

Urine assez concentrée (peut-être à cause des sueurs profuses); densité 1026. — Urée égale à 37^{rs},816 par litre. Pas d'albumine, ni glucose, ni sang. Un peu d'urobiline. Diazo-réaction négative. Pas d'éléments anormaux à l'examen microscopique.

Fièvre rémittente modérée, oscillant entre 37^o,5 et 38^o,5, mais dépassant quelquefois ce chiffre le soir.

L'état de la petite malade s'aggrava rapidement; des crises dyspnéiques accompagnées d'une grande angoisse et de sueurs froides survenaient plusieurs fois par jour; la toux était très fréquente. Le sommeil était impossible, l'enfant se plaignait constamment. Le pouls était très petit et très fréquent. L'amaigrissement faisait des progrès continus. Le diagnostic posé fut celui de sarcome thoracique, probablement pulmonaire, avec propagation à la paroi.

Vingt-trois jours après son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire moins de quatre mois après le début apparent de la maladie, l'enfant succombait avec des accidents d'asphyxie et de syncope cardiaque.

A l'autopsie, on constata : cœur entièrement placé à droite; axe longitudinal dirigé obliquement de haut en bas et de droite à gauche, de l'aisselle droite à l'appendice xiphoïde. Le péricarde contient un peu plus de liquide que normalement. Cavités et valvules normales. A droite et au-dessus du cœur, on voit le poumon droit considérablement réduit de volume.

Toute la partie gauche de la cavité thoracique, la zone moyenne et même une certaine étendue de la moitié droite sont occupées par une énorme masse de couleur blanc nacré qui avance même vers l'abdomen en déprimant le diaphragme et le lobe gauche du foie. On peut reconnaître très bien la plèvre viscérale épaissie par places mais parfaitement décorticable dans une grande étendue; ce n'est donc pas dans la plèvre que la tumeur a pris naissance. On peut aussi reconnaître une partie de la scissure interlobaire.

A la coupe, on trouve un tissu assez mou, assez homogène, blanc nacré et donnant du suc par le râclage. Au centre, il y a une petite zone ramollie avec quelques concrétions calcaires; elle correspond peut-être à l'emplacement d'une grosse bronche. La masse adhère en partie à la paroi et se continue jusque sous la peau, en écartant et en englobant quelques côtes.

Tout à fait à l'extrémité supérieure de la tumeur et contre la colonne vertébrale, on remarque un reste de tissu pulmonaire, non aéré, sous la forme d'une bande d'environ un demi-centimètre d'épaisseur. La grosse bronche gauche, aplatie, vient se terminer dans cette petite masse pulmonaire et les ganglions péribronchiques, quelque peu augmentés de volume, de couleur rouge vineux, ne sont nullement atteints par la néoplasie, ce qui prouve bien que c'est dans le parenchyme pulmonaire que la tumeur a pris naissance. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un sarcome à petites cellules rondes.

Les autres viscères ne présentaient aucune altération appréciable; on remarquait seulement le refoulement de la rate en bas et celui du lobe gauche du foie en bas et à droite.

Cet exemple montre bien quel rapide et énorme développement présentent ces tumeurs sarcomateuses qui évoluent, en général, en l'espace de quelques mois et qui, naturellement, ne sont pas justiciables d'un traitement chirurgical, étant données l'impossibilité de leur complète extirpation, leur origine probablement centrale et la grande difficulté du diagnostic avant que la masse ait atteint un grand volume et soit devenue superficielle.

Un fait digne de remarque est la fièvre qu'a présentée notre malade pendant tout son séjour à l'hôpital et dont les caractères ont été indiqués en faisant son histoire. On n'a trouvé à l'autopsie aucune autre lésion pouvant expliquer ce symptôme, et il semble qu'on ne peut l'attribuer qu'au sarcome lui-même. S'agit-il d'une fièvre toxique due à l'action de produits spéciaux

élaborés dans le néoplasme? Cela est possible, mais j'incline plutôt à l'attribuer à des infections secondaires ou à des dégénérescences d'une partie de la tumeur. Dans notre cas, on trouvait une très petite zone ramollie au centre de la tumeur sans qu'il y eût cependant de traces de pus. Mais, dans d'autres cas, celui de Mirinescu et Baroncea, par exemple, où il y avait aussi une fièvre modérée, on trouva à l'intérieur de la masse une vaste caverne provenant de son ramollissement et contenant de la matière puriforme¹. D'ailleurs, la fièvre a été signalée plusieurs fois, dans les sarcomes pulmonaires des adultes et dans d'autres sarcomes viscéraux chez les enfants².

