

vasations sanguines de date récente. On désigne cet état sous le nom d'*induration brune des poumons*.

L'*examen microscopique* fait voir que les capillaires, à raison de cette stase de longue durée, sont considérablement dilatés et devenus sinueux. De tous côtés ils proéminent fortement dans l'intérieur des alvéoles dont la lumière est par conséquent *notablement rétrécie* (1). Le tissu interstitiel paraît un peu épaissi et on y trouve une multitude de granulations de pigment, vestiges des hématies extravasées et détruites. D'après RINDFLEISCH, les éléments musculieux du parenchyme pulmonaire (fibres musculaires lisses à l'entrée et dans les parois des alvéoles) subissent également une hypertrophie considérable. Sur la membrane interne des gros vaisseaux on trouve parfois l'endothélium et même la membrane musculieuse à l'état de transformation graisseuse.

En ce qui concerne la *valeur clinique* du poumon cardiaque, il est possible que le rétrécissement de la lumière de toutes les alvéoles réunies, contribue jusqu'à un certain degré à augmenter la dyspnée chez les cardiaques. Mais dans la pratique, cet élément causal n'est pas susceptible d'être distingué des autres influences qui produisent la dyspnée.

Nous ne connaissons aucun signe positif qui permette de diagnostiquer le poumon cardiaque pendant la vie. Les résultats nécroscopiques mêmes diffèrent parfois entre eux d'une manière qu'on ne peut expliquer, en ce sens que l'induration brune est tantôt très prononcée et tantôt à peine ébauchée dans des circonstances identiques en apparence. Dans plusieurs cas où elle a été démontrée sur le cadavre, nous avons entendu du vivant des malades un *bruit respiratoire très âpre, puéril*, qui semble être caractéristique de beaucoup de cas de poumon cardiaque. Il y a lieu d'attacher encore plus d'importance à la présence dans les crachats de grosses cellules caractéristiques, bondées de granules pigmentés, de dimension plus ou moins considérable. Ces *grandes cellules pigmentées* sont, selon toute probabilité, des leucocytes qui ont absorbé le pigment des hématies détruites dans l'intérieur des alvéoles. Sur le cadavre on trouve exactement les mêmes cellules dans les alvéoles. Outre ces cellules pigmentées, on aperçoit souvent dans les crachats des cardiaques, des globules rouges du sang parfaitement conservés.

Le *pronostic* et le *traitement* concordent avec ceux de la maladie cardiaque fondamentale.

1. Cette opinion qui est généralement admise demande à être confirmée de nouveau, vu que d'après une assertion récemment émise par BASCH, les capillaires des poumons se redressent davantage à raison de la stase, de sorte que la lumière de l'alvéole au lieu de se rétrécir, devient plus spacieuse (v. plus bas, chapitre des maladies du cœur).

## CHAPITRE DOUZIÈME.

### TUMEURS PULMONAIRES, CARCINOME, ÉCHINOOCOQUES, SYPHILIS DU POU MON.

1. *Néoplasmes du poumon. Carcinome pulmonaire.* La plupart des néoplasmes qu'on rencontre dans le poumon sont de nature *secondaire*. Quand d'autres organes sont atteints de carcinome, le poumon est frappé *consécutivement* et la genèse du carcinome pulmonaire s'explique chaque fois par la propagation de la tumeur primitive à une *veine* et par la facilité avec laquelle les germes de la tumeur sont entraînés le long de cette voie vers les poumons. Le plus souvent ces noyaux secondaires ne provoquent guère de symptômes cliniques particuliers. C'est seulement quand ils sont en grand nombre et occupent une certaine étendue, qu'ils occasionnent de la dyspnée et des symptômes objectifs, etc. C'est ainsi que, passé quelques années, nous avons pu observer à la clinique de LEIPZIG un cas de *carcinome miliaire* consécutif et largement disséminé, qui, en peu de temps, se termina par la mort avec tous les signes d'une tuberculose miliaire aiguë à prédominance pulmonaire.

Parmi les autres néoplasies *secondaires*, il faut noter l'*enchondrome* qui, dans des cas très rares, se montre aussi primitivement dans le poumon. Le *sarcome* secondaire du poumon est également exceptionnel ; nous l'avons vu occuper une grande étendue, à la suite du sarcome primitif des ganglions bronchiques, puis dans un cas de lymphosarcome des glandes cervicales qui avait envahi la veine jugulaire, et plusieurs fois enfin en cas de sarcomes primitifs congénitaux du rein.

Parmi les *néoplasmes primitifs du poumon*, le *cancer pulmonaire* est le seul qui revête une expression clinique déterminée. A cet égard, on peut lui assimiler certaines formes malignes (métastatiques) du *sarcome alvéolaire*. Le vrai cancer pulmonaire est toujours un *carcinome à cellules cylindriques*, qui dérive, à n'en pas douter, de l'épithélium bronchique. Il se déclare principalement chez les *gens d'âge* (d'au delà de 40 ans) et se rencontre, paraît-il, un peu plus fréquemment à droite qu'à gauche, et dans les lobes supérieurs plus souvent que dans les lobes inférieurs. En s'infiltrant de tous côtés, le cancer transforme la partie atteinte du poumon en une masse non aérée, d'un gris jaunâtre, d'ordinaire assez molle et grumelleuse. En grattant la surface de section on recueille parfois du suc cancéreux dans lequel l'examen microscopique découvre les éléments caractéristiques du cancer. La *plèvre* participe très souvent à la maladie. La néoplasie en continuant à pulluler, entame directement la plèvre, ou bien il se forme dans celle-ci

quelques noyaux secondaires isolés et circonscrits. Les *ganglions lymphatiques* présentent presque constamment la dégénérescence cancéreuse, surtout les ganglions bronchiques, puis ceux de l'aisselle et du cou, etc. Il est rare que *d'autres organes* sont atteints de *carcinome secondaire*; cependant on le rencontre parfois dans l'autre poumon, dans le foie, le cerveau et ailleurs.

Les *signes cliniques* du cancer pulmonaire sont presque toujours difficiles à interpréter au début. On les rapporte à quelque affection chronique d'observation plus fréquente, à la bronchite chronique, la tuberculose, la pleurésie, etc. Cependant le cours ultérieur de la maladie, au moins dans une série de cas, vient parfois rectifier le diagnostic. D'autres fois, surtout chez les gens d'âge, la maladie peut rester tout à fait latente.

Les *symptômes généraux du côté des poumons* n'ont rien de bien démonstratif. Les malades se plaignent d'une *gêne respiratoire* graduellement croissante, de constriction et d'oppression thoraciques qui peuvent devenir réellement angoissantes. La plupart ont une *toux* spasmodique des plus fatigantes. Les *crachats* qui généralement ne présentent rien de particulier, ont, de temps à autre, un aspect caractéristique d'une grande valeur pour le diagnostic. Ils deviennent sanguinolents et ressemblent parfaitement à de la « *gelée de framboises* ». Au microscope on y découvre souvent les éléments propres du néoplasme. Parfois le cancer du poumon est accompagné d'hémoptysies plus considérables.

L'*examen physique* des poumons fournit, dans beaucoup de cas, des symptômes manifestes : matité, souffle bronchique, affaiblissement du bruit respiratoire, râles, parfois frottement pleural, symptômes qui, pris ensemble, n'ont rien de caractéristique par eux-mêmes, mais qui décident naturellement du siège et de l'étendue du néoplasme. Ce qu'il faut noter principalement, c'est l'*expansion diffuse* et le développement qu'on a fréquemment observés du côté malade.

Certains phénomènes consécutifs ont plus de valeur diagnostique. Notons d'abord l'*engorgement des ganglions* de l'aisselle et du cou, puis de nombreux *signes de compression* qui dépendent en partie du néoplasme même, en partie des ganglions gonflés sympathiquement. La compression de la veine-cave supérieure ou d'un de ses affluents produit de l'*œdème à la face, au cou, à la paroi thoracique ou au bras*. Les veines sous-cutanées en ces endroits sont dilatées et sinueuses. La pression de l'œsophage provoque de la *dysphagie*, celle du plexus brachial des *douleurs névralgiques* intenses et de la *parésie dans le bras correspondant*, celle du nerf récurrent la *paralysie des cordes vocales* et l'*enrouement*, et celle de la trachée ou d'une grosse bronche, les phénomènes de la *sténose trachéale* ou *bronchique*.

A part les symptômes mentionnés jusqu'ici, il y a les phénomènes généraux dont il faut tenir compte. Comme tout carcinome d'ailleurs, le carcinome pulmonaire entraîne peu à peu la *cachexie cancéreuse*. L'abattement et l'inappétence augmentent graduellement, il se produit des troubles digestifs et de légères exacerbations fébriles, jusqu'à ce qu'enfin les malades succombent au marasme.

La *durée de la maladie* comporte généralement une demi-année à deux ans. Le *pronostic* est absolument mortel. Le *traitement* est purement symptomatique et se base sur les prescriptions adressées aux autres affections pulmonaires.

Mentionnons encore dans une vue théorique une néoformation pulmonaire extrêmement intéressante. Chez les ouvriers des mines de *cobalt du Schneeberg* (dans le Voigtland en Saxe) on constate avec une fréquence remarquable que le poumon devient le siège de *tumeurs lympho-sarcomateuses malignes*, parfois avec métastase dans les ganglions, le foie, la rate, etc. La maladie revêt les caractères d'une affection pulmonaire chronique et se termine presque toujours par la mort. L'apparition de ces tumeurs sous forme endémique, semble indiquer leur *origine infectieuse*.

2. *Échinocoques du poumon*. Les échinocoques se montrent très rarement dans le poumon d'une manière primitive. La plupart du temps ils émanent d'autres organes et n'y arrivent que secondairement, soit par le canal des vaisseaux sanguins, soit, ce qui arrive le plus souvent, par le passage des échinocoques du foie à travers le diaphragme.

Les *symptômes* des échinocoques pulmonaires sont très divers. Parfois le parasite reste à l'état latent. Dans d'autres cas, on voit se développer le tableau morbide d'une affection pulmonaire plus ou moins grave, le plus souvent fébrile (douleurs thoraciques, toux, de temps en temps expectoration sanguinolente, dyspnée, etc.). L'*examen objectif* du poumon révèle en quelques cas de la matité, la suppression du bruit respiratoire et l'affaiblissement du frémissement vocal, d'autre part, les signes d'une caverne quand l'échinocoque est évacué par la toux (v. plus bas). L'interprétation exacte de tous ces symptômes est possible pour autant que — cela s'est déjà présenté souvent — le malade expectore des *vésicules d'échinocoques* ou qu'on en retrouve des *fragments (membranes, crochets)* dans les crachats.

L'*issue* de la maladie peut être propice quand les échinocoques sont rendus par la toux, ou quand on parvient à les enlever par une *opération*. La perspective de tuer les parasites par des inhalations de térébenthine, de benzine, etc., n'est que très précaire. Parfois la poche d'échinocoques passe à la gangrène ou à la suppuration. On l'a vue également se vider dans

la plèvre, le péritoine, le péricarde et à l'extérieur. Ce dernier cas est le plus avantageux, tandis que les autres, à raison des conséquences qu'ils entraînent, parfois aussi par l'asphyxie foudroyante à laquelle ils donnent lieu, sont suivis d'une issue funeste. — V. au chapitre des échinocoques du foie pour plus de détails sur l'histoire naturelle des échinocoques.

3. *Syphilis pulmonaire.* Ce serait ici le lieu de traiter des *néoplasmes syphilitiques du poumon*. Malgré les nombreux écrits parus dans ces derniers temps sur cet objet, il nous semble que la doctrine de la syphilis pulmonaire n'est pas encore établie sur des bases solides. Les médecins qui sont portés à considérer comme étant de nature spécifique toute maladie pulmonaire qui se déclare chez un individu antérieurement atteint de syphilis, attribuent certainement à la syphilis du poumon beaucoup de choses qui n'ont rien à faire avec elle. Il est de fait que dans les cas de prétendue syphilis pulmonaire (phthisie syphilitique) que nous avons pu observer, nous n'avons jamais trouvé à l'autopsie que de la tuberculose commune. Au point de vue anatomo-pathologique, il n'y a jusqu'ici d'établie que la *syphilis des bronches de gros et de moyen calibre*, qu'on reconnaît à l'autopsie aux cicatrices étendues et rayonnées qui conduisent parfois à la sténose des bronches. Des *gommes* isolées sont des phénomènes extrêmement rares dans le poumon. Parfois on trouve sur la *plèvre des cicatrices radiales* particulières qui sont *peut-être* d'origine syphilitique. Au point de vue pratique, on est toujours autorisé à tenter un traitement spécifique chez un individu, à passé syphilitique, qui présente du côté du poumon des manifestations graves et qu'on ne s'explique pas. Mais le résultat répond rarement à l'attente. — La *syphilis pulmonaire des nouveau-nés*, qui se montre sous forme de noyaux isolés ou d'infiltration syphilitique diffuse (appelée *pneumonie blanche*), n'a qu'un intérêt anatomo-pathologique.

## CINQUIÈME PARTIE.

### MALADIES DE LA PLEVRE.

#### CHAPITRE PREMIER.

##### PLEURÉSIE.

(Pleurite, inflammation de la plèvre.)

**Étiologie.** On distingue généralement la pleurésie en *primitive* et en *secondaire*.

Sous le nom de *pleurésie primitive* on désigne l'inflammation de la plèvre qui atteint des personnes bien portantes jusqu'alors. Nous ne disons pas

que des cas semblables ne puissent se présenter. Ils sont toutefois beaucoup plus rares qu'on ne le croit communément. Car beaucoup de pleurésies secondaires ont toutes les apparences d'une maladie primitive, soit parce que l'affection fondamentale est restée jusque-là vierge de symptômes, soit parce qu'elle se dérobe à nos moyens d'investigation. Comme causes occasionnelles de la pleurésie primitive, on cite surtout les *refroidissements*, parfois aussi les *traumatismes*.

La *pleurésie secondaire* résulte le plus souvent de la communication directe à la plèvre d'un processus inflammatoire qui a son origine dans un organe avoisinant. Déjà, en décrivant les affections pulmonaires, nous avons fait remarquer que les divers processus pathologiques qui ont le poumon pour siège, intéressent la plèvre quand ils finissent par l'atteindre. C'est ainsi que la pleurésie vient compliquer la *pneumonie croupale*, la *pneumonie lobulaire catarrhale*, la *gangrène pulmonaire*, l'*infarctus hémorragique*, l'*abcès embolique*, etc. Comme un grand nombre des affections susdites se produisent au cours des maladies les plus disparates, on comprend aisément que la pleurésie puisse faire cortège à toutes les maladies graves possibles.

La forme de loin la plus importante de la pleurésie secondaire, c'est la *pleurésie tuberculeuse*. Et d'abord, l'expérience anatomo-pathologique et clinique de tous les jours enseigne que la tuberculose pulmonaire chronique commune est presque constamment accompagnée de pleurésie. Il est vrai que celle-ci s'efface parfois entièrement derrière le tableau morbide de la phthisie pulmonaire; mais, dans nombre de cas, certaines sensations subjectives (douleur), de même que certains symptômes objectifs peuvent positivement être mis sur le compte de la pleurésie. Cependant il y a lieu d'attacher une importance pratique beaucoup plus considérable à ces cas de pleurésie tuberculeuse qui revêtent les apparences d'une *pleurésie à forme primitive*. C'est à cette catégorie qu'il faut certainement rapporter la *plupart* des « *exsudats pleurétiques* » communs. Ici le tableau morbide est complètement dominé par la pleurésie. Celle-ci peut même, ce qui arrive assez fréquemment, s'améliorer manifestement et même guérir tout à fait (v. plus bas). Mais si l'on a l'occasion d'observer le malade assez longtemps, on voit presque toujours dans la suite se révéler des signes évidents de la tuberculose (voyez plus loin la marche générale de la maladie), ce qui permet de conclure que cette pleurésie initiale devait déjà, étiologiquement parlant, être considérée comme une pleurésie tuberculeuse. La pathogénie spéciale de la pleurésie n'est pas tout à fait claire en ces cas. Tantôt il existait un petit *foyer pulmonaire tuberculeux* qui par lui-même ne provoquait pas de symptômes, mais qui est pourtant devenu le point de départ de la pleurésie.