

elle se présente, non sous forme de crises de suffocation avec cornage comme dans la syphilis trachéale, mais comme une dyspnée d'effort survenant à l'occasion d'une marche rapide, de la montée d'un escalier. Rarement elle va jusqu'à l'orthopnée.

L'inspection de la poitrine ne dénote presque jamais la déformation caractéristique du thorax des phtisiques.

La percussion et l'auscultation révèlent l'existence d'un foyer morbide localisé à la partie moyenne des poumons, surtout à droite. Le maximum des signes physiques s'observe en général : en arrière, au niveau de l'épine du scapulum ; en avant, au niveau des troisième et quatrième côtes. Par la percussion, on perçoit de la matité ou de la submatité ; s'il y a une grosse cavité gommeuse ou une grosse dilatation bronchique, on peut entendre une sonorité exagérée, voire même du bruit de pot fêlé. Dans cette même zone, la palpation dénote l'augmentation des vibrations vocales.

L'auscultation donne des résultats variables suivant la lésion et l'âge de cette lésion. Au début, le murmure vésiculaire normal est diminué ; et l'on entend un bruit rude qui va jusqu'à la respiration bronchique avec exagération de la bronchophonie ; on perçoit en même temps des râles ronflants et sibilants plus ou moins disséminés dans toute l'étendue de la poitrine ; et, au niveau du foyer morbide, des râles sous-crépitaux fins, secs ou humides. Plus tard, ces signes se circonscrivent et peuvent rester tels quels, s'il ne se produit ni cavité gommeuse, ni dilatation bronchique ; mais, si l'une de ces deux lésions se développe, on perçoit alors les signes cavitaires : la respiration cavernueuse, le gargouillement, la pectoriloquie. En résumé, les signes sont ceux de l'imperméabilité du parenchyme pulmonaire et de la bronchite ; à ces signes peuvent s'ajouter, dans certains cas et en certaines zones, les signes cavitaires. Enfin, il peut arriver qu'à la base, on perçoive les signes d'une pleurésie avec ou sans épanchement.

MM. Peter et Vidal (d'Hyères) ont démontré qu'au niveau des foyers tuberculeux, il y avait hyperthermie locale ; dans les foyers syphilitiques, au contraire, si l'on en croit Gütz, la température locale reste normale.

Pendant que cette évolution s'accomplit, que devient l'état général ? L'état général peut rester bon pendant de longues années ; et l'on a sous les yeux, comme le disait Bazin, un phtisique bien portant. Mais il arrive une période où l'état général s'altère ; celui-ci peut se déranger de deux façons. Tantôt il s'agit d'une *cachexie tertiaire* que n'expliquent pas les altérations limitées du poumon, mais qui est due soit aux lésions scléro-gommeuses des autres viscères, soit à l'artério-sclérose, soit à la dégénérescence amyloïde ; le malade maigrit, prend un teint jaunâtre, devient albuminurique, présente des œdèmes et de la diarrhée et succombe à cette cachexie. Tantôt il s'agit d'une véritable *consommation pulmonaire* explicable par une cavité gommeuse ou une dilatation bronchique ; dans ce cas, l'expectoration est abondante, l'amaigrissement est considérable, les doigts deviennent hippocratiques, la fièvre vespérale et les sueurs nocturnes s'établissent, et le sujet succombe comme un phtisique. On n'a jamais constaté la terminaison de la syphilis pulmonaire par dilatation du cœur droit et asystolie (Jullien).

La terminaison est presque fatale, si le malade n'est pas traité énergiquement ; mais ajoutons immédiatement que si, par bonheur, on oppose à la maladie un traitement antisiphilitique, on peut voir s'opérer des guérisons merveilleuses.

Ce qui donne au tableau clinique que nous venons d'esquisser sa caractéristique propre, c'est son association avec d'autres lésions tertiaires. Les associations les plus communes de la syphilis pulmonaire sont les suivantes : très souvent on trouve des altérations laryngées (Schnitzler), avec ou sans altérations trachéo-bronchiques ; très souvent aussi la syphilis du poumon est associée à la syphilis du foie. Enfin, on peut observer toutes les manifestations du tertiérisme ; citons entre autres le fait de M. Fournier où la syphilis du poumon était associée à une ulcération phagédénique du pied, celui de M. Jullien où la présence de gomme du tibia fit reconnaître la nature syphilitique d'une affection pulmonaire⁽¹⁾.