Kystes hydatiques. — La symptomatologie des kystes du poumon est, à peu de chose près, la même que celle des tumeurs solides. Il n'y a pas, en effet, sauf le cas de vomique ou expectoration particulière, de signes pour ainsi dire spécifiques pour l'une ou l'autre de ces affections, et les troubles fonctionnels et physiques ne dérivent pas, à proprement parler, de la nature des tumeurs, mais de la place qu'elles occupent et de la compression qu'elles exercent autour d'elles. L'évolution seulement, lente dans les cas de kyste, très rapide dans le sarcome, permettra de faire le diagnostic différentiel. Nous passerons donc en revue, très sommairement, les différentes périodes du développement des kystes et les principaux symptômes qui appartiennent à ces phases successives.

Pendant de longs mois, et peut-être un an ou plus, les kystes peuvent rester tout à fait silencieux; ils sont encore trop petits pour donner des modifications appréciables à l'examen physique, surtout quand ils occupent l'intérieur du poumon. C'est à peine s'ils produisent certains symptômes communs à presque toutes les maladies pulmonaires, c'est-à-dire de la toux, un peu de dyspnée, quelques douleurs, de petites hémoptysies parfois. Ce sont, justement, on le voit, des symptômes qui conduisent le médecin à des diagnostics erronés, car naturellement il se trouve porté à penser aux affections pulmonaires les plus communes, et notamment à la tuberculose.

Après un temps plus ou moins long, la poche devenant plus grande et plus superficielle, les signes physiques, plus ou moins nets, apparaissent. Ce sont : la dilatation plus ou moins circonscrite d'une partie du thorax; une diminution de l'excursion respiratoire à ce niveau accompagnée d'une grande diminution, ou de l'absence des vibrations vocales et du silence respiratoire; une matité plus ou moins absolue, suivant que la poche se trouve située superficiellement ou encore assez profondément; enfin, quelquefois, la compression et le refoulement des organes voisins.

Analysons brièvement chacun de ces signes.

La dilatation du thorax peut être plus ou moins diffuse en portant sur tout un côté et pouvant être décelée par la vue et par la cyrtométrie; mais, en général, elle est plus limitée et constitue une véritable voussure, une élévation globuleuse à laquelle Trousseau, suivant en cela les indications

⁽¹⁾ Revue mens. des mal. de l'enf., février 1894.

⁽²⁾ LETAILLER. Contribution à l'étude du sarcome des enfants. Thèse de Paris, 1895, p. 19. — VINOOUROFF. Sarcomatose viscérale chez un enfant de douze ans. In Revue des mal. de l'enf., 1896.

de Vigla¹, attachait beaucoup d'importance. Certains auteurs, Hearn², par exemple, considèrent cette dilatation comme assez rare; d'autres, au contraire, comme Bird³, la croient assez fréquente. J'estime qu'on la trouve très souvent quand la tumeur a atteint un certain développement et elle a, alors, une grande importance diagnostique.

Il n'est pas besoin d'insister sur la grande *diminution de l'excursion* respiratoire dans la même région, diminution qui va souvent jusqu'à l'immobilité complète.

Les *vibrations vocales* sont abolies si la tumeur est en contact ou à peu près avec la paroi costale. Si, au contraire, une coque plus ou moins épaisse de poumon sclérosé ou atrophié l'entoure et si les bronches ne sont pas comprimées d'une façon notable, on conçoit que des vibrations puissent encore exister à un faible degré. Dans nos cas, elles manquaient, en général, complètement.

