

fois des indications de premier ordre, si on les examine au microscope. On peut en effet y trouver des amas de cellules épithélioïdes plus ou moins altérées dont un œil exercé reconnaîtra la provenance. Un fait de ce genre a été cité par Davies. M. Ménétrier, dans un de ses cas, put établir, par l'examen microscopique des crachats, le double diagnostic de tuberculose et de cancer. Lancereaux vit au microscope des granulations mélaniques qui lui firent immédiatement réformer le diagnostic de tuberculose et établir le diagnostic de cancer mélanique⁽¹⁾.

L'hémoptysie a été observée dans le cancer du poumon. Parfois le crachat est strié de sang; ailleurs il est noir, non aéré, comme dans l'apoplexie pulmonaire; enfin il peut être composé de sang pur comme dans la tuberculose. Stokes et Lobstein regardent même l'hémoptysie vraie comme plus commune dans le cancer que dans la phthisie. L'hémoptysie peut se montrer à toutes les périodes; elle peut être longue, abondante; dans un cas de Berevidge, elle a causé la mort.

A côté de ces expectorations banales, il en est qu'on a considérées comme caractéristiques du cancer du poumon. L'expectoration gelée de groseille, décrite par Marshall Hughes et Stokes, est certainement un signe de grande valeur, mais c'est un signe inconstant, et, de plus, on aurait observé une expectoration assez semblable dans la dilatation des bronches, dans la tuberculose, et dans l'hystérie. Cependant le crachat gelée de groseille, mélange de mucus et de sang, est presque pathognomonique du cancer lorsqu'il se présente avec les caractères suivants: il est d'une consistance gélatineuse, formant dans le crachoir une masse demi-molle, tremblotante; il n'est ni visqueux, ni adhérent comme le crachat pneumonique; il est d'une couleur rosée, et non rouillée ou briquetée. Il ne ressemble ainsi, ni aux crachats de la pneumonie, ni aux crachats de l'apoplexie (G. Sée et Talamon). Enfin Hyde Salter a décrit des crachats épais, compacts, formés de petites masses aérées, denses, gagnant le fond du crachoir, et comparables à des parcelles de *veau cuit*. La fétidité de l'haleine qu'on constate quelquefois indique une complication gangreneuse.

Signes de compression intra-thoracique. — Ces signes, bien étudiés par H. Gintrac en 1845, sont communs à toutes les tumeurs solides intra-thoraciques. La compression s'exerce soit par la masse néoplasique elle-même lorsqu'elle siège près du hile, soit surtout par les ganglions du médiastin dégénérés.

La compression de la *veine cave supérieure* et de ses branches donne lieu à la turgescence des veines du cou, à la dilatation des veines sous-cutanées thoraciques (circulation collatérale), et à l'œdème de la partie supérieure du corps. Ces signes, d'abord unilatéraux, finissent par devenir bilatéraux. Alors la face et le cou sont œdémateux, les yeux saillants et fixes, la peau livide. Puis, l'œdème envahit les membres supérieurs, les bras, l'avant-bras, la main (généralement le gonflement est plus marqué d'un côté), et finalement toute la portion sus-diaphragmatique du corps. Des thromboses peuvent se former qui aggraveront singulièrement les effets de la stase.

Les artères résistent à la compression plus que les veines; pourtant une des

⁽¹⁾ P. CLAISSE, Diagnostic précoce du cancer du poumon par l'étude histologique des crachats; *Société méd. des hôpitaux*, 13 janvier 1899, p. 46. Avec la discussion de TROISIÈRE et MÉNÉTRIER.

sous-clavières peut être refoulée par des masses cancéreuses, ce qui amène une inégalité des deux pouls radiaux (Walshe, Moizard).

La *trachée* et les *bronches* sont rétrécies souvent par les adénopathies; il en résulte de la dyspnée avec tirage et cornage; dans un cas, ces phénomènes étaient si marqués qu'on fit la trachéotomie (de Valcourt).

Le *cœur* est souvent refoulé vers le mamelon ou l'aisselle du côté opposé au cancer; on conçoit que la compression puisse parfois engendrer des palpitations, des syncopes, troubles qu'un épanchement péricardique peut augmenter.