Variétés cliniques. — L'étude des variétés cliniques est très importante ; elle montre, en effet, combien est variable la symptomatologie et elle indique quels sont les cas où il est légitime de chercher l'origine syphilitique d'une pneumopathie.

I. Disons, tout d'abord, que la syphilis pulmonaire peut être absolument latente, et ne se manifester par aucun trouble fonctionnel, par aucun signe physique. C'est ainsi que MM. Cornil et Ranvier eurent l'occasion, dans une épidémie de choléra, de rencontrer plusieurs fois des gomme dans les poumons d'individus syphilitiques qui n'avaient jamais eu d'accidents pulmonaires.

II. D'autres fois, les lésions scléro-gommeuses des poumons sont associées à des lésions du larynx, de la trachée et des grosses bronches qui engendrent un rétrécissement de ces conduits ; alors la sténose se manifeste par des troubles spéciaux qui occupent la première place dans le tableau clinique et masquent complètement le processus pulmonaire.

III. *Type simulant la phthisie aiguë.* — Deux faits avec autopsie, dus, le premier à Vierling, le second à MM. Cuffer et Remy (thèse de M. Jacquin), semblent montrer que, dans ces cas, la lésion est tantôt la pneumonie blanche (Vierling), tantôt une éruption gommeuse se présentant sous forme de noyaux de broncho-pneumonie (Cuffer et Remy). Quoi qu'il en soit, au point de vue clinique, cette forme est très remarquable ; elle a été bien étudiée par M. Dieulafoy, qui en a rapporté divers exemples, la plupart suivis de guérison par le traitement antisiphilitique.

Pour en donner une idée, nous résumerons l'observation de Girardeau, recueillie dans le service de M. Hayem et consignée dans la thèse de M. Jacquin. Une femme de trente-cinq ans entre à l'hôpital avec de la toux et une fièvre qui dure depuis huit jours ; elle présente, à la partie moyenne du poumon gauche, en arrière, de la matité, de la respiration bronchique et des râles sous-crépitaux. Les jours suivants, la situation s'aggrave, la respiration devient cavernueuse, et s'accompagne de gargouillements ; les crachats sont nummulaires, striés de sang, et, au bout de quatre semaines, la malade amaigrit, couverte, la nuit, de sueurs profuses, toujours fébricitante, avait pris tout l'aspect d'une phtisique. Alors seulement, en raison de l'hypertrophie des ganglions occipitaux et inguinaux, en raison d'une ulcération siégeant dans le cul-de-sac vaginal droit, on songea à l'origine syphilitique possible de la pneumopathie et l'on administra le traitement spécifique. Au bout de six semaines, l'appétit était revenu, les crachats nummulaires, les sueurs, la fièvre,

⁽¹⁾ JULLIEN, Note sur la syphilis pulmonaire ; C. R. de la Société de dermatologie et de syphiligraphie, Séance du 8 avril 1895.

avaient disparu : à la place du souffle caverneux et du gargouillement, on ne percevait plus qu'une respiration rude et un point de malité. Quelque temps plus tard, cette femme revint se faire soigner, non pour son poumon, mais pour une nécrose de l'os frontal qui céda au même traitement. Sept ans après, la malade, revue par M. Giraudeau, était très bien portante.

IV. *Type simulant la phthisie chronique. Phthisie syphilitique.* — C'est la forme la plus fréquente; elle répond à des cavernes gommeuses ou à des dilatations bronchiques. En voici un premier exemple emprunté à M. Fournier. Une jeune femme entre à Lourcine pour un ulcère phagédénique du pied, dont la nature syphilitique n'est pas douteuse. Cette malade a l'habitus extérieur d'une phthisique; elle tousse, elle crache, elle a des points de côté, de la fièvre vespérale, et des sueurs nocturnes, de l'anorexie; au sommet gauche, on constate des signes cavitaires (respiration caverneuse et gargouillements). Tout cet ensemble était si net que M. Fournier posa le diagnostic de tuberculose et non celui de syphilis pulmonaire. Néanmoins, il administra la médication mercurielle et iodurée pour traiter l'ulcère phagédénique du pied. Alors, cette malade, dont on eût escompté les jours à brève échéance, se prit soudainement à aller mieux; l'appétit et les forces revinrent, et lorsque M. Fournier la revit plusieurs mois après, il fallut une auscultation minutieuse pour retrouver les traces de la lésion pulmonaire.

