

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 (décelés 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

paroi sphacélée entraîne, autour d'elle, la gangrène pulmonaire. Une cavité très vaste peut simuler un hydro-pneumothorax enkysté.

Plus rare, la *rupture dans la plèvre* (aseptique) peut donner lieu à une *urticaire généralisée* (par intoxication hydatique). La rupture simultanée dans la plèvre et dans les bronches, entraîne un hydro-pneumothorax.

L'ouverture à l'ombilic et dans les voies digestives après perforation du diaphragme a été notée, très exceptionnellement.

Diagnostic. — A la période d'état, on peut songer à un *cancer du poulmon* ou à une *tumeur du médiastin*; mais, bien plus souvent on croit à la *tuberculose pulmonaire*. Le kyste forme une voussure mate à limites précises, et n'est accompagné ni de fièvre ni de troubles généraux; les bacilles manquent d'une façon persistante dans les crachats; pourtant le diagnostic reste souvent incertain. Quand le kyste s'est évacué au dehors, la présence de crochets, de membranes dans la vomique, permet d'affirmer la maladie. La pleurésie enkystée, l'abcès du poulmon, la phtisie cavitaire n'induiront pas en erreur. Le kyste de la convexité du foie ouvert dans les bronches ne se différencie du kyste de la base du poulmon droit que grâce à la présence de la bile dans le liquide évacué.

CHAPITRE VIII

SÉMIOLOGIE SPÉCIALE DE LA PLÈVRE

I. — EXAMEN DES ÉPANCHEMENTS PLEURAUX

Ponction exploratrice. — **Technique de la ponction.** — L'examen clinique, qui ne permet pas toujours d'affirmer l'existence d'un épanchement pleural, ne fournit généralement sur sa nature que des données hypothétiques; aussi, dans bien des cas, la ponction exploratrice s'impose-t-elle. Elle doit être pratiquée *aseptiquement* (asepsie de la région et des mains de l'opérateur) avec une seringue stérilisée. Quand l'épanchement est cliniquement évident, la ponction exploratrice, simple moyen de contrôle, est faite au lieu d'élection, dans le 6^e ou 7^e espace, précisé par l'index gauche, soit sur la ligne axillaire, soit au-dessous de l'angle inférieur du scapulum, perpendiculairement à la paroi. Généralement suivie d'une ponction évacuatrice, elle ne tend qu'à écarter toute chance de surprise. Quand, au contraire, on hésite sur la réalité et le siège d'un épanchement, surtout enkysté ou interlobaire, force est de ponctionner dans l'espace intercostal le plus mat. Une seringue de 10 à 20 centimètres cubes permet en général de retirer une quantité de liquide suffisante pour les examens histologique et bactériologique, et les inoculations. La ponction évacuatrice, permettant d'apprécier la richesse du liquide en albumine et en fibrine, retirera un litre au plus à la fois.

Examen du liquide. — Macroscopiquement, le liquide est, suivant les cas : 1^o séreux ou séro-fibrineux; 2^o hémorragique; 3^o purulent ou séro-purulent; 4^o chyliforme ou graisseux.

Liquides séreux ou séro-fibrineux. — On en recueille une petite quantité dans des tubes stériles, réservant le reste à l'examen chimique et à celui du résidu fibrineux.

Le liquide séreux est clair, plus ou moins jaunâtre, présentant souvent des reflets verdâtres ou un peu dichroïques, tantôt parfaitement transparent, tantôt un peu louche, un peu visqueux, à réaction alcaline, d'odeur fade ou alliécée.

Gaillot. — Après 8 à 12 heures de repos, se forme un coagulum fibrineux gélatiniforme que l'on peut séparer par filtration sur un linge fin. Il semble que le caillot soit d'autant plus volumineux que l'épanchement tend davantage à évoluer favorablement, et inversement.

Densité, examen chimique. — L'examen chimique complet est rarement utile en clinique; outre les éléments du sérum sanguin, le liquide peut contenir du sucre chez les diabétiques. Seul, le *dosage de l'albumine* offre quelque valeur. On peut le pratiquer, comme pour l'urine, avec le tube d'Esbach, ou, plus simplement, le déduire de la densité du liquide appréciée avec l'*uro-mètre*. Si on désigne par E, la proportion d'albumine pour 100, et par S, le poids spécifique du liquide, on peut se servir de la formule empirique suivante $E = \frac{5}{8} (S - 1000) - 2,8$ (Reuss). Son application montre que dans la pleurésie, le poids spécifique dépasse toujours 1018, tandis que, dans l'hydrothorax, il n'atteint pas 1015.

Examen microscopique. — On le pratique en déposant sur une lame une goutte de liquide que l'on recouvre d'une lamelle; avant toute coloration, on y constate des cellules épithéliales plus ou moins déformées, de rares *leucocytes* et des *hématies* dont le nombre varie de quelques centaines par millimètre cube à 5000 ou 6000 dans les épanchements rosés dits histologiquement hémorragiques (Dieulafoy). La *cytologie* des épanchements pleuraux sera du reste étudiée à propos de la pleurésie en particulier.

Examen bactériologique. — Cet examen, qui souvent tranche seul le diagnostic étiologique de la pleurésie, se pratique sur lamelles, par cultures et par inoculations. Il a été très perfectionné par l'avènement des *procédés inoscopiques* (A. Jousset) dont la technique sera exposée à propos de la pleurésie tuberculeuse.

Examen sur lamelles. — On peut utiliser une goutte du dépôt floconneux obtenu par repos ou centrifugation du liquide. On la dépose sur une lame propre et après l'avoir desséchée lentement, on la colore par les procédés usuels. Sans inoscopie, les résultats ne sont positifs que dans 1/16^e des cas, ce qui, en général, rend indispensables les cultures et les inoculations. L'isolement de bacilles par l'inoscopie est presque constant.

Cultures. — Les milieux liquides sont préférables; à du bouillon peptonisé ou additionné de sérum et de sang, on ajoute dans un tube ou un ballon sté-