

Tempérament. — Intoxications. — Infections. — Les *arthritiques* font plutôt des formes congestives fibreuses; les *lymphatiques* des formes soit torpides, soit caséuses massives; les *diabétiques*, des phtisies insidieuses, peu fébriles avec expectoration rare contenant du sucre. La *phtisie des alcooliques*, grave, rapide, avec intoxication tuberculeuse prédominante, se complique souvent d'entérite et tend à se terminer par caséification massive ou granulie.

Quelques infections à déterminations broncho-pulmonaires, exercent, dans les organismes déjà touchés par la tuberculose, une influence particulièrement néfaste sur l'extension des lésions bacillaires; telles sont la *rougeole*, la *grippe*, la *coqueluche* et la broncho-pneumonie.

XII. — SYPHILIS DES BRONCHES ET DU POU MON

Syphilis trachéo-bronchique. — La syphilis secondaire ne détermine qu'exceptionnellement des lésions cliniquement appréciables sur la muqueuse trachéale (érythèmes, érosions). Les accidents tertiaires (*infiltration gommeuse, ulcération et sténose cicatricielle*) sont plus sérieux et plus graves, quoique rares. Ils éclatent en moyenne quatre à six ans après le chancre, rarement plus tôt (9 mois, 1 an). Chacune de ces phases anatomiques se traduit par des signes cliniques importants à dépister.

1° **Infiltration et ulcération.** — On note d'abord : de la toux avec gêne douloureuse derrière le sternum; de la dyspnée nocturne ou éveillée par les efforts; une respiration laborieuse sifflante, surtout à l'inspiration. La voix reste normale, mais plus faible. Peu à peu, l'oppression augmente et la toux, plus fréquente, se répète par crises très pénibles, accompagnée d'expectoration, d'abord muqueuse, puis muco-purulente. Quand le syphilome s'est ulcéré, les crachats devenus sanguinolents, renferment quelquefois des débris solides et des fragments de cartilage. Au rejet de ceux-ci succède parfois un soulagement (par diminution passagère de la congestion et de l'infiltration), mais il peut aussi provoquer la suffocation et la mort subite, quand un lambeau de muqueuse décollé obstrue la trachée en formant soupape.

2° **Sténose cicatricielle.** — La cicatrisation sténosante des lésions se trahit principalement par une *dyspnée* permanente coupée de crises de suffocation, et, par un *cornage* surtout bruyant à l'inspiration et laissant l'expiration relativement aisée et silencieuse. Immobilisée par des adhérences (pendant la déglutition et la phonation), la trachée est quelquefois douloureuse à la pression. A l'auscultation, on entend, une respiration sifflante ou râpeuse, parfois des *bruits de drapeau* (bourgeons polypiformes ou muqueuse décollée). Ce tableau peut être modifié par la coexistence de lésions spécifiques du larynx, du pharynx et du voile. La trachée apparaît, en certains cas, infundibuliforme au laryngoscope.

3° **Syphilis des bronches.** — Elle débute comme une bronchite simple. La toux, l'expectoration, la douleur rétro-sternale rappellent la syphilis tra-

chéale. Quand il y a sténose des deux bronches, on peut croire à celle de la trachée. La sténose d'une bronche affaiblit ou abolit le murmure vésiculaire de ce côté.

Évolution. — Une sténose modérée permet une survie assez longue. En général, le malade se cachectise et meurt, soit d'asphyxie lente, soit d'accès de suffocation, soit d'œdème aigu du poumon. Il peut encore succomber à une complication : hémorragie (ulcération de l'aorte ou de l'artère pulmonaire); abcès phlegmoneux ou gangreneux (fistule trachéo-œsophagienne); broncho-pneumonie.

Diagnostic. — Les commémoratifs; l'examen du nez, du pharynx, du larynx arrivent souvent à établir d'abord l'existence de la syphilis. La syphilis de la trachée n'entraîne pas de dysphagie comme celle du larynx; la sténose trachéale détermine l'inclinaison de la tête en avant pendant les crises dyspnéiques; celle du larynx, son extension en arrière.