La *matité* est absolue si la poche est superficielle, moins marquée et se dénonçant seulement à une percussion très forte si elle est encore assez éloignée de la paroi, cas de beaucoup le plus rare. Cette matité est entourée d'une zone bien claire, et Bird a insisté avec raison sur cette brusque transition qui permet de délimiter très nettement la zone obscure. Sa limite n'est pas la ligne parabolique si connue dans les épanchements pleuraux; elle peut varier avec la forme de la tumeur, mais, fréquemment, elle tend à être plus ou moins arrondie ou ovoïde.

Il faut cependant se rappeler que, quelquefois, un véritable épanchement pleural coexiste avec le kyste pulmonaire et que, dans les cas où l'hydatide siège à la plèvre, il est presque impossible de la distinguer de la pleurésie avec épanchement, surtout si on n'a pas assisté au commencement de l'affection ou si on n'a pas de données très précises à ce sujet⁴.

Dans les kystes pulmonaires, on n'a jamais trouvé le frémissement hydatique. Lorieux⁵ parle d'une espèce d'ondulation qu'il aurait perçue à la percussion et qui serait d'une grande valeur diagnostique.

À l'*auscultation*, on peut ne constater aucun signe bien net si la tumeur est encore petite, mais, quand elle grandit et devient superficielle, on observe toujours un *affaiblissement du murmure vésiculaire* qui peut aller quelquefois jusqu'au silence respiratoire. Au-dessus de la matité, on peut avoir une respiration puérile ou même un souffle bronchique doux par compression des bronches. Le souffle existe toujours quand il y a un épanchement pleural concomitant. Des *frottements* de pleurésie sèche peuvent être entendus au niveau de la zone mate ou autour d'elle.

L'examen à l'aide des *rayons Röntgen* permet de constater une ombre plus ou moins épaisse, semblable à celle d'un épanchement pleural, mais

(¹) Arch. gén. de méd., 1855.

(²) Kystes hydatiques du poumon. Thèse de Paris, 1875.

(³) On hydatids of the lung. Melbourne, 1877.

(⁴) Voir à ce sujet la thèse de GEORGESCO-CARPATIANO. Des kystes hydatiques primitifs de la plèvre. Paris, 1899.

(⁵) Contribution à l'étude des kystes hydatiques du poumon. Thèse de Bordeaux, 1889.

dont la forme diffère; nous n'insisterons pas à ce sujet, en ayant déjà suffisamment parlé à propos de la percussion.

Le *déplacement des organes voisins* n'est pas, en général, aussi marqué dans les kystes hydatiques que dans les grandes tumeurs solides du poumon. Cependant, ceux du lobe inférieur droit dépriment parfois le diaphragme et le foie, et on a cité, chez des adultes, des cas où un kyste du poumon gauche a refoulé le cœur vers la droite (Mirallié¹, Geoffroy et Dupuytren², Cornil et Gibier³, Delgrange⁴). Je dois déclarer que, dans les cas que j'ai observés, je n'ai jamais vu de déviation appréciable du cœur; il est vrai que la tumeur siégeait au sommet, et on comprend que la chose doive se passer autrement quand le kyste affecte le prolongement auriculaire ou la partie inférieure du lobe supérieur.

Les cas de compression vasculaire sont plus rares. On a remarqué quelquefois de l'œdème des membres supérieurs (Leroux⁵), ou d'un côté du tronc, de la face et du cou, avec dilatation veineuse (Caron et Souberain⁶).

Avec l'apparition des signes physiques que nous venons d'étudier, les symptômes fonctionnels augmentent, en général, d'intensité. La *dyspnée* est plus accentuée, la *toux* devient très fréquente et quelquefois quinteuse, les *hémoptysies* se répètent souvent et peuvent atteindre une profusion menaçante. Il faut se rappeler, cependant, que beaucoup de malades tolèrent assez bien leur lésion et que, avec des signes physiques dénotant une tumeur assez grande, on voit quelquefois des enfants qui n'ont presque pas de douleurs ni de dyspnée, qui toussent très peu et qui n'ont jamais présenté d'hémoptysies.

L'*évolution* des kystes pulmonaires se fait, en général, lentement. Après la période silencieuse du début, celle des signes manifestes peut se continuer quelquefois pendant des années, avec un accroissement très lent de la tumeur, mais sans accidents inquiétants.

