

affectent la même symptomatologie que celles de la syphilis acquise.

Diagnostic. — J'ai insisté déjà sur sa difficulté fréquente et signalé les présomptions qu'on peut tirer de l'état général, de la marche et de la localisation des lésions. En pratique, le diagnostic de lésions pulmonaires suspectes se base surtout sur l'existence, chez le sujet, d'une syphilis indubitable, attestée soit par des antécédents bien nets, soit, mieux encore, par des stigmates certains ou des lésions en évolution (gommés de la peau, des muqueuses, exostoses, laryngite syphilitique, lésions viscérales, etc.). Dans quelques observations anciennes, malgré des coïncidences spécifiques telles qu'un phagédénisme tertiaire du pied (Fournier¹), des hyperostoses multiples (Gaudichier²), la confusion avec la tuberculose a été commise et les effets du traitement sont seuls venus démontrer l'erreur. Ces faits sont précieux par l'enseignement qu'ils renferment, en montrant la valeur qu'on doit attacher à des lésions concomitantes.

La recherche du bacille de Koch caractéristique de la tuberculose, dans les crachats, fournira d'autre part un renseignement de haute valeur. Il faut savoir cependant que l'association des deux maladies est loin d'être rare; un syphilitique pouvait être tuberculeux d'avance; on voit aussi très fréquemment la tuberculose venir se greffer sur un poumon syphilitique. L'analyse attentive de l'évolution des accidents pourra seule permettre un diagnostic exact dans ces conditions délicates.

Enfin le traitement spécifique, qui doit toujours être administré dans un cas douteux, peut servir au diagnostic en donnant une amélioration dans les cas compliqués de tuberculose et dans les formes scléreuses, en amenant des guérisons surprenantes dans la phtisie syphilitique pure.

Pronostic. — Le pronostic dépend donc tout entier de la clairvoyance du médecin; abandonnées à elles-mêmes, les pneumopathies syphilitiques conduisent plus ou moins rapidement à la consomption et à la mort; reconnues et traitées, je viens de dire ce qu'il en advient. On devra se souvenir de la tendance qu'a la syphilis à récidiver dans les viscères qu'elle a touchés une première fois.

Traitement. — C'est celui de la syphilis viscérale en général. On donnera l'iodure de potassium à la dose de 4 à 10 grammes par jour et accessoirement le mercure, soit en frictions, soit par la voie buccale.

J. DARIER.

1. A. FOURNIER (*Union méd.*, 1878, p. 829 et 850).

2. GAUDICHIER (*Ann. de dermat. et de syphil.*, 1885).

CANCER DU POU MON

Historique. — Le cancer du poumon était classé par Bayle parmi les phtisies. Laennec en donna une description anatomique, sous le nom d'« encéphaloïdes du poumon ». L'histoire clinique en a été faite par Stokes (1837) et Walshe (1846-1854). Enfin, des travaux modernes ont fait connaître ses variétés de structure microscopique et ont éclairé ses différents modes de développement. Le mot *cancer* est pris ici dans son acception la plus étendue, comme synonyme de néoplasme malin.

Étiologie. — Le cancer du poumon est ordinairement *secondaire*; il succède fréquemment au cancer du sein ou encore à celui de l'estomac, du foie, du rectum, du testicule, de l'utérus, des capsules surrénales: affections qui s'observent surtout après quarante ans. C'est la plus commune des localisations viscérales auxquelles donnent lieu les sarcomes des membres et, en pareil cas, il s'observe dans la jeunesse. Il apparaît souvent après l'extirpation de la tumeur primitive, et même au bout de plusieurs années.

Le cancer *primitif* est rare et se développe parfois chez de jeunes sujets.

Anatomie pathologique. — Au point de vue des apparences macroscopiques, il y a lieu de distinguer deux types: le cancer massif et le cancer diffus.

Le *cancer massif*, occupant un lobe ou la plus grande partie d'un lobe, se présente comme un bloc de tissu grisâtre, lardacé. On y trouve parfois de petits kystes à contenu louche, sur les limites de la tumeur. La masse peut être creusée de petites cavernes dont le développement est sans doute favorisé, suivant M. Ménétrier¹, par l'invasion des microbes (streptocoques). Cette forme appartient surtout au cancer primitif, qui siège souvent d'un seul côté.

Le *cancer diffus* est constitué par des noyaux disséminés, en nombre très variable. Les uns sont superficiels et forment, à la surface de la plèvre, des nodules gros comme des grains de mil ou des marrons; ils peuvent ressembler à des plaques d'aspect cireux, comparées à des gouttes de bougie, de consistance parfois squirreuse et lardacée; ou bien ils font saillie et végétent comme des

1. *Soc. anatomique*, 12 nov. 1886, p. 643.

champignons. Les autres sont profonds et forment des tumeurs sphériques contenant parfois de petites excavations à parois villeuses. Cette forme diffuse appartient plutôt au cancer secondaire, dont les noyaux siègent, en général, dans les deux poumons, mais avec un développement très inégal d'un côté à l'autre.

D'après l'évolution des masses cancéreuses, Laennec a distingué les trois phases de crudité, d'état et de ramollissement. Au début, le tissu présente une apparence lobulée et bosselée; ces divisions s'effacent par la suite. Il se fait parfois dans la masse cérébriforme des épanchements sanguins, qui lui donnent un aspect d'hémorragie cérébrale.

Au point de vue de la structure, le cancer primitif est un épithéliome. L'examen histologique fait voir les parois alvéolaires épaissies et les cavités remplies de cylindres épithéliaux. D'après M. Malassez¹, la prolifération épithéliale débute par la paroi des alvéoles ou des bronches terminales et l'envahissement du poumon a lieu par lobules. Les cellules néoformées sont tantôt cylindriques et cubiques (cellules typiques), tantôt irrégulières (cellules métatypiques). Le développement, comparable à celui des épithéliomes mucoïdes de l'ovaire, se fait par bourgeons épithéliaux pleins, ou sous forme de revêtements muqueux, limitant de petits kystes. M. Ménétrier a trouvé des corps offrant l'aspect de globes épidermiques dans la néoformation épithéliale.

Le cancer secondaire, qui présente les apparences macroscopiques de l'encéphaloïde, du squirrhe et du cancer colloïde, est constitué par le carcinome et l'épithéliome, identifiés aujourd'hui par de nombreux auteurs. On y trouve, au microscope, des alvéoles qui ne sont autres que les alvéoles pulmonaires eux-mêmes (Cornil et Ranvier), remplis de cellules sphériques ou polyédriques, contenant un gros noyau ovoïde.

Le sarcome secondaire se rencontre fréquemment dans le poumon avec ses variétés globo-cellulaire, fuso-cellulaire et mélanique. En raison de sa couleur, le cancer mélanique offre une ressemblance grossière avec certaines lésions de l'anthracose, dont on ne le distinguait pas avant Laennec. Le sarcome se développe tantôt dans les alvéoles, tantôt dans les travées conjonctives; un alvéole rempli de cellules rondes ou fusiformes représente, en quelque sorte, un nodule sarcomateux en miniature.

Le lymphadénome peut former des noyaux de généralisation dans les poumons. L'enchondrome y est rare et secondaire à une tumeur primitive du testicule, de la parotide, du bassin.

1. *Arch. de physiologie*, 1876.

Le cancer du poumon donne lieu à diverses lésions consécutives. Au voisinage des tumeurs, le parenchyme est congestionné, sclérosé; quelquefois on y observe l'apoplexie, la gangrène; on a vu aussi la coexistence de lésions tuberculeuses, et c'est un argument qui a été invoqué contre le prétendu antagonisme de la tuberculose et du cancer. La plèvre est toujours altérée lorsque les noyaux pulmonaires sont superficiels; il se développe une pleurésie hémorragique ou séro-fibrineuse. Cet envahissement de la plèvre est fréquent, lors même que les noyaux pulmonaires sont profonds, et il a lieu par les lymphatiques sous-pleuraux. On connaît aussi quelques cas de cancer primitif de la plèvre, lésion rare, constituée surtout par le sarcome et qui s'observe ordinairement chez des sujets jeunes⁴.

Les lymphatiques du poumon sont très fréquemment le siège de lymphangites cancéreuses; ils forment alors des cordons dilatés, noueux et moniliformes, remplis de suc blanchâtre et dessinant un réseau à la surface de l'organe. Les ganglions du médiastin, de l'aisselle, du cou sont atteints à divers degrés. Parfois le médiastin est envahi secondairement. Enfin le cancer peut se propager aux côtes, au rachis, au péritoine, au péricarde, au cœur, à la veine cave.

La généralisation d'un cancer au poumon paraît se faire par différents mécanismes. Dans quelques cas, c'est de proche en proche et par continuité de tissu qu'un cancer du médiastin envahit cet organe par le hile, en suivant les bronches et les ramifications vasculaires. Plus fréquemment la propagation se fait par les voies lymphatiques et l'on peut suivre la marche des produits néoplasiques en observant les lymphangites cancéreuses décrites par M. Debove² et M. Troisier³: ainsi un cancer du foie peut se propager au poumon par les lymphatiques du diaphragme et la cavité pleurale, libre ou oblitérée par des adhérences. D'après des travaux récents, on admet aussi que les produits cancéreux peuvent cheminer dans le canal thoracique et infecter par voie rétrograde les ganglions bronchiques et les lymphatiques du poumon; c'est de la sorte que M. Girode⁴ interprète le développement de lymphangites cancéreuses du poumon, sans aucun nodule néoplasique du parenchyme.

Enfin le cancer peut se constituer dans le poumon sous forme de noyaux métastatiques, par une migration embolique qui s'accomplit à travers les veines et dont la réalité a été mise hors de doute par certaines observations curieuses⁵. C'est probablement de cette manière

1. DIEULAFOY (*Soc. méd. des hôpitaux*, 11 fév. 1886).

2. *Soc. anatomique*, 1873. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 10 oct. 1879.

3. *Rech. sur les lymphangites pulmonaires* (Thèse de Paris, 1874).

4. *Arch. génér. de médecine*, janv. 1889.

5. Bozzolo, dans un cas de sarcome vésical, a trouvé des débris de néoplasme

que se fait d'habitude la généralisation des sarcomes, et c'est pourquoi les tumeurs secondaires se développent facilement dans les poumons à la suite des sarcomes des membres. Quant au carcinome et à l'épithéliome, qui se propagent à la fois par les lymphatiques et les veines, ils n'empruntent guère que la voie lymphatique pour parvenir au poumon : car, parmi les tumeurs de ce genre, celles qui sont sujettes à se généraliser naissent le plus souvent dans les organes tributaires de la veine porte, et les capillaires du foie arrêtent au passage les embolies néoplasiques venues par la voie veineuse.

Symptomatologie. — Les symptômes appartenant en propre au cancer du poumon sont souvent obscurs et peu caractéristiques.

La douleur est d'une intensité très variable; elle dépend surtout des lésions pleurales et peut résulter aussi de la compression des nerfs par la tumeur. C'est un point de côté ressemblant à celui des névralgies intercostales, c'est une douleur rétro-sternale ou dorsale; il y a parfois des irradiations vers le cou, vers le bras qui peut même être le siège d'une parésie douloureuse. On a vu le zona accompagner la douleur intercostale (Ollivier). Ces douleurs sont continues ou paroxystiques et exagérées par les mouvements.

La dyspnée se montre principalement à l'occasion des efforts. Elle peut revenir par accès; ordinairement elle est progressive.

La toux est un symptôme variable; elle est sèche ou accompagnée d'expectoration. Cette expectoration est parfois sanglante et l'hémoptysie s'observe sous divers aspects : souvent le sang est spumeux comme dans l'hémoptysie tuberculeuse; tantôt il est noirâtre comme dans l'apoplexie pulmonaire; tantôt enfin il colore des crachats translucides et adhérents qui ont l'aspect de la *gelée de groseille* et qui ont été considérés par Stokes comme tout à fait pathognomoniques. On y trouve quelquefois des débris cancéreux et des fibres élastiques. On a signalé encore une expectoration rosée, couleur saumon, et des crachats renfermant des parcelles de tumeur, comparées à du veau cuit.

Les signes physiques varient beaucoup suivant que le cancer est superficiel ou profond, lobaire ou disséminé. Les noyaux profonds ne se révèlent par aucun signe physique, si ce n'est quelquefois par un peu d'exagération des vibrations vocales. Les noyaux superficiels et étendus donnent lieu à de la matité, à une diminution du murmure vésiculaire, à du souffle et de la bronchophonie, à la transmission

dans des caillots oblitérant l'artère pulmonaire et dans l'oreillette droite, où existait une véritable greffe néoplasique sur l'endocarde. Schweninger a reconnu de semblables débris dans les artères pulmonaires, chez une femme atteinte d'un chondrome du bassin qui faisait saillie dans la veine cave inférieure.

des battements cardiaques. Il y a quelquefois des râles de bronchite. On peut observer aussi sur la paroi thoracique des voussures, des rétractions limitées.

C'est principalement lorsque le cancer s'étend aux organes voisins que les signes extrinsèques viennent le révéler.

Souvent c'est la pleurésie qui donne l'éveil; mais l'épanchement pleural débute d'une façon torpide, sans réaction, et c'est seulement lorsqu'il est très abondant que le malade se plaint d'oppression et que la pleurésie est reconnue. La ponction donne alors issue à une grande quantité de liquide hémorrhagique, très pauvre en fibrine, ou bien à du liquide séro-fibrineux.

Dans d'autres cas, ce sont les signes d'une tumeur du médiastin qui attirent l'attention; ces symptômes résultent de la compression de divers organes. La dyspnée paroxystique, ressemblant à des accès d'asthme et sans rapport avec les signes physiques, la toux coqueluchoïde, les vomissements, le cornage, la dysphonie sont dus à la compression des nerfs pneumogastriques, récurrents et phréniques, et à celle de la trachée et des bronches. La compression des gros troncs veineux produit l'œdème de la face et des mains, la saillie des globes oculaires, la dilatation du réseau veineux superficiel; celle des artères, l'inégalité des deux pouls. Il est rare que la compression de l'œsophage donne lieu à de la dysphagie (voir les *Tumeurs du médiastin*).

Enfin à ces symptômes locaux qui permettraient de distinguer une *forme pulmonaire*, une *forme médiastine* et une *forme pleurale*, s'ajoutent, au bout d'un certain temps, les signes généraux de la cachexie cancéreuse avec son teint jaune paille, son émaciation, ses œdèmes périphériques et l'apparition de tumeurs ganglionnaires au cou et à l'aisselle.

La marche du cancer pulmonaire est variable. Tantôt elle est plus ou moins lente; le début se fait insidieusement par des signes de bronchite, et il survient pendant un certain temps des poussées successives de congestion pulmonaire et de bronchite; puis apparaissent les signes plus ou moins nets d'un foyer pulmonaire, d'un épanchement pleural ou d'une tumeur du médiastin; la maladie peut durer ainsi un an et même davantage. Tantôt l'évolution est rapide et se fait en quelques semaines, en particulier lorsqu'il y a une éruption généralisée de nodules cancéreux (carcinose miliaire aiguë), ou dans la forme de lymphangites pulmonaires sans nodule néoplasique.

La mort survient par le développement progressif de la cachexie ou par asphyxie plus ou moins lente. Mais elle peut avoir lieu brusquement et résulter d'une thrombose de l'artère pulmonaire, d'une apoplexie du poumon, d'une hémorrhagie abondante, de phénomènes

comateux, ou d'une syncope produite sans doute par la compression des pneumogastriques.

Diagnostic. — Le diagnostic présente souvent de grandes difficultés. Il y a des formes latentes qui sont des trouvailles d'autopsie; dans les cas de nodules secondaires peu nombreux et disséminés, rien pendant la vie ne fait soupçonner la généralisation au poumon, et même il peut arriver que le poumon farci de noyaux cancéreux ne donne lieu à aucun symptôme. Les formes aiguës ressemblent à la phtisie aiguë, à la grippe. Les formes chroniques peuvent en imposer pour la tuberculose, surtout lorsque la néoplasie se localise au sommet comme c'est parfois le cas pour les sarcomes. La pneumonie chronique s'en distingue par la plus grande lenteur de son évolution, les kystes hydatiques par la plus longue durée des symptômes de bronchite, par la répétition des hémoptysies, par la limitation des signes physiques et le rejet de liquide et de membranes hydatiques.

La valeur séméiologique des crachats gelée de groseille n'a pas toute l'importance qui lui avait été attribuée : en effet, elle manque souvent dans le cancer, et puis elle peut exister dans d'autres affections, notamment dans la tuberculose (Darolles)¹.

Dans sa forme médiastine, le cancer pulmonaire se distingue par son évolution des autres tumeurs du médiastin, et il est sans intérêt de discuter si la tumeur maligne a débuté dans le poumon ou dans le médiastin.

La pleurésie symptomatique du cancer a une grande valeur séméiologique lorsque l'épanchement est sanguin (Trousseau, Barth), surtout s'il est très pauvre en fibrine; mais il ne faut pas oublier que toute pleurésie hémorragique n'est pas cancéreuse et que la pleurésie du cancer est séro-fibrineuse dans la moitié des cas, d'après M. Dieulafoy.

Dans ces diverses circonstances, c'est le plus souvent la présence d'un cancer primitif en quelque autre organe qui met le médecin sur la voie du diagnostic du cancer pulmonaire. Mais le cas inverse peut se présenter et, chaque fois qu'il y a lieu de soupçonner un cancer du poumon, il importe de rechercher s'il n'y a pas quelque part un cancer primitif, ou encore des cicatrices d'une opération faite quelque temps avant pour une tumeur du sein ou des membres. On doit aussi s'attacher à découvrir les nodules de généralisation sous-

1. J'ai vu à la Salpêtrière une femme atteinte de lésion mitrale rejeter des crachats gelée de groseille absolument typiques. Le diagnostic de cancer du poumon semblait s'imposer, d'autant mieux que la malade avait un cancer du sein avec propagation à l'aisselle. Pourtant il n'en était rien et, la mort étant survenue quelques jours après, l'autopsie montra de vastes infarctus hémorragiques sans cancer du poumon.

cutanée et surtout les adénopathies des ganglions accessibles à l'exploration.

Pronostic. — L'extrême gravité du pronostic tient non seulement à ce que le cancer du poumon se termine toujours par la mort, comme tout autre cancer, mais aussi à ce que son évolution est souvent plus rapide qu'en d'autres organes et que sa présence est une contre-indication opératoire dans le cas où il existe une tumeur primitive justiciable de l'intervention chirurgicale.

Traitement. — Le traitement ne peut être que purement palliatif. La douleur et la dyspnée sont les symptômes qui réclament surtout l'intervention thérapeutique (morphine, éther). Dans la forme pleurétique la ponction évacuatrice est nécessaire lorsque l'épanchement devient menaçant par son abondance. Mais le liquide se reproduit avec une grande rapidité et, suivant le conseil de M. Dieulafoy, il faut éviter de multiplier les ponctions qui feraient subir au malade de véritables saignées successives.

CH. ACHARD.

HYDATIDES DU POUMON

Étiologie. Anatomie pathologique. — Le foie est le siège le plus commun des kystes hydatiques. Immédiatement après, vient le poumon. Le foie fournit en effet à lui seul les trois cinquièmes des kystes hydatiques, le poumon un cinquième et tous les autres organes réunis un cinquième. Ce degré de fréquence tient à ce que l'embryon hexacanthe du *Tænia echinococcus* est charrié par le sang et transporté dans certains points de préférence à d'autres. L'embryon sort de l'intestin pour entrer soit dans les capillaires sanguins, soit dans les troncs lymphatiques. Il a, suivant la voie prise, des destinations variées :

1° Entré dans une radicle porte, il se trouve entraîné par une circulation de plus en plus rapide jusqu'au foie. La veine porte se résolvant ici en capillaires, la circulation se ralentit, l'embryon s'arrête, subit sa transformation vésiculaire et forme un kyste du foie.

2° Bien qu'entré dans le système porte, il peut être poussé dans une des veines accessoires, éviter ainsi l'arrêt du foie et se rendre dans la veine cave.