M. Laboulbène a observé un cas où, la languette pulmonaire antécordiale étant envahie par le cancer, il en résultait une matité précordiale et un affaiblissement des bruits du cœur tels que l'on pensa à l'existence d'une péricardite.

L'*œsophage*, en raison de sa mobilité, est rarement comprimé; mais cela peut arriver, comme dans le cas de Jaccoud, et il en résulte de la dysphagie qui est plus ou moins prononcée.

La compression des *nerfs* du thorax donne lieu à des troubles importants. Si c'est le pneumogastrique qui est comprimé, on pourra constater de la toux coqueluchoïde, des vomissements, de la tachycardie (Peter); si c'est le phrénique, du hoquet et de la douleur sur le trajet de ce nerf; si c'est le récurrent, de la raucité de la voix, de l'aphonie, des accès de suffocation; si c'est le grand sympathique, de la rougeur de la face du côté malade et de l'inégalité pupillaire.

De tous ces signes, ceux de la compression du nerf récurrent, et ceux de la compression veineuse sont les plus fréquents et les plus importants.

Signes physiques. — « Il n'y a pas, dit Stokes, de signes physiques particuliers au cancer du poumon. » Le cancer du poumon ne peut en effet donner lieu qu'aux signes de la condensation du parenchyme pulmonaire; ces signes sont très manifestes si le cancer est massif, très obscurs si le cancer est en nodules disséminés. Mais il ne faut pas limiter l'investigation physique au poumon; car, ailleurs, on constate souvent des signes d'une grande importance.

L'*inspection* montrera que le thorax est tantôt dilaté, tantôt rétracté (Walshe); elle montrera surtout qu'il y a des parties immobiles. De plus, l'inspection permettra de reconnaître la dilatation du lacis veineux superficiel du thorax, l'œdème unilatéral des parois thoraciques, l'existence des *ganglions* d'une dureté de bois et indolents dans le creux sus-claviculaire. Behier pensait que cette *adénopathie sus-claviculaire* est le propre du cancer du poumon; il regardait l'adénopathie des ganglions sous-maxillaires comme un signe de tuberculose. Cette manière de voir est trop absolue. Mais la valeur de ce signe n'en est pas moins considérable. L'adénopathie sus-claviculaire peut s'observer dans la tuberculose et dans l'adénie; mais l'*induration ligneuse* est le propre des engorgements ganglionnaires cancéreux et ne s'observe ni dans l'adénie ni dans la tuberculose. De plus l'adénopathie cancéreuse se distingue des engorgements inflammatoires par le volume, l'indolence et le petit nombre des ganglions atteints⁽¹⁾.

Cette adénopathie sus-claviculaire peut s'observer dans tous les cancers, quel que soit leur siège (œsophage, estomac, intestin)⁽²⁾; elle est plus fréquente à gauche qu'à droite. En général, quand sa nature cancéreuse est reconnue, il

⁽¹⁾ J. GIRODE, Valeur diagnostique et pronostique des adénopathies sus-claviculaires; *Soc. méd. des hôp.*, 25 janvier 1895, p. 73 (Discussion par A. MATHIEU, RENDU, CATRIN).

⁽²⁾ BELIN, *Thèse de Paris*, 1887.

est assez facile de trouver la tumeur originelle qui lui a donné naissance.

Quelquefois l'inspection fait découvrir une tumeur thoracique; il s'agit le plus habituellement d'un noyau cancéreux qui fait saillie à travers un ou plusieurs espaces intercostaux. Ce noyau vient habituellement du médiastin, et sa sortie s'opère dans le voisinage du sternum.

La *palpation* montre que le frémissement vocal est normal ou exagéré. Combinée à l'inspection, elle sert à constater l'immobilité du thorax dans certaines régions, la rigidité des côtes, et parfois des battements locaux dus à la simple transmission des mouvements du cœur, ou au soulèvement de la masse cancéreuse quand elle entoure les gros vaisseaux.

Sydney Ringer a signalé l'absence d'hyperthermie locale, signe qui pourrait servir au diagnostic du cancer avec la tuberculose.