Dans la grande majorité des cas, cependant, des complications ou, pour mieux dire, des accidents surviennent. Les plus importants sont: la rupture du kyste dans les bronches ou la plèvre; l'infection par des microbes pyogènes.

La *rupture dans les bronches* est assez fréquente. Les statistiques donnent des chiffres très variés à ce sujet, mais si je m'en rapporte à mon observation personnelle et à celle des autres confrères de Buenos Aires, elle serait très fréquente quand les kystes ont atteint un grand développement. Elle peut survenir spontanément ou à l'occasion d'un accès de toux ou d'un traumatisme; nous l'avons vue une fois produite par la ponction aspiratrice. Quand elle est spontanée, elle peut être précédée d'une exagération des symptômes habituels, mais elle se présente aussi parfois soudainement, d'un

(¹) Kystes hydatiques du poumon. Gaz. des hôp., 1895, p. 105.

(²) Dans ce cas il y avait kystes des deux poumons, et le cœur battait à l'épigastre. Cité par CRANWELL et HERRERA VEGAS. Loc. cit.

(³) Progrès méd., 1884, p. 264.

(⁴) De l'expectoration dans les kystes hydatiques. Thèse de Paris, 1879.

(⁵) Cit. par DAVAINÉ. Traité des entozoaires. Paris, 1877.

(⁶) Comptes rendus de la Société de biologie, 1852.

moment à l'autre. Le moment est, en général, dramatique : le malade étouffe, un flot de liquide salé, écumeux, remplit la bouche et le nez, tandis qu'une douleur intense, une sensation de déchirure, une angoisse inexprimable le tourmentent. La vomique contient, en général, outre le liquide, des vésicules quelquefois intactes, quelquefois déchirées, et de petits grains comparables à de la semoule et dont la nature parasitaire sera révélée par le microscope.

Très souvent, une hémoptysie plus ou moins grande, quelquefois formidable, fait suite à la vomique, et la mort peut survenir soit par asphyxie, soit par hémorragie ; je n'ai jamais vu cette dernière terminaison, mais j'ai eu l'occasion de voir un cas d'asphyxie mortelle entre les mains du chirurgien qui avait fait la ponction provocatrice de la rupture. Il est des cas, cependant, où la vomique n'est pas aussi brusque et dramatique et où elle se fait, au contraire, en plusieurs fois, par petites quantités et sans malaises appréciables.

L'ouverture dans la plèvre est beaucoup plus rare, mais on trouve plusieurs cas publiés par divers auteurs, notamment par Neisser¹ et Lehmann². Personnellement je n'ai jamais observé cet accident, mais je connais des cas où on l'a vu se produire chez des adultes et où il s'accompagnait d'un pneumothorax, transformé peu de temps après en un *pyo-pneumothorax* (Cranwell et Herrera Vegas).

Après que le kyste s'est vidé par les bronches ou dans la cavité pleurale, on peut constater des *signes cavitaires* dans la zone occupée primitivement par la tumeur. L'infection secondaire se produit alors si elle n'existait pas auparavant dans la poche kystique ; la fièvre s'allume et affecte une allure rémittente ; la toux devient plus fréquente et l'expectoration purulente avec, très souvent, des débris de la membrane kystique ou des crochets ; l'appétit diminue ; l'état général dépérit ; souvent aussi les hémoptysies se répètent plus ou moins profuses, et la mort peut survenir par heciticité si on n'intervient pas opportunément. La gangrène pulmonaire peut aussi mettre fin à la scène morbide. Quelquefois, cependant, après la rupture du kyste, l'expectoration est modérée, les hémoptysies sont rares ou de très peu d'importance, la fièvre est nulle ou de très courte durée, et alors, l'état général restant bon, on peut voir la guérison plus ou moins tardive survenir, et on trouve les malades, après quelques années, tout à fait bien portants ou avec simplement un peu de toux, et l'examen physique le plus soigneux ne révèle aucune lésion pulmonaire appréciable.

