

Perforation de l'œsophage par un sarcome médiastinal : contribution à l'étude des sarcomes de la région médiastinale / par Ernest Rotschy.

Contributors

Rotschy, Ernest.
Université de Genève.

Publication/Creation

Genève, 1897 (P. Dubois)

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/rq8z26q9>

License and attribution

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

UNIVERSITÉ DE GENÈVE
INSTITUT PATHOLOGIQUE

PERFORATION DE L'ŒSOPHAGE

PAR UN

SARCOME MÉDIASTINAL

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES SÂRCOMES
de la région médiastinale

DISSERTATION INAUGURALE

*présentée à la Faculté de Médecine de Genève
pour obtenir le grade de docteur*

PAR

Ernest ROTSCHY

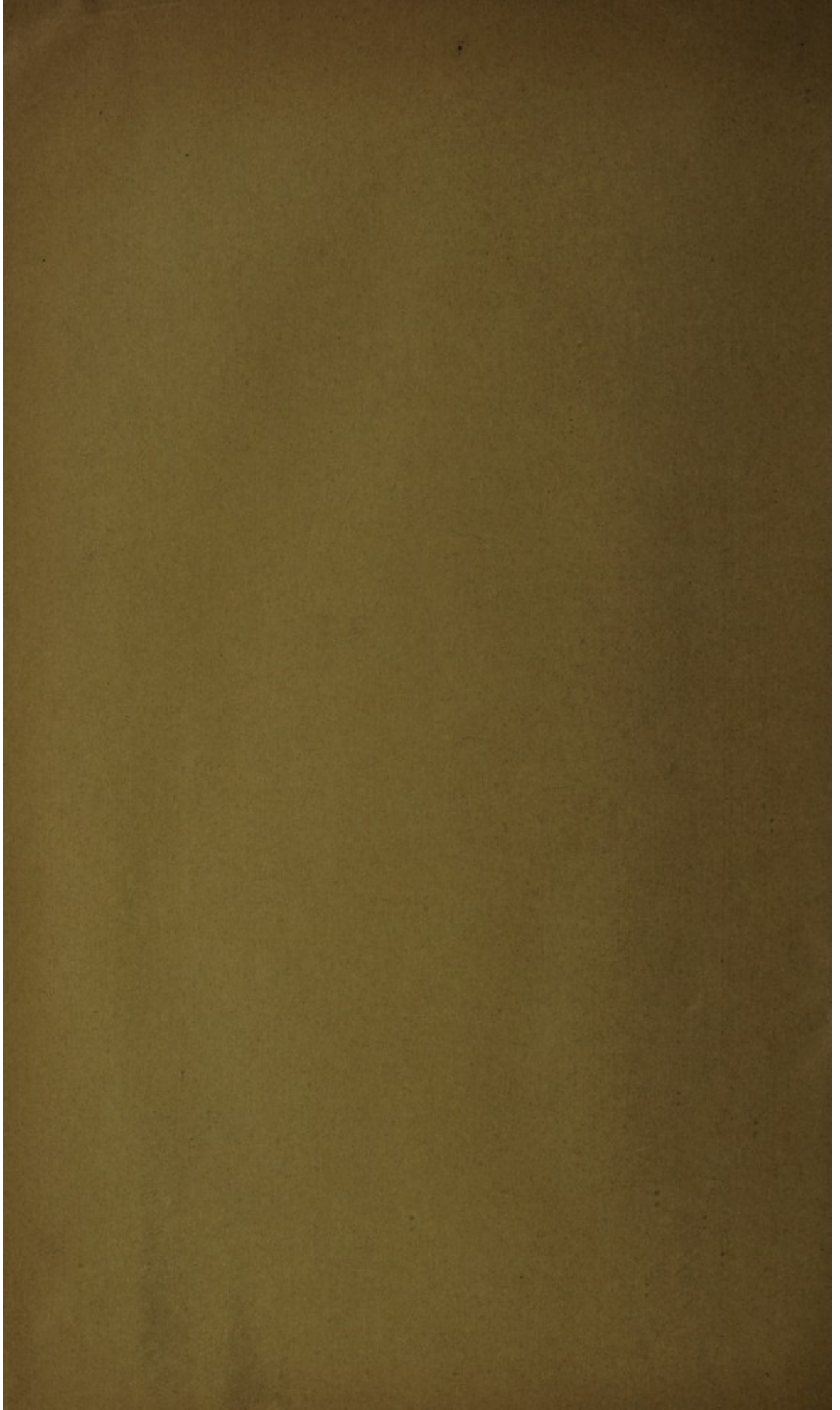
assistant d'Anatomie pathologique.



GENÈVE

IMPRIMERIE P. DUBOIS, QUAI DES MOULINS

1897



UNIVERSITÉ DE GENÈVE
INSTITUT PATHOLOGIQUE

PERFORATION DE L'ŒSOPHAGE

PAR UN

SARCOME MÉDIASTINAL

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES SARCOMES
de la région médiastinale

DISSERTATION INAUGURALE

*présentée à la Faculté de Médecine de Genève
pour obtenir le grade de docteur*

PAR

Ernest ROTSCHY

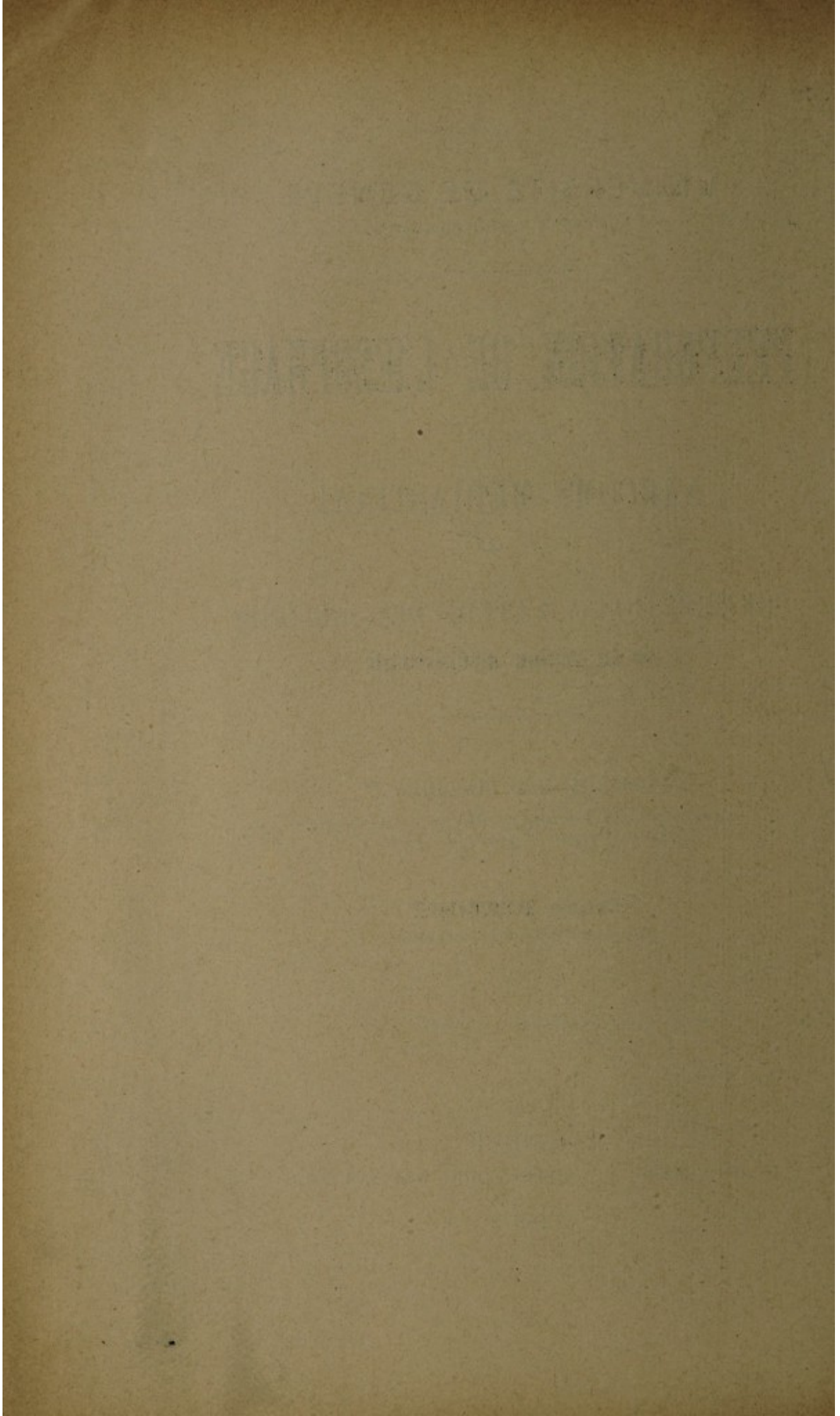
assistant d'Anatomie pathologique.



GENÈVE

IMPRIMERIE P. DUBOIS, QUAI DES MOULINS

—
1897



A MES PARENTS

A MON MAITRE FRÉD.-WILH. ZAHN

JÉMOIGNAGE DE RECONNAISSANCE

A M. LE PROF. S. ŁASKOWSKI

La Faculté de Médecine autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Le Doyen,
A.-H. VAUCHER.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU SARCOME

de la région médiastinale.

La présence de tumeurs primitives de la région médiastinale est un fait qui a été constaté depuis longtemps mais leur rareté relative, la confusion qui a régné quant à leur nature, et le peu de détails anatomo-pathologiques dont sont accompagnées les observations antérieures à la première moitié de ce siècle, expliquent pourquoi la plupart des ouvrages de Pathologie ne les citent pas ou ne leur consacrent que quelques lignes, sans entrer dans des détails plus complets. Les cas les plus anciens cités dans la littérature, ne l'ont été qu'à titre de curiosité, et ce n'est guère qu'au commencement de ce siècle que quelques auteurs s'en sont occupés plus spécialement au point de vue clinique et à cause des symptômes souvent graves que peuvent déterminer ces tumeurs.

Déjà en 1742 Boerhave¹ raconte avoir trouvé une tumeur lardacée (Stéatoma) dans le médiastin antérieur du marquis de Saint-Aubin, tumeur qui pesait 7 livres. Plus tard Lieutaud² rapporte quelques cas analogues et Bayle³ en 1812, après avoir noté la rareté relative des carcinomes primitifs de la cage thoracique par rapport à la cavité abdominale, pose les premiers jalons du diagnostic de ces tumeurs. A ce moment l'on ne faisait au-

cune distinction entre les différents types de néoplasme du médiastin, et on ne leur appliquait que la dénomination générale de « masses cancéreuses intrathoraciques », sans rechercher leur origine, sans les étudier au point de vue de leur structure et Lobstein ⁴ le premier en 1835 proposa de les appeler « tumeurs rétropleurales », terme qui préjuge moins de leur nature, et il admet comme leur siège primitif le système lymphatique et les ganglions de cette région.

Environ à la même époque, Bouillaud ⁵ cite également trois cas de carcinomes médiastinaux dont la présence ne fut constatée qu'à l'autopsie ; Gintrac ⁶ en 1845 en rapporte 7 cas, puis ce furent Pfaff ⁷, Kilgour ⁸, Walshe ⁹, Köhler ¹⁰ qui jusqu'en 1853 s'occupèrent de cette question, rapportant des cas nouveaux, et les étudiant surtout au point de vue clinique.

Avec l'extension progressive des services hospitaliers et les facilités toujours plus grandes de pouvoir rassembler un matériel clinique plus considérable et faire des autopsies plus nombreuses, les cas publiés de tumeurs primitives du médiastin atteignirent une fréquence relative et ils furent étudiés plus exactement tant au point de vue clinique qu'anatomo-pathologique.

Comme pour les néoplasmes en général, nous pouvons diviser les tumeurs du médiastin en deux grandes classes : les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes. Parmi les premières nous comptons les fibrômes, les lipômes, les lymphômes, les kystes dermoïdes et mucoïdes, et parmi les secondes, les carcinomes et les sarcômes. Cette distinction n'a sa raison d'être qu'au point de vue anatomo-pathologique, car, cliniquement parlant, un fibrôme comprimant un organe important de cette région, donnera des symptômes beaucoup plus gra-

ves qu'un carcinome ou un sarcome qui par son siège n'occasionnera pas de troubles fonctionnels. En consultant la littérature sur ce sujet, nous avons pu nous convaincre que la majeure partie des tumeurs primitives observées dans le médiastin, appartiennent au groupe des tumeurs malignes, et Riegel ¹¹, dans une statistique portant sur 42 cas dont le diagnostic était sûr, releva 33 cas de tumeurs malignes, carcinomes et sarcomes, 4 cas de fibromes et 5 cas de kystes dermoïdes.

Ne pouvant pas faire rentrer dans le cadre restreint de ce travail toutes les tumeurs citées, nous nous sommes bornés à relever, autant que le matériel qui était à notre disposition le permettait, les cas de sarcomes médiastinaux éparpillés dans la littérature, à en faire un tableau schématique pour discuter après leur origine, leur développement, leurs complications et leurs symptômes. Nous avons été engagés à cela après avoir eu l'occasion de faire l'autopsie d'un homme atteint de sarcome du médiastin avec une perforation de l'œsophage. Nous ne donnerons qu'un court résumé des symptômes cliniques présentés par les malades et nous ne relèverons sous la rubrique « autopsie », que les altérations des organes qui peuvent être mises en relation avec la tumeur médiastinale. Le tableau ci-joint ne contient que les cas examinés microscopiquement et dont la nature a été précisée d'une façon positive, et à sa suite nous décrirons plus en détail le cas qui nous a engagé à entreprendre le présent travail, et qui est très intéressant surtout au point de vue de la perforation de l'œsophage.

Observation personnelle. — L'histoire clinique du malade, que nous devons à l'obligeance de M. le prof. Revilliod, et que nous ne donnons qu'en résumé, met

principalement en vue les symptômes d'une affection nerveuse et rien n'y est relevé qui, du vivant du patient, aurait pu faire songer à la présence d'une tumeur médiastinale.