La *percussion*, dans les formes nodulaires, donne un son à peu près normal. Dans les formes massives, elle fournit une matité remarquable par sa topographie; elle n'a pas de lieu d'élection comme dans la tuberculose: elle commence là où commence le néoplasme et se développe avec lui. Souvent elle n'occupe qu'une des parois du thorax, le tissu pulmonaire sain refoulé vers l'autre paroi donnant un son normal ou tympanique. Quand la matité occupe la partie antérieure de la poitrine, à droite ou à gauche, quand elle siège dans la région sternale, les parties postérieures étant sonores, rapprochée des symptômes fonctionnels que nous avons énumérés, elle acquiert une grande importance (Talamon). Ajoutons que, par le fait de l'adénopathie trachéo-bronchique presque constante, on constate habituellement une zone de matité dans la région rétro-sternale et dans la zone interscapulaire.

L'*auscultation* laisse entendre une respiration normale, ou un peu affaiblie, ou un peu rude, dans la forme nodulaire. Dans la forme massive, on perçoit ou un silence respiratoire complet, ou une respiration bronchique. Lorsqu'il y a rétrécissement d'un gros tuyau bronchique, la respiration prend le caractère caverneux ou amphorique. S'il y a en même temps de la bronchite ou de la congestion pulmonaire, on peut entendre des râles de divers caractères. En cas de ramollissement et de formation d'une caverne cancéreuse, on perçoit les signes cavitaires: souffle caverneux, gargouillement, pectoriloquie.

Symptômes généraux. — Les encéphaloïdes du poumon, dit Laënnec, peuvent exister longtemps sans produire d'amaigrissement notable. Mais, à un moment donné, surviennent des accidents graves. Tantôt c'est l'*asphyxie lente* qui s'observe (dyspnée extrême, cyanose, œdèmes considérables) et le malade meurt comme un asystolique. Tantôt, et plus rarement, c'est la cachexie cancéreuse classique (amaigrissement, peau sèche, terreuse ou jaune paille, appétit nul, diarrhée, muguet, œdèmes fugaces, *phlegmatia alba dolens*). La maladie peut évoluer sans fièvre. Lorsque la fièvre s'établit, elle est due soit à une complication (bronchites, congestion), soit à la suppuration du foyer cancéreux. Dans ce dernier cas, elle affecte le type de la fièvre intermittente symptomatique ou fièvre hectique.

M. Lancereaux et M. Dieulafoy ont noté l'existence de gonflement douloureux des articulations dans le cancer du poumon; ce pseudo-rhumatisme cancéreux est peut-être lié à une infection secondaire.

La *mort* est le terme fatal du cancer pleuro-pulmonaire. Elle peut venir lentement par le fait de l'asphyxie ou de la cachexie. Lorsque le malade

meurt cachectique, il se peut que, dans les derniers jours, il tombe dans le *coma cancéreux*, accident que M. Jaccoud rapporte à l'hydropisie ventriculaire et que Klemperer attribue à une auto-intoxication.

D'autres fois, la mort est *brusque*, rapide, et due à une complication. L'irruption dans la plèvre d'une abondante hémorragie par rupture du poumon (Caillot), l'obstruction de l'artère pulmonaire par un thrombus (Stokes), l'apoplexie avec infarctus hémoptoïques (Vergely), l'hémoptysie, peuvent entraîner rapidement la mort. M. Jaccoud a cité un malade qui mourut subitement en se soulevant pour se mettre sur le bassin; à l'autopsie, on constata une compression totale des nerfs vagues par des adénopathies qui les enserraient de tous côtés.

Dans les formes ordinaires, la *marche* de la maladie est lente, avec rémissions possibles. La *durée maxima* est de 27 mois (Walshe); mais il est des formes aiguës, que nous décrirons plus loin, où la marche est très rapide et la durée à peine d'un mois. Le *pronostic* est absolument fatal.