Le cornage, provoqué par l'anévrisme aortique, les tumeurs du médiastin, est associé à d'autres signes de compression. Le laryngoscope permet d'éliminer toutes les affections laryngées chroniques (tuberculose, cancer, syphilis, paralysies), et laisse quelquefois apercevoir les ulcérations trachéales.

Le cancer de la trachée (expectoration sanguinolente, cachexie rapide) est rare. Quand la syphilis est méconnue, la confusion est possible avec la phtisie (examiner les crachats).

Syphilis du poumon. — Dans les poumons, la syphilis détermine des néoplasies à tendance sclérosante, tantôt circonscrites (*gommés*), tantôt diffuses (*syphilome diffus*). On distingue plusieurs variétés : la *syphilis pulmonaire du fœtus et du nouveau-né* (mort-nés ou enfants morts quelques heures après la naissance), sans histoire clinique; la *syphilis héréditaire tardive du poumon* identique à la forme suivante; la *syphilis pulmonaire acquise de l'adulte*.

La syphilis pulmonaire donne lieu à un syndrome clinique rappelant soit la broncho-pneumonie chronique, soit la phtisie bacillaire. La forme commune est la *syphilose scléro-gommeuse* ou *phtisie syphilitique*.

Phtisie syphilitique. — Le début en est insidieux et apyrétique. Le premier trouble consiste en une *dyspnée*, d'abord nocturne ou provoquée par les efforts, bientôt plus fréquente, puis se transformant finalement en orthopnée dont les crises, souvent accompagnées de cornage véritable, rappellent l'asthme. La *toux*, précédant ou accompagnant la dyspnée, d'abord sèche, ne tarde pas à être suivie d'une *expectoration* muqueuse, puis muco-purulente grisâtre, parfois brune, rouillée ou fétide, et surtout, contenant par moments des débris de tissu pulmonaire (gommés ramollies) tantôt reconnaissables, tantôt formant des grumeaux grisâtres ou noirâtres. Les crachats, muco-purulents, ne renferment pas de fibres élastiques (celles-ci ne se rencontrant que dans certains grumeaux), et surtout *pas de bacilles de Koch*. Généralement, les hémoptysies sont rares ou insignifiantes; les points de côté sont légers ou

font défaut; la fétidité est parfois assez marquée pour faire songer à la *gangrène*.

Signes physiques. — A la *percussion*, on note : une zone mate ou sub-mate plus ou moins étendue, occupant le plus souvent la partie moyenne de la poitrine, en arrière et à droite; quelquefois dans les cas très avancés, le bruit de pot fêlé. Au même niveau les *vibrations thoraciques* sont exagérées et l'*auscultation* fait entendre soit une respiration rude, soit un souffle doux ou tubaire, bruits auxquels s'ajoutent des râles de bronchite, d'abord fins et secs, puis plus gros et humides. Ces signes sont surtout perceptibles : en arrière, à la hauteur de l'épine de l'omoplate, en avant entre les 3^e et 5^e côtes. Des *lésions pleurales* peuvent se traduire par de la matité et de l'obscurité du murmure vésiculaire à la base. Plus tard, des signes cavitaires (souffle caverneux, gargouillements) résultent du ramollissement des gomme, pour peu qu'il offre une certaine étendue.

La *radioscopie* permet sans doute de mieux constater la topographie spéciale des lésions (partie moyenne du hile du poumon).

État général. — Longtemps, sans fièvre, les malades, gardent les apparences de la santé. Ce n'est que plus tard et peu à peu que s'installent la *fièvre hectique* et la *cachexie* (anorexie, faiblesse, pâleur, émaciation) qui entraîne la mort dans le marasme. Exceptionnellement ces sujets meurent d'asystolie par dilatation du cœur droit.

