Scheurlen. Pyothorax sous-diaphragm. (Berlin. klin. Woch., 1889). — Liebermeister. Sur le pneumothorax (Deutsche med. Woch., 1890). — Bogolepow. Le pyothorax et le pneumothorax sous-diaphr. (Med. obzer., 1890). — Kœgerer. Pyopneumoth. gauche par perforation d'un ulcère de l'estomac (Prog. med. Woch., 1890). — Zahn. Mécanisme de la prod. du pneumothorax (Arch. f. path. Anat., 1891). — Gilbert et Roger. Étude expér. sur le pneumothorax et sur les réflexes d'origine pleurale (Rev. de méd., 1891). — Ramodan. Du pyopneumothorax sous-phrénique, th. Paris, 1891. — Galliard. Le pneumothorax (Biblioth. Charcot-Debove, 1892).

CANCER PLEURO-PULMONAIRE

Nous avons réuni dans un même chapitre le cancer du poumon et celui de la plèvre, à cause de la difficulté qu'il y a à étudier séparément ces deux manifestations de la diathèse qui coïncident dans la généralité des cas, et qui présentent d'ailleurs des symptômes identiques dans les faits rares où les lésions sont restées isolées.

Le cancer pleuro-pulmonaire *primitif* est fort rare, notamment dans la plèvre ; nous ne connaissons guère, pour la plèvre, que les observations de Lépine (Soc. an., 1869), de B. Teissier (Clinique méd. de 1881), de Roustan (Soc. an., 1886), de Dieulafoy, de Lépine et Leclerc (Soc. sc. méd., Lyon, 1887), de Dernschinsky (1888), qui ne puissent donner lieu à aucune contestation. Carswell a recueilli un fait de cancer primitif du poumon, chez un jeune homme de vingt-cinq ans ; mais le plus souvent le cancer pleuro-pulmonaire est *secondaire* et résulte de la propagation par contiguïté ou à distance d'une manifestation cancéreuse d'un autre organe (cancer du sein, du médiastin, des organes abdominaux, capsules surrénales, Dagron), sarcôme du tibia (Hubert et Klebs).

L'encéphaloïde, le squirrhe, le cancer colloïde et le mélanique sont les formes qui s'observent ordinairement. Dans l'encéphaloïde, ce sont des masses fongueuses et végétantes, déprimées à leur centre ; dans le squirrhe, des masses lenticulaires sous forme de noyaux ou de plaques dures et d'aspect lardacé ; dans le cancer colloïde, c'est une matière d'apparence gélatineuse qui se répand en nappe plus ou moins étendue; dans le cancer mélanique, enfin, ce sont des noyaux rappelant l'anthracosis, mais fins et arrondis. Toutefois, lorsque le poumon a été comprimé par d'anciens épanchements, les lésions cancéreuses sont extrêmement difficiles à reconnaître.

Le cancer primitif de la plèvre peut se montrer chez les très jeunes sujets (Darolles, Hayem ; à vingt-deux ans dans la dernière observation de Dieulafoy).

Les lymphatiques prennent une part active à l'extension du cancer (Virchow, Charcot, Lépine, Debove, Troisier) ; ils se montrent sous la plèvre comme des réseaux blanchâtres, apparence qui est due à leur envahissement par la dégénérescence carcinomateuse, Cette dégénérescence atteint également les ganglions lymphatiques et notamment les ganglions sus-claviculaires, qui font saillie sous la peau de la région sous forme de petites masses très dures.

Description. — La symptomatologie du cancer pleuro-pulmonaire a été bien étudiée par Darolles dans une thèse à laquelle nous ferons plus d'un emprunt.

Le cancer pleuro-pulmonaire peut rester latent pendant toute la durée de son évolution ; le plus souvent il offre un ensemble de symptômes qui permettent de soupçonner, sinon d'affirmer le diagnostic. Les symptômes fonctionnels les plus saillants sont au nombre de trois : la *douleur de côté*, la *dyspnée* et la *toux*.