Formes cliniques. — Le tableau que nous venons de retracer est loin de comprendre tous les aspects cliniques de la maladie. La rapidité ou la lenteur de l'évolution, la prédominance d'un groupe de symptômes, l'existence d'un épanchement modifient quelquefois profondément la forme clinique de la maladie. On peut d'abord décrire comme formes cliniques spéciales le *cancer primitif* et le *cancer secondaire*. Mais cela ne nous paraît pas très nécessaire; nous nous bornerons à rappeler que le cancer primitif, affectant surtout la forme massive, se manifeste surtout par les signes d'une tumeur intra-thoracique; tandis que le cancer secondaire, habituellement en nodules disséminés, affecte souvent la forme latente et passe inaperçu si on ne le cherche pas.

L'évolution de la maladie permet de décrire un cancer aigu ou galopant et un cancer chronique.

A. *Cancer pleuro-pulmonaire aigu ou galopant.* — La maladie, primitive ou secondaire, se développe avec une étonnante rapidité. Au milieu d'une parfaite santé, le malade se met à tousser, éprouve une dyspnée excessive, et meurt en un mois avec une asphyxie progressive; le diagnostic porté le plus souvent est celui de phtisie aiguë (cas de Bucquoy, Duguët, Jaccoud, Hérard et Cornil).

À l'autopsie, on trouve ordinairement que le poumon et la plèvre sont envahis d'une manière diffuse par le néoplasme, qui se présente parfois sous la forme de granulations miliaires (Darolles). Plus rarement, la marche rapide tient à une broncho-pneumonie ou à une pleurésie aiguë, à la compression de canaux bronchiques ou de vaisseaux pulmonaires.

B. *Cancer pleuro-pulmonaire chronique.* — Le cancer chronique peut se présenter avec quatre aspects différents qui constituent quatre formes: la forme latente, la forme broncho-pulmonaire, la forme compressive, la forme pleurétique.

a) *Forme latente.* — Dans les cancers secondaires du poumon, il arrive souvent que la localisation de la maladie sur les voies respiratoires passe inaperçue; tantôt, le malade toussant un peu, on porte le diagnostic de bronchite; tantôt le médecin, dont l'attention est attirée par un cancer du sein, un cancer de l'estomac, ne pense même pas à ausculter le malade,

car les signes qui décèlent une affection des voies respiratoires sont réduits à presque rien.

b) *Forme broncho-pulmonaire.* — Celle-ci reproduit habituellement le tableau classique que nous avons tracé plus haut; elle s'individualise cependant par ce fait que, dans les premières phases de la maladie, il y a des bronchites répétées qui font penser à la tuberculose, ou à un catarrhe bronchique avec sclérose pulmonaire. Mais presque toujours il arrive un moment où l'on constate de l'adénopathie sus-claviculaire, de l'expectoration gelée de groseille, de la stase veineuse dans le domaine de la veine cave supérieure; alors le diagnostic pourra être établi plus aisément.

c) *Forme de tumeur du médiastin ou forme compressive.* — Après avoir toussé quelque temps, le malade devient la proie d'une dyspnée très vive; les jugulaires se distendent; un lacis veineux apparaît sur le thorax; la face devient œdémateuse, la voix rauque ou aphone; la toux est coqueluchoïde. Au niveau du sternum et dans l'espace interscapulaire, on constate une matité considérable; l'auscultation laisse entendre un souffle tubaire ou caverneux. Puis le malade présente un œdème généralisé; ses lèvres se cyanosent et il meurt en état d'asphyxie.

d) *Forme pleurétique.* — La forme pleurétique du cancer pleuro-pulmonaire, c'est-à-dire celle où le cancer se cache derrière un épanchement pleural, plus ou moins abondant, hémorragique ou non, est une des plus communes.

Plusieurs ordres de faits doivent être distingués. Il faut signaler d'abord les cas où un cancer massif du poumon donne les signes d'un vaste épanchement pleural, sans qu'il y ait du liquide dans la plèvre; on ponctionne et la ponction reste sans résultat. M. Auvard a rapporté un exemple de ce genre⁽¹⁾.

Mais ces faits sont rares. La pleurésie avec épanchement est au contraire fréquente dans le cancer pleuro-pulmonaire; et souvent l'épanchement pleural domine la scène clinique. Cet épanchement peut être hémorragique, séro-fibrineux, séreux ou chyliforme. Il peut être purulent et renfermer le pneumocoque⁽²⁾. Dans la majorité des cas, il est hémorragique.