Formes. — La *forme commune* implique des foyers plus ou moins étendus d'infiltration gommeuse. Dans certaines formes, les lésions prédominent sur les bronches ou le tissu péri-bronchique : dans d'autres sur les plèvres. Il est enfin des cas tout à fait latents.

Forme simulant l'ectasie bronchique. — Dans cette forme (plus rare), on observe, pendant des années, une toux quinteuse et une expectoration abondante, parfois fétide, procédant par vomiques matinales. Objectivement, on constate des signes d'induration mêlés à des signes cavitaires (caverne ou ectasie bronchique) : le rétrécissement d'une grosse bronche peut se révéler par un souffle avec expiration rude et prolongée. La syphilis laryngée ou trachéo-bronchique peut coexister.

Forme simulant la broncho-pneumonie tuberculeuse. — Ici, l'infiltration gommeuse suit les espaces péri-bronchiques; l'extension envahissante de l'induration pulmonaire, les progrès de l'amaigrissement et de la cachexie rappellent la phtisie à marche rapide. On a cité, chez l'adulte, un petit nombre de cas de *broncho-pneumonie syphilitique aiguë* simulant la phtisie galopante, par la fièvre, la toux, la dyspnée, les crachats nummulaires, la cachexie rapide, etc., et, à l'auscultation, par des foyers d'induration avec respiration soufflante et râles sous-crépitaux faisant rapidement place à des gargouillements et à du souffle cavaire. Ces cas, différenciés par l'absence de bacilles dans les crachats, guérissent vite par un traitement spécifique intensif.

Syphilis pleurale et pleuro-pulmonaire. — On connaît quelques cas de pleurésies attribuées, à juste titre, à la *syphilis secondaire*, survenues

insidieusement à la phase éruptive, deux à trois mois après le chancre, sans douleur ni fièvre, avec peu de dyspnée, se traduisant par un épanchement moyen, vite résorbé sous l'influence de la médication spécifique.

La *pleurésie syphilitique tertiaire* complique généralement des lésions pulmonaires de même origine, mais peut occuper le premier plan et masquer plus ou moins les signes pulmonaires. L'*épanchement* peut être abondant (2 litres); le liquide est sanguinolent, louche ou non; on croit à une tuberculose subaiguë à forme pleurale; si le traitement spécifique n'intervient pas, la mort survient (cas de Jacquin et Dieulafoy). On connaît quelques rares exemples de pleurésie secondaire à une périostite costale syphilitique.

Évolution. — La marche de la syphilis pulmonaire est, en général, lente, chronique, réalisant, à la longue, un syndrome identique à celui de la phtisie vulgaire. Le traitement spécifique intensif, surtout dans les cas limités au poumon, opère des réparations rapides et inespérées, même quand le processus a déjà atteint la phase d'excavation; seules les scléroses constituées subsistent.

Complications. — Les syphilis : laryngée, pharyngée, trachéo-bronchique peuvent s'associer à celle du poumon et, encore plus, la syphilis hépatique.

Les adénopathies syphilitiques du médiastin se révèlent, parfois, par des signes de compression des bronches et du récurrent (aphonie). La *plèvre* qui recouvre la lésion pulmonaire est souvent le siège d'adhérences ou, comme on l'a vu, peut présenter de grands épanchements. Enfin, les *infections secondaires* : *bronchite*, *broncho-pneumonie*, *congestion pulmonaire*, *gangrène*, *tuberculose*, peuvent aggraver plus ou moins la situation; cette dernière complication, amenant l'apparition de *bacilles* dans les crachats, est une source possible d'erreurs de diagnostic.