Le *point de côté* est presque constant. La douleur occupe un point fixe et se localise au niveau du mamelon, derrière le sternum, etc., ou s'étend à plusieurs espaces intercostaux en forme de cuirasse ; parfois elle s'irradie dans les flancs et les lombes ou dans la sphère du plexus brachial (Béhier). La douleur intercostale peut être accompagnée de zona. Elle est le plus souvent très vive, lancinante, continue ou intermittente avec exacerbations intolérables survenant sous l'influence de la toux, des mouvements, du décubitus ; son intensité augmente à mesure que la maladie fait des progrès.

La *dyspnée* est un phénomène précoce qui va également en s'accentuant de jour en jour, pour arriver progressivement à l'orthopnée la plus pénible ; souvent d'allure asthmatiforme, à paroxysme nocturne, elle va parfois jusqu'à simuler une attaque d'asystolie ; elle a même nécessité l'opération de la trachéotomie. Darolles signale comme un de ses caractères les plus frappants le désaccord complet qui existe entre son intensité et le peu de signes physiques que l'on observe. La *toux* survient dès les premiers temps de la maladie et augmente d'une façon continue; elle affecte souvent un caractère coqueluchoïde et indique alors la compression du pneumogastrique par les ganglions péribronchiques augmentés de volume et dégénérés. La toux peut rester sèche ou s'accompagner d'une *expectoration* presque pathognomonique. Les crachats sont formés de mucosités adhérentes, d'apparence translucide, et colorés en rouge par du sang, ce qui les a fait comparer à de la gelée de groseille (Stokes). A l'examen histologique des crachats on rencontre quelquefois des particules cancéreuses, ce qui permet de les distinguer des crachats ana-

logues que l'on trouve parfois chez les tuberculeux (Walshe, Lancereaux). Hydsalter a décrit des crachats analogues à du veau cuit qu'il attribue à l'expuition de parcelles d'encéphaloïde. On a signalé encore une expectoration couleur saumon.

Les *hémoptysies* sont assez fréquentes dans le cancer pleuro-pulmonaire, plus fréquentes même que dans la tuberculose; elles sont généralement peu abondantes et dépendent de la rupture des vaisseaux de nouvelle formation, à parois minces et fragiles, que l'on observe dans les productions cancéreuses. C'est également à la rupture de ces vaisseaux qu'il faut attribuer l'épanchement sanguinolent des plèvres. Cet épanchement est souvent un des facteurs les plus importants de la dyspnée.

Les compressions intrathoraciques donnent lieu à un œdème parfois très précoce (Darolles) de la partie supérieure du tronc et de l'extrémité céphalique, à de l'inégalité des deux pouls (Moizard), à des vomissements par compression du pneumogastrique, à la compression de la trachée et des bronches (De Valcourt, etc.).

Les signes *physiques* présentent moins d'importance. La percussion permet de constater, quand la plèvre est envahie, une progression croissante de la matité et une perte absolue de l'élasticité pulmonaire ; les vibrations thoraciques sont abolies et le côté de la poitrine atteint reste complètement immobile. A l'auscultation on observe une diminution très notable du murmure vésiculaire qui est souvent remplacé par un souffle tubaire plus ou moins rude. Dans les cas fort rares où le cancer arrive à la période de ramollissement, on entend du souffle caverneux et du gargouillement. On perçoit aussi très fréquemment des frottements pleuraux. Mais il est bon de se rappeler qu'un poumon même farci de masses cancéreuses peut ne donner lieu à aucun signe d'auscultation. Andral, Verneuil ont vu de ces cas où la lésion était restée complètement latente.

A cet ensemble symptomatique viennent se joindre les modifications ordinaires qui accompagnent la diathèse cancéreuse (affaiblissement, cachexie, teinte jaune-paille, œdèmes).