La *pleurésie cancéreuse hémorragique*, étudiée par Trousseau, R. Moutard-Martin, Dieulafoy, constitue un type clinique important à connaître. Souvent elle se développe avant l'apparition des autres symptômes du cancer; mais qu'elle soit précoce ou tardive, dès qu'elle s'est installée, elle devient le fait clinique dominant. Elle débute brusquement, comme une pleurésie aiguë, ou bien elle s'établit d'une manière insidieuse.

Si elle éclate chez un individu manifestement cancéreux, qui présente à l'estomac, au foie, à l'œsophage, au sein une tumeur épithéliale; si elle s'accompagne d'une dyspnée considérable, d'une expectoration gelée de groseille, si la thoracentèse donne issue à un liquide hémorragique qui se reproduit rapidement, le diagnostic est facile.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et soit que le cancer initial ait passé inaperçu, soit qu'il s'agisse d'un cancer pleuro-pulmonaire primitif, elle peut se présenter chez un individu qu'on ne sait pas atteint de cancer. Dans ces cas, lorsque la ponction laisse écouler un liquide hémorragique, on doit penser à la possibilité du cancer, et si le malade présente des signes de compression des organes

⁽¹⁾ Soc. anat., 1882. Voyez plus loin : *Diagnostic de la forme pleurétique.*

⁽²⁾ WALCH, Soc. anatomique, 27 janvier 1895.

du médiastin, si l'on constate de l'adénopathie sus-claviculaire, on peut établir le diagnostic. Mais ces signes peuvent manquer; et M. Dieulafoy raconte que, dans un cas de pleurésie hémorragique, il fut amené à poser le diagnostic de cancer, par les caractères de la douleur qui était intense et avait des irradiations multiples dans l'épaule, vers le plexus brachial, et par l'intensité de la dyspnée, nullement soulagée par la thoracentèse.

Le liquide hémorragique de la pleurésie cancéreuse est remarquable par le défaut de fibrine (Dieulafoy). Les ponctions ne diminuent pas la dyspnée; et le liquide se reproduit avec une très grande rapidité. On a aussi noté comme caractère de la pleurésie cancéreuse hémorragique l'absence de son skodique sous la clavicule et l'apparition rapide d'un rétrécissement thoracique. Darolles signale, comme un signe devant donner l'éveil, l'exagération des vibrations vocales en avant, alors qu'en arrière ces vibrations ont disparu. L'examen microscopique du liquide retiré par la ponction fournit d'utiles renseignements: on peut y trouver un grand nombre de globules graisseux, des cellules épithéliales polymorphes, ou des amas de cellules épidermoïdes à gros noyau; ces éléments ne se rencontreraient guère que dans la pleurésie cancéreuse. Parfois enfin, on trouve dans le trocart qui a servi à la ponction un fragment de tissu cancéreux dont l'examen histologique fera connaître la nature.

Diagnostic. — Le diagnostic du cancer pleuro-pulmonaire est souvent fort difficile. L'exposé qui précède laisse pressentir ces difficultés.

Certes, si l'on trouve réunis chez un malade les symptômes les plus caractéristiques: l'expectoration gelée de groseille, l'adénopathie indolente et ligneuse du creux sus-claviculaire, les symptômes de la compression des organes du médiastin, les signes physiques d'une induration étendue du poumon qui persiste sans se ramollir, avec des douleurs rebelles à tout traitement et une dyspnée très marquée, un pareil syndrome ne laissera pas de place au doute. La certitude sera complète si l'on constate une tumeur cancéreuse dans une région quelconque du corps, si l'on trouve les traces d'une ablation ancienne de tumeur (mamelle, organes génitaux, œil).

Mais malheureusement ce syndrome ne s'observe pas toujours, et alors le diagnostic reste souvent entouré d'obscurités.