Diagnostic. — L'auscultation ne permet pas à elle seule d'affirmer la syphilis pulmonaire. L'existence de la syphilis doit d'abord être prouvée par : les commémoratifs, la constatation d'accidents spécifiques évidents (larynx, pharynx, yeux, peau, foie, etc.). Les caractères des crachats (couleur grisâtre, ocreuse, absence de bacilles) ont une valeur décisive. L'analyse clinique fournit aussi quelques éléments : lenteur du processus, absence d'hémoptysies, de sueurs; apyrexie prolongée; longue intégrité relative de l'appétit, de l'état général; teint plutôt pâle, terreux; unilatéralité des lésions (partie moyenne du poumon droit); absence de bacilles dans les crachats, d'hérédité tuberculeuse; amélioration franche et rapide (une semaine) des accidents sous l'influence du traitement spécifique. On ne doit pas oublier pourtant : que le bacille se rencontre dans les crachats des syphilitiques tuberculisés; que le traitement iodo-mercurique améliore quelquefois, dans une certaine mesure, les tuberculeux, même indemnes de syphilis. L'absence de bacilles permet encore la confusion avec quelques pneumopathies : la *pneumonie chronique* avec ou sans ectasie bronchique, dont les signes sont très

analogues mais qui implique toujours une infection aiguë primitive (pneumonie ou broncho-pneumonie, compliquant une fièvre typhoïde, une rougeole ou une grippe); les *abcès du poumon*, les *vomiques pleurales* que différencie une expectoration massive franchement purulente; la *gangrène pulmonaire* dont les crachats sont bien plus et bien plus longtemps fétides que ceux de la syphilis pulmonaire; le *cancer du poumon* compliqué d'adénopathies médiastines, sus-claviculaires, d'expectoration gelée de groseille; les *kystes hydatiques du poumon* qui siègent à la base où ils fournissent des signes physiques très nets, et donnent lieu, une fois ouverts dans les bronches, au rejet de membranes typiques.

XIII. — CANCER DU POUMON ET DE LA PLÈVRE

Cancer du poumon. — Toutes les tumeurs malignes développées aux dépens de tel ou tel élément cellulaire du poumon (épithélium alvéolaire, bronchique, glandulaire; cellules conjonctives, cartilagineuses ou lymphatiques) constituent le *cancer primitif du poumon*. La prolifération, après greffe dans le poumon d'éléments néoplasiques venus (par embolie) d'autres organes cancéreux, constitue le *cancer secondaire du poumon*.

Cancer primitif du poumon. — 1° *Épithéliome.* — Cette affection, rare, succède en général à des inflammations chroniques prolongées: tuberculose, sclérose, syphilis pulmonaires. Elle revêt les allures d'une pneumopathie chronique à marche progressive. Insidieux, le début est marqué par des signes de bronchite, d'emphysème ou de pleurésie et par des névralgies thoraciques. Plus tard, se montrent des signes d'induration pulmonaire et de compression par les ganglions envahis. Enfin l'invasion des ganglions superficiels, l'expectoration de parcelles néoplasiques précisent le diagnostic. Finalement la mort résulte de la cachexie cancéreuse ou d'infections secondaires.

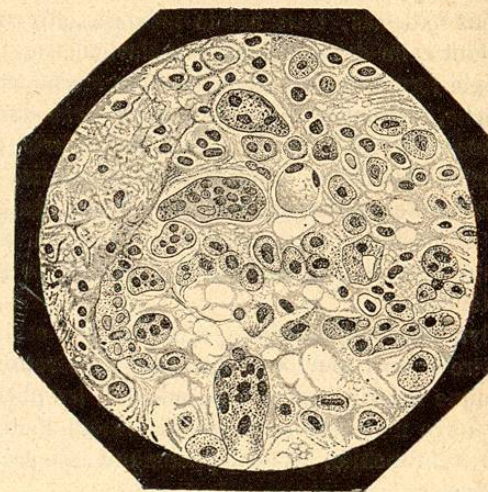
Signes fonctionnels. — Ils consistent surtout en *douleur, dyspnée, toux* et *expectoration*.