La marche de la maladie est généralement lente et sa durée varie de huit mois à un an ou même dix-huit mois ; mais il est des cas, plus rares il est vrai, dans lesquels le cancer évolue en cinq semaines et même huit jours (Jaccoud, Darolles, Carswel, Lataste), enlevant le malade avant l'apparition de tout signe de cachexie. La mort survient par asphyxie ou au milieu de symptômes cérébraux et comateux (Jaccoud). On constate en pareil cas à l'autopsie, soit une apoplexie du poumon ou une thrombose de l'altère pulmonaire, soit de l'hydropisie des ventricules du cerveau (Jaccoud).

C'est surtout de la tuberculose chronique qu'il convient de différencier le cancer pleuro-pulmonaire ; ce diagnostic présentera d'autant plus de difficultés que les lésions cancéreuses seront bilatérales. Béhier attribuait une grande importance à ce fait que les ganglions sous-maxillaires sont engorgés dans la tuberculose, tandis que dans le cancer, les ganglions sus-claviculaires sont seuls pris ; ce caractère n'est malheureusement pas constant (Darolles). Dans le cancer les lésions sont disséminées ; elles ne se localisent pas au sommet, et il est rare qu'elles arrivent jusqu'à la période de ramollissement ; la douleur et la dyspnée sont plus intenses. L'expectoration rosée, gelée de groseille, est, comme nous l'avons dit, pathognomonique. D'après Sidney-Ringer le cancer du poumon ne s'accompagnerait pas d'une élévation de la température locale. Enfin, dans les cas douteux il suffira pour trancher ce diagnostic différentiel de faire l'examen bactérioscopique des crachats.

Dans quelques circonstances rares, le cancer pleuro-pulmonaire débute avec les allures d'une pleurésie aiguë ; pour le distinguer alors d'une phlegmasie franche de la plèvre, on se rappellera qu'en pareil cas le point de côté est plus violent, la formation de l'épanchement plus rapide ; *il n'y a pas de bruit skodique;* le souffle est plus rude et plus disséminé ; enfin le liquide de la ponction est hémorragique [1], il se reproduit très rapidement, et la dyspnée persiste après la ponction ; enfin les vibrations thoraciques sont parfois augmentées.

1. Dieulafoy a insisté sur les caractères distinctifs de l'épanchement hémorragique de la plèvre en cas de cancer pleuro-pulmonaire. Dans l'hématome de la plèvre, le liquide hémorragique est plus rouge, chargé en fibrine, a peu de tendance à se reproduire: la guérison est la règle après quatre ou cinq ponctions. La pleurésie hémorragique tuberculeuse cède aussi assez facilement ; le liquide de ponction contient des bacilles et donne à l'inoculation des résultats positifs. Le liquide hémorragique de la pleurésie cancéreuse est remarquable par sa pauvreté en fibrine.

Frankel enfin, dans une communication toute récente à la Soc. méd. int. de Berlin (mai 92), a fait connaître les résultats de ses recherches sur la composition histologique du liquide extrait par ponction de la plèvre en cas de cancer pleuro-pulmonaire ; le liquide ainsi recueilli contiendrait des éléments spéciaux et dont la constatation serait caractéristique. Frœnkel distingue quatre espèces d'éléments révélateurs : 1° grands éléments cellulaires, huit fois plus gros que des leucocytes et renfermant des vacuoles remplies d'un liquide brillant ; 2° cellules en massues avec deux grandes vacuoles contenant des goutelettes de graisse ; 3° éléments ressemblant à deux cellules agglutinées séparées par une cloison et de couleur de cire ; 4° cellules vacuolaires géantes de 12 à 18 fois plus volumineuses que des leucocytes et contenant plusieurs vacuoles. Ces éléments sont pour Frœnkel les plus importants.

Le traitement est purement palliatif. Lorsque l'épanchement est très abondant, on peut l'évacuer par une thoracentèse ; cependant Darolles repousse absolument ce procédé, qui ne diminue pas la dyspnée et affaiblit beaucoup le malade par la quantité de sang qu'il lui fait perdre.

