

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.

L'examen objectif du thorax fait voir, dans certains cas très avancés, une voussure diffuse de la région sternale. Dans d'autres cas, cette protrusion fait défaut. Un signe important, c'est une *matité anormale* de la région thoracique se confondant à gauche avec celle du cœur et s'étendant plus ou moins loin à droite au delà du bord sternal. Le cœur est souvent un peu déjeté à gauche. Dans l'observation citée on entendait au niveau de l'artère pulmonaire, un bruit manifestement systolique, dû à la compression de ce vaisseau. Parfois les battements du pouls ne sont plus isochrones de part et d'autre.

Le *diagnostic* d'une tumeur médiastine est le plus souvent possible dans des cas à symptômes bien tranchés. Dans d'autres cas, au contraire, il est difficile et incertain. Le diagnostic différentiel entre les tumeurs du médiastin et les anévrysmes de l'aorte (v. y.) surtout prête à de grandes difficultés. On les a confondues aussi avec des *abcès* du médiastin antérieur.

Le *pronostic* est toujours et absolument défavorable. La maladie se termine par la mort, parfois déjà après un terme de $\frac{1}{2}$ à un an.

Le *traitement* ne saurait s'adresser qu'aux symptômes. A titre d'essai on peut ordonner à l'intérieur de l'*iodure de potassium* ou l'*arsenic*, à l'extérieur un onguent à l'iodoforme. Dans les dernières phases on tâchera, au moyen des narcotiques, d'adoucir les souffrances des malades.

CHAPITRE SEPTIÈME.

ACTINOMYCOSIS DE LA CAVITÉ THORACIQUE.

Après que divers auteurs et notamment BOLLINGER eurent décrit des tumeurs d'une espèce particulière qui se formaient à la mâchoire des bêtes à cornes et dont l'origine devait être rapportée à l'invasion d'un champignon spécial, l'*actinomycoïsis* ou *champignon étoilé*, on a signalé, pareillement dans ces derniers temps chez l'homme une série de maladies, également provoquées par cette mucédinée (PONFICK, ISRAËL et autres). Ces maladies peuvent, comme chez les animaux susdits, avoir leur siège aux mâchoires, au plancher de la bouche ou dans la région cervicale et sont dès lors principalement du domaine de la chirurgie. Mais un intérêt *clinique* plus considérable se rattache aux affections actinomycoïtiques des organes internes, et puisque les poumons et la plèvre sont, parmi ces derniers, les parties les plus fréquemment atteintes, il n'est pas sans utilité de résumer en peu de mots ce qu'on connaît de plus important relativement à l'actinomycoïse.

La classification botanique de l'actinomycoïse n'est pas encore fixée. COHN et O. ISRAËL la rangent parmi les champignons de la moisissure, d'après BOSTRÖM au contraire elle appartiendrait aux schizoalgues et plus

spécialement au genre *cladotrix*. En se développant ce champignon produirait des grains grisâtres ou d'un jaune de soufre, de dimension plus ou moins ténue, reconnaissables à l'œil nu dans le pus des foyers morbides (v. plus bas) et qui, à l'examen microscopique, se montrent sous l'aspect d'un écheveau de mycélium. Un trait particulièrement caractéristique à noter, c'est qu'un grand nombre de ces filaments de mycélium se terminent en *renflements semblables à des massues*, qui le plus souvent sont disposés régulièrement sous forme de rayons à la périphérie des granulations, de manière à leur donner l'apparence d'une couronne étoilée (v. fig. 28).

Dans la nature l'actinomycoïse paraît se rencontrer principalement sur les plantes (par ex. sur les graines des diverses céréales). C'est ce qui explique la fréquence de l'infection chez les grands herbivores, et une infection directe semblable peut occasionnellement se présenter aussi chez l'homme. Il est digne de remarque que ce champignon semble de préférence se loger dans les dents cariées. C'est de là, selon toute apparence, que les affections prérappelées du plancher buccal prennent leur origine, tandis que d'autre part la migration du champignon peut également avoir lieu à partir de là, par inhalation dans les voies respiratoires et par déglutition dans le canal alimentaire. Il est évident que le champignon est susceptible d'être directement avalé ou immédiatement aspiré dans les bronches.

Partout où le mycélium vient à se loger, il commence par provoquer une néoformation de tissu de granulations, lequel a de la tendance à se transformer en une masse gluante fluide, blanchâtre ou teintée en brun par les extravasations sanguines qui s'y opèrent souvent. Très fréquemment encore on voit l'actinomycoïse passer à la *suppuration*, quoique cela ne semble avoir lieu que sous l'influence d'agents de suppuration (coccus de suppuration) survenus consécutivement. Une remarque particulièrement importante, c'est que la maladie a de la tendance à passer du *poumon* à la *plèvre*, de celle-ci au *tissu connectif péripleural* et au-delà jusqu'à la *paroi pectorale externe*.

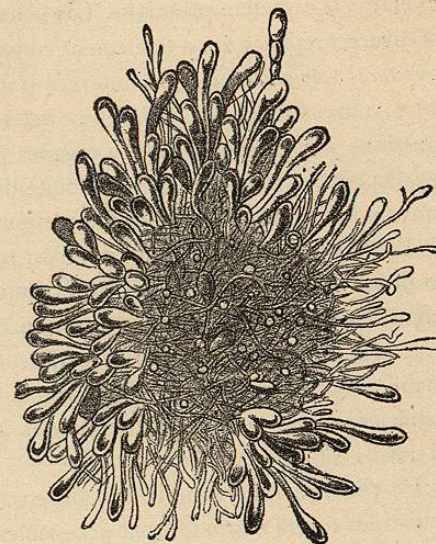


Fig. 28.

Conglomérat d'actinomyces (d'après JOHN).