Douleur. — La douleur serait, dans le cancer primitif, plus constante et plus marquée que dans le secondaire; tantôt profonde et sourde, tantôt superficielle et diffuse, névralgiforme, paroxystique parfois; irradiant ou non, vers les lombes, les membres supérieurs, l'abdomen; expliquée par la compression qu'exercent sur les nerfs, les ganglions néoplasiques.

Dyspnée. — On observe d'une façon continue ou par crises, soit l'oppression simple, soit l'orthopnée, dues à des causes variables: compression de la trachée ou des bronches (cornage); compression du cœur ou des gros vaisseaux (cyanose, signes d'asystolie); extrême diffusion des noyaux cancéreux (asphyxie rapide comme dans la granulie); épanchement pleural (dyspnée rebelle aux ponctions).

Toux. — Précoce, la toux est souvent coqueluchoïde, sèche ou suivie d'une expectoration de nature variable; elle peut manquer.

Expectoration. — Elle est souvent sans caractères propres, composée de crachats muqueux, muco-purulents, purulents, quelquefois fétides ou gangreneux; ailleurs, elle est sanguinolente ou sanglante, parfois assez abondante et rebelle pour entraîner une anémie grave; plus rarement, l'expectoration ressemble par moments à une *gelée de groseille*, noire, rose ou rosée, signe qui a été considéré comme pathognomonique du cancer, quoique d'autres lésions pulmonaires puissent le reproduire. Le seul signe certain consiste dans la présence au sein des crachats, hémorragiques surtout, de parcelles néoplasiques reconnaissables au microscope.



Signes physiques. — A l'inspection, on note quelquefois: des veinosités à la surface du thorax; l'ampliation de tout un côté, une voussure ou au contraire un retrait circonscrit (surtout au sommet); quoique ces déformations puissent dépendre d'un épanchement pleural, elles tiennent aussi en certains cas à une saillie de la tumeur sous la peau.

La *percussion* délimite quelquefois une zone de matité à extension progressive; matité dure et fixe, transmettant les vibrations vocales et les bruits du cœur, quand celui-ci est en contact avec la tumeur.

A l'*auscultation*, on constate la diminution ou l'abolition de murmure vésiculaire, et des souffles de timbres variés (simple, tubaire, cavitaire, pleurétique). Les râles divers tiennent d'habitude à des lésions associées: bronchite, broncho-pneumonie, ectasie bronchique.

Signes de compression. — Causés par des adénopathies cancéreuses péri-trachéo-bronchiques, ces signes sont ceux de toute tumeur du médiastin. La *compression des veines*, surtout de la veine cave supérieure, se traduit par un œdème sus-diaphragmatique s'arrêtant au-dessous des dernières côtes, quelquefois par un œdème unilatéral (tronc brachio-céphalique) ou limité à la face, à un bras (oblitération veineuse par thrombose ou bourgeon cancéreux.) La *compression du cœur*, particulièrement des oreillettes, entraîne l'asystolie. La *compression des troncs artériels* peut être révélée par l'inégalité des deux pouls. Les *compressions nerveuses* peuvent porter sur: le pneumogastrique (dyspnée, toux, vomissements, tachycardie); le récurrent (dysphonie); les nerfs intercostaux, le plexus brachial (névralgies); le sympathique (inégalité pupillaire). La *compression de la trachée et des grosses bronches* se reconnaît à la respiration striduleuse, au cornage, au

FIG. 156. — Tissu sarcomateux provenant d'un lambeau néoplasique du poumon expulsé par expectoration. (Grossissement: 275 diamètres. D'après Eichhorst.)

souffle inter-scapulo-vertébral. La *compression de l'œsophage* (dysphagie) est rare.

Adénopathies externes. — Généralisation. — La tuméfaction des ganglions externes, quelquefois précoce, offre une haute valeur diagnostique, surtout celle des ganglions sus-claviculaires (un ou plusieurs) situés dans l'angle formé par la clavicule et le sterno-mastoïdien, soit à droite, soit à gauche, suivant le siège du cancer. Très durs et peu douloureux, ces ganglions sont mieux perçus lors des efforts de toux ou d'expiration. Les ganglions axillaires peuvent aussi être pris. Les adénopathies abdominales sont, cliniquement, moins appréciables. La généralisation peut se traduire par l'apparition de noyaux musculaires ou sous-cutanés ou par des symptômes graves de néoplasie cérébrale et de paraplégie douloureuse (cancer vertébral).