L'infection, et consécutivement la suppuration, peuvent survenir aussi dans les poches kystiques fermées ; on doit admettre alors qu'une fissure s'est produite dans les membranes et a permis aux microbes pyogènes de s'y introduire. En ces cas-là, la fièvre s'allume, l'expectoration devient purulente, l'appétit diminue, l'état général devient mauvais ; la rupture ne tarde pas à se produire si on n'intervient pas d'une façon convenable.

Des broncho-pneumonies, des pneumonies, des pleurésies, à part la

(¹) Die Echinococccen Krankheit. Berlin, 1877.

(²) Kystes hydatiques du poumon ouverts dans la plèvre. Thèse de Paris, 1882.

gangrène pulmonaire que nous avons déjà mentionnée, peuvent aussi compliquer l'évolution des kystes pulmonaires à toutes leurs phases, et la tuberculose peut coexister avec eux ou survenir secondairement. Il serait oiseux de m'appesantir sur leurs marche et diagnostic qui n'offrent ici rien de particulier.

Diagnostic. — Il est presque impossible de reconnaître les tumeurs du poumon quand elles sont très petites et ne donnent pas encore de signes physiques. Les symptômes qu'elles déterminent alors, d'ordre banal, sont naturellement attribués à des maladies beaucoup plus fréquentes, la tuberculose pulmonaire, par exemple.

Plus tard, quand on peut déjà constater des altérations évidentes à l'examen physique, la diminution ou absence des vibrations, le silence respiratoire ou une diminution notable du murmure vésiculaire, la dilatation du thorax, permettront de rejeter l'idée de tuberculose, en considérant que, dans cette dernière affection, il y a, au contraire, augmentation des vibrations, respiration rude ou soufflante, rétraction de la paroi costale. En outre les lésions bacillaires sont généralement doubles, tandis qu'elles sont presque toujours unilatérales dans le cas de tumeurs. Les mêmes signes permettront de faire le diagnostic différentiel des tumeurs avec les pneumonies chroniques (scléroses consécutives aux pneumonies ou broncho-pneumonies, pleurésies, etc.), et dans lesquelles il y a toujours, comme dans la tuberculose, exagération des vibrations et rétraction du thorax.

C'est donc, seulement, avec la pleurésie avec épanchement que le diagnostic sera souvent difficile. Mais, dans ce dernier cas, il y a eu toujours un commencement aigu et fébrile plus ou moins net ; la matité a une forme déterminée, il y a de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone, et fréquemment une zone de frottements pleurétiques. Toutefois, ce diagnostic peut être très difficile dans certaines circonstances, surtout quand il s'agit de grands kystes qui intéressent presque tout un poumon et qu'on ne connaît pas les antécédents du malade, et il m'est arrivé une fois de prendre pour une pleurésie avec grand épanchement et de commencer une ponction évacuatrice chez un enfant affecté d'un énorme kyste qui m'était adressé par un médecin de campagne comme un pleurétique requérant une ponction d'urgence. Les premières portions de liquide qui s'écoulèrent me firent rectifier le diagnostic et suspendre tout de suite l'opération.

La distinction avec la pleurésie enkystée ou interlobaire est encore beaucoup plus difficile, car les signes physiques sont presque identiques dans les deux cas. Il faut se rappeler que ces épanchements circonscrits siègent sur des points bien déterminés, et qu'ils sont précédés d'une maladie aiguë, fébrile ; l'état général est, d'ailleurs, assez touché, la fièvre presque constante. Les rayons de Röntgen permettront, en général, de mieux affirmer ce diagnostic différentiel, en laissant bien percevoir la situation, la forme et la délimitation de l'ombre. Dans les kystes hydatiques, l'ombre est arrondie et circonscrite par un trait d'une grande netteté.

Presque tous les auteurs classiques recommandent la pratique des ponctions exploratrices comme un excellent moyen de diagnostic. En effet,

l'examen du liquide permettra tout de suite de conclure s'il s'agit d'un épanchement pleural ou d'un kyste, et si la ponction, plusieurs fois pratiquée, ne ramène aucun liquide, on pourra presque affirmer qu'il s'agit d'une masse solide. Il faut se rappeler cependant qu'on a publié quelques cas d'accidents graves et même mortels dus à de simples ponctions capillaires. Quoique je n'en aie vu aucun au cours de plusieurs ponctions, le seul fait qu'on en ait signalé de divers côtés m'empêche de conseiller ce moyen d'exploration, d'autant plus que nous ne sommes pas encore renseignés suffisamment sur les conditions où cette petite opération peut être dangereuse. Si on croit donc devoir la pratiquer, il sera bon de ne l'employer que dans les cas où il semble que la tumeur est superficielle et encore en usant d'aiguilles très fines.

Quand un kyste hydatique pulmonaire est vidé et donne lieu à des signes cavitaires, s'accompagnant de fièvre, d'expectoration purulente et d'un mauvais état général, la confusion avec la tuberculose avancée ou avec la bronchectasie est facile au premier moment. Mais il y a, presque toujours, l'antécédent très précis de la vomique et la constatation des vésicules ou des débris de membranes qui rarement échappent à l'observation des malades ou de ceux qui les soignent; en outre, l'absence réitérée des bacilles de Koch dans l'expectoration permet de conclure contre une tuberculose qui serait arrivée à la période cavitaire, tandis qu'on pourra constater des éléments appartenant au kyste et notamment les crochets caractéristiques.

Dans les cas de tumeurs solides, le diagnostic exact n'est possible que dans de rares circonstances. Un malade de Krœnlein⁽¹⁾, opéré d'un sarcome de la cuisse, expectora peu de temps après un fragment de tissu dont l'examen microscopique démontra la nature sarcomateuse. Dans un cas de Krönig⁽²⁾, en essayant de pratiquer une ponction évacuatrice, on ramena dans le trocart un petit morceau de tissu sarcomateux; nous ne devons pas pour cela ériger l'harponnage en moyen de diagnostic ordinaire comme quelques-uns l'ont voulu.

En outre, l'existence d'une tumeur établie, il est ordinairement facile chez les enfants d'en établir aussi la nature. Entre les deux catégories de néoplasies qui ont été observées à cet âge de la vie, on trouve, en effet, des différences si nettes d'évolution que les doutes ne peuvent pas durer longtemps. Dans le sarcome, le développement est très rapide; en quelques mois, la tumeur atteint un volume considérable, parfois énorme; l'état général se détériore d'une façon plus ou moins remarquable; souvent des adénopathies apparaissent. Dans les kystes, au contraire, le développement est lent et plus ou moins insidieux; il faut attendre des années pour que la tumeur atteigne un volume moyen, et l'état général reste excellent.

En outre, dans le cas où il y aurait un épanchement pleural, l'étude cytologique du liquide extrait par ponction permettrait quelquefois de faire le diagnostic de sarcome. Fraenkel³ a trouvé, en effet, dans un cas de ce

⁽¹⁾ *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*, 15 octobre 1887.

⁽²⁾ Cité par MARFAN in article Tumeurs du poumon et de la plèvre. *Traité de méd. de Bouchard et Brissaud*, t. XII.

⁽³⁾ Cité par LABBÉ. *Le Cytodiagnostic*. Paris, 1905.

genre, des cellules remarquables par leurs énormes dimensions, rondes ou en massue, et contenant des vacuoles en grand nombre. Litten a prétendu qu'on pouvait les trouver aussi dans des épanchements séreux simples et qu'elles étaient simplement des éléments endothéliaux hydropiques, mais Schwalbe¹ pense que, au moins quand elles sont très abondantes, elles indiquent l'existence d'une tumeur pleurale ou pleuro-pulmonaire. Des éléments quelque peu analogues, arrondis, ovales ou irréguliers, réunis quelquefois en forme de plaques, avec des vacuoles dans le protoplasma et même dans les noyaux, de grosseur variant entre celle d'un gros leucocyte mono-nucléaire jusqu'à trois ou quatre fois plus, ont été décrits aussi par MM. Labbé, Armand-Delille et Aguinet² dans une observation de sarcome de la plèvre.

L'étude hématologique ne semble pouvoir être d'aucun secours pour le diagnostic de sarcome; on constate alors généralement une simple anémie plus ou moins intense. Par contre, l'éosinophilie peut être un élément de présomption en faveur du kyste, à moins qu'il n'y ait des parasites intestinaux, cas dans lequel on peut aussi observer cette modification du sang. Peut-être la leucocytose et la modification de la formule leucocytaire pourra devenir un bon auxiliaire pour le diagnostic de la suppuration des kystes, mais je n'ai encore aucune expérience à ce sujet.

Pronostic. — Les sarcomes du poumon sont toujours mortels à brève échéance; secondaires ou primitifs, ils impliquent donc un pronostic fatal.

Quant aux kystes, les probabilités de guérison sont très différentes suivant le traitement que l'on suit et le moment dans lequel l'intervention est pratiquée. Si on compare les grandes statistiques de Hearn, de Neisser, etc., avec les plus modernes, comme celles de Tuffier³ et des chirurgiens australiens et argentins, on est frappé d'une grande différence dans les résultats.

M. Davies Thomas⁴ faisait déjà remarquer que si l'abstention donne une mortalité de 54 pour 100 et la ponction de 27 pour 100 l'incision ne donne que 16 pour 100. Si nous comparons maintenant les chiffres de M. Tuffier avec ceux de MM. Cranwell et Herrera Vegas (de Buenos Aires), nous trouvons presque la même proportion pour les cas traités par l'incision dans les deux statistiques (61 cas avec 6 morts, et 36 cas avec 5 morts, respectivement). On voit donc que la mortalité s'abaisse encore de 16 pour 100, chiffre de M. Thomas, à 8 ou 10 pour 100. Quant aux 5 cas que j'ai personnellement observés, 4 sont guéris par l'opération; 1 est encore en observation sans avoir été opéré.

Il faut cependant, quant au pronostic, distinguer les kystes aseptiques et ceux qui sont déjà infectés. Pour les premiers, la mortalité doit être nulle ou presque nulle si on les traite par l'incision en temps opportun; dans le deuxième groupe, au contraire, on aura toujours à déplorer quelques cas de mort par des accidents généraux ou locaux.

Traitement. — Il découle de tout ce que nous avons dit que, dans le cas

⁽¹⁾ Zur Lehre von der primären Lungen und Brustfellgeschwülsten. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1891, n° 43.

⁽²⁾ Cytodiagnostic de la pleurésie sarcomateuse. *Société anatomique*, mai 1902.

⁽³⁾ *Chirurgie du poumon*, Paris, 1897.

⁽⁴⁾ *Australian med. Journal*, 1889. Cité par MARFAN. *Loc. cit.*

de sarcome, il n'y a pas de traitement à faire si ce n'est l'emploi des moyens palliatifs. Toutefois, dans la possibilité d'une erreur de diagnostic, il semble qu'on se trouvera justifié dans certains cas en pratiquant une intervention exploratrice, qui pourrait être poursuivie si on se trouvait en présence d'un kyste ou d'une autre tumeur opérable. Pour les kystes hydatiques, les chiffres que nous avons indiqués plus haut montrent bien qu'il y a le plus grand intérêt à intervenir de bonne heure.

Si on se trouve en présence d'un kyste déjà vidé et dont la cavité semble en voie de cicatrisation, avec un bon état général et sans fièvre, il sera sage de s'abstenir de toute intervention et de conseiller simplement un traitement médical par les balsamiques et surtout par l'hygiène, quitte à intervenir ultérieurement si l'état général venait à empirer, si la fièvre et l'expectoration purulente ou fétide réapparaissaient. Mais si la rupture ne s'est pas produite, il ne serait pas prudent de l'attendre; la vomique peut être, en effet, mortelle, et on voit souvent après elle l'infection et la suppuration de la poche avec toutes ses fâcheuses conséquences. Dès que le diagnostic est posé, dès que la tumeur a atteint un développement assez considérable, il faut donc intervenir.

Quant à la forme de cette intervention, je n'ai pas la compétence spéciale pour l'étudier ici, et je ne peux faire mieux que de renvoyer aux traités spéciaux de chirurgie, et notamment à celui de MM. Terrier et Reymond¹, aux travaux de MM. Reclus², Tuffier³ et Posadas⁴, à l'intéressant et bien documenté recueil de MM. Cranwell et Herrera Vegas⁵, et à l'article qu'ils ont écrit dans ce même ouvrage sur les kystes hydatiques en général⁶.

Je dois simplement ajouter que la ponction évacuatrice est un moyen dangereux, qu'on a déjà publié quelques cas de mort immédiate avec ce traitement, et que j'en ai vu moi-même un exemple. On ne doit donc jamais y avoir recours, et c'est seulement à l'incision franche avec résection costale qu'on doit s'adresser.

⁽¹⁾ TERRIER et REYMOND. *Chirurgie du poumon*. Paris, 1899.

⁽²⁾ *Rapport au Congrès français de chirurgie*, 1895.

⁽³⁾ *Chirurgie du poumon*, 1897.

⁽⁴⁾ *Toracoplastia temporaria y parcial*. Buenos Aires, 1898. *Lecciones sobre los Quistes hidatídicos*.

⁽⁵⁾ *Los quistes hidatídicos en la República Argentina*. Buenos Aires, 1901.

⁽⁶⁾ Voir aussi : BEHR. Des kystes hydatiques du poumon. *Thèse de Paris*, 1895. — PASQUIER. Diagn. et traitement chirurgical des kystes hydatiques du poumon. *Thèse de Paris*, 1899. — REPETTO. *Anales de Circulo Medico Argentino*. Enero 1899.

XIV

MALADIES DE LA PLÈVRE

PAR LE D^r NETTER

Professeur agrégé à la Faculté de Paris, Médecin de l'Hôpital Trousseau.

DES AFFECTIONS DE LA PLÈVRE CHEZ L'ENFANT

LEUR FRÉQUENCE — LEUR IMPORTANCE — LEUR NATURE

Les maladies de la plèvre sont certainement moins fréquentes chez l'enfant que les affections du poumon. Elles n'en présentent pas moins une très grande importance, importance surtout pratique; car maintes fois la vie du petit malade dépendra d'un diagnostic porté à temps. Ce diagnostic n'est possible que si le médecin conserve toujours présente à l'esprit l'idée de cette maladie d'allure souvent insidieuse et sans grand fracas.

On a dit que la pleurésie de l'enfance était très rare, qu'elle ne différait en rien de la pleurésie de l'adulte. Ces deux propositions sont inexactes, comme on va le voir. La rareté de la pleurésie infantile a été soutenue par Valleix, par Barrier. Le premier affirme que la pleurésie existe très rarement sans inflammation du poumon chez les nouveau-nés. Il n'a trouvé de traces d'inflammation de la plèvre que dans un sixième des cas de pneumonie chez les enfants de moins de 8 mois, qu'un huitième en s'arrêtant à 2 mois et demi. Barrier dit n'avoir observé aucun cas de pleurésie simple avant l'âge de 6 ans; de 6 à 10 ans, il n'en a rassemblé qu'un très petit nombre, tandis que de 10 à 15 ans la pleurésie lui a paru aussi commune que chez l'adulte. Antérieurement à ces auteurs Billard et Mignot, simultanément ou postérieurement Baron¹, Rilliet et Barthez, Bouchut, West, Crisp, Steiner, Steffen, etc., déclarent au contraire que la pleurésie n'est pas rare chez les enfants à tous les âges; qu'elle est, il est vrai, souvent secondaire; mais que dans un nombre respectable de cas elle survient à l'état isolé, primitif. Smith² a pu en 7 mois, à l'hospice des Enfants assistés de New-York, réunir 11 observations de pleurésie en même temps que 55 de bronchite, 21 de pneumonie et 5 de tuberculose. Il s'agit là, comme l'on voit, de chiffres élevés, et la pleurésie infantile ne mérite pas le dédain que lui témoignait Valleix. La plèvre peut être frappée à tous les âges, ainsi qu'en témoignent les statistiques suivantes où se trouvent confondues les pleurésies de toute nature.

⁽¹⁾ BARON. De la pleurésie dans l'enfance. *Thèse de Paris*, 1841.

⁽²⁾ LEWIS SMITH. Pleuritis in children. *American Journal of Obstetrics*, XIII et XIV, 1880-1881.