GINTRAC. Tumeurs solides intrathoraciques, th. 1835. — BÉHIER. Leçon sur le cancer du poumon (Gaz. des hôp., 1867). — JACCOUD. Leçons de clinique médicale. — WALSHE. Traité clinique des maladies de poitrine. — LÉPINE. Cancer primitif de la plèvre chez un enfant (Soc. anat., 1869). — LANCEREAUX. Anatomie pathologique. — DEBOVE. Note sur les lymphangites cancéreuses (Soc. anat., 1873). — WOILLEZ. Soc. méd. des hôp., 1874. — MOIZARD. Bull. de la Soc. anat., 1876. — ARNAULT DE LA MENARDIÉRE. Etude clinique sur les manifest. cancér. de la plèvre, th. de Paris, 1877. — DAROLLES. Du cancer pleuro-pulmonaire au point de vue clinique, th. de Paris, 1887. — FERNET. Art. *Plèvre* (Pathologie), in Nouv. Dict. de méd. et de chirur. pr., t. XXVIII. — ROUSTAN. Cancer de la plèvre et du péricarde (Bull. Soc. an., 1886). — MÉNÉTRIER. Cancer prim. du poumon, 2 obs. eod. loc., 1886. — DIEULAFOY. Du cancer primitif de la plèvre (Société. méd. des hôpitaux, 1886). — A., GOUGUENHEIM. Pleurésie hémorragique, cancer de la plèvre (Soc. méd. des hôp. 1886). — DERNSCHINSKY. Sarcome primitif de la plèvre (Deut. med. Woch., 1888). — A. HUBER et KLEBS. Sarcome pulm. (Corr. bl. f. Schv. Aertz, 1889). — A. HUBER. Sur le sarcome du poumon (Zeitsch. f. klin. Med., 1890). — SATHERTHWAIT. Th. canc. et sarcome du poumon, Douze cas (Med. Rec., 1891. — MATHIEU. Pleurésie hém. cancer du poumon (Gaz. des hôp., 1891). — FRAENKEL. Cancer prim. de la plèvre (Berlin. klin. Woch.. 1892).

KYSTES HYDATIQUES

Parmi les nombreuses tumeurs que l'on peut rencontrer dans la plèvre et le poumon, sarcomes, fibromes, tumeurs cartilagineuses ou ostéoïdes, kystes séreux, etc., nous ne décrirons que les kystes hydatiques à cause de leur fréquence relative et des symptômes spéciaux auxquels ils donnent lieu.

Les kystes hydatiques de la plèvre sont fort rares, et bien des faits parmi ceux qu'on a rapportés doivent être attribués à des kystes excentriques du poumon ; il existe cependant quelques cas bien avérés d'hydatides pleurales, et Hearn en a rapporté des exemples (1 cas sur un relevé de 75 tumeurs intrathoraciques). Neisser, dans un relevé portant sur 968 cas, en a trouvé 85 pour les voies respiratoires, dont 17 pour la plèvre. Nous venons d'observer nous-même un cas très remarquable de kyste hydatique de la plèvre (Th. d'Ollier de Verchèze).

Les kystes du poumon sont plus fréquents : ils s'observent principalement dans le poumon droit (Lebert) et s'accompagnent souvent d'échinocoques dans d'autres organes, surtout dans le foie.

Ces kystes sont généralement uniques. Ils peuvent atteindre un volume considérable ; celui dont nous venons de recueillir l'histoire contenait plus de 7 litres de liquide. Dans la plèvre, ils offrent cette particularité de n'avoir pas de membrane adventice (Davaine); dans le poumon, ils sont entourés d'une zone de tissu pulmonaire atrophié, induré et atteint de pneumonie interstitielle. Comme dans tous les kystes hydatiques, la face interne de la poche présente des échinocoques et des vésicules filles qui restent appendues à la paroi ou tombent dans sa cavité ; le liquide est clair et limpide ou au contraire trouble et purulent.