Symptômes généraux. — La marche est souvent trop rapide pour permettre l'apparition de la cachexie cancéreuse et du teint jaune paille qui manque habituellement. Les œdèmes, les phlébites tardives sont fréquentes. La fièvre n'est pas rare, généralement motivée par des infections secondaires (bronchite, broncho-pneumonie, gangrène, pleurésie purulente, tuberculose).

Évolution. — Durée. — La marche est chronique et progressive, sans rémission. Les faits décrits sous le nom de *cancer aigu du poumon* concernent soit des accidents aigus d'infection secondaire compliquant un cancer primitif, jusque-là latent, soit une généralisation pulmonaire diffuse et rapide, d'origine secondaire (cancer secondaire). Le cancer du poumon dure trois à neuf mois en moyenne, un à deux ans au plus.

Terminaisons. — Constante, la mort reconnaît plusieurs causes : marasme, asphyxie lente, infection surajoutée (pneumonie, broncho-pneumonie, gangrène, suppuration pulmonaire ou pleurale); plus rarement : coma par hydropisie ventriculaire; hémorragie pulmonaire (hémoptysie) ou pleurale; syncope par compression du pneumogastrique.

Formes. — Elles sont nombreuses; on peut distinguer trois types principaux :

1° Les *troubles respiratoires dominent* : la maladie simule une bronchite chronique, la dilatation des bronches, la sclérose pulmonaire ou la tuberculose;

2° Les *signes pleurétiques dominent* : on constate les signes d'un grand épanchement, soit effectif, séreux ou hémorragique, soit simulé par une tumeur volumineuse et molle (rien ou un peu de sang, à la ponction);

3° Les *signes de compression dominent* : on a le tableau d'une tumeur du médiastin.

Suivant les cas, la mise au premier plan de tel ou tel accident crée des formes : *suffocante, hémoptoïque, ganglionnaire, de tumeur cérébrale, de paraplégie douloureuse*. L'étude clinique est généralement impuissante à préciser le type anatomique du néoplasme.

Diagnostic. — Le seul signe de certitude est la constatation, dans les crachats, de fragments néoplasiques. Les adénopathies et les tumeurs externes

constituent des signes de présomption. Tous les autres symptômes ne valent que par leur groupement. Une adénopathie sus-claviculaire, associée à des troubles pulmonaires fait soupçonner le cancer du poumon, mais la tuberculose peut engendrer des adénites analogues. La *carcinose miliaire aiguë* simule, à s'y méprendre, la *granulie*. Le cancer chronique du poumon peut en imposer pour une *phthisie*; mais celle-ci, susceptible de rémissions, offre des lésions siégeant presque toujours au sommet, et comporte une expectoration contenant des bacilles. La confusion est également possible avec les *pneumopathies chroniques non tuberculeuses* (sclérose pulmonaire, ectasie bronchique, kystes hydatiques) que distinguent leur marche très lente et la longue intégrité de l'état général. La *syphilis du poumon* sera éliminée par l'épreuve du traitement spécifique; l'*actinomyose*, par celle de l'iodure de potassium.

Quand les signes d'épanchement dominent, une *ponction exploratrice* vérifie la présence du liquide et sa nature (séreux ou hémorragique). La pleurésie cancéreuse est souvent hémorragique et pauvre en fibrine; le point de côté y est intense, rebelle; le liquide reparait vite après la ponction qui n'amène qu'un soulagement fugace.