Le 2 août 1896, le nommé Br... D., âgé de 45 ans, scieur de pierres, entre à l'hôpital en proie à un accès diagnostiqué comme crise d'épilepsie. Depuis 8-10 jours il souffrait de violente céphalalgie, surtout dans la région temporale gauche, se sentant très faible sur les jambes, et les symptômes qui prédominent pendant son séjour à l'hôpital, sont : ataxie, démarche ébrieuse, sensibilité tactile amoindrie et toujours une céphalalgie très-forte. Le 6 août il reprend une crise avec mouvements spasmodiques et contracture du bras gauche ; les pupilles sont dilatées, la langue déviée à droite. Son état empire continuellement et après avoir constaté la présence de pus dans une tumeur fluctuante de la région temporo-pariétale gauche, on le transfère dans la clinique chirurgicale, où on lui fit la trépanation et ponctionna le cerveau avec un troicart. Le 26 août il mourait sans que pour les autres systèmes il eût présenté aucun symptôme pouvant être mis en rapport avec une tumeur médiastinale et nous relevons tout spécialement que jamais il n'avait présenté de vomissements ou de la dysphagie.

Diagnostic clinique : carie du temporal, abcès méningé.

Autopsie. — Le 28 août 1896 M. le prof. Zahn procéda à l'autopsie, dont tout l'intérêt se concentra pour nous sur une tumeur du médiastin avec perforation de l'œsophage.

Homme de grande taille avec coloration brunâtre de la peau ; ventre ballonné, rigidité cadavérique peu pronon-

cée, pas d'œdème malléolaire. La cavité abdominale ne contient pas de liquide ; l'appendice vermiforme est très long et la partie supérieure de l'S Iliaque lui est adhérente près de son origine. Dans les adhérences qui entourent l'appendice, se trouvent de nombreuses nodosités, de grandeur variable et d'aspect gélatineux, formées par des kystes séreux. Le diaphragme remonte à droite jusqu'au bord inférieur de la IV^{me} côte, à gauche jusqu'au bord inférieur de la V^{me}. Le foie ne dépasse pas le rebord des fausses-côtes.

Les poumons sont normalement placés, laissant le péricarde libre sur une étendue normale ; ni le sternum, ni le péricarde ne présentent d'altération.

Le cœur, en position normale, n'offre rien de particulier extérieurement ; l'aorte est suffisante, la mitrale perméable. Dans le cœur droit nous ne constatons rien de particulier, le trou de Botal est fermé.

Dans le cœur gauche on ne constate qu'un épaissement diffus de l'endocarde et un fort épaissement de la membrane interne à l'origine de l'aorte avec deux légères pertes de substance et la présence d'une petite excroissance de date récente sur une des valvules aortiques.

Le poumon gauche laisse échapper un liquide muco-purulent à la section de la bronche, la plèvre qui le tapisse est normale et à part un œdème du parenchyme et quelques foyers récents de broncho-pneumonie du lobe inférieur, il n'offre pas d'altérations.

Le poumon droit présente, au-dessous de son hile, une adhérence intime avec une tumeur située au-dessous de la bifurcation de la trachée et recouverte par le feuillet postérieur du péricarde auquel elle adhère ; au-dessus de cette adhérence qui ne semble être que la continuité

directe de la tumeur, le poumon droit présente encore un noyau blanchâtre, gros comme une petite noix et qui à la coupe se montre comme faisant corps avec la tumeur principale qui a envahi le poumon.

La tumeur, grosse comme un poing, arrondie, bosselée et partout recouverte d'une épaisse coque conjonctive fibreuse, siège à la limite des deux médiastins, à environ 4 centimètres au-dessous de la bifurcation de la trachée qui est complètement libre; elle repose presque sur le diaphragme sans toutefois lui être adhérente et mesure à peu près 12 centimètre de haut sur 10 de large. Cette tumeur présente des adhérences très fortes, surtout à droite avec le poumon, dans sa partie postérieure située au-dessous du hile et avec la partie externe droite de l'œsophage. Ce dernier est libre dans sa partie postérieure et refoulé en arrière, à gauche. En incisant sa paroi postérieure, on constate une forte dilatation de sa partie inférieure qui mesure 80 millimètres et va en diminuant jusqu'à environ 125 millimètres au-dessus du cardia, tandis qu'en haut il ne mesure que 45 millimètres de circonférence. A 35 millimètres au-dessus du cardia, sur sa face antérieure, proémine une tumeur, à travers une perforation de la paroi œsophagienne, d'environ 15 millimètres sur la muqueuse. Cette tumeur arrondie, à surface irrégulière, déchiquetée, mesure 35 millimètres dans son diamètre vertical et 45 millimètres dans son diamètre transversal; elle est en partie ramollie, d'aspect blanc grisâtre et fait corps avec la tumeur médiastinale décrite plus haut, si bien qu'en comprimant la partie inférieure du poumon droit, elle fait saillie et sort en masse par la perforation de l'œsophage. Les bords de cette perforation, qui mesure environ 35 millimètres de haut sur 30 millimètres de large, sont très nets, comme si elle avait été faite à l'emporte-

pièce; la muqueuse ne présente pas d'altération à cet endroit et d'ailleurs sur tout le trajet de l'œsophage, on ne remarque que la desquamation due à l'autodigestion post mortem.

Avec un stylet on pénètre librement sous les bords de la perforation, qui sont tapissés par la muqueuse, même sur une partie de leur face postérieure, comme si la muqueuse était recroquevillée par dessus les bords. A 2 centimètres au-dessous de la perforation le stylet fait saillie sous la muqueuse de l'œsophage, très amincie à cet endroit, où elle présente également une desquamation plus forte qu'ailleurs et une teinte bleuâtre. Evidemment nous avons là une destruction de la paroi externe de l'œsophage et pour peu que le processus néoplasique eût duré plus longtemps, nous aurions une nouvelle perforation à cet endroit.

Après avoir incisé latéralement les adhérences et la coque fibreuse de la tumeur, nous constatons que cette dernière est formée d'un tissu blanc grisâtre avec quelques foyers rougeâtres, d'aspect grumeleux, encéphaloïde; elle est composée de plusieurs tumeurs secondaires, grosses comme des noix, qui ne sont que lâchement adhérentes entre elles; et en râclant leur surface avec le couteau, on obtient un suc laiteux contenant beaucoup de matière grumeleuse.

A droite la tumeur se continue directement dans le poumon, où elle forme les foyers déjà décrits; elle envahit également la paroi externe conjonctive et la paroi musculaire de l'œsophage, excepté autour de la perforation, où l'on distingue nettement la réflexion de la muqueuse qui va en s'amincissant et tapisse encore la face postérieure des bords de la perforation sur une étendue d'environ 15 millimètres. Plus en dehors, les parois

de l'œsophage sont envahies par la tumeur qui pousse un fort prolongement contre l'œsophage, à l'endroit déjà indiqué où ses parois sont plus minces, et envahit en partie la coque conjonctive qui l'entoure.

On ne retrouve pas de lésions de la trachée, des bronches, des gros vaisseaux, des nerfs ni des ganglions péribronchiques. La tumeur est nettement localisée et nous n'avons nulle part la moindre métastase; les organes abdominaux ne présentent pas de lésion appréciable; seule l'aorte est le siège d'une endartérite chronique déformante assez prononcée.

L'autopsie du cerveau n'offrant aucun intérêt pour la question qui nous occupe, nous nous bornons à mentionner la présence de plusieurs abcès siégeant en partie dans la substance grise, en partie dans la substance blanche de l'hémisphère gauche, dans la région temporo-pariétale et près du lobule paracentral; les ventricules, le bulbe, le cervelet, la moelle allongée ne présentent rien d'anormal.

Diagnostic anatomique. — Tumeur sarcomateuse du médiastin postérieur, provenant des ganglions lymphatiques, avec envahissement du poumon droit et perforation dans l'œsophage. Bronchopneumonie et œdème du poumon gauche. Endocardite verruqueuse récente d'une valvule aortique. Endartérite chronique déformante de l'aorte. Ancienne péritonite adhésive avec formation de kystes séreux dans la région de l'appendice vermiforme.

Abcès multiples du cerveau situés dans l'hémisphère gauche; abcès sous-cutané de la région temporo-pariétale gauche.

L'examen bactériologique des abcès intracérébraux, fait avec les préparations fraîches sur lamelles, les cul-

tures sur l'agar et la gélatine, nous a démontré la présence du « *Staphylococcus pyogenes aureus* » à l'état pur.

Pour l'*examen microscopique* de la tumeur, nous avons pris des coupes de la partie proéminent dans l'œsophage, du centre de la tumeur, de sa coque conjonctive, du poumon droit, de la paroi externe de l'œsophage où celui-ci est déjà envahi et des bords de sa perforation. Dans toutes les parties de la tumeur nous avons retrouvé la structure caractéristique du sarcome à cellules fusiformes ; ces dernières serrées les unes contre les autres forment des faisceaux, des travées qui s'enchevêtrent les unes dans les autres et quelquefois se résolvent en deux et trois faisceaux secondaires ou se terminent en tourbillons. Entre les travées longitudinales, on aperçoit la section transversale d'autres faisceaux, dont les cellules varient de grandeur, aussi bien quant aux contours qu'au noyau, qui fait même quelquefois défaut dans les plus petites cellules, suivant la hauteur à laquelle a porté la coupe. Les éléments cellulaires sont nettement fusiformes à la périphérie de la tumeur, avec grand noyau ovale, contenant quelquefois deux ou trois nucléoles et remplissant presque toute la cellule ; le protoplasma visible aux deux pôles effilés de la cellule est clair, granuleux, entouré d'une membrane distincte. La membrane conjonctive qui entoure la tumeur, est envahie par place et envoie des prolongements dans son intérieur, où l'on retrouve quelques travées de tissu conjonctif adulte avec des vaisseaux à fortes parois, dont le calibre est rétréci par la prolifération des cellules endothéliales.

Les vaisseaux appartenant en propre à la tumeur sont assez nombreux ; leur paroi est formée d'une simple

couche endothéliale qui est directement adossée aux cellules sarcomateuses, ce qui contraste avec les vaisseaux préexistants dont les parois sont très épaisses et qui se retrouvent surtout à la périphérie de la tumeur. Ailleurs, dans les parties qui correspondent macroscopiquement aux foyers rougeâtres, l'on retrouve des lacunes sanguines sans aucune délimitation précise par rapport à la tumeur et l'on y voit les éléments cellulaires mélangés aux globules rouges qui s'infiltrent entre eux ; souvent nous avons une zone rougeâtre contenant du pigment sanguin sans que les globules même y soient conservés, ce qui indique qu'il y a eu des hémorragies dans l'intérieur de la tumeur et explique la coloration rouillée qu'elle présente par places. Au centre de la tumeur, les éléments cellulaires tendent à prendre une forme arrondie, les travées longitudinales y sont plus rares et l'on n'y rencontre plus de tissu conjonctif adulte, ni de vaisseaux à fortes parois.

Nous n'avons pas pu trouver de tissu lymphoïde dans ces différentes parties de la tumeur, ce que nous espérons afin d'avoir une donnée plus exacte sur son origine.

Les parois de l'œsophage sont également envahies et les faisceaux musculaires séparés par les mêmes éléments sarcomateux qui s'infiltrent entre les différentes couches ; les vaisseaux dans le voisinage de l'envahissement sont épaissis, leur endothélium en voie de prolifération en obstrue presque complètement la lumière, tandis que dans la tumeur même on rencontre des capillaires de nouvelle formation.

Il est remarquable que justement près de la perforation de l'œsophage, où la tumeur passe en bouton de chemise, elle n'ait pas envahi les bords, qui sont très nets et re-

couverts par la muqueuse. Une coupe faite à travers ces bords ne présente au microscope aucune trace de tumeur, nous n'y voyons qu'une infiltration conjonctive inflammatoire marquée surtout dans la partie postérieure; la muqueuse, recouverte d'un épithélium pavimenteux stratifié, se réfléchit sur les bords de la perforation et recouvre encore la face postérieure de la perte de substance; l'épithélium encore stratifié à cet endroit, présente également des papilles à sa base, qui disparaissent peu à peu, à mesure que l'épithélium s'amincit et s'atrophie. Nulle part la muqueuse ne fait défaut autour de la perte de substance sur la face externe de l'œsophage, où elle forme un cercle large d'environ 15 millimètres. En dehors de ce cercle, les couches musculaires sont mises à nu et encore plus en dehors, les parois de l'œsophage sont déjà envahies par la tumeur.

Le foyer néoplasique pulmonaire se continue directement avec la tumeur principale dont il a exactement la même structure microscopique.

Discussion. — Il est difficile d'admettre qu'une pareille perforation de l'œsophage n'ait occasionné aucun symptôme, aucun trouble de la déglutition qui eût permis de la diagnostiquer; il est probable que le malade a dû en présenter, mais que ces derniers ont passé inaperçus en présence du tableau cérébral très chargé que nous trouvons dans son histoire clinique. Ce sont surtout les renseignements antérieurs à son entrée à l'hôpital, et malheureusement ils manquent, qui auraient pu permettre un diagnostic, car la tumeur a dû se développer graduellement et lentement puisque l'œsophage a eu le temps de s'élargir suffisamment pour que la déglutition, quoique probablement gênée, fut encore possible.

Le siège même qu'occupe la tumeur, placée en arrière du cœur où elle ne comprimait ni nerfs ni vaisseaux, explique pourquoi rien ne décelait sa présence et comment, supposé que l'on eût à sa disposition tous les renseignements antérieurs, le diagnostic d'une lésion primitive de l'œsophage eût été plus probable qu'une tumeur du médiastin.

Nous ne nous arrêtons pas aux abcès cérébraux, qui ont été la cause de la mort et qui proviennent certainement d'une infection partie du foyer de la tumeur, quoique l'on n'ait pas retrouvé de pus collecté dans celle-ci, mais bien des foyers d'hémorragies qui ont pu être infectés par le passage continu des aliments.

