cas, s'il n'y a pas de signes de lésions aortiques, c'est qu'il existe une tumeur du médiastin⁽¹⁾.

On a observé quelquefois la compression de l'artère sous-clavière ou du tronc brachio-céphalique, avec diminution de l'amplitude du pouls radial dans le côté correspondant. On a noté aussi le pouls paradoxal, c'est-à-dire celui qui diminue d'ampleur ou disparaît même tout à fait à chaque inspiration (*pulsus inspiratione intermittens*).

Enfin l'artère pulmonaire ou ses branches peuvent être comprimées; quand la compression porte sur le tronc, il se peut qu'on entende un bruit de souffle systolique au niveau du deuxième espace intercostal gauche. L'ulcération de ces vaisseaux a été observée un certain nombre de fois; elle se traduit par des hémoptysies foudroyantes⁽²⁾.

c) *Compression de la trachée, des bronches et du poumon.* — Quand la compression s'exerce sur la trachée ou les grosses bronches, si elle est légère, l'auscultation permet d'entendre un ronchus trachéal ou bronchique remarquable par sa fixité; si elle est considérable, elle engendre le cornage, le tirage, l'affaiblissement du murmure vésiculaire avec conservation de la sonorité normale, tous signes que nous connaissons déjà (voyez *Rétrécissement de la trachée et des bronches*). Lorsque la compression est le fait d'une masse solide ganglionnaire qui entoure les bronches, les bruits bronchiques sont renforcés et l'on entend un souffle rude, tubaire, limité à la région qui va de la pointe de l'omoplate à la colonne vertébrale; ce *souffle interscapulo-vertébral* a une grande importance pour le diagnostic. Pendant l'inspiration, il offre quelquefois le caractère du bruit de succion, il est humé (N. G. de Mussy). Il peut être assez fort pour simuler un souffle caverneux ou même amphorique.

D'autres phénomènes peuvent traduire encore la compression de la trachée et des bronches. L'*expansion thoracique* est souvent diminuée d'un seul côté. Si l'on en croit N. Guéneau de Mussy, lorsque la maladie dure longtemps, cette diminution de l'expansion thoracique entraînerait à la longue une dépression, une rétraction thoracique avec abaissement de l'épaule et scoliose, comme dans la pleurésie. Le même auteur pense que, chez les enfants, la scoliose définitive peut être le résultat d'une adénopathie de longue durée.

On observe aussi des *modifications du type respiratoire*; le nombre des respirations est diminué; l'inspiration et surtout l'expiration sont très allongées; la main appliquée sur le thorax décèle un mouvement ondulatoire dû à ce que l'entrée et la sortie de l'air se font en plusieurs temps; dans ces cas, les battements du cœur sont accélérés. Ces phénomènes ont été signalés par M. Grancher, qui y voit une application de cette loi de Marey: « Si l'on respire par un tube étroit, le rapport des battements du cœur et des mouvements respiratoires

⁽¹⁾ JACCOUD, *Sem. méd.*, 1891, n° 12, p. 83.

⁽²⁾ Voyez GUÉNEAU DE MUSSY (7 cas); et aussi: SALMON, *Thèse de Paris*, 1868. — ALDIBERT, Deux cas d'adénopathie trachéo-bronchique avec hémoptysies foudroyantes; *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, février 1891, p. 69. — JEANSELME, De l'hémoptysie foudroyante par perforation vasculaire chez l'enfant au cours de l'adénopathie trachéo-bronchique; *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, février 1892, p. 57.

change; la respiration devient plus rare, et les battements du cœur plus fréquents. »

L'*abaissement rythmique et systolique du larynx* a été signalé dans l'anévrysme de la partie postéro-inférieure de la portion transversale de la crosse de l'aorte, portion qui est à cheval sur la racine de la bronche gauche (signe d'Oliver); mais ce signe ne serait pas propre à l'anévrysme et pourrait s'observer, d'après Auerbach⁽¹⁾, dans le cas d'une tumeur du médiastin adhérent à la fois à la bronche gauche et à la face inférieure du larynx.