M. Panas a cité récemment un cas où la syphilis pulmonaire avait produit une grosse cavité et simulait absolument la phthisie. Son attention fut mise en éveil par l'existence de gomme syphilitiques de l'œil et par le bon état général de la malade. Celle-ci guérit complètement par les injections hypodermiques de peptonate de mercure⁽¹⁾. Une malade observée par M. Jullien présentait tous les signes fonctionnels et physiques d'une phthisie vulgaire à marche lente : l'absence de bacilles dans les crachats constatée à plusieurs reprises, l'amélioration surprenante due au traitement mercuriel permirent d'affirmer le diagnostic de syphilis pulmonaire et d'exclure l'hypothèse d'une tuberculose concomitante.

V. *Type simulant la sclérose pleuro-broncho-pulmonaire.* — Ici, on pense en général à une sclérose broncho-pulmonaire, avec dilatation des bronches; mais, si le médecin cherche l'origine du mal, il ne trouve pas dans les antécédents du malade les causes ordinaires de la dilatation bronchique; ni la rougeole, ni la coqueluche, ni la diphtérie, ni la fièvre typhoïde, ni la gangrène des bronches n'ont antérieurement atteint le malade. D'autre part, on constate une lésion spécifique du larynx, de la peau, d'un os ou d'un parenchyme. On peut alors diagnostiquer une sclérose syphilitique et administrer le traitement qui améliore souvent et guérit parfois le malade.

VI. *Type simulant la gangrène pulmonaire.* — Dans certains cas (Mauriac, Feulard, Dieulafoy), le ramollissement des gomme s'accompagne de tous les signes de la gangrène pulmonaire : point de côté, fièvre, état général grave, odeur infecte de l'haleine et des crachats. On ne peut rattacher ces accidents à leur véritable cause que par la constatation d'un stigmate actuel de syphilis ou par les antécédents du malade.

VII. *Forme pleurale.* — Les lésions syphilitiques de la plèvre, dit M. Dieulafoy, peuvent être rangées dans l'une des deux catégories suivantes. Ou bien la lésion pleurale n'est qu'un épiphénomène, une complication anatomique de la lésion

(1) PANAS, *Méd. moderne*, 1891, p. 95.

pulmonaire, gomme ou sclérose; c'est presque toujours alors une pleurésie sèche. Ou bien la pleurésie s'accompagne d'épanchement abondant, elle est la lésion dominante et mérite bien, dans ce cas, le nom de pleurésie syphilitique. Voici une observation de ce genre due à M. Balzer et consignée dans la thèse de M. Jacquinet. Un homme de trente-deux ans entre à l'hôpital avec tous les signes d'une pneumonie caséuse; au bout d'un mois éclate une pleurésie avec épanchement abondant; on diagnostique une pleurésie tuberculeuse; au bout de quatre jours, le malade meurt, et l'on trouve un foie syphilitique et un poumon farci de gomme, dont la plus superficielle effleurait la plèvre; les feuillets de celle-ci présentaient un épaississement fibreux considérable et il y avait un épanchement sanguinolent de 2 litres. Le bacille de la tuberculose ne fut pas trouvé dans ces lésions. M. Dieulafoy a observé un cas semblable où l'épanchement était aussi sanguinolent, mais où la guérison fut obtenue par le traitement anti-syphilitique. Cette pleurésie, par les caractères de l'épanchement qui est presque toujours sanguinolent, par la persistance de la dyspnée qui ne s'amende que fort peu après la ponction, présente une grande analogie avec la pleurésie cancéreuse.

Nikouline⁽¹⁾ a attiré l'attention sur une forme très spéciale consécutive à la périostite costale syphilitique et qu'il appelle *péri-pleurésie syphilitique*: voussure limitée, signes physiques d'un épanchement pleural modéré, ponctions sans résultat, tels sont les signes que Nikouline assigne à cette péri-pleurésie, qui guérit très bien par les spécifiques.

VIII. *Pneumopathie syphilitique combinée à une tuberculose qui lui est antérieure ou postérieure.* — L'association de la tuberculose et de la syphilis, étudiée par M. Potain⁽²⁾, et dont M. Gouguenheim a rapporté un cas intéressant, peut se faire de deux façons différentes.

Quand la syphilis survient chez un tuberculeux avéré, elle aggrave toujours la tuberculose en augmentant la débilitation organique et en nécessitant un traitement dont l'application mal dirigée peut avoir de funestes effets.

Quand la tuberculose apparaît chez un syphilitique, elle aggrave aussi la situation. La pire association morbide est l'union d'une tuberculose pulmonaire avec une syphilis commençante; presque toujours alors (Jacquinet) la phthisie suit une marche rapide. Il n'en serait pas de même quand la tuberculose se déclare chez un ancien syphilitique (Landouzy); il semble que dans ce cas la maladie s'affirme « au point de vue anatomo-pathologique, plutôt fibreuse, et au point de vue de l'évolution, lente, torpide, apyrétique ».

La caractéristique de tous ces faits, c'est que, bien qu'on puisse soupçonner la syphilis pulmonaire, on trouve dans les crachats des bacilles de la tuberculose.

Pronostic. — Sur 62 cas relevés par M. Carlier, 58 ont été suivis de mort et 24 ont guéri. Assurément, ces chiffres indiquent la gravité du pronostic de la syphilis pulmonaire. Mais, en fait, ce qui atténue beaucoup cette gravité, ce sont les résultats curatifs, parfois merveilleux, obtenus par le traitement spécifique.

(1) NIKOULINE, Sur les pleurésies syphilitiques; *Semaine méd.*, 1891, p. 116.

(2) POTAIN, Syphilis et tuberculose pulmonaire; *Gaz. des hôp.*, 1895, p. 1375. — Phthisie tuberculeuse avec foyer interlobaire chez une syphilitique; *Sem. méd.*, 6 fév. 1895, n° 7. — JACQUINET, Tub. pulmon. chez les syphilitiques; *Th. Paris*, 1897. — JACCOUD, Syphilis pulmonaire et tuberculose associées; *Rev. pratique des travaux de médecine*, Paris, 1897, p. 75. — LANDOUZY, *Congr. de la tubercul.*, 1891.

Il semble probable que, dans la grande majorité des cas, si l'affection est abandonnée à elle-même, le malade est destiné à périr. Mais les pneumopathies syphilitiques, traitées par le mercure et l'iodure de potassium, guérissent souvent et très vite. Le poumon est, parmi tous les viscères, celui qu'influencent le plus favorablement et le plus rapidement les deux spécifiques (Mauriac). Cependant, il est des cas qui se montrent réfractaires à la médication. Pourquoi? Est-ce à cause du degré de consommation où est tombé le malade? Non; puisqu'on a vu guérir des sujets arrivés au dernier degré de la phtisie; et puisque d'autres moins atteints succombent malgré le traitement. Ce qui fait la gravité, ce qui fait l'inefficacité du traitement, c'est qu'avec la lésion pulmonaire, il existe des lésions du foie, du rein ou du cerveau; c'est que l'intoxication tertiaire a entraîné des lésions scléreuses du système artériel ou de la dégénérescence amyloïde.

Diagnostic. — En présence d'une pneumopathie chronique, dont l'origine, les symptômes, l'évolution, s'écartent des types connus, il faut songer à la syphilis; et il faut se rappeler qu'il y a nombre de sujets atteints de syphilis pulmonaire qui doivent la vie à la perspicacité de leur médecin. Dès qu'on a songé à la syphilis, il faut fouiller le passé pour y retrouver les antécédents syphilitiques; si on les trouve, on a en mains un élément de premier ordre; si on ne les trouve pas, on ne doit pas se laisser arrêter, quand de sérieuses raisons donnent à penser qu'il s'agit de syphilis pulmonaire.

Nous avons vu que, dans la majorité des cas, la syphilis pulmonaire reproduisait le tableau clinique de la tuberculose. C'est donc avec la tuberculose que le diagnostic différentiel doit être surtout établi.

On examinera les antécédents du malade; chez le phtisique, on trouve dans la majorité des cas des antécédents héréditaires; chez le syphilitique, on peut trouver des accidents secondaires ou tertiaires. La syphilis pulmonaire peut durer longtemps sans altérer l'état général, tandis que, dès le début de sa maladie, le phtisique maigrit et se consume. On cherchera les coïncidences et l'on examinera s'il n'existe pas du côté du larynx, du foie, des os, de la peau, des lésions scléro-gommeuses. La température locale est toujours élevée chez le phtisique; elle est normale chez le syphilitique.