A. La *forme pleurétique* surtout pourra être une source d'erreurs. Nous avons dit qu'on observait quelquefois les signes d'un épanchement qui n'existe pas (Empis, Middleton, Brookhouse, Gallard, Russel, Auvard). Ici la confusion ne cesse qu'au moment de la ponction, qui est sans résultat. L'usage des ponctions exploratrices avec une seringue de Pravaz (ponctions sans aucun inconvénient, si elles sont faites proprement et judicieusement) mettra à l'abri de pareilles méprises, d'ailleurs impossibles à éviter, tant les signes reproduisent exactement ceux d'un grand épanchement.

Quand l'épanchement existe réellement, une dyspnée hors de proportion avec son abondance, l'absence de soulagement par la ponction, la rapide reproduction du liquide, l'intensité de la douleur, la cachexie, la coexistence avec des signes de compression, feront penser à un cancer.

Si le liquide est hémorragique, on aura une présomption de plus en faveur du cancer. Mais il ne faut pas oublier que d'autres causes peuvent engendrer la pleurésie hémorragique. Dans les *maladies générales hémorragiques*, l'ensemble

des symptômes permettra aisément de reconnaître la cause de l'affection. En dehors de ces maladies, la pleurésie hémorragique peut s'observer dans la *tuberculose*, surtout dans la tuberculose miliaire, et dans la *pachypleurite primitive* due le plus souvent à l'alcoolisme. D'après M. Dieulafoy, le liquide hémorragique de la pachypleurite primitive est rouge, riche en fibrine; il a peu de tendance à se reproduire; la guérison est la règle après quatre ou cinq ponctions. Dans la tuberculose, la pleurésie hémorragique cède aussi assez facilement; le liquide de ponction inoculé aux animaux reproduit quelquefois la tuberculose; de plus, le patient a souvent des antécédents suspects, et, dans quelques cas, des altérations tuberculeuses dans d'autres régions. Le liquide hémorragique de la pleurésie cancéreuse est remarquable par sa pauvreté en fibrine.

Mais c'est surtout par l'examen histologique du liquide retiré par la ponction qu'on établira le diagnostic : la présence d'éléments cancéreux et la proportion considérable de graisse viendront, en cas de cancer, lever tous les doutes. L'examen des fragments de tissu ramenés quelquefois par le trocart est aussi d'un très grand secours.

B. Le cancer pleuro-pulmonaire avec *signes de compression médiastine* peut être confondu avec l'*anévrisme de l'aorte* et les *tumeurs malignes des ganglions trachéo-bronchiques*. Mais lorsque l'anévrisme est assez gros pour donner naissance à des symptômes de compression, il est bien rare qu'on ne constate pas des signes qui lèvent tous les doutes : tumeur pulsatile avec battements distincts de ceux du cœur, avec tendance à faire saillie en avant du thorax.

L'adénie sera reconnue à la présence de tumeurs ganglionnaires agglomérées dans d'autres points du corps, aux aines, dans l'aisselle, le long du cou, dans l'abdomen. Cependant, si l'adénie est localisée aux ganglions du médiastin, le diagnostic devient impossible; mais alors ce diagnostic n'offre pas un grand intérêt pratique.

C. Le *cancer aigu* est confondu habituellement avec la phtisie aiguë. Habituellement le diagnostic est impossible. C'est en faisant appel à tous les renseignements que la distinction pourra quelquefois s'établir (antécédents personnels ou héréditaires, altérations tuberculeuses en d'autres points).

D. Les *formes communes* ou *broncho-pulmonaires* du cancer doivent être distinguées de la tuberculose, de la sclérose et des kystes hydatiques.

La *tuberculose* débute par le sommet du poumon et envahit les deux poumons; les crachats sont purulents et renferment des bacilles; la dyspnée est supportable; les signes cavitaires finissent toujours par apparaître. L'examen microscopique des crachats doit être fait avec beaucoup de soin, car on peut y trouver des parcelles de matière cancéreuse. La présence des bacilles n'exclut pas du reste le cancer, ainsi que le prouvent les observations dont nous avons parlé plus haut.