Les formes à signes de compression prédominants doivent être différenciées de toutes les tumeurs du médiastin (anévrisme, lymphadénome, tumeurs du thymus, etc.). La confusion sera évitée, grâce à un examen minutieux du système artériel (anévrisme), du sang (lymphadénie); et à la recherche des signes d'origine directement broncho-pulmonaire, au premier plan dans le cancer du poumon.

2° **Sarcome du poumon.** — Quoique rare, le sarcome du poumon (*sarcome fuso-cellulaire, lympho-sarcome* ou *myxo-sarcome*) possède une autonomie indiscutable. Comme le cancer, il se traduit cliniquement par de la douleur, de la toux, de la dyspnée et une expectoration souvent sanglante qui peut contenir des fragments de tumeur reconnaissables au microscope; il ne diffère de l'épithélioma que par quelques particularités : la voussure thoracique est très marquée, la matité très étendue, au point de simuler un grand épanchement, généralement absent (ponction blanche); cependant, l'expansion du néoplasme déplace les organes voisins, soit le cœur (tumeur à gauche) refoulé et comprimé, soit le foie (tumeur à droite) qui est abaissé; on voit même la tumeur franchir la paroi thoracique et faire saillie sous la peau, formant une masse pseudo-fluctuante analogue à un abcès. Tous les autres accidents sont identiques à ceux que provoque le cancer épithélial. Le sarcome présente aussi comme caractère propre d'apparaître avant quarante ans. La durée est de cinq mois à deux ans (six semaines dans un cas). La terminaison est toujours fatale.

Cancer secondaire du poumon. — Les cancers en voie de généralisation envahissent très souvent les poumons. Quand cette invasion n'est pas latente, ce qui est fréquent, elle se manifeste suivant son siège, son étendue, par les mêmes signes que ceux qui caractérisent le cancer primitif. Il existe pourtant une forme à noyaux très multipliés, diffuse : la *carcinose miliaire*

aiguë, qui est plutôt propre au cancer secondaire, et tue par asphyxie aiguë, comme la granulie.

Cancer primitif de la plèvre. — Fort rare, ce cancer, tantôt endothélial, tantôt conjonctif, frappe de préférence des hommes de trente-cinq à trente-neuf ans. Sa principale expression clinique est une pleurésie tenace, rebelle à tout traitement. Il se manifeste par des douleurs de plus en plus pénibles et fixes, et, par une dyspnée progressivement croissante. La toux est inconstante; l'expectoration manque souvent; sinon, elle est muqueuse et striée de sang. Les signes physiques sont ceux d'un grand épanchement: voussure, vaste zone mate et privée de vibrations, souffle ou silence respiratoire, refoulement des organes. La ponction fournit 1500 à 2000 grammes de liquide citrin ou plutôt hémorragique (pauvre en fibrine), qui laisse quelquefois déposer (cas de Ménétrier) une couche gris rougeâtre épaisse contenant des cellules épithéliales proliférées. Le liquide reparait très vite après les ponctions qui modifient à peine les signes physiques et n'apaisent que momentanément la dyspnée, mais que l'asphyxie toujours menaçante oblige à multiplier. Bientôt la dyspnée se complique d'œdèmes, de phlébites, d'amaigrissement et le malade succombe soit à l'asphyxie, soit au marasme, ou, à une infection secondaire.

Évolution. — **Durée.** — La marche est progressive, la maladie dure six mois, deux ans. Certains cas, très rapides, évoluent en moins de deux mois.

Diagnostic. — Le cancer pleural devra être distingué de l'hématome simple et de la pleurésie hémorragique tuberculeuse. Le liquide de l'hématome simple ne se reproduit pas après ponction. Les épanchements tuberculeux renferment des bacilles (détectés par inoculation, ou *inoscopie*); les épanchements cancéreux, des cellules spéciales; le liquide est doué de propriétés hémolysantes (Bard); en outre ceux-ci se caractérisent déjà par la violence et la ténacité du point de côté et de la dyspnée, par la reproduction rapide du liquide après ponction. Le cancer pleural ne comporte pas de signes proprement pulmonaires, ni d'expectoration caractéristique. Cependant il est en général impossible, cliniquement, de différencier la pleurésie cancéreuse primitive de celle qui complique le cancer du poumon.