Lorsque le kyste est petit, il peut demeurer à l'état latent pendant toute la vie et n'être découvert qu'à l'autopsie. Le plus souvent, son volume est suffisant pour donner lieu à des phénomènes de compression qui se traduisent par de la douleur, de la dyspnée et de la toux. La douleur, sur laquelle Vigla a beaucoup insisté, est très tenace et persistante : la dyspnée semble tenir surtout à la compression du parenchyme pulmonaire et à la diminution de la surface respiratoire.

La toux est variable et s'accompagne souvent de crachements de sang ; cette hémoptysie, très rare dans les hydatides de la plèvre (Hearn), est au contraire très commune dans celles du poumon, au point de devenir pathognomonique dans certaines contrées où la tuberculose est inconnue, en Islande, par exemple. A proprement parler il s'agit plutôt là d'un simple crachotement sanguin que d'une véritable hémoptysie ; mais, chose remarquable, à l'inverse de ce qui se passe dans la tuberculose, l'expectoration sanguinolente devient d'autant plus fréquente que la maladie fait plus de progrès ; elle contraste avec l'état général du malade qui reste longtemps très satisfaisant.

Les signes physiques présentent beaucoup d'importance : lorsque le kyste pulmonaire ou pleural a acquis un certain développement, il donne souvent lieu à une voussure globuleuse (Trousseau) très accusée et très bien limitée, au niveau de laquelle on perçoit de la matité, l'absence de vibrations thoraciques, de la diminution du murmure vésiculaire, au souffle, etc., comme dans un épanchement pleurétique enkysté. Ces symptômes sont surtout marqués pour les hydatides pleurales ; cependant ils peuvent rester pendant longtemps assez insignifiants pour ne pas attirer l'attention. Puis, au bout d'un temps variable, il se produit soudain une sorte de vomique par ouverture du kyste dans les bronches ; le malade rend subitement une quantité considérable d'un liquide incolore et fortement salé, ou bien purulent et rempli de fausses membranes feuilletées avec d'autres débris hydatiques, ainsi qu'il est facile de s'en assurer par l'examen microscopique. Cette expectoration, qui se répète à intervalles plus ou moins éloignés ou persiste d'une façon lente et continue, donne naissance à une *caverne*

ou à un *hydropneumothorax* enkysté. L'état général, qui jusqu'alors était resté très satisfaisant, devient grave, des symptômes d'hecticité apparaissent et le malade finit par succomber dans la cachexie. La mort survient parfois très rapidement par asphyxie lorsque le liquide s'évacuant par les bronches les obstrue complètement.

La marche des kystes hydatiques pleuro-pulmonaires est lente et leur durée atteint souvent plusieurs années. Le pronostic est toujours très sérieux (consulter les statistiques de Neisser, de Madelung, Davis Thomas). D'après Davaine, la mort surviendrait 25 fois pour 40 cas ; des 13 observations de Lebert, 3 se seraient terminées par tuberculose. Le kyste hydatique du poumon est moins grave que celui de la plèvre. Sur 63 échinocoques du poumon, Neisser en a vu s'améliorer 26 sans traitement; Magdelung, 10 guérisons sur 19 cas non traités. Les kystes hydatiques de la plèvre, non traités, sont au contraire, mortels : 31 morts sur 31 observations (Neisser).

Le traitement médical est forcément impuissant, et nous ne parlerons que pour mémoire des tentatives qu'on a faites en vue de détruire l'échinocoque par des agents parasiticides tels que le mercure et l'éther. Seul le traitement chirurgical semble devoir être employé, pour les kystes hydatiques de la plèvre surtout.