Le poumon lui-même peut être comprimé par les tumeurs du médiastin; il en résulte un collapsus atelectasique qui, s'il est très étendu, donnera naissance à des signes physiques qui compliqueront encore les résultats de l'auscultation et de la percussion. La compression du poumon a été accusée de produire aussi de la bronchopneumonie ou de la gangrène pulmonaire; mais ces altérations résultent probablement de la compression des nerfs pneumogastriques, dont les lésions expérimentales peuvent, on le sait, produire des effets analogues.

d) *Compression des nerfs.* — La compression du *nerf pneumogastrique* se traduit ordinairement par des effets d'irritation centripète. La toux prend le caractère *coqueluchoïde*; elle est violente, rauque, quinteuse, revient par accès; mais elle se distingue en général de la vraie toux de la coqueluche par l'absence d'une reprise inspiratoire bruyante au milieu de la quinte. La toux coqueluchoïde est souvent suivie de vomissements. A la dyspnée continue qui résulte de la compression de la trachée et des bronches, il se joint, par le fait de la compression des nerfs vagues, une *dyspnée par accès* nocturnes ou diurnes, qui peut prendre la forme de l'asthme chez les individus prédisposés par l'hérédité neuro-arthritique⁽²⁾. Baréty et Dieulafoy ont observé de l'*angine de poitrine* (névralgie du plexus cardiaque) dans des cas où le nerf pneumogastrique droit était congestionné et adhérent à des ganglions tuméfiés. Le *ralentissement du pouls* par l'irritation du nerf vague est fort rare; M. Rendu n'en cite qu'un cas dû à M. Guignard. Beaucoup plus fréquemment on observe de la *tachycardie* (120 à 150 pulsations par minute); ce phénomène, constaté par Leudet, Pasturaud, Merklen⁽³⁾, etc., est attribué à la paralysie du pneumogastrique, peut-être à tort, car la loi de Marey, que nous venons de citer, explique cette tachycardie d'une manière toute mécanique. Dans la plupart des cas où le pneumogastrique est en jeu, M. Peter a montré que la pression exercée sur le tronc de ce nerf au niveau du cou est fort douloureuse⁽⁴⁾.

La compression du *nerf récurrent* donne naissance à des altérations de la voix qui résultent, soit d'une paralysie de la corde vocale correspondante au nerf récurrent lésé (diagnostic facile à vérifier au laryngoscope), soit au spasme de la glotte dû à l'excitation d'un des nerfs récurrents; Krishaber a établi en effet qu'il suffit de l'excitation d'un seul nerf récurrent pour produire le spasme glottique. Rappelons ici que quelques auteurs ont voulu rapporter à une adénopathie bronchique et à l'excitation du récurrent qui en résulte le spasme nocturne de la glotte qui caractérise la laryngite striduleuse ou faux croup.

⁽¹⁾ *Deutsch. med. Woch.*, 22 février 1900.

⁽²⁾ JOAL, De l'asthme ganglionnaire; *Arch. de méd.*, avril 1891.

⁽³⁾ MERCKLEN, De la tachycardie dans l'adénopathie trachéo-bronchique de la coqueluche; *Soc. méd. des hôp.*, nov. 1887.

⁽⁴⁾ LETULLE, Troubles fonctionnels du pneumogastrique; *Thèse d'agrégation*, Paris, 1885.

La compression du *nerf phrénique* peut donner naissance à une névralgie diaphragmatique avec ses points douloureux caractéristiques, à une dyspnée spéciale, quelquefois à du hoquet.

La compression du *grand sympathique* peut se manifester par l'inégalité des pupilles et par la rougeur unilatérale du visage et de l'oreille.

Enfin, il peut arriver que des tumeurs cancéreuses atteignent les *nerfs intercostaux* dans la gouttière costo-vertébrale; il en résulte des névralgies intercostales très rebelles avec irritations douloureuses dans le bras.

e) *Compression de l'œsophage.* — La dysphagie qu'on observe dans les tumeurs du médiastin est due à diverses causes. Quand elle est constante, elle est due à la compression de l'œsophage par la tumeur. Quand elle est intermittente, et qu'elle se produit sous forme d'accès paroxystiques et douloureux, elle est due à un spasme de l'œsophage et du pharynx (œsophagisme, pharyngisme) consécutif à l'excitation du nerf récurrent dont certaines branches se rendent à la partie supérieure de l'œsophage et au constricteur inférieur du pharynx.

Letulle a cité un cas de perforation œsophagienne par un ganglion tuberculeux qui s'était ouvert aussi dans la cavité de la plèvre, ce qui avait causé une pleurésie purulente; il en résultait une fistule pleuro-œsophagienne: les lavages de la plèvre ramenaient des débris d'aliments assez volumineux⁽¹⁾.

II. *Signes physiques.* — Nous avons déjà noté, chemin faisant, la plupart des signes physiques que l'on peut observer dans les adénopathies et les tumeurs du médiastin. Nous allons ajouter quelques détails complémentaires.

À l'inspection, on note parfois une *déformation de la région*; il y a un soulèvement de la première pièce du sternum et de l'extrémité interne de la clavicule, surtout du côté droit; rarement il y a usure des os, comme dans l'anévrysme de l'aorte. En cas de tumeur maligne, on trouve dans diverses régions, mais surtout dans le creux sus-claviculaire, des ganglions indurés, ligneux, dont la constatation est parfois très utile au diagnostic.

La pression dans les régions malades réveille souvent une sensation pénible ou une douleur véritable. La palpation rétro-sternale et rétro-claviculaire permet parfois de sentir des masses néoplasiques.

La percussion donne un son mat au niveau de la tumeur. N. Guéneau de Mussy a bien précisé les deux *aires de matité* qu'on observe dans les adénopathies; le son est diminué en avant dans la région sternale, au niveau du manubrium, des deux premières articulations chondro-sternales, de la partie interne des deux premiers espaces intercostaux, des articulations sterno-claviculaires et de la partie interne des clavicules (aire ganglionnaire antérieure); il est diminué plus souvent encore en arrière, dans la région scapulo-vertébrale, au niveau des trois premières vertèbres dorsales et de la septième vertèbre cervicale (aire ganglionnaire postérieure).

Les résultats fournis par la percussion et l'auscultation du poumon peuvent être modifiés par les signes d'une condensation pulmonaire (néoplasie, tuberculose, atélectasie) ou d'un épanchement pleural.

Enfin, très souvent, l'examen du cœur permet de reconnaître que cet organe est déplacé et abaissé.

(1) LETULLE, *Sem. méd.*, 1890, p. 577.

FORMES CLINIQUES, DIAGNOSTIC, PRONOSTIC ET TRAITEMENT DES ADÉNOPATHIES ET TUMEURS DU MÉDIASTIN

Dans le tableau d'ensemble que nous venons de tracer, nous avons réuni tous les signes que l'on peut rencontrer dans les adénopathies et les tumeurs du médiastin. Ce tableau est forcément un peu théorique. Il ne faut pas croire en effet qu'on le rencontre habituellement aussi complet. Il existe d'abord des formes latentes où aucun signe fonctionnel n'attire l'attention et où la matité sternale et scapulo-vertébrale, le souffle interscapulaire sont les seuls symptômes constatés. Dans d'autres cas, un signe prédomine et efface tous les autres, si bien que l'affection peut simuler les maladies les plus diverses: l'asthme, la coqueluche, la laryngite.

Pourtant, dans la généralité des faits, les signes observés mettent sur la trace d'une compression des organes du médiastin; l'œdème, la vénosité et la cyanose de la face, du cou et des bras; la dyspnée par accès ou la dyspnée continue avec tirage et cornage; la raucité de la voix, la toux coqueluchoïde, la dysphagie, l'inégalité pupillaire, attirent l'attention. Si à ces troubles fonctionnels se joignent les signes physiques suivants: matité sternale et interscapulaire, souffle rude au hile du poumon, affaiblissement unilatéral de la respiration avec conservation de la sonorité normale, on sera certain qu'il existe une affection du médiastin qui comprime les organes contenus dans cette cavité.

Au début, on peut hésiter; on peut penser à l'emphysème, à la bronchite, à une affection du cœur, à la phtisie pulmonaire. Mais il est rare qu'on ne soit pas mis sur la voie par un phénomène insolite, par exemple l'absence d'expectoration, ou le désaccord des signes d'auscultation avec le diagnostic porté en premier lieu.

Il est facile d'éliminer les abcès du médiastin; s'ils sont tuberculeux, ils viennent du cou ou du rachis, plus rarement du sternum ou des côtes; l'examen de ces parties éclairera l'observateur; quant aux abcès simples, ils sont le plus souvent traumatiques et se distinguent par les phénomènes fébriles et la rapidité de l'évolution.

Le diagnostic de l'existence d'une compression médiastine établi, s'il s'agit d'un enfant, on pensera à une lymphadénite simple ou tuberculeuse; s'il s'agit d'un sujet adulte ou âgé, on pensera à un néoplasme du médiastin ou à un anévrysme de l'aorte. Nous allons entrer dans quelques développements à ce sujet. Mais, auparavant, indiquons comment on peut faire le diagnostic du siège de la tumeur; cela nous facilitera le diagnostic de sa nature et nous aidera à établir le pronostic.

Formes cliniques suivant le siège de la tumeur. Diagnostic du siège. — Au point de vue médical, on peut partager le médiastin en deux régions distinctes: la région inférieure ou cardiaque qui n'a pour nous en ce moment aucun intérêt, et la région supérieure ou sus-cardiaque, qui est le siège d'élection des adénopathies et des tumeurs.

Cette région sus-cardiaque s'étend du sternum au rachis et comprend deux plans: l'un, antérieur ou vasculaire, renferme la veine cave et les veines bra-