XIV. — KYSTES HYDATIQUES DU POUMON

Observé surtout en Irlande et en Australie, le kyste hydatique du poumon est, en France, bien plus rare que celui du foie. On lui reconnaît: une *phase latente*, une *phase d'état* et une *phase critique* (rupture, guérison ou mort).

Phase latente. — Elle est toujours prolongée et reste la seule pour beaucoup de petits kystes.

Phase d'état. — Elle représente le développement complet du kyste vivant, sans suppuration, et, se traduit par des signes fonctionnels d'irritation péri-kystique et par des signes physiques.

Signes fonctionnels. — Variable, la *toux* est parfois incessante, coqueluchoïde, éveillée surtout par les kystes proches du diaphragme. Constante, la *dyspnée* est plus marquée: dans les gros kystes de la base du poumon chez l'homme; dans ceux des zones supérieures, chez la femme (respiration costale supérieure). La *douleur*, nulle quand le kyste est central, devient très vive quand il est sous-pleural. Les *hémoptysies* sont communes (crachats rouge vif), répétées, rarement copieuses à la phase d'état; leur abondance annonce une rupture imminente. Tous ces signes sont communs à la tuberculose pulmonaire; mais les kystes en diffèrent par l'apyrexie, l'intégrité relative de l'état général, et surtout, l'absence de bacilles dans les crachats.

Signes physiques. — On constate quelquefois une voussure soit à la base, soit au sommet du thorax (sous la clavicule), suivant le siège du kyste. Le retrait des côtes, pendant l'expiration, peut être moindre du côté malade que du côté sain. Absolument mate à la percussion, dénuée de vibrations vocales sous la main, la voussure présente, à l'*auscultation*, une solution complète du murmure vésiculaire. Nettement arrondies, les limites de la matité restent invariables dans toutes les attitudes du malade et font place à la sonorité, sans transition. Le *frémissement hydatique* n'a jamais été constaté dans le poumon.

Phase critique. — C'est celle où éclate soit la *suppuration*, soit la *rupture du kyste*.

Inflammations péri-kystiques. — Elles consistent en *bronchites aiguës* à répétition, en poussées de *congestion pulmonaire* ou de *broncho-pneumonie*, susceptibles de préparer la suppuration ou la rupture du kyste. La *pleurésie* sèche ou avec épanchement peut aussi annoncer la rupture.

Suppuration du kyste. — Due à l'*infection péri-kystique*, elle est annoncée par l'exagération de la dyspnée et du point de côté et par la fièvre.

Rupture. — Habituellement préparée par la suppuration, sauf dans les kystes très gros dont la paroi très amincie finit par céder à un effort ou à un traumatisme, la rupture s'opère dans les bronches ou dans la cavité pleurale.

Ouverture dans les bronches. — Quand le kyste n'est pas suppuré, le malade rejette, dans un accès de suffocation, un flot de liquide clair, salé, contenant: soit des vésicules filles (grosses comme un pois, ou plus), soit de petits grains blanchâtres analogues à des grains de semoule (*échinocoques*), soit des fragments de membrane feuilletée; soit seulement des *crochets* (visibles au microscope). En cas de suppuration, le liquide, quoique purulent, peut rester assez limpide.

La vomique seule peut entraîner la mort, par obstruction d'une grosse bronche ou hémoptysie foudroyante (ulcération d'un gros vaisseau). Elle est tantôt *massive*, tantôt *parcellaire*, accompagnant, pendant plusieurs semaines, le rejet de membranes et d'hydatides et finissant par aboutir à la guérison.

La paroi du kyste peut suppurer; on a alors les signes d'une caverne hydatique avec cachexie et fièvre hectique (*phthisie hydatique*). En d'autres cas, la