Quant à l'origine de cette tumeur, il n'y a guère que deux possibilités : elle est partie de l'œsophage ou des ganglions lymphatiques sous-trachéobronchiques. Macroscopiquement la participation primitive de l'œsophage peut être éliminée par le fait que justement aux bords de la perforation, nous ne retrouvons pas d'adhérences, pas de continuité directe avec la tumeur, que ces bords sont libres et même tapissés par la muqueuse sur leur face externe et microscopiquement le fait que l'épithélium tapisse également les deux faces de ces bords libres, exclut l'idée d'une tumeur primitive de l'œsophage et au contraire donne beaucoup de probabilité à une affection primitive des ganglions. Ce qui parle surtout en faveur de cette dernière hypothèse, c'est la localisation, la forme bosselée et la forte membrane conjonctive de la tumeur. Nous avons cherché dans de nombreuses coupes une trace quelconque de tissu lymphatique dans le centre ou à la périphérie, mais nous n'avons pas réussi à en trouver et les derniers vestiges des ganglions détruits par le tissu sarcomateux ne sont que les quelques travées

de tissu conjonctif adulte, surtout développées à la périphérie de la tumeur, où elles semblent la cloisonner, et les vaisseaux sanguins préexistants reconnaissables à leurs épaisses parois.

Pour que la coque conjonctive des ganglions, recouverte par la plèvre médiastinale, ait pu réagir et se renforcer pareillement de manière à enkyster la tumeur et à opposer une véritable barrière à sa croissance périphérique, il faut que cette dernière se soit faite d'une manière très lente, ce qui concorde aussi avec la nature des cellules qui sont fusiformes, et ont plus de tendance à se rapprocher, du type conjonctif adulte, que les cellules rondes qui composent essentiellement les sarcomes à marche rapide.

Le point le plus intéressant de notre observation, est la perforation de l'œsophage, qui de prime-abord nous semblait être due à l'envahissement de la tumeur par continuité directe. Macroscopiquement et microscopiquement on ne saurait admettre un pareil processus, car les bords de la perforation sont nettement séparés du néoplasme, libres sur toute leur étendue, recouverts par la muqueuse et ne présentent aucune infiltration néoplasique. Nous avons également songé à une atrophie par compression, comme M. le prof. Zahn¹² en a décrit dans deux cas, où, sans aucun doute, la paroi utérine dans l'un et l'S iliaque dans l'autre, avaient été perforés de cette manière. Si macroscopiquement cette hypothèse est admissible, elle perd toute sa probabilité à l'examen microscopique qui, dans ce cas, devrait présenter un tissu atrophié avec des vaisseaux oblitérés, sans épithélium ni papilles sur la face postérieure de la perforation. Et même si l'on admettait une prolifération épithéliale par dessus les bords de la perforation, nous ne devrions re-

trouver aucune papille à la face postérieure, car ce sont les couches supérieures de l'épithélium qui prolifèrent par dessus les solutions de continuité, et non pas la couche des papilles. Le fait que même les couches musculaires sont repliées sur elles-mêmes, comme nous le voyons dans les coupes provenant des bords de la perforation, parle également contre l'hypothèse d'une atrophie par compression.

Nous ne pouvons donc pas expliquer de cette manière la formation de cette perforation à travers laquelle le néoplasme sort comme un bouton de chemise et la seule hypothèse qui nous ait paru plausible et qui s'accorde avec les constatations macroscopiques et microscopiques, est la suivante :

Il a existé antérieurement à la tumeur, à l'endroit de la perforation, un diverticule de traction de l'œsophage comme il s'en rencontre fréquemment dans les adénopathies médiastinales, qui a attiré en dehors la paroi antérieure de l'œsophage et provoqué de ce fait la formation d'une poche. L'âge du malade vient à l'appui de notre hypothèse, car sur 30 cas de diverticules que nous avons relevé dans les procès-verbaux des autopsies faites à l'Institut Pathologique de Genève, 24 existaient chez des malades ayant dépassé 40 ans. Si le siège de ce diverticule n'est pas à l'endroit classique (ganglions péribronchiques, bifurcation de la trachée), les pièces anatomiques déposées au musée de l'Institut Pathologique de Genève, prouvent suffisamment, qu'il en existe aussi, quoique plus rarement, à l'endroit où nous l'avons trouvé dans notre cas. Comme M. le prof. Eternod¹³ l'a prouvé, l'origine de ces diverticules de traction doit toujours être recherchée dans une lymphadénite et une périadénite chronique des ganglions avoisinant l'œsophage.

L'inflammation provoque des adhérences entre ganglion et œsophage, et se continue jusque sous la muqueuse œsophagienne à travers la tunique externe et les couches musculaires, formant un cordon fibreux qui se rétracte plus tard comme tout tissu cicatriciel, entraînant après lui la muqueuse qui cède beaucoup plus facilement grâce à sa mobilité, que la masse du ganglion primitivement affecté et adhérent d'autre part à des parties plus solides (trachée, bronches). Etant donné l'existence de ce diverticule de traction, nous supposons que la tumeur s'est développée ultérieurement dans le ganglion adhérent au fond de la poche diverticulaire.

Nous ne pouvons en aucun cas admettre que la tumeur ait été contemporaine avec la formation du diverticule car dans le cas du diverticule il s'agit d'une rétraction post-inflammatoire, cicatricielle pour ainsi dire, tandis que dans le cas de sarcome, il y aurait au contraire eu une augmentation de volume qui aurait provoqué une proéminence de la muqueuse de l'œsophage par refoulement et non pas une poche de rétraction.

Ce qui nous prouve encore que cette adhérence intime entre ganglion et œsophage est antérieure à la formation du néoplasme, c'est l'absence de la coque conjonctive à l'endroit où la tumeur est en contact avec l'œsophage ; elle a été détruite par l'inflammation qui a provoqué la formation du diverticule et n'a donc pas pu empêcher le sarcome d'envahir l'œsophage qui probablement n'aurait été que refoulé si elle avait existé en même temps que la tumeur.

Dans notre cas, le sarcome, que nous supposons avoir pris naissance dans le ganglion, cause du diverticule, était en contact direct grâce à la structure anatomique des diverticules de traction, avec la muqueuse œsopha-

gienne tapissant le fond du diverticule. Celle-ci, n'offrant pas de résistance à la croissance périphérique du néoplasme, a été envahie et détruite dans le fond du cul-de-sac, tandis que les parois latérales du diverticule ont été refoulées à la périphérie de la tumeur, repliées et appliquées contre la face externe de l'œsophage par l'accroissement ultérieur du sarcome.

C'est la seule hypothèse qui concorde avec les examens macroscopique et microscopique et surtout explique la présence de la muqueuse avec ses papilles sur la face postérieure de la perforation.

Quant à rechercher les causes du sarcome, il ne faut pas y songer, elles sont obscures comme dans toutes les tumeurs en général; l'idée d'une irritation mécanique, due à la traction exercée par les mouvements de déglutition sur le ganglion, ou chimique, due à la stagnation et à la décomposition des aliments dans la poche diverticulaire, n'est qu'une hypothèse que rien ne nous permet de soutenir. En tout cas une fois que la tumeur a été libre du côté de l'œsophage, sa marche a été plus rapide et elle est venue faire saillie dans l'intérieur de ce conduit, comme nous l'avons trouvée à l'autopsie.

Anatomo-pathologie.

En comparant l'âge indiqué dans toutes les observations sus-mentionnées, nous constatons que de 1-20 ans il y a 11 malades, de 20-50 il y en a 25 et au-delà 12; les cas les plus nombreux se trouvent donc dans la période moyenne de la vie, ce qui a également été constaté par Riegel¹¹ dans une statistique concernant toutes les espèces de tumeurs médiastinales, sans que l'on puisse in-

voquer une cause certaine pour ce fait. De même nous ne pouvons pas expliquer la prédominance du *sexe* masculin, car d'après notre tableau nous aurions sur 52 cas où le sexe est indiqué 41 hommes et seulement 10 femmes, donc environ 24 % seulement de femmes atteintes de sarcome médiastinal primitif contre 76 % d'hommes. Cette forte disproportion tient-elle à ce que les hommes exerçant des métiers plus durs, sont plus exposés aux traumatismes et que ces derniers sont peut-être une des causes étiologiques ? Cela est possible, mais le manque de renseignement sur la profession des malades ne nous permet pas de l'affirmer et de plus nous ne pouvons pas bien nous représenter comment un traumatisme agirait sur les parties profondes du médiastin d'où naissent la plupart des tumeurs. Nous sommes plus enclins à attribuer une importance étiologique au fait que l'homme prend moins soin de sa santé que la femme, et présente beaucoup plus souvent des adénopathies ganglionnaires médiastinales.

Actuellement nous ne pouvons pas élucider la question de cette prédominance d'un sexe sur l'autre et du côté de l'hérédité nous ne relevons rien qui puisse faire admettre qu'elle joue un rôle quelconque.

Quelquefois les premiers symptômes accusés par les malades, la toux et la douleur, ont été attribués à un refroidissement, à une bronchite ; il est possible que dans les cas d'adénopathies ganglionnaires ces symptômes soient bien dus à cette cause et n'aient aucune relation avec un sarcome en voie de développement, mais comme nous les relevons également dans les cas de sarcomes d'origine thymique, nous pouvons certainement supposer que ce que le malade considère comme cause de l'affection, n'en est souvent qu'une conséquence et

qu'ultérieurement seulement l'apparition d'autres symptômes, tels que la dyspnée, l'œdème, les veinetasies, la matité etc... nous met sur la voie du vrai diagnostic.

Nous retrouvons presque toutes les *variétés* du sarcome parmi ces tumeurs, mais ceux qui prédominent sont les sarcomes à cellules rondes, y compris les lymphosarcomes (30 : 46), tandis que ceux appartenant à un type de tissu conjonctif plus adulte, tels que les sarcomes à cellules fusiformes (6 : 46), les fibrosarcomes (4 : 46), les sarcomes alvéolaires (5 : 46) forment la minorité. Ni l'âge, ni le sexe, ni l'organe où s'est primitivement développé le sarcome, ne sont en relation directe avec la nature des éléments de la tumeur. En effet nous rencontrons aussi bien des sarcomes à cellules rondes que des sarcomes à cellules fusiformes (obs. 16) dans le thymus ou dans les ganglions lymphatiques (obs. 34,53), bien que le sarcome à cellules rondes, et surtout le lymphosarcome, soient les types prédominant dans l'origine lymphoïde.

Sur 18 cas où nous avons trouvé une observation quant à l'*origine* sûre ou probable de la tumeur, il y en a 9 pour le thymus, 4 pour les ganglions lymphatiques, 3 pour le tissu conjonctif médiastinal et 2 pour le péricarde. La structure microscopique ne permet quelquefois d'affirmer une origine certaine guère que pour le thymus, organe présentant des éléments épithéliaux qui permettent de le reconnaître à coup sûr, tandis que pour les autres tissus il n'y a que des probabilités qui reposent principalement sur le siège et sur la marche ultérieure de la tumeur.

Les cas les plus probants quant à l'origine thymique sont ceux cités par Hedenius¹⁴, Oser¹⁵ et Bollag¹⁶, chacun d'eux décrivant les corps concentriques propres au

thymus et qui se trouvaient dans l'intérieur de la tumeur observée par eux. Dans le cas de Hedenius la tumeur était même divisée en deux parties, l'antérieure contenant des éléments adipeux, lymphoïdes et des cellules épithéliales formant presque des globes épidermiques, tandis que la partie postérieure était formée de cellules conjonctives aux divers degrés d'évolution et prenait un type nettement sarcomateux.

Oser décrit également ces globes épithéliaux comme caractéristiques pour l'origine thymique du sarcome et Pinders ¹⁷, citant un cas où sarcome et kyste dermoïde se trouvaient à la place du thymus, fait dériver le kyste dermoïde de la partie ectodermique du thymus, dont les éléments épithéliaux sont encore un vestige, et le sarcome de son origine mésodermique aux dépens de laquelle il se serait développé ultérieurement. Virchow ¹⁸ le premier avait admis l'origine thymique de ces tumeurs et appuyé sur ce fait qu'elles peuvent avoir un type combiné, c'est-à-dire être composées de plusieurs sortes de tissus.

Letulle ¹⁹ tout en admettant aussi ce polymorphisme qui, d'après lui, ne s'explique que par une origine glandulaire, se base encore sur la progression descendante, prépericardique, sur le refoulement excentrique du cœur et des poumons, et sur l'envahissement de la plèvre juxtaposée au thymus pour soutenir l'origine thymique d'une tumeur médiastinale. Ce raisonnement peut s'appliquer à toutes les tumeurs médiastinales et cela revient à dire que leur siège, leur localisation et leur marche permettent d'admettre plutôt une origine qu'une autre. Or la plupart des tumeurs sont déjà trop avancées au moment de la mort pour qu'on puisse en toute sûreté en déterminer le point de départ, qui en tous cas doit

être cherché dans le tissu conjonctif faisant partie soit du thymus, des ganglions lymphatiques, du péricarde, de la gaine des vaisseaux et des nerfs, du périoste sternal ou dans le tissu adipeux et le tissu conjonctif cellulaire lâche du médiastin. Comme nous l'avons déjà dit, les divers types de sarcome peuvent prendre naissance dans le même organe.

La *forme* et le *volume* sont excessivement variables et peuvent contribuer pour leur part à élucider la question de l'origine ; en général les sarcomes développés aux dépens des ganglions sont bosselés, irréguliers, composés de tumeurs secondaires adossées les unes aux autres et entourées d'une coque conjonctive, tandis que ceux qui partent du tissu médiastinal prennent un aspect diffus, sans délimitation nette et que ceux partis du thymus forment une tumeur unique, souvent encapsulée et à surface plutôt régulière. Mais une fois que la tumeur a atteint un fort développement, qu'elle a envahi les organes avoisinants il nous est impossible de dire quelque chose de sûr au sujet de sa provenance.