Les statistiques de Maidl, de Neisser, de Davis Thomas, prouvent bien les avantages de l'intervention chirurgicale. Netter rappelant les chiffres recueillis par Thomas, montre que la guérison a été obtenue pour les kystes non traités, 38,58 pour 100 ; pour les kystes ouverts spontanément dans les bronches, 72 pour 100 ; pour les cas traités par la pneumotomie, 84,21 pour 100. Les statistiques des médecins australiens sont encore plus favorables: la pneumotomie leur a donné 94,11 pour 100 de guérison. Cette manière de voir est partagée par Bouilly, Heidenreich, etc. Nous nous y rangeons volontiers, mais à la condition que le kyste ne présente pas un trop grand volume. En pareil cas nous conseillerions d'abord la ponction simple suivie d'injection de liquide antiseptique suivant le procédé recommandé par Mesnard de Bordeaux pour les kystes hydatiques du foie, opération qu'on pourra faire suivre d'injection d'air stérilisé (opération de Potain), pour éviter les accidents de décompression et de congestion pulmonaire consécutifs, auxquels a succombé d'ailleurs notre dernière malade.

VIGLA. Des hydatides intrathoraciques (Arch. gén. de méd., 1855). — LEBERT. Traité d'anatomie pathologique, in-fol. (Berliner. klin. Wochenschr., 1871). — HEARN. Des kystes hydatiques du poumon et du foie, th. de Paris, 1875. — DAVAINE. Traité des entozoaires, 2e éd. Paris, 1877. — NEISSER. Die Echinococcen-Krankheit. Berlin, 1877. — LÉONARD. Kystes hydatiques du poumon (Bull. Sociét. anat., 1886). — DEBOVE. Sur la pathogénie de l'urticaire hydatique (Compt. rend. Acad. des sciences, décembre 1887). — BRUNN. Echinocoque du poumon (Deutsch. med. Wochenschr., 1889). — BOUILLY. Kyste hyd. du poumon, pneumotomie guérison (Soc. de chirurgie, 1892). — HEYDENREICH. Kystes hyd. de la plèvre (Sem. méd., 1892). — NETTER. Soc. méd. des hôpitaux, 1892. — YAMAGEWA. Des affections pulm. dues à la présence de distomes (Virch. Archiv., 1892). — OLLIER DE VERCHÈZE. Contrib. à l'étude du kyste hyd. de la plèvre, th. de Lyon, 1892.

MALADIES DU TUBE DIGESTIF.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

La partie supérieure du tube digestif (au point de vue pathologique) n'offre ni l'intérêt ni la diversité qui caractérisent les affections de la partie sous-diaphragmatique. En effet, c'est une portion purement *vectrice*, un simple canal de passage. Histologiquement, cette infériorité s'explique dans une certaine mesure par la constitution même de l'épithélium de revêtement, qui est uniquement pavimenteux et n'a ni l'activité physiologique, ni les aptitudes pathologiques des épithéliums cylindriques.

La *langue* cependant mérite de fixer plus spécialement l'attention, surtout à cause de la mue épithéliate dont elle est le siège dans toutes les affections fébriles de l'économie et des sympathies étroites qui la relient à l'estomac et qui font qu'elle justifie l'adage banal : *La langue est le miroir de l'estomac.*

L'étude des maladies des *dents* ne nous appartient pas ; toutefois l'importance du rôle que jouent les dents doit être prise en sérieuse considération : nombre de dyspepsies n'ont d'autre cause qu'une mastication trop hâtive ou insuffisante par défaut ou mauvais état de l'appareil dentaire. Au point de vue symptomatologique, l'examen des dents et des gencives fournit d'utiles indications pour le diagnostic du scorbut, de l'intoxication saturnine, du diabète et de la syphilis héréditaire [1].

Les *glandes salivaires* sont intéressantes pour le médecin,

1. Depuis le jour où Hutchinson montra pour la première fois que certaines transformations atrophiques des dents pouvaient tenir à l'influence de la syphilis héréditaire, l'attention des observateurs a été vivement attirée sur ce point délicat de pathologie spéciale. On doit à Parrot des études fort importantes sur la question (voy. *Progrès médical*, 1881, n° 31). Pour cet auteur la syphilis héréditaire peut marquer son empreinte sur les dents de la première et de la seconde dentition en y produisant des érosions : *cupulaires*, *sulciformes* ou *cuspidiennes*. La forme *en encoche* de Hutchinson appartient surtout aux incisives supérieures. L'*atrophie en hache* serait particulière à la première dentition (Parrot).