Mais le signe qui doit le plus éveiller l'attention, c'est le siège de ces lésions. La syphilis peut bien frapper le sommet du poumon, mais cela n'est pas la règle. En général, elle atteint le lobe moyen droit, ou la partie inférieure du lobe supérieur, ou la partie supérieure du lobe inférieur. M. Grandidier va jusqu'à dire: « En présence de signes cavitaires ou d'une infiltration limitée au lobe moyen du poumon droit, le diagnostic de syphilis pulmonaire doit être porté sans restriction, quand même toute autre manifestation syphilitique ancienne ou actuelle ferait défaut ». Nous n'irons pas jusque-là; mais, nous appuyant sur ce fait, que la syphilis n'a pas de prédilection pour le sommet, en présence d'un foyer morbide de siège anormal, nous chercherons le bacille de la tuberculose dans les crachats, et si des examens réitérés ne le montrent pas, nous penserons à la syphilis.

Il est vrai que la recherche du bacille n'a pas une valeur absolue, puisque syphilis et tuberculose peuvent évoluer dans le même poumon; mais, en vérité, dès que la présence du bacille est venue démontrer l'existence de la tuberculose, il n'est pas d'un grand intérêt de savoir si le malade a ou non une syphilis concomitante.

Enfin les résultats curatifs du traitement constituent le meilleur argument en faveur de la syphilis; cependant le défaut d'amélioration par les spécifiques ne prouve nullement qu'il ne s'agisse pas d'un processus syphilitique; ce que nous avons dit plus haut à propos du pronostic le prouve surabondamment.

La syphilis pulmonaire peut produire la *sclérose pulmonaire avec dilatation des bronches*. Peut-on diagnostiquer l'origine syphilitique de cette lésion? On ne peut guère que la soupçonner, quand il n'y a pas de cause professionnelle ou infectieuse de sclérose pulmonaire, quand l'affection est de date récente, quand on trouve des lésions scléro-gommeuses sur d'autres viscères, sur les os ou sur la peau.

On a quelquefois confondu la syphilis du poumon avec le cancer et les kystes hydatiques. Le *cancer du poumon* se reconnaît aux signes de compression médiastine, à l'induration ligneuse des ganglions du cou, à l'expectoration gelée de groseille; enfin le cancer du poumon est souvent secondaire, et parfois il sera possible de rencontrer la tumeur primitive dans un autre organe. Les *kystes hydatiques* ne sont pas toujours faciles à reconnaître; mais les lésions sont localisées le plus souvent à la base et les signes physiques qui les décèlent ont des limites d'une extrême netteté; les malades sont anémiques et toussent d'une façon excessive. Le kyste hydatique du poumon, commun en Australie, est extrêmement rare en France.

Syphilis pulmonaire héréditaire tardive. — La syphilis héréditaire tardive du poumon n'est connue que depuis peu; en 1886, M. Fournier avait pu en réunir 5 observations, et tout récemment M. Lancereaux en a rapporté 5 cas. Elle s'observe chez l'enfant déjà avancé en âge ou chez l'adulte. Au point de vue anatomique et clinique, elle ne diffère en rien de la syphilis acquise: mêmes lésions, mêmes symptômes, mêmes formes cliniques, même efficacité du traitement antisiphilitique.

La syphilis héréditaire tardive ne s'individualise que par le diagnostic; ici les antécédents ordinaires font défaut; souvent il est difficile de retrouver la syphilis des parents; on doit alors baser le diagnostic sur les stigmates mis en lumière par Hutchinson, Fournier et Lannelongue, comme caractéristiques de l'hérédosyphilis tardive: *malformations dentaires* (dentelures, excavations cupuliformes, stries transversales, petites dimensions des incisives); *lésions oculaires* (kératite interstitielle diffuse); *lésions et troubles de l'ouïe* (surdité); *malformations du tibia* (tuméfaction de l'épiphyse, inégalités, bosselures de la diaphyse, aplatissement de la crête de l'os).

Traitement. — Le traitement doit être mixte; il faut employer simultanément le mercure et l'iodure de potassium. La meilleure forme à donner à la cure est celle-ci: friction tous les jours avec une quantité d'onguent mercuriel, grosse comme un pois, tantôt sur un point, tantôt sur un autre; administration de l'iodure, à doses croissantes, de 2 à 8 grammes par jour.

C'est dans les cas de syphilis pulmonaire où une médication antisiphilitique intensive est indispensable, que les injections de biiodure d'hydrargyre ou de calomel sont particulièrement indiquées.

Il faut rappeler ici que, dans la syphilis pulmonaire, l'usage du mercure est indispensable; le mercure paraît plus utile que l'iodure, et autrefois il a guéri à lui seul bien des malades.

Enfin la médecine des indications ne doit pas être négligée; il peut y avoir utilité à donner les balsamiques contre l'abondance et la fétidité de l'expectoration, à pratiquer une ponction s'il y a un épanchement assez abondant, et à relever les fonctions digestives chancelantes.

CHAPITRE VI

CANCER DU POU MON ET DE LA PLÈVRE

Il y a peu d'années encore, on décrivait, sous le nom de cancer du poumon, l'ensemble des tumeurs malignes de cet organe. Les progrès de l'histologie imposent aujourd'hui la séparation des tumeurs d'origine épithéliale et des tumeurs d'origine conjonctive; et, à mesure que ces progrès se poursuivent, il devient de plus en plus nécessaire de ne décrire sous le nom de cancer que les tumeurs malignes d'origine épithéliale. Nous ne décrivons donc sous le nom de cancer du poumon que les tumeurs malignes épithéliales.

Le cancer de la plèvre est étroitement uni au cancer du poumon, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique; si le cancer du poumon est primitif, il se propage presque toujours à la plèvre; s'il s'agit de cancer secondaire, la métastase frappe presque toujours simultanément le poumon et la plèvre. Nous décrivons donc ici le *cancer pleuro-pulmonaire*, type anatomoclinique parfaitement déterminé.

Faut-il en outre, à l'exemple de certains auteurs, décrire un *cancer primitif de la plèvre*? L'idée régnante, aujourd'hui, est qu'il ne peut y avoir d'épithélioma primitif de la plèvre; l'endothélium de la plèvre, étant d'origine mésodermique, ne pourrait donner naissance qu'à des sarcomes. En fait, beaucoup d'observations, portant pour titre: *cancer primitif de la plèvre*, n'entraînent aucune conviction à cause du défaut ou de l'insuffisance de l'examen microscopique; quand on les étudie, on est porté à penser qu'il s'agit ou de sarcomes, ou bien d'épithéliomas développés dans les alvéoles pulmonaires sous-pleuraux.

Cependant, il est des faits pour lesquels le doute peut persister: ce sont ceux que Wagner a décrits le premier sous le nom d'*endothéliomes de la plèvre*, et dont on a rapporté depuis des exemples. Pour certains, les endothéliomes doivent être placés dans la classe des sarcomes, en raison de leur origine mésodermique. Mais d'autres, s'appuyant sur la théorie du cœlome d'Hertwig d'après laquelle l'endothélium des séreuses est un véritable épithélium, admettent que l'endothélium des séreuses peut devenir le point de départ d'un véritable épithéliome, tandis que les sarcomes naissent des vaisseaux ou du tissu conjonctif sous-endothélial. On a rappelé d'ailleurs qu'il est souvent fort difficile d'établir l'origine épithéliale ou conjonctive des néoplasmes des séreuses, ce qui tient peut-être à ce que les endothéliums des membranes séreuses unissent les caractères des éléments épithéliaux à ceux des éléments mésodermiques (1).

(1) H. LAUE, Sur les néoplasmes malins primitifs du péritoine; *Dissertation inaug. de Munich*, 1890 (analyse in *Centralblatt f. klin. Med.*, n° 57, 1891).

Quoi qu'il en soit, pour nous conformer aux tendances actuelles, nous ne décrivons pas de cancer primitif de la plèvre, et nous étudierons les endothéliomes en même temps que les sarcomes dans le chapitre suivant. Nous admettrons donc que le cancer pleuro-pulmonaire, quand il est primitif, a son origine dans l'épithélium des alvéoles pulmonaires, et peut-être dans celui des bronches.

Historique. — On retrouve dans les auteurs anciens, comme Van Swieten, Morgagni, Portal, quelques observations isolées de cancer du poumon; mais c'est Bayle qui, en 1810, donna la première description d'ensemble. Dans ses *Recherches sur la phthisie pulmonaire*, Bayle admettait six variétés de cette affection, dont la sixième, *phthisie cancéreuse*, n'est autre chose que le cancer du poumon. En 1818, Laënnec consacre un chapitre important aux « Encéphaloïdes du poumon ».

Jusque-là, il faut le reconnaître, le tableau clinique n'était pas d'une grande netteté. Mais en 1837, Stokes donne une magistrale description symptomatique du cancer du poumon, et la résume en vingt et une propositions; c'est cette description qui a été le fondement de toutes les recherches ultérieures. Parmi celles-ci, il faut signaler celles de Heyfelder (1837), R. Carswell (1858), Andral (1840), Marshall Hughes (1841), Gintrac (1845), Aviolat (1861), Jaccoud (1875), Peter (1877), Darolles (1877), Dieulafoy et Gouguenheim (1886), Bernheim et Simon (1886).

D'importantes recherches micrographiques sur le cancer du poumon ont été faites par Cornil et Ranvier (1869), Malassez (1876), Ménétrier (1886), Augier et V. Leplat (de Lille) (1888). M. E. Barié, à qui échet, en 1888, la tâche de rassembler pour le *Dictionnaire encyclopédique* tous les travaux antérieurs à cette époque, a écrit un article qui constitue la plus complète monographie que nous possédions sur le cancer du poumon (1).

Étiologie. — Le cancer du poumon est primitif ou secondaire.

Cancer primitif. — Le cancer primitif est une affection très rare. Comme dans presque tous les cancers, ce sont les sujets âgés de 40 à 60 ans qui sont le plus frappés. Pourtant, exceptionnellement, on a vu des sujets jeunes atteints par le cancer du poumon (14 ans, 11 ans, 8 ans, 21 mois, 5 mois 1/2).

(1) VAN SWIETEN, *Commentaires de Boerhave*, 1757, t. II. — MORGAGNI, *De sedibus et causis morborum*, édition Chaussier et Adelon, 1821, t. III, p. 161. — PORTAL, *Obs. sur la phthisie pulmonaire*, Paris, 1809. — LAËNNEC, *Traité de l'auscultation médiante*. — STOKES, *A Treatise of the diagn. and treatm. of the diseases of the chest*, 1837, p. 370. — STOKES, *Dublin Journal of med. scienc.*, 1842, t. XXI, p. 206. — HEYFELDER, *Archives gén. de méd.*, 1837, t. XIV, p. 345. — R. CARSWELL, *Path. Anat. illustr. of the element. forms of dis.*, Londres, 1858, article CARCINOME. — ANDRAL, *Clinique méd.*, 1840, t. IV, p. 578. — MARSHALL HUGHES, *Guy's hospit. Rep.*, oct. 1844, p. 350. — H. GINTRAC, *Tumeurs solides intrathoraciques; Thèse de Paris*, 1845, n° 15. — AVIOLAT, *Thèse de Paris*, 1861. — JACCOUD, *Clinique de la Charité*, 1875. — PETER, *Société clinique*, 1877. — DAROLLES, *Thèse de Paris*, 1877. — DIEULAFOY et GOUGUENHEIM, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1886. — CORNIL et RANVIER, *Manuel d'hist. path.* — MALASSEZ, *Arch. de physiologie*, 1876. — MÉNÉTRIER, *Soc. anat.*, 1886, p. 140 et 145. — LEPLAT, *Thèse de Paris*, 1888. — BERNHEIM et SIMON, *Du cancer primitif du poumon; Revue médicale de l'Est*, 1^{er} août 1886. — SPILLMANN et HAUSHALTER, *Du diagnostic des tumeurs malignes du poumon; Gaz. heb.*, 1891, n° 48 et 49. — ÉMILE BOIX, *Cancer primitif du poumon gauche; Société anatomique*, 1891, p. 508. — SCHWALBE, *Sur les tumeurs primitives intrathoraciques. Analyse in Médecine moderne*, 1891, n° 50, p. 859. — W. EHRICH, *Ueber das primäre bronchial und lungen Carcinom; Thèse de Marbourg*, 1891. — G. SÉE et TALAMON, in *Maladies spécifiques (non tuberculeuses) du poumon*, de M. G. SÉE, 1885.