La *sclérose pulmonaire à forme lobaire* se distinguera du cancer par l'absence des douleurs thoraciques, d'œdèmes, d'engorgement de ganglions sus-claviculaires, la rareté de l'expectoration, la lenteur de son évolution. C'est, de plus, une maladie rare qu'on n'observe guère que dans les hospices de vieillards, et qui survient surtout chez les alcooliques, les brightiques et les impaludiques.

Le diagnostic de la *pneumokoniose anthracosique* est assez facile : l'anthracose se manifeste par de l'oppression permanente, des crises asthmatiformes, la fréquence de la toux, l'expectoration sanglante ou noirâtre, dans laquelle le microscope fait reconnaître des parcelles de charbon. Mais il est d'autres pneumo-

konioses qui soulèvent un problème diagnostique à peu près insoluble; ce sont celles qui, d'après certains auteurs, se compliqueraient souvent de cancer; nous avons déjà dit quelle était la fréquence du cancer du poumon chez les ouvriers des mines de cobalt arsenical de Schneeberg.

Le *kyste hydatique* a, comme caractères distinctifs, la longue tolérance de l'organisme, et la délimitation étroite de la lésion : une voussure limitée, une matité délimitable au crayon, le passage sans transition du silence respiratoire complet au murmure vésiculaire normal. Le kyste hydatique du poumon, maladie fréquente en Australie, est d'ailleurs rare dans nos climats. Parfois le diagnostic s'éclaire par l'évacuation par les bronches d'un fragment de poche hydatique.

Enfin, en terminant, nous signalerons une cause d'erreur assez commune. Toutes les maladies cancéreuses, quel que soit leur siège, peuvent, à un moment donné de leur évolution, surtout dans les périodes ultimes, présenter des *complications non cancéreuses de l'appareil pleuro-pulmonaire* (1). La bronchite, la broncho-pneumonie, la pneumonie, la pleurésie, trouvent dans la cachexie cancéreuse un terrain favorable à leur évolution. La tuberculose pulmonaire se développe assez souvent chez les sujets atteints de cancer de l'estomac. Cette dernière affection, loin d'être un antagoniste de la tuberculose, semble au contraire favoriser son développement. Les cancéreux atteints de phlébite des membres peuvent être atteints d'embolie pulmonaire; enfin des thromboses marastiques peuvent s'observer dans l'artère pulmonaire comme dans les veines des membres et donner lieu à des accidents pulmonaires aigus et mortels. On conçoit combien toutes ces complications obscurcissent le diagnostic. Il est vrai qu'en pareil cas, l'erreur n'a pas grande importance.

Traitement. — Le traitement ne peut être que palliatif. Comme dans toutes les affections incurables, le médecin doit secourir le malade en remplissant les indications symptomatiques.

Contre la douleur, les révulsifs sont souvent très utiles; des vésicatoires appliqués *loco dolenti* la soulagent beaucoup. S'ils sont inefficaces, on aura recours aux injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine sans craindre la morphinisation; les cancéreux supportent si bien la morphine qu'on a pu dire que la morphine est l'aliment des cancéreux; contre la dyspnée d'origine nerveuse, les mêmes moyens seront employés.

Quand la dyspnée tient à l'existence d'un épanchement pleural, doit-on évacuer le liquide ou s'abstenir de la thoracentèse? Cette question a été diversement résolue par les cliniciens. M. Barié résume les éléments du problème de la manière suivante : « Quelques-uns s'élèvent avec force contre la ponction dans la pleurésie cancéreuse pour trois raisons principales : la dyspnée, disent-ils, est tout aussi vive après qu'avant la thoracentèse; en outre, le liquide évacué a une tendance particulière à se reproduire avec une extrême rapidité et nécessite bientôt une nouvelle évacuation; enfin, à cause de la nature fréquemment hémorragique du liquide, on s'expose à affaiblir rapidement le sujet par ces soustractions répétées de liquide sanguin. On peut répondre à la première objection qu'il est difficile de refuser une ponction à un malade, dont la poitrine renferme un épanchement considérable, ne dût-il en éprouver qu'un soulage-

(1) O. PIERRE, Des complications non cancéreuses de l'appareil pleuro-pulmonaire dans le cancer de l'estomac; *Th. de Paris*, 1890.