

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.

ment éphémère; quant à la reproduction rapide du liquide, le fait est exact, bien que, dans certains cas, il ait pu être définitivement tari après quelques thoracentèses (Dieulafoy). On peut néanmoins, dans une certaine mesure, obvier à cet inconvénient en ne vidant pas la plèvre dans sa totalité; on évite ainsi la décompression brusque, qui peut être une cause de réapparition du liquide dans un délai très rapproché. La conduite à tenir ultérieurement est plus difficile à indiquer; toutefois, il nous paraît qu'en cas de reproduction du liquide, on peut, sans danger pour le malade, recourir à de petites ponctions répétées, pratiquées à des intervalles aussi éloignés que possible, et en se bornant à évacuer seulement le trop-plein de la plèvre. Il y a là une question de mesure que le médecin doit apprécier auprès de chaque malade. »

Enfin il est important de soutenir les forces du sujet en mettant en œuvre les divers éléments des médications toniques et stomachiques.

CHAPITRE VII

TUMEURS DIVERSES DU POU MON ET DE LA PLÈVRE⁽¹⁾

Sarcomes. — Ils sont primitifs ou secondaires.

Les *sarcomes secondaires* sont de beaucoup les plus communs; la généralisation a pour point de départ un sarcome du testicule, de l'ovaire, de la mamelle, de la parotide, soit enfin un ostéo-sarcome des membres.

Le poumon est le lieu de prédilection des métastases sarcomateuses. Fréquemment, on trouve, à l'autopsie d'un sujet opéré depuis plus ou moins longtemps, pour un sarcome des membres, des noyaux sarcomateux limités au poumon. Cela s'explique aisément si l'on songe que ces tumeurs se propagent d'ordinaire par les veines suivant le mécanisme de l'embolie; l'embolus néoplasique, parti du foyer primitif, arrive par les veines au cœur droit; l'artère pulmonaire le conduit au poumon où il fait souche de sarcomes secondaires. Le mode de propagation par les veines n'est cependant pas exclusif; dans un fait de sarcome encéphaloïde du mollet rapporté par Tapret, l'envahissement du médiastin et des poumons s'était opéré à la fois par les veines et les lymphatiques (Soc. anat., 1875). Enfin le sarcome pleuro-pulmonaire peut se développer à la suite d'un sarcome des régions voisines qui se propage par contiguïté. Krœnlein a réséqué trois fois chez une jeune fille le poumon et la plèvre envahis par un sarcome des côtes⁽²⁾.

Les sarcomes secondaires du poumon et de la plèvre se développent habituellement sous forme de noyaux disséminés; ils ont la même structure microscopique que la tumeur dont ils proviennent; ils sont à cellules rondes, ou à cellules fusiformes, ou à cellules géantes, ou mélaniques. Dans les ostéo-sarcomes des

⁽¹⁾ CORNIL et RANVIER, *Manuel d'hist. path.*, 2^e édition, t. II. — LETULLE, Néo-plasmes du poumon; *Diet. de Jaccoud*, t. XXIX, p. 478. — RIEDINGER, *Deuts. chir. de Billroth et Luecke*, 1888, livraison 42.

⁽²⁾ KRÖNLEIN, *Correspondenz Blatt f. Schweizer Aertze*, 15 oct. 1887.

membres, les tumeurs secondaires du poumon renferment souvent du tissu osseux⁽¹⁾; ces ostéo-sarcomes du poumon ne doivent pas être confondus avec les autres productions osseuses. (Voyez *Ostéomes*.)

Les *sarcomes primitifs du poumon* sont rares, ce qui explique qu'on ait pu nier leur existence. Cependant on en connaît aujourd'hui un certain nombre de cas dont l'authenticité ne paraît pas contestable⁽²⁾. On les observe en général chez l'homme adulte; on en a vu pourtant chez des enfants de trois à huit ans. Leur développement, comme celui des cancers, peut être favorisé par une sclérose pulmonaire antérieure; c'est ainsi qu'on trouve des lympho-sarcomes du poumon dans la pneumokoniose des ouvriers des mines de cobalt arsenical du Schneeberg (Hærtling et Hesse).

La tumeur occupe en général un seul côté et se développe plus souvent dans les lobes inférieurs que dans les supérieurs; elle forme un bloc compact, blanchâtre, donnant peu de suc à la coupe. Tantôt elle envahit la plèvre, tantôt elle reste séparée de la surface du poumon par une tranche de parenchyme intact, comme cela s'observait dans le cas de Rutimeyer⁽³⁾.

Le sarcome primitif du poumon est le plus souvent un sarcome à cellules fusiformes; plus rarement sa structure est celle du sarcome à cellules rondes ou à cellules géantes. Parfois on trouve le tissu sarcomateux mélangé à du tissu muqueux; il s'agit de myxo-sarcomes (Colomiatti)⁽⁴⁾. D'autres fois, le tissu prend par places l'aspect alvéolaire, c'est le sarcome carcinomateux de Virchow qui a été observé par Krönig⁽⁵⁾. Dans le sarcome définitif du poumon, l'envahissement des ganglions est la règle; il est souvent précoce; il n'est pas limité aux ganglions du médiastin et atteint souvent des ganglions éloignés. Les généralisations viscérales sont rares⁽⁶⁾.

Il existe quelques observations de *sarcomes primitifs de la plèvