

**Traitement.** Le seul moyen capable de calmer les angoisses, parfois si vives des malades, c'est la *morphine*. Dans les cas désespérés on peut s'en tenir exclusivement à elle (à l'intérieur et par la méthode sous-cutanée). Mais dans les cas où le malade aurait conservé assez de forces, on pourrait tenter, par une intervention opératoire, d'atténuer les symptômes et peut-être d'arriver finalement à une guérison totale. Si le pneumothorax est simple, sans exsudat liquide, on cherchera à extraire par *aspiration* autant d'air que possible. Quand il y a un épanchement séreux abondant, la *ponction* est indiquée ; de même quand l'exsudat est purulent, il y a lieu de faire la ponction simple ou la ponction, si pas l'incision, avec *drainage* consécutif. En ce cas la méthode est identiquement la même que pour l'empyème. Il faut remarquer pourtant que des améliorations comme celles dont nous avons parlé et des guérisons ont été observées plusieurs fois sans qu'on ait dû recourir à une intervention opératoire quelconque.

#### CHAPITRE QUATRIÈME.

##### HYDROTHORAX. HÉMATOTHORAX.

1. **Hydrothorax.** Un *transsudat* séreux accumulé dans la cavité pleurale et ne dépendant pas d'une inflammation, est désigné sous le nom d'*hydrothorax* (*hydropisie de poitrine*). L'hydrothorax est rarement le résultat d'un obstacle *local* qui empêche le sang veineux ou la lymphe de s'écouler hors du thorax (compression des veines ou du canal thoracique par des tumeurs). La plupart du temps, l'hydrothorax est un élément constitutif de l'*hydropisie générale* telle qu'elle se déclare notamment dans l'emphysème, les maladies du cœur et des reins. Quelquefois l'hydrothorax ne se forme qu'après qu'un œdème général du tissu cellulaire et l'ascite existent depuis quelque temps. Mais il peut aussi être une des premières manifestations de l'hydropisie. D'ordinaire il est bilatéral, parfois aussi unilatéral, ou plus prononcé d'un côté que de l'autre. La plèvre elle-même est à l'état normal ou imbibée de sérosité. Souvent elle est parcourue par un lacis de vaisseaux lymphatiques dilatés. Le liquide séreux de l'hydrothorax se distingue de l'exsudat séreux inflammatoire par une moindre proportion d'albumine, la rareté des éléments cellulaires et une coagulabilité spontanée moindre ou nulle.

L'*expression clinique* de l'hydrothorax consiste dans l'entrave qu'il apporte à la respiration. Dès lors, l'hydrothorax peut très souvent, surtout en cas de maladies du rein, être considéré comme la cause principale de la mort.

L'examen physique qui en établit objectivement l'existence, doit naturellement révéler des symptômes en tout semblables à ceux de l'exsudat pleurétique. Seulement nous devons faire remarquer que dans l'hydrothorax existe souvent un fort souffle tubaire résultant du tassement du poumon et qui pourrait faire croire à une infiltration pneumonique. Cette intensité, parfois si frappante, du bruit respiratoire, et qui ne se rencontre pas au même degré en cas d'exsudat pleurétique, s'explique par l'intégrité du tissu pulmonaire et l'absence complète d'adhérences. C'est pour le même motif que les variations de matité qu'amènent les changements d'attitude du malade, sont d'ordinaire plus accentuées dans l'hydrothorax que dans l'exsudat pleurétique. Quelquefois on entend dans l'étendue de l'hydrothorax des crépitations sèches qui se passent dans les poumons rétractés et en partie frappés d'atélectasie. Mais le signe capital qui sépare l'hydrothorax de l'exsudat pleurétique n'en reste pas moins la coexistence d'une affection primordiale.

Le *traitement* se base toujours sur cette maladie fondamentale. Si l'on parvient à régulariser l'action du cœur et à donner une impulsion nouvelle à la sécrétion urinaire, l'hydrothorax disparaît parfois avec les autres manifestations hydropiques. Si la dyspnée résultant de l'hydrothorax devient menaçante, la *ponction* constitue parfois un excellent palliatif. Mais la nature de la maladie primitive fait que souvent le succès n'est qu'éphémère.

2. **Hématothorax.** Les épanchements sanguins de la cavité pleurale (*hématothorax*) sont le plus souvent occasionnés par des déchirures *traumatiques* de vaisseaux, rarement par la rupture dans la plèvre d'un anévrysme de l'aorte, par l'érosion d'une artère intercostale en cas de carie des côtes, par l'ouverture d'une caverne avec déchirure artérielle, etc. Dans la plupart de ces circonstances, l'effusion sanguine est suivie d'une véritable pleurésie exsudative. Les symptômes physiques sont les mêmes que pour les autres épanchements pleurétiques. Une dyspnée considérable peut réclamer l'évacuation du sang à l'aide de la ponction, au besoin, d'une incision.

#### CHAPITRE CINQUIÈME.

##### NÉOPLASMES DE LA PLÈVRE.

Les néoplasies pleurales sont le plus souvent de nature *secondaire*. On rencontre quelquefois par ci par là dans la plèvre des *nodules cancéreux métastatiques* faisant suite à des carcinomes primitifs d'autres organes, notamment du sein et des poumons. Mais la plupart des carcinomes de la plèvre, consécutifs à des carcinomes du poumon, sont le résultat d'une propagation directe.

Parmi les *néoplasmes primitifs* de la plèvre, il n'y en a qu'un seul qui ait une certaine importance, c'est le *carcinome endothélial* dont la première description est due à E. WAGNER. Il se développe d'emblée d'une manière diffuse par prolifération des cellules endothéliales des vaisseaux lymphatiques et du tissu conjonctif. Il peut donner lieu à des métastases dans le poumon, les ganglions lymphatiques, le foie, les muscles, etc.

Les nodules cancéreux *secondaires* disséminés dans la plèvre ne se révèlent par aucun *symptôme clinique* particulier. Mais le cancer diffus de la plèvre, consécutif au cancer primitif du poumon, a une certaine importance, en ce sens que les manifestations pleurales prennent souvent le pas sur celles de l'affection pulmonaire. La matité est très forte, le murmure respiratoire et le frémissement vibratoire sont affaiblis. Dans un cas semblable, le cancer se propagea aux extrémités des arcs costaux, de manière à former une saillie manifeste. Il n'y a que la nature des crachats (v. carcinome du poumon) qui puisse démontrer positivement si le néoplasme a pris naissance dans le poumon.

Le *carcinome endothélial* primitif de la plèvre présente l'image d'une pleurésie chronique. Comme la plèvre est parfois le siège d'un épanchement, il peut y avoir déplacement des organes contigus. L'affection reste longtemps apyrétique, à moins d'offrir des exacerbations légères et sans type régulier. La plupart des carcinomes de la plèvre sont accompagnés de vives *douleurs*

Le *diagnostic* des néoplasmes de la plèvre, si tant est qu'il est possible, ne l'est que dans les stades les plus avancés de la maladie. Au début, presque tous ces cas sont considérés comme des pleurésies chroniques simples ou tuberculeuses. Le diagnostic s'affirme moins par des symptômes physiques que par la marche générale de l'affection, l'habitus du malade, la découverte de métastases dans les glandes et organes divers, etc. En quelques cas, on a découvert au microscope des éléments caractéristiques du néoplasme dans le liquide louche recueilli par une *ponction exploratrice*.

Le *pronostic* est absolument défavorable, le *traitement* purement symptomatique. Peut-être faudrait-il tenter l'arsenic à l'intérieur dans les carcinomes endothéliaux.

## CHAPITRE SIXIÈME. TUMEURS DU MÉDIASTIN.

Le médiastin *antérieur*, dans des circonstances assez rares, devient le siège de néoplasmes étendus, qui se signalent par la gravité de leurs symptômes cliniques. Le point de départ de ces tumeurs est tantôt situé dans les

ganglions lymphatiques de cette région, tantôt dans le tissu cellulaire, parfois peut-être dans les vestiges du thymus. D'après leur caractère anatomique, ce sont presque toujours des *sarcomes*, le plus souvent des *lymphosarcomes*, rarement des sarcomes alvéolaires. Ils se montrent ordinairement chez des individus jeunes ou d'un âge moyen, et sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme. Des *données étiologiques* précises nous font défaut. Parfois on a signalé le traumatisme comme cause productrice.

Les *symptômes cliniques* du début sont d'ordinaire très indécis. Les malades se plaignent d'abattement, de céphalalgie, de douleurs thoraciques, d'un peu de gêne de la respiration et ce n'est que graduellement que se manifestent de graves symptômes subjectifs et objectifs du côté de la poitrine.

Ces symptômes dépendent en partie de la tumeur même, mais pour la plus grande part ce sont des *phénomènes de compression* qui se produisent peu à peu par suite de l'attrition qu'exerce la tumeur sur une série d'organes avoisinants.

Les *douleurs thoraciques* qui se localisent de préférence au sternum et sont accompagnées d'un grand sentiment d'oppression, peuvent être d'une intensité excessive. Parfois elles s'irradient sur les côtés de la poitrine et dans les bras (compression du plexus brachial).

La *gêne respiratoire* finit par atteindre le plus haut degré. Une de nos malades atteinte de lymphosarcome était obligée de garder la position *verticale* les derniers jours de sa vie ! Cette dyspnée dépend tantôt de la compression des poumons et du cœur, tantôt de la *compression* immédiate de la trachée ou d'une grosse bronche. Dans ce dernier cas, il se produit des symptômes manifestes de sténose trachéale ou bronchique. La *compression des nerfs récurrents* peut donner lieu à une paralysie des dilatateurs de la glotte. La *paralysie d'une des cordes vocales* a été observée plusieurs fois. Dans le cas cité plus haut il se forma, assurément par suite de la stase vasculaire, un *goître* d'un volume considérable qui, par la compression qu'il exerçait sur la trachée, augmentait encore la dyspnée. L'*hydrothorax*, dû à la stase veineuse locale, peut également aggraver la dyspnée.

On observe rarement la compression de l'*œsophage* et les troubles de la *déglutition* qui en dépendent. La compression du *nerf vague* et du *grand sympathique* donne parfois lieu à une *vitesse anormale du pouls* (accélération ou ralentissement notable) et à l'*inégalité des pupilles* (sympathique). En comprimant la tumeur, on a pu provoquer à volonté une dilatation artificielle de la pupille. Par la *compression des vaisseaux*, principalement de la veine cave supérieure, de la veine sous-clavière, etc., on a vu des *œdèmes* et la *cyanose* se produire dans les parties correspondantes du corps.