Bien qu'au début il y ait une période latente pendant laquelle la tumeur s'accroît sans donner lieu à aucun symptôme et que nous n'en connaissions pas la durée, le peu de temps qui s'écoule entre l'apparition des premiers signes de son existence et la mort nous prouve que la *marche* en est excessivement rapide. En effet la plupart des malades a succombé dans les premiers six mois et des 33 cas où la durée de la maladie est indiquée, elle a été de 1-6 mois dans 30 cas, de 6 mois à 1 an dans 2 cas et dans un seul cas (obs. 39) elle a dépassé une année. Certainement le siège de la tumeur, son mode d'envahissement et la résistance individuelle de chaque malade doivent entrer en ligne de compte et nous ne pou-

vons pas juger de la rapidité de sa croissance seulement d'après les symptômes.

L'autopsie elle-même nous renseigne davantage sur ce point, car nous voyons souvent les parois vasculaires envahies en si peu de temps qu'elles n'ont pas pu réagir contre l'envahissement comme c'est le cas pour les tumeurs à marche lente où une inflammation réactive formative peut opposer une barrière aux progrès de la tumeur, qui alors n'agit que par compression et non par destruction. La richesse vasculaire, les foyers hémorragiques qui se rencontrent souvent dans l'intérieur de la tumeur et les éléments embryonnaires qui la composent indiquent également une croissance rapide, confirmée par la durée de la maladie. Dans quelques cas pourtant, lorsqu'une membrane conjonctive entoure le néoplasme, comme dans notre observation, la marche doit être plus lente, mais nous ne pouvons pas tracer une différence de croissance par rapport à la nature des éléments sarcomateux, car bien que les 3 cas qui aient duré plus de 6 mois (obs. 16, 39, 45) appartiennent au type du sarcome à cellules fusiformes, il y en a d'autres, et c'est la majorité, appartenant au même type, qui ont suivi la même marche rapide que les lymphosarcomes et les sarcomes à cellules rondes (obs. 8, 17, 19, 34, 38, 45, 47, 52).

Les complications que peuvent présenter les néoplasmes médiastinaux dépendent de leur siège, de leur volume, de l'envahissement des organes intrathoraciques et des métastases dans d'autres parties du corps. Sur les 53 cas que nous possédons, six fois seulement la tumeur siégeait dans le médiastin postérieur; pour les autres le siège le plus fréquent sont le thymus et les ganglions lymphatiques péribronchiques. C'est surtout à la base

du cœur, aux hiles des poumons que la compression se fait remarquer, car c'est là, ainsi qu'à la base du cou, que la tumeur trouve le moins de place pour se développer et que se trouvent les organes dont la compression occasionne des troubles très graves. Les effets immédiats de cette compression, sont un refoulement, une déviation des organes mobiles comme le cœur, les poumons, l'œsophage tandis que les vaisseaux, la trachée et les bronches, étant dans une position plus fixe, ne se déplacent guère et présentent des rétrécissements plus ou moins considérables, qui peuvent même aller jusqu'à l'obstruction complète des vaisseaux (obs. 21) et nécessiter la trachéotomie pour obvier à une sténose trop considérable de la trachée (obs. 30). Hadra ²⁰ (obs. 32) cite un cas où la tumeur siégeant dans le médiastin postérieur comprimait l'œsophage et provoquait une telle occlusion à la suite de la coudure produite par la déviation que la malade dut être opérée pour obvier à une dysphagie absolue. Le cas cité par Fütterer ²¹ (obs. 23) nous intéresse particulièrement car il s'agit d'une compression avec rétrécissement de l'œsophage et réaction inflammatoire de la muqueuse, irritée par le frottement plus grand à cet endroit dû au passage des aliments et d'une perforation par compression en voie de se faire. Le seul cas, à part le nôtre, où nous ayons relevé une perforation de l'œsophage est celui de Williams, ²² (obs. 33), malheureusement cet auteur ne donne aucun détail sur sa formation. La compression des vaisseaux est presque la règle pour les veines, surtout pour la veine cave supérieure et les veines de la base du cou, tandis que l'aorte et les autres artères résistent davantage grâce à l'épaisseur et à la densité de leurs parois. La compression de la trachée et des bronches est citée dans 12 cas sur 53, et celle de l'œsophage dans 8 cas seulement.

A part cette compression nous avons encore plus souvent un envahissement direct des organes intrathoraciques avec destruction plus ou moins grande, variant selon le degré de résistance de leurs tissus et ce sont surtout le péricarde, les gros troncs veineux, les plèvres, les poumons et les bronches qui sont atteints tandis que le cœur, la trachée, l'œsophage et les nerfs ne sont directement intéressés que dans un petit nombre de cas. Les côtes et le sternum sont aussi envahis dans quelques cas, pour lesquels il est possible que le sarcome se soit développé aux dépens du périoste sternal, quoique cette origine ne soit nulle part expressément notée. Dans les observations 12 et 19, la tumeur s'est continuée jusqu'à la peau à travers les espaces intercostaux et est venue faire saillie à la face antérieure du thorax. La perforation des organes est rare, de même que la destruction des nerfs, ainsi nous n'avons sur 53 cas que 3 fois la perforation des veines (obs. 3, 42, 52), deux fois de la trachée (obs. 11 et 27), deux fois des bronches (obs. 27 et 52), deux fois de l'œsophage (obs. 33 et la nôtre) et pour les nerfs nous ne relevons que 4 cas de destruction des nerfs vagues (obs. 10, 11, 15, 38), 5 cas pour les nerfs récurrents (obs. 11, 15, 18, 38, 48) et un seul pour le nerf phrénique (obs. 10).

La thrombose des veines, cave supérieure et brachio-céphaliques, ne se retrouve que dans les observations 9, 10, 19, 27, 29, 47 et tient autant à la compression qu'aux modifications de la membrane interne de ces vaisseaux à la suite de l'envahissement de leurs parois. L'observation 39 est intéressante surtout par l'envahissement de la colonne vertébrale et la destruction de la moelle au niveau de la tumeur. Dans aucun cas nous n'avons relevé la destruction d'une artère qui, quoique compri-

mée, résiste davantage grâce à la structure solide des parois.

Le grand nombre de cas où il y avait un épanchement pleural, le plus souvent bilatéral, n'est pas un fait qui doive nous étonner, étant donné la compression des gros troncs veineux, les troubles circulatoires qui en sont la conséquence et l'irritation des plèvres due à la présence de la tumeur, ainsi que leur envahissement.

Les mêmes troubles circulatoires expliquent également l'œdème localisé à la partie supérieure du corps quelquefois à un seul côté, se montrant aussi bien aux bras qu'au cou et à la face, de même que la dilatation des veines dans les mêmes régions et à ce dernier point de vue l'observation de Litten²³ (obs. 49) est curieuse par la rapidité avec laquelle ont apparu ces varices thoraciques, qui se sont développées en 24 heures, probablement à la suite d'une thrombose de la veine cave supérieure qui était fortement comprimée.

Les métastases sont relativement peu fréquentes puisque sur 53 cas il n'y en a que 18 présentant des foyers secondaires indépendants de la tumeur primitive. Les poumons, les reins, les ganglions lymphatiques et le foie en sont le plus souvent le siège. Les poumons présentent des noyaux métastatiques dans 6 cas (obs. 11, 21, 23, 24, 42, 46), les reins également (obs. 10, 13, 14, 18, 35, 49); les ganglions dans 4 cas (obs. 18, 30, 45, 46), le foie dans 3 cas (obs. 9, 42, 44), les plèvres (obs. 4, 34), le cœur (obs. 4, 18), le corps thyroïde (obs. 4, 35) dans 2 cas seulement et la capsule surrénale (obs. 4), le pancréas et la vésicule biliaire (obs. 35) dans un seul cas. Étant donné la rareté des métastases et le peu de symptômes qu'elles donnent nous ne saurions les considérer comme une complication grave des sarcomes médiasti-

taux, car dans un seul cas (obs. 35) un noyau secondaire avait comprimé le canal cholédoque et provoqué une rétention biliaire avec ictère.

Symptomatologie.

N'ayant fait qu'un très bref résumé de l'histoire clinique des malades, nous ne nous étendrons pas longuement sur les symptômes qu'ils ont présentés et nous ne citerons que les principaux. Il n'existe aucun symptôme propre aux tumeurs du médiastin, quelle que soit leur nature, qui ne puisse se montrer également dans d'autres maladies affectant les organes intrathoraciques. Nous ne pouvons formuler un diagnostic précis que d'après le groupement et la marche des symptômes pris dans leur ensemble.

Hertz dit qu'ils dépendent seulement du siège de la tumeur, de son volume, de la rapidité de sa croissance et de la compression qu'elle exerce sur le cœur, sur les poumons, sur la trachée et les bronches, sur l'œsophage et surtout sur les gros vaisseaux et sur les nerfs. La nature même de la tumeur ne peut pas être diagnostiquée, et si Litten²³ avait cru pouvoir tirer des conclusions de la présence d'éléments cellulaires dans les exsudats pleurétiques, l'examen microscopique démontra qu'il ne s'agissait que de leucocytes tuméfiés et de cellules endothéliales appartenant à la plèvre. Dans quelques cas pourtant la marche rapide suivie par la tumeur et la cachexie précoce que présentent les malades, pourront faire penser à une tumeur maligne plutôt qu'à une tumeur bénigne.

Quelquefois l'examen extérieur du malade permet de

constater une difformité du thorax, une proéminence anormale générale ou localisée, comme nous le voyons dans les observations 1, 10, 12, 27, 34, 42, 44, 50. C'est presque toujours la paroi antérieure qui est affectée, les côtes proéminent, le sternum se bombe et le thorax prend plus ou moins la forme emphysémateuse. Dans les cas 42 et 44 la proéminence est limitée aux espaces intercostaux supérieurs où la tumeur avait envahi les parois thoraciques. Il est probable que, si dans chaque cas une mensuration exacte du thorax avait été faite, l'on aurait encore plus souvent constaté une asymétrie unilatérale, tout en tenant compte des exsudats pleurétiques qui la favorisent également.

L'excursion thoracique pendant la respiration est aussi quelquefois modifiée et beaucoup moins étendue du côté affecté (obs. 9, 22). Dempfwolff²⁴, (obs. 43) attache une grande importance au « rétrécissement thoracique » dans lequel le thorax reste aplati et ne prend plus part à l'excursion thoracique, même après la ponction de l'exsudat pleurétique qui en avait provoqué la proéminence.

Il n'est pas rare de rencontrer une hypertrophie des ganglions lymphatiques sus-claviculaires et cervicaux comme dans les observations 3, 5, 6, 9, 12, 18, 31, 48, 50, sans qu'ils présentent pour cela une métastase. La palpation de ces ganglions peut être un secours précieux pour le diagnostic, de même que dans l'observation 47, elle permet de constater un prolongement de la tumeur derrière l'articulation sterno-claviculaire gauche.

Si la tumeur se développe près de la paroi antérieure du thorax, et si elle atteint un volume assez grand, nous aurons à la percussion une zone de matité qui très souvent est limitée à la partie médiane ou s'étend quelquefois latéralement sous les clavicules et au devant de la

région cardiaque ; cette matité est très caractéristique et ne se laisse pas confondre avec celle provenant des altérations pulmonaires ou cardiaques. Les changements de position ne donnent aucun déplacement de cette matité, et dans toute son étendue le frémus vocal, les bruits respiratoires sont abolis ou tout au moins notablement diminués, quelquefois on y entend un souffle bronchique assez dur, dû à la compression des voies respiratoires (obs. 9, 15, 33, 45). Lorsque la tumeur s'étend au devant du péricarde, les bruits du cœur sont très affaiblis, comme perçus à travers une couche de ouate, son choc est imperceptible et il est souvent dévié à gauche. Il peut arriver que les pulsations cardiaques soient transmises par l'interposition entre le cœur et les parois thoraciques d'une masse solide résistante, à toute la partie antérieure du thorax, qui dans ce cas présente des battements isochrones à ceux du cœur, (obs, 39). La rapidité des pulsations qui sont souvent très augmentées, comme dans le cas cité par Hayem (obs. 1), tient surtout à la compression et à la destruction des nerfs pneumogastriques et les bruits de souffle mentionnés dans les observations 21, 25 et 42 reconnaissent également une compression ou un envahissement du cœur pour cause.

Les phénomènes dus à la compression des gros troncs veineux ne manquent presque dans aucun cas ; ce sont la cyanose, les veinectasies, l'apparition d'une circulation complémentaire, l'œdème, les hémoptysies et plus rarement l'exophthalmus avec ou sans troubles pupillaires. Ces symptômes sont souvent bilatéraux et toujours limités à la partie supérieure du corps, tête, bras, thorax ; dans quelques cas l'unilatéralité en est frappante surtout lorsqu'il s'agit d'un seul bras, ou d'un seul côté de la face (obs. 1, 5, 19, 29, 31, 45, 48). Le système artériel

résiste davantage aux effets de la compression ; le pouls est quelquefois très affaibli (obs. 47) même aboli (obs. 14), d'autrefois il est inégal des deux côtés (obs. 27, 33). Landgraf²⁵, (obs. 41) cite un cas de pouls paradoxal, disparaissant pendant l'inspiration pour reparaitre à l'expiration et attribue ce fait à une adhérence de la tumeur à l'aorte et au sternum ; lorsque ce dernier s'élève dans l'inspiration, il attirerait par l'intermédiaire de la tumeur l'aorte en avant et en rétrécirait alors le calibre qui redeviendrait normal pendant l'expiration. Également dans un seul cas (obs. 47) nous avons une différence entre le pouls radial qui est très petit, à peine perceptible, et le pouls crural qui est fort, vibrant et ceci dépend de la compression des troncs artériels brachio-céphaliques. C'est également aux troubles circulatoires, à la stase sanguine que sont dues les hémoptysies que nous trouvons mentionnées dans les cas 18, 24, 33, 41, 42, 50.

Si les troubles circulatoires sont si fréquents qu'ils peuvent presque être considérés comme symptôme caractéristique des tumeurs médiastinales, il n'en est pas de même pour les troubles nerveux, se montrant à la suite de la compression ou de la destruction des nerfs pneumogastriques, récurrents et phréniques, les seuls atteints dans les cas que nous avons trouvés. Abstraction faite de la douleur lancinante, s'irradiant dans les bras, dans les épaules et que nous observons souvent au début, les troubles nerveux sont surtout la dyspnée qui ne peut pas toujours être mise en relation avec une compression directe des voies respiratoires, surtout lorsqu'elle prend le caractère d'accès de suffocation comme dans les cas 1, 10, 15, 47, la toux sèche quinteuse, quelquefois paroxystique (obs. 15, 47) qui peut également reconnaître

pour cause un état inflammatoire des voies respiratoires. La destruction des nerfs récurrents, immobilisant une corde vocale (obs. 11, 15, 18, 38, 44, 48) ou les deux (ob. 1) et annihilant la fonction des muscles dilatateurs de la glotte, augmente considérablement la dyspnée qui se fait sentir par la compression des poumons et la réduction de la surface respiratoire. Elle occasionne également des troubles de la phonation, raucité plus ou moins prononcée de la voix ou même aphonie complète (obs. 10). La douleur lancinante que nous avons déjà mentionnée, est assez fréquente (obs. 4, 7, 14, 18, 24, 25, 27, 30) et n'est certainement que le résultat de la compression et du tiraillement des troncs nerveux. Les symptômes exceptionnels d'une lésion médullaire, due à l'envahissement de la moelle ne sont cités que dans l'observation 39.

Dans la plupart des cas la tumeur siégeant dans le médiastin antérieur, les phénomènes de compression de l'œsophage, dysphagie plus ou moins prononcée, sont plutôt rares et nous ne les observons que dans 5 cas sur 53 (obs. 1, 2, 32, 33, 41). Dans le cas 47 la déglutition était toujours accompagnée d'accès de toux paroxystique provenant d'une augmentation momentanée de la compression des nerfs par le passage des aliments.

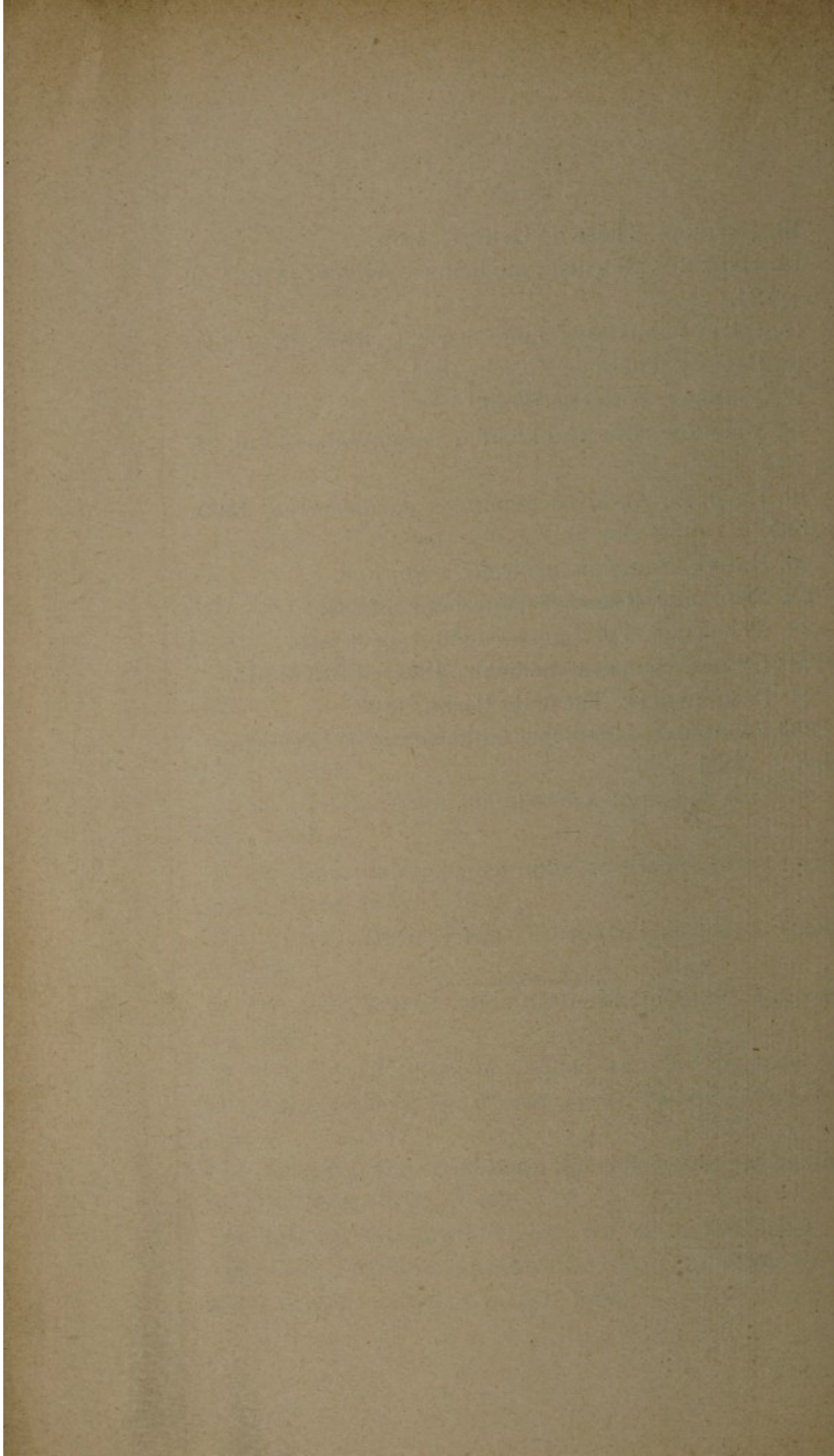
Tels sont en un court résumé les symptômes principaux présentés dans les cas de sarcomes de la région médiastinale. Ils s'appliquent à toutes les tumeurs intrathoraciques en général, quelle que soit leur nature et ne permettent de poser un diagnostic sûr que pris dans leur ensemble. Rarement nous les trouvons tous réunis et très souvent ils sont obscurcis par ceux provenant des lésions consécutives des poumons, du cœur, du péricarde ou des plèvres.

BIBLIOGRAPHIE

1. BERHAVE. « Opera omnia complectentia » 1742. p. 397.
2. LIEUTAUD. Historia anatomica-medica, vol. II. 1787 p. 236.
3. BAYLE. Dictionnaire des sciences médicales. Paris 1812.
4. LOBSTEIN. Lehrbuch der patholog. Anatomie 1836. Vol. I, p. 386.
5. BOUILLAUD. Traité clinique des maladies du cœur. Paris, 1835.
6. GINTRAC. Essai sur les tumeurs solides intrathoraciques. Paris, 1845.
7. PFAFF. Bayerisches Correspondenzblatt. 1848. N° 50-52.
8. KILGOUR. London and Edinburgh monthly. Journal Juin 1850.
9. WALSH. A practical treatise and the diseases of the lungs and heart. by Walter Hayle Walshe. London 1851.
10. KÖHLER. Die Krebs-und Scheinkrebs krankheiten des Menschen. 1853, p. 636.
11. RIEGEL. Virchow's Archiv. vol. 49, p. 193. 1870.
12. ZAHN. Virchow's Archiv. vol. 96, p. 15, 1884. Virchow's Archiv. vol. 143, p. 187, 1896.

13. ETERNOD. Thèse de Genève, 1879.
14. HEDENIUS. Nordiskt medicinsk. Archiv. 1876, Vol. X. N° 24.
15. OSER. Cannstatt's Jahresberichte, 1878, II. p. 141.
16. BOLLAG. Thèse de Zürich, 1884.
17. PINDERS. Thèse de Bonn.
18. VIRCHOW. Die krankhaften Geschwülste. Vol. II. p. 733.
19. LETULLE. Archives générales de médecine, 1890, p. 595.
20. HADRA. Semaine médicale, 1886, p. 8.
21. FUTTERER. Thèse de Würzbourg, 1883.
22. WILLIAMS. The Lancet. 1886. I. p. 8. 545.
23. LITTEN. Semaine médicale. 1894, p. 513 et 515.
24. DEMPFWOLFF. Thèse de Berlin, 1892.
25. LANDGRAF. Deutsche militärärztliche Zeitschrift. Heft 9. 1889.





RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS

DE

SARCOMÈ DU MÉDIASTIN

N°	AUTEURS	SEX E Age.	SYMPTOMES	AUTOPSIE	EXAMEN MICROSCOPIQUE
1.	Hayem. Arch. de physiologie, 1869, vol. II, p. 634.	Homme. 32 ans.	Essoufflement, gêne respiratoire, toux. Œdème de la face et du bras gauche, plus tard aux deux bras. Dyspnée. Pouls accéléré. Dysphagie. Veines jugulaires dilatées. Matité sternale. Voussure thoracique; or- thopnée. Durée: 3 mois.	Tumeur du médiastin antéro-supérieur, « sorte d'infiltration de tout le tissu cellulaire du médiastin » dans laquelle sont enfoncés tous les organes, péricarde, gros vaisseaux de la base du cœur, les 2 veines brachiocé- phaliques, hiles des deux poumons. Rétrécis- sement des vaisseaux, compression de la trachée et de l'œsophage. Atrophie des 2 nerfs pneumogastriques et des 2 nerfs récurrents. Plières médiastinales envahies.	Sarcome à petites cellules rondes. Origine: Tissu cellulaire médiastinal.
2.	Stendener. Archives de Virchow, vol. 59, p. 425.	Homme. 17 ans.	Mort de pneumonie, sans symp- tômes antérieurs. Durée: ?	Tumeur grise comme une pomme située à la place du thymus, adhérente en arrière aux gros vaisseaux, entourée d'une coque conjonctive et d'aspect nodulaire.	Sarcome hémorragique à cellules rondes, avec per- sistance de quelques traces de thymus. Origine: Thymus.
3.	Grützer. Thèse de Berlin, 1869.	Masculin. 8 ans.	Dyspnée, dysphagie. Veines en- tendues du thorax très marquées; face bouffie, dilatation et matité sur le côté droit du thorax. Cœur dévié à gauche. Ganglions cervicaux hy- pertrophiés. Durée: 5 mois environ.	Tumeur du médiastin antérieur, recouvrant le poumon droit et développée à la place du thymus. Diaphragme, péricarde envahis. Per- foration dans les grosses veines thoraciques.	Lymphosarcome. Origine: Thymus.
4.	Riegel. Archives de Virchow, vol. 49, p. 193, 1870.	Femme. 25 ans.	Douleurs thoraciques; oppression; dyspnée; matité gauche; cyanose; névralgie du bras droit; réseaux veineux des parties supérieures du tronc. Sténose trachéale. Exsudat pleurétique droit. Œdème de la poitrine. Goitre et exophtalmie. Toux et accès de suffocation. Durée: 3 mois environ.	Tumeur du médiastin antérieur allant du larynx jusqu'au centre tendineux du dia- phragme, mesure 35 centimètres de long; développée surtout à gauche, gagnant le péricarde, comprimant les vaisseaux et le hile gauche. Trachée déviée à droite, com- primée. Noyaux secondaires sur l'épécarde, dans le corps thyroïde, la plèvre gauche et la capsule surrénale gauche. Origine: Tissu adipeux médiastinal.	Sarcome à petites cellules rondes parti de la séreuse et refoulant le tissu adipeux. (Sarcome lipogène de Koster.)
5.	A. Gangel. Cité dans: Jahrbuch für Paediatrik. Neuefolge, Bd. II, p. 263, 1870.	Fille. 5 ans.	Fièvre; face bouffie; dyspnée. Matité au sommet droit avec bruits respiratoires abolis; œdème du bras gauche; ganglions axillaires, cervi- caux et inguinaux hypertrophiés. leucocytémie. Durée: 3 mois environ.	Tumeur du médiastin antérieur recouvrant la face antérieure du péricarde, allant jus- qu'au bord supérieur du sternum, recouvrant la partie supérieure du poumon droit; com- pression de la veine brachiocéphalique gau- che. Ganglions mésentériques hypertrophiés. Rate normale.	Lymphosarcome. Origine: Thymus, qui, d'après l'auteur, aurait rem- placé l'hypertrophie de la rate dans une maladie de Hodgkin.
6.	Horstmann. Thèse de Berlin, 1874. Gannstatt's. Jahresberichte 1874, II, 3, 410.	Homme. 27 ans.	Rétrécissement de la pupille gau- che par compression du nerf oculo- moteur due à une thrombose vei- neuse). Ganglions cervicaux hypertr. Durée: ?	Grande tumeur adhérente aux gros vais- seaux, à la base du péricarde, se continuant avec les ganglions cervicaux et les vertèbres. Aorte et veine cave supérieure englobées mais non rétrécies.	Sarcome carcinomateux (probablement alvéolaire). Origine: ?
7.	Idem.	Homme. 39 ans.	Développement rapide, avec point et douleur dans la poitrine; toux. Mort subite. Durée: très courte.	Tumeur du médiastin antérieur.	Lymphosarcome fibreux. Origine: ?
8.	Anonymus. Gannstatt's. Jahresberichte 1874, vol. I, p. 508.	Homme. 47 ans.	Malade depuis quelques mois avec symptômes de pleurésie et péricur- dite. Durée: quelques mois.	Tumeur du médiastin recouvrant le lobe pulmonaire inférieur gauche, remplissant les 2 médiastins, ayant détruit et envahi le péri- cardie et envahi le cœur, dont la musculature est par place détruite. Seule la branche gau- che de l'artère pulmonaire est rétrécie.	Sarcome à cellules fusiformes. Origine: ?

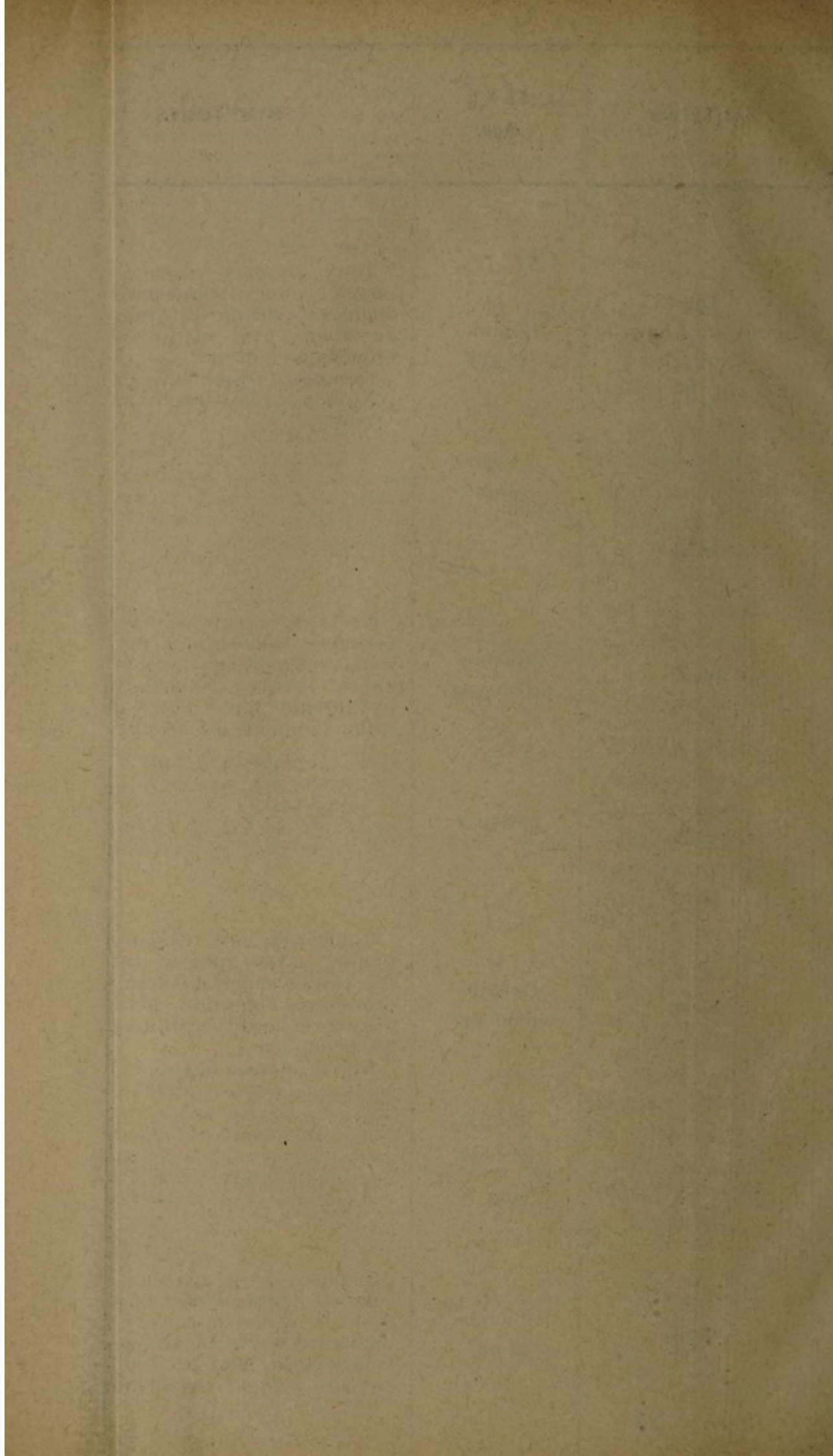
RESUME

PARROTT

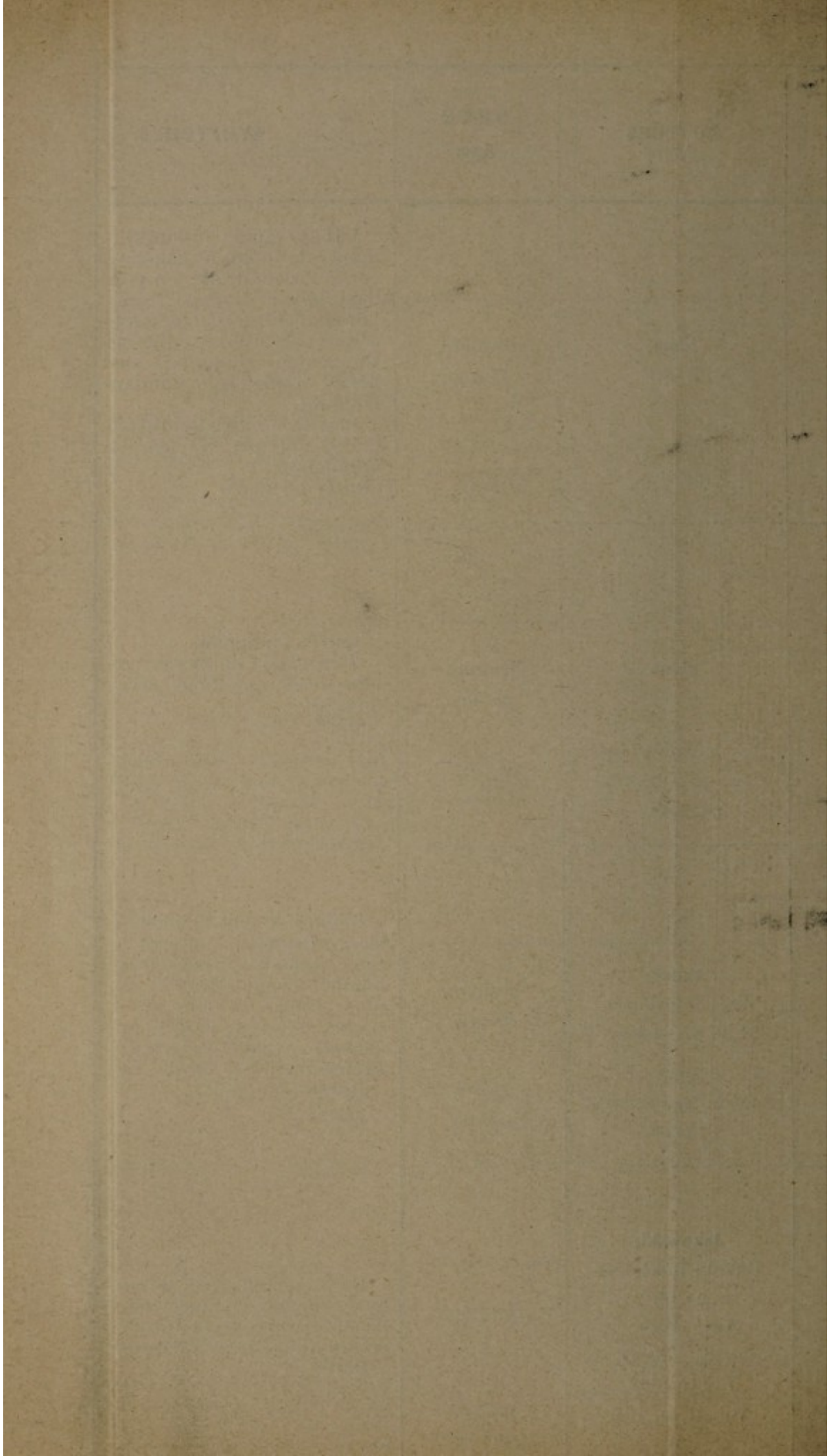
1870

1870

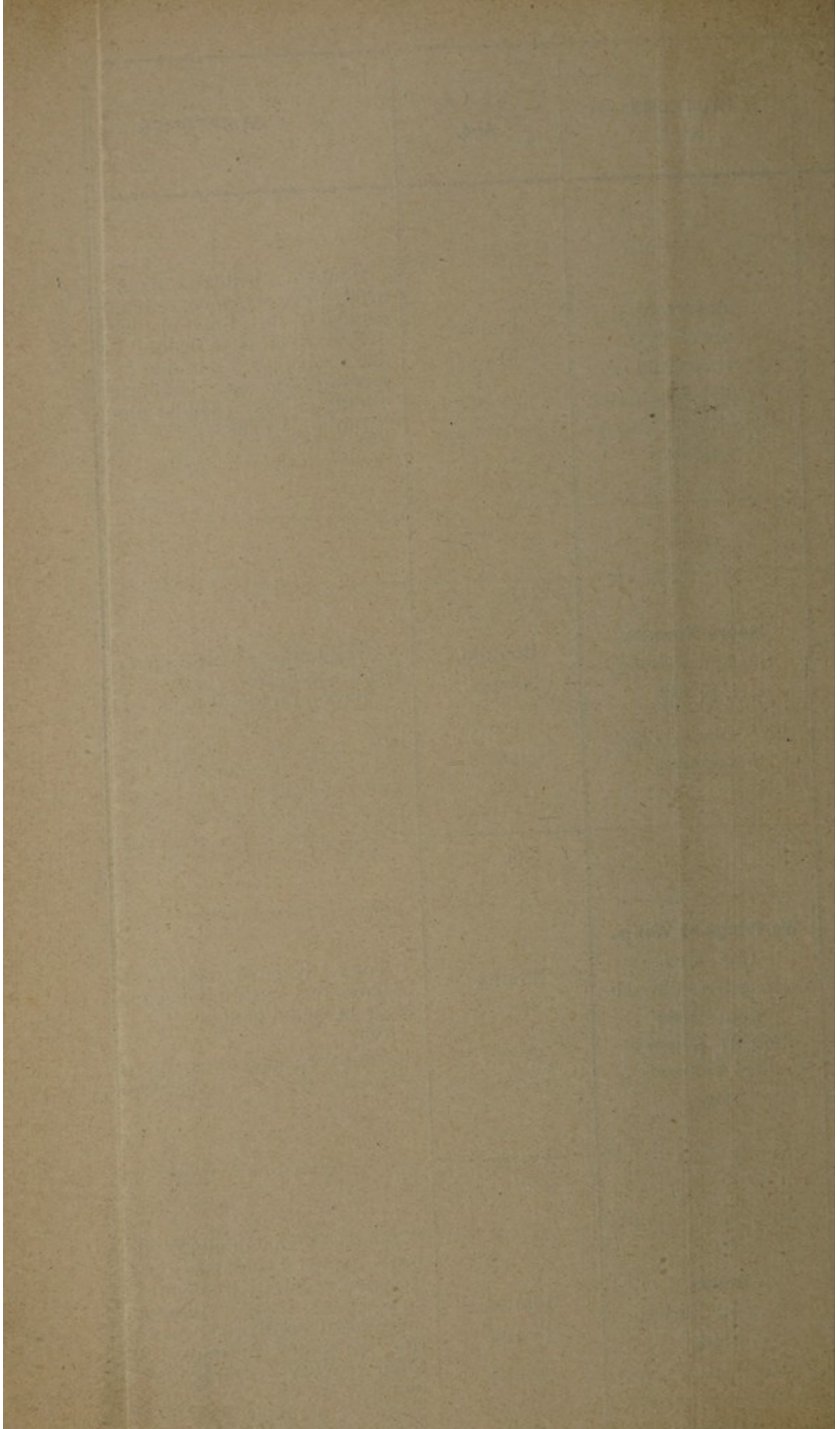
N°	AUTEURS	SEXE Age.	SYMPTOMES	AUTOPSIE	EXAMEN MICROSCOPIQUE
9.	Eger. Archiv. für Klinische Chirurgie, 1873, vol. 18, p. 594.	Homme, 45 ans.	Toux, dyspnée; cyanose; dys- phagie; veines thoraciques gauches dilatées; œdème du bras droit et du thorax avec matité et souffle bronchique à droite. Excursion respiratoire diminuée. Noyaux secondaires du foie. Durée: ?	Tumeur du médiastin antérieur située au devant de l'arc de l'aorte ayant englobé le hile droit, la plèvre droite, les parois de la veine cave supérieure et la partie supérieure du poumon droit en suivant le tissu périvas- culaire et péribronchique. Veines jugulaire interne et sous-clavière droite thrombo- sées. Exsudat fibreux droit. Métastase dans le foie.	Sarcome alvéolaire avec cellules rondes et cellules fusiformes. Origine: ?
10.	Idem.	Femme, 40-50 ans ?	Dyspnée, oppression depuis 4 ans; vertiges; cyanose; œdème des ex- trémités supérieures avec veines di- latées; thorax proéminent; matité préternale; toux; accès de suffo- cation; apoplexie passagère.	Tumeur du $\frac{1}{2}$ supérieur du médiastin an- térieur (9 et. X 10) qui a envahi le hile gau- che, le péricarde, les veines jugulaires gau- che, cave supérieure, anormale droite et dé- truit le nerf vague droit et le nerf phrénique gauche. Veine sous-clavière gauche thrombo- sée. Métastase dans le rein gauche.	Sarcome alvéolaire à cellules rondes. Origine: ?
11.	Idem.	Homme, 30-40 ans ?	Tumeur du cou; dyspnée et or- thopnée avec cyanose et œdème des parties supér. du thorax; matité droite avec signes de cataracte. Pa- ralysie de la corde vocale droite, toux, trachéotomie. Durée: 6 mois environ.	Tumeur du médiastin antérieur située en- tre les 2 poumons, l'aorte et la trachée. En- vahit le hile droit et comprime la bronche droite, la veine cave supér., l'artère pulmo- naire droite et l'œsophage. Trachée perforée par places, nerfs vague et récurrent droit détruits, noyau métastatique du poumon droit.	Lymphosarcome avec substance intercellulaire fibreuse. Origine: ?
12.	Idem.	Femme, 24 ans.	Depuis 1 an ganglions sus-clavi- culaires et proéminence du sternum, dyspnée, veines du cou et de la face dilatées. Exsudat pleurétique droit. Leucocytose. Mort par œdème pul- monaire. Ganglions axillaires.	Tumeur du médiastin antérieur au $\frac{1}{2}$ supé- rieur ayant traversé les espaces intercostaux et adhérente à la peau. Veine cave supérieure envahie et rétrécie. Nerfs sains.	Lymphosarcome mou. Origine: ?
13.	Cole. Gannstatt's Jahresbe- richte 1873, vol. II, p. 184.	Homme, 40 ans.	Rapidement mortel. Symptômes: ? Durée: très courte.	Tumeur remplissant le médiastin antérieur adhérente aux côtes, au sternum, au dia- phragme; péricarde envahi; fort épanche- ment pleurétique bilatéral; métastases dans les 2 reins.	Sarcome. Origine: ?
14.	Oser. Wiener méd. Presse, n° 52. Cité dans: Gannstatt's Jahresbe- richte 1878, vol. II, p. 141.	Homme, 19 ans.	Début très rapide (15 jours) par douleur thoracique; toux; dyspnée. Matité gauche avec abolition des bruits respiratoires. Garg. imper- ceptible; pas de noyaux radiaux. É- panchement pleurétique droit. Durée: 1 mois environ.	Tumeur du médiastin antérieur à la place du thymus, grande comme deux poings avec noyaux sur la plèvre droite et le péricarde qui contient 200 c ³ . de liquide hémorrhagi- que. Épanchement citrin dans la plèvre droite (1 litre $\frac{1}{2}$). Métastase dans le rein gauche.	Lymphosarcome du thymus avec follicules lynpha- tiques et corps concentriques propres au thymus. Origine: Thymus.
15.	Stones. Medical Times and Gazette, n° 25. Cité dans: Gannstatt's Jahresbe- richte 1879, vol. II, p. 150.	Homme, ?	Accès de toux paroxystique toutes les quelques minutes. Paralyse de la corde vocale gauche. Matité du $\frac{1}{2}$ supér. gauche du thorax avec râles et souffle bronchique.	Tumeur de la partie médiane du médiastin antérieur, grosse comme une tête d'enfant, ayant envahi le $\frac{1}{2}$ supér. du poumon gauche. Nerfs vague et récurrent gauches envahis et détruits.	Sarcome à cellules rondes. Origine: ?
16.	Hedenius, Cité par Hahn et Thomas. Archiv. générales de médecine 1870, p. 531.	Homme, 22 ans.	Début insidieux; toux; dyspnée point de côté; dyspnée augmentée dans le décubitus dorsal. Matité sternale; œdème de la partie supé- rieure du corps. Mort par asphyxie 10 mois après. Durée: 10 mois.	Tumeur circonscrite du médiastin antérieur à la place du thymus ayant refoulé le cœur et les poumons en arrière; adhérente au péri- carde, gagne le creux sous-clavière gau- che. Trachée comprimée en fourreau de sa- ble. Ganglions bronchiques intacts. Tumeur lisse, grande comme une tête d'adulte, pas de métastase.	Sarcome du thymus formé de 2 parties l'antérieure contenant du tissu analogue au thymus, la postérieure des cellules fusiformes sarcomateuses à divers degrés d'évolution. Origine: Thymus.
17.	Schreiber. Deutsches Archiv für Klinische Medizin 1880, Bd. 27, p. 32.	Homme, 21 ans.	Oppression, dyspnée, toux; pal- pitations. Matité cardiaque plus grande à gauche; pointe du cœur imperceptible; matité avec abolition des bruits respiratoires à gauche. Exsudat pleurétique; le trocart péné- tre dans une masse ferme. Oédème supérieur à gauche. Cachexie. Fièvre. Durée: 5-6 mois.	Tumeur ferme du médiastin surtout à gau- che; compression des deux poumons avec anémotase à gauche, de la trachée, de l'aorte et de la veine cave supér., cœur, rate, foie refoulés. Volume comme une tête d'homme. Exsudat dans les 2 plèvres. Péricarde et autres orga- nes rien de particulier.	Fibrosarcome. Origine: ?



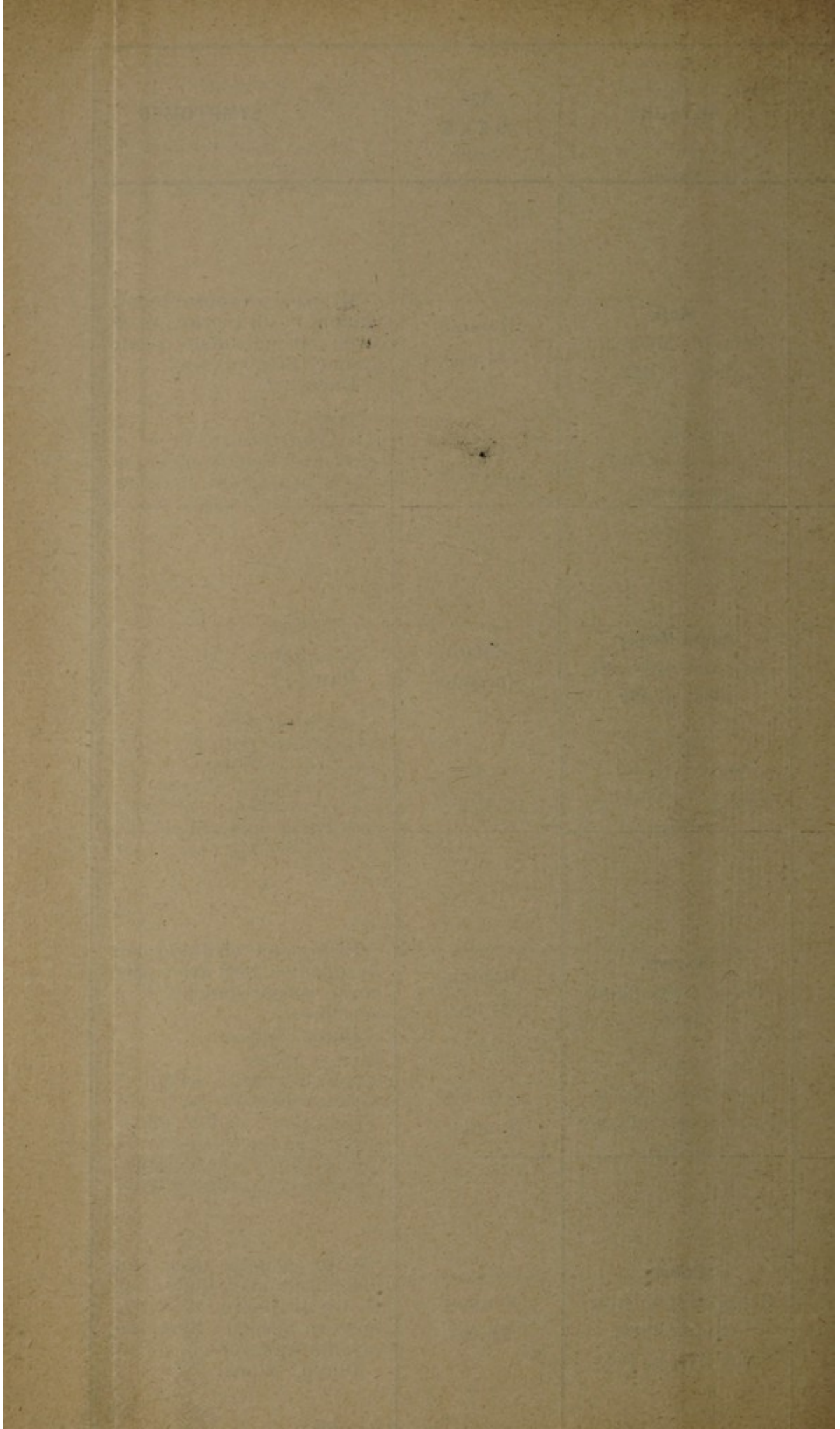
N°	AUTEURS	SEXE Age.	SYMPTOMES	AUTOPSIE	EXAMEN MICROSCOPIQUE
18.	Idem. P. 35.	Homme. 17 ans.	Début rapide (8 jours). Toux et point de côté à gauche; fièvre; corde vocale droite en position cadavérique; dyspnée; veines jugulaires dilatées, de même les veines rétro-aortiques avec exophtalmose. Matité gauche. Ganglions sous-claviers, axillaires, inguinaux hypertrophiés. Plus tard expectoration sanguinolente. Mort par dyspnée et œdème pulmonaire. Durée: 1 mois.	Tumeur du médiastin antérieur (11 cm. X 9 cm.) comprimant les poumons, refoulant le cœur, englobant l'aorte, la veine cave supér., la veine anormale gauche; et ayant détruit le nerf récurrent droit. Noyaux métastatiques dans le cœur gauche, dans les reins et dans les ganglions lymphatiques. Plus tard expectoration sanguinolente. Mort par dyspnée et œdème pulmonaire. Durée: 1 mois.	Sarcome à cellules rondes. Origine: ?
19.	Idem. P. 37.	Femme. 35 ans.	Entrée en agonie. Veinectasie du thorax; œdème du bras droit; ganglions cervicaux tuméfiés. Durée: ?	Tumeur fibreuse du médiastin antérieur, adhérente au sternum, ayant envahi la peau du thorax à travers les espaces intercostaux; compression de la trachée et des troncs veineux droits; origine des gros vaisseaux englobés; veine cave supérieure envahie et obstruée, veine sous-clavière droite rétrécie. Métastase dans le sommet droit. Ganglions bronchiques intacts. Exsudat dans les 2 plèvres. Bords internes des côtes droites supérieures envahies.	Fibrosarcome. Origine: ?
20.	Aubry. Thèse de Paris, 1881, p. 27, observ. II.	Homme. 28 ans.	Souffre depuis 2 mois d'oppression. Dyspnée, surtout couché; toux quinteuse; voix enrouée; face bouffie, congestionnée; exophtalmus; veines du cou, des bras, du thorax dilatées; matité péricardiale surtout en haut et à droite; poids égales, pleurésie droite. Cachexie. Durée: 4-5 mois.	Tumeur du médiastin se prolongeant dans la gaine des vaisseaux brachio-céphaliques. Poumons intacts. Épanchement séro-fibrineux droit. Épanchement hémorragique dans le péricarde.	Adénosarcome. Origine: ?
21.	Jakowski. Gazeta Lekarska n° 13. Cité dans: Gaunstat's Jahresberichte 1883, vol. II, p. 164.	Homme. ?	Matité gauche avec bruits respiratoires abolis; dyspnée, toux, point; bruits systolique et diastolique à la pointe du cœur et à l'aorte. Durée: ?	Tumeur des ganglions bronchiques comprimant le poumon gauche, envahissant le péricarde et l'oreillette gauche, refoulant et sténosant l'aorte et oblitérant l'artère pulmonaire gauche. Métastases dans le poumon gauche.	Lymphosarcome. Origine: ganglions.
22.	Glazinski. Gazeta Lekarska n° 14 et 15. Cité dans: Gaunstat's Jahresberichte 1883, vol. II, p. 164.	Homme. 16 ans.	Toux, dyspnée, point; symptôme d'un vaste exsudat droit, matité avec abolition des bruits respiratoires; cœur dévié à gauche; thorax droit élargi, moins mobile que le gauche. Une ponction ne donne rien. Durée: ?	Tumeur du médiastin postérieur comprimant le poumon droit.	Lymphosarcome. Origine: ?
23.	Fatterer. Thèse de Würzburg, 1883.	Homme. 55 ans.	Symptômes: ? Durée: ?	Tumeur du médiastin antérieur (12 X 4,5 cm.) située en haut et recouvrant le cœur, englobant l'aorte et la sous-clavière, la trachée, l'artère pulmonaire, le péricarde. Rétrécissement de l'œsophage à 10 cm. au-dessous du larynx dû à des noyaux néoplasiques qui le compriment; à cet endroit la muqueuse est enflammée, desquamée. Ganglions envahis; métastase dans le poumon gauche. Capsule conjonctive autour de la tumeur.	Sarcome alvéolaire. Origine: ?
24.	Liborius. Arch. de Virchow, 1883, vol. II, p. 164.	Homme. 34 ans.	Rhumatisme; douleur du bras droit et thoracique; toux, dyspnée, bruits systolique; matité gauche; frémits et respiration faible à gauche; crachats sanguinolents. Cachexie. Durée: 2-2 1/2 mois.	Tumeur du médiastin grosse comme une tête d'osseau siégeant surtout dans le péricarde, refoulant le cœur, englobant l'aorte et l'artère pulmonaire et gagnant le hile du poumon gauche. Métastases dans les poumons; ganglions intacts; pas de pleurésie.	Sarcome à cellules rondes télangiectasique. Origine: péricarde.
25.	Idem. P. 414.	Homme. 31 ans.	Début rapide (2 semaines), toux, céphalalgie; douleur au creux épigastrique; dyspnée; œdème du thorax; cou tuméfié; matité du sommet droit; cœur faible, souffle au premier temps, pointe non sensible. Foies dilatations veineuses des extrémités supérieures. Durée: 1 1/2 mois.	Tumeur du médiastin postérieur (12 X 12 cm.) adhérente au sommet droit, recouverte par le péricarde et les gros vaisseaux, adhérente à la colonne vertébrale et à la veine cave supérieure, comprime la trachée, les bronches. A envahi l'oreillette droite par sa face postérieure et la remplit. Autres vaisseaux et nerfs libres. Exsudat pleurétique bilatéral. Ventricule droit également envahi. Pas de métastases, mais thromboses de toutes les veines afférentes à la veine cave supérieure.	Sarcome médullaire. Origine: Tissue conjonctif ou ganglions.
26.	Idem. P. 418.	Femme. 50 ans.	Symptômes: ? Durée: ?	Tumeur du médiastin postérieur ayant envahi le péricarde et pénétré à sa face interne.	Sarcome à cellules rondes. Origine: ?



N°	AUTEURS	SEXE Age.	SYMPTOMES	AUTOPSIE	EXAMEN MICROSCOPIQUE
27.	Anderson. Lancet 1883, II, p. 223.	Homme. 31 ans.	Douleur s'irradiant dans le bras droit, toux, dyspnée, œdème et veinetasies des bras et du thorax; matité à la base droite. Poids radial droit plus faible que le gauche; prédominance du monobrimus, foie refoulé en bas; exsudat pleurétique. Durée: 4 mois.	Tumeur du médiastin (12 X 12 cm.) située dans l'espace de la bifurcation des bronches, formant une masse lobulée qui a envahi le péricarde; les veines cave supérieure, pulmonaire droite, anormale droite et jugulaire interne droite, les bronches, la trachée dont les parois sont détruites. Les veines sont rétrécies, thrombosées; l'aorte est libre, le nerf phrénique gauche englobé, poumon droit envahi. Exsudat pleurétique.	Lymphosarcome. Origine: ?
28.	Moore Norman. The Lancet 1884, I, p. 112.	Homme. 18 ans.	Symptômes pleurétiques avec fièvre les 15 derniers jours. Marche rapide. 2 mois.	Tumeur occupant la place du thymus et allant au devant du péricarde, comprimant la trachée et l'œsophage.	Sarcome à cellules rondes. Origine: Thymus.
29.	Warfvinge et Wallis. Cité dans: Gannstatt's Jahreshefte 1884, vol. II, p. 282.	Homme. ?	Toux, dyspnée, matité sternale; œdème des extrémités supérieures et de la face à gauche. Durée: ?	Tumeur du médiastin antérieur, grosse comme une tête d'homme, comprimant les vaisseaux, envahissant les plèvres, le péricarde, la veine anormale gauche qui est obstruée. Pas de métastases.	Sarcome à cellules rondes. Origine: ?
30.	Bollag. Thèse de Zurich, 1884	Homme. 14 ans.	Depuis 2 ans douleurs dans les bras. Depuis 6 semaines oppression, dyspnée, respiration sifflante, gêne, palpitations, souffle systolique; frémissement cardiaque; pas de matité; poumons normaux; trachéotomie; veines thoraciques; face bouffie. Durée: 3-4 mois.	Tumeur du médiastin antérieur (15 X 12 cm.) située au devant du péricarde, remontant jusqu'à l'os hyoïde refoulant les poumons, l'œsophage, comprimant la trachée, englobant l'aorte ayant envahi le péricarde, les ganglions médiastinaux et cervicaux et sus-claviculaires gauches, les hiles des poumons; adhérente au sternum; exsudat pleurétique bilatéral; exsudat péricardique hémorragique.	Lymphosarcome, contient des corps concentriques du thymus. Origine: Thymus et secondaire dans les ganglions.
31.	Peipers. Berliner Klinische Wochenschrift, 1885, p. 623.	Homme. 51 ans.	Depuis 5 mois toux, dyspnée, accès de suffocation, cyanose, matité sternale, surtout à droite; œdème de la face et du bras à droite; veinetasies du thorax; ganglions axillaires et sus-claviculaires droits augmentés. Mort subite. Durée: 3 mois.	Tumeur du médiastin antérieur comprimant les gros vaisseaux et la base du con.	Sarcome. Origine: ?
32.	Hadra. Cité dans la: Semaine Médicale, 1886, p. 268.	Femme. 60 ans.	Opérée pour un rétrécissement de l'œsophage; dysphagie absolue.	Tumeur du médiastin postérieur à droite de la colonne vertébrale avec adhérence intime et condure de l'œsophage en haut. Pas de perforation.	Sarcome. Origine: ?
33.	Williams. The Lancet 1886, I, p. 545.	Homme. 45 ans.	Douleur s'irradiant dans le bras gauche lors d'une inspiration profonde; dyspnée; toux. Signes physiques indiquant une tumeur comprimant le hile gauche; hémoptyses; dysphagie; pupille gauche dilatée; corde vocale gauche immobile; poids radial gauche plus faible que le droit. Déglutition impossible. Œdème des extrémités supérieures. Durée: 2 mois.	Tumeur du médiastin antérieur allant de la clavicule à la 6 ^{me} côte, refoulant le cœur, ayant envahi le péricarde, le poumon gauche et les 2 hiles; artère pulmonaire gauche et aorte comprimées, rétrécies; compression de l'artère sous-clavière gauche. L'œsophage est fermé et la tumeur a provoqué dans sa paroi antérieure une perforation grande comme un shilling.	Lymphosarcome. Origine: ?
34.	Poliquère. Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1887, mars, p. 435.	Homme. 54 ans.	Veines du cou dilatées; ampliation thoracique droite; matité et abolition des vibrations à droite. Œdème du thorax. Durée: 6 mois.	Tumeur de la partie moyenne du thorax. Englobant le cœur, comprimant les vaisseaux; poumons indemnes, trachée libre; noyaux secondaires sur les plèvres avec épanchement surtout à droite. Elle semble formée par la cohérence des ganglions médiastinaux.	Sarcome à cellules fusiformes. Origine: Ganglions médiastinaux.
35.	Méry. Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1888, p. 451.	Homme. 37 ans.	Ictère; douleurs gastriques; cœur très faible avec matité étendue. Durée: 2-3 mois.	Tumeur du médiastin grosse comme une tête d'enfant située au devant du cœur adhérente au sternum, aux 2 poumons qui ne sont pas envahis. Péricardite hémorragique; noyaux secondaires du pancréas comprimant le canal cholédoque, de la vésicule biliaire, des reins et de la thyroïde.	Sarcome à cellules rondes, également dans les noyaux secondaires. Origine: ?



N°	AUTEURS	Age SEXE	SYMPTOMES	AUTOPEIE	EXAMEN MICROSCOPIQUE
26.	Mott. Semaine Médicale, 1888, p. 459.	Homme 21 ans.	Dyspnée, cyanose; œdème du bras gauche et du thorax; matité gauche avec épanchement pleural ponctionné. Hémoptysies. Durée : ?	Lymphosarcome volumineux du médiastin antérieur, à la place du thymus et relié au sternum par deux pédicules. Cœur et péricarde envahis.	Lymphosarcome. Origine : Thymus.
27.	Angel Money. Semaine Médicale, 1888, p. 459.	Enfant, 15 mois.	Symptômes : ? Durée : ?	Tumeur du médiastin postérieur grosse comme un poing et refoulant le cœur, l'aorte et la veine cave en avant.	Sarcome. Origine : ?
28.	Bogner. Thèse d'Erlangen, 1889.	Homme, 24 ans.	Pneumonie en 1887; depuis toux, dyspnée en 1888 avec paralysie de la corde vocale gauche et pouls très accéléré. Durée : ?	Tumeur du médiastin ayant comprimé mais non envahi les poumons. Nerfs vague et récurrent gauches envahis.	Sarcome à cellules fusiformes. Origine : Péricarde.
29.	Cohen. Schmidt'sche Jahrbücher 1889, vol. 223, p. 145.	Femme, 22 ans.	Matité gauche avec transmission des pulsations à toute la paroi antérieure du thorax; ni œdème, ni cyanose, ni dyspnée. Symptômes d'une néchite transverse. Durée : 2 ans.	Tumeur du médiastin antérieur englobant tous les nerfs et les vaisseaux, trachée et œsophage mais sans les comprimer fortement; elle a envahi la colonne vertébrale et détruit la moelle.	Fibrosarcome. Origine : ?
30.	Bressi. idem, p. 144.	Homme, 23 ans.	Douleur, toux, dyspnée, cyanose, œdème.	Tumeur du médiastin antérieur comprimant les organes.	Sarcome à cellules rondes. Origine : ?
31.	Landgraf. Deutsche Militärärztl. Zeitschrift, heft 9, 1889.	Homme, 25-30 ans.	Douleurs s'irradiant dans les épaules; dyspnée, suffocations, cyanose, veines du cou dilatées, dysphagie; hémoptysies; pouls petit, paradoxal, disparaissant dans l'inspiration; matité sternale; liquide hémorragique à droite. Durée : 4 mois.	Tumeur du médiastin grande comme une tête d'homme, envahissant la plèvre droite, le péricarde, qui est adhérent au cœur, et comprimant les bronches et les poumons.	Sarcome médullaire télangiectasique hémorragique. Origine : ?
32.	Letulle. Archives générales de médecine, 1890.	Homme, 46 ans.	Ancienne pleurésie. Hémoptysie, oppression, cyanose de la face; veines thoraciques et du cou saillantes avec œdème; souffle systolique; vertiges; voussure des 4 ^{es} et 5 ^{es} espaces, intercostaux droits. Durée : 3 mois.	Tumeur du médiastin antérieur (13 cm. X 15 cm.) comprimant les gros troncs veineux, refoulant l'œsophage, ayant envahi la veine cave supérieure, noyau embolique du poumon droit; métastases dans le foie.	Lymphosarcome tradéculaire ou sarcome adénomateux. Origine : ?
33.	Dempwolf. Thèse de Berlin, 1892.	Homme, 61 ans.	Dyspnée; matité gauche avec souffle bronchique, exsudat pleurétique qui ponctionné, fait apparaître le « rétrécissement thoracique ». Durée : ?	Tumeur du médiastin antérieur partie moyenne, ayant envahi le tissu conjonctif péribronchial et péricaveolaire du poumon gauche.	Sarcome alvéolaire à cellules rondes. Origine : ?
34.	Lesimple. Thèse de Paris, 1893. Observation II.	Femme, 67 ans.	Ancienne bronchite. Emphysème pulmonaire, tachycardie; saillie du 1 ^{er} espace intercostal gauche. 2 accès de suffocation; meurt dans le second sans prodromes. Durée : 2-3 mois.	Tumeur du médiastin antérieur, adhérente à la partie supérieure du sternum ayant envahi la plèvre gauche et s'étendant derrière la clavicle gauche. Organes médiastinaux recouverts; nerf récurrent gauche traverse la tumeur. Œsophage adhérent à un ganglion qui est envahi. Métastases dans le foie.	Sarcome à cellules rondes. Origine : ?



N°	AUTEURS	SEXE Age	SYMPTOMES	AUTOPSIE	EXAMEN MICROSCOPIQUE
43.	Lesimple. Thèse de Paris 1892. Obs. V.	Homme. 57 ans.	Toux; dyspnée; veines sous-cutanées très marquées à droite du thorax; fort souffle au hilum droit. Épanchement pleurétique droit, liquide purulent. Durée: quelques mois.	Tumeur du médiastin antérieur, doublant le sternum (18 cent. x 15 cm.), adhérente aux poumons, au péricarde, englobant les gros troncs veineux de la base du cou. Ganglions péribronchiques et du médiastin postérieur envahis.	Fibrosarcome. Origine: ?
46.	Idem. Observation VI.	Homme. 50 ans.	Douleur rétrosternale; toux; bronchite chronique; emphysème; oppression; voix bilonale. Mort subite. Durée: 4 mois.	Tumeur du médiastin antérieur située au devant de la croise de l'aorte et s'engageant entre l'aorte et l'artère pulmonaire en s'adossant à la trachée et à la bronche gauche. Englobe la carotide primitive gauche et l'artère sous-clavière du même côté. Noyaux secondaires dans les 2 poumons. Ganglions sous-trachéo-bronchiques envahis.	Sarcome embryonnaire prenant par place l'aspect de carcinome diffus atypique. Origine: ?
47.	Idem. Observation IX.	Homme. 26 ans.	Ancienne pleurésie. Dyspnée, cyanose; orthopnée, ne se couche qu'à droite; accès de toux à chaque déglutition; asthme et veinetasies du thorax; face bouffie, exophthalmus. Pouls radial très petit, pouls crural fort, vibrant; matité présternale et à la base gauche. Noyau induré derrière l'articulation sterno-claviculaire droite. Durée: 3 mois.	Tumeur du médiastin antérieur refoulant et surplombant le cœur, remontant jusqu'au corps thyroïde, englobant les vaisseaux de la base du cou, adhérente à la clavicle droite, au poumon droit et au péricarde; veine cave supérieure comprimée, rétrécie; veine sous-clavière droite thrombosée. Épanchement séreux à droite, purulent à gauche. La tumeur mesure 15 cm. x 12 cm. et pèse 2150 grammes.	Sarcome à cellules fusiformes. Origine: ?
48.	Michal. Münchener Medizin. Wochenschrift. 1894, p. 819.	Homme. 55 ans.	Depuis 1 an rauçité de la voix; puis dyspnée, asthme de la face à droite et du bras droit avec veinetasies; cœur dévié à gauche et en bas; matité sternale gauche; ganglions cervicaux; paralysie de la corde vocale gauche. Durée: environ 1 an.	Tumeur remplissant entièrement le médiastin antérieur et envahissant le hilum, les bronches et le poumon gauches; veines jugulaires et innervées droites envahies. Les 2 nerfs récurrents sont envahis.	Sarcome. Origine: ?
49.	Litten. Cité dans: La Semaine Médicale, 1894, p. 542 et 561.	Homme. ?	Cyanose, respiration gênée surtout dans le décubitus dorsal; tuméfaction du cou et de la face; en 24 heures il se forme une dilatation des veines thoraciques. Matité sternale absolue. Épanchement pleurétique droit. Pouls égaux. Anémie, leucocytose, rate tuméfiée. Durée: marche très rapide.	Tumeur du médiastin, développée, paraît-il du thymus, comprimant la veine cave supérieure; circulation collatérale par les veines azygos et intercostales; métastase dans les reins; environ 1 litre de sang dans la plèvre droite.	Sarcome à cellules rondes. Origine: Thymus.
50.	Kohn. Cité dans: La Semaine Médicale, 1895, p. 569.	Homme. 36 ans.	Début brusque par quintes de toux; douleurs dans la poitrine. Hémoptysie; matité super. gauche avec abolition des bruits respiratoires. Tuméfaction du côté gauche du thorax et des ganglions sus-claviculaires. Épanchement pleurétique purulent gauche. Durée: ?	Tumeur intéressant les bronches et les poumons, siégeant dans le médiastin antérieur.	Sarcome alvéolaire. Origine: ?
51.	Thiele. Cité dans: La Semaine Médicale, 1895, p. 569.	Femme jeune.	Éprouve depuis plusieurs semaines une lourdeur de tête. Quinte de toux, dyspnée, cyanose. Matité sternale avec manque de bruits respiratoires. Cœur perçu comme à travers une couche de ouate. Rapide évolution. Durée: quelques semaines.	Tumeur du médiastin antérieur. Partie moyenne.	Lymphosarcome. Origine: ?
52.	Helderegger. Thèse de Zurich. 1896.	Homme. 38 ans.	Ancienne péricardite, pleurésie, toux, dyspnée; cyanose et veinetasies avec tuméfaction du cou. Matité sous les clavicles; cœur dévié; bronchite; épanchement pleurétique droit. Durée: 2 mois.	Tumeur du médiastin antérieur grosse comme le poing, contenant des ganglions athérosés, ayant envahi le poumon droit, perforé sa bronche et la veine pulmonaire droite en se continuant jusque dans le ventricule gauche. Veine cave supérieure envahie, avec membrane interne en partie détruite.	Sarcome à cellules fusiformes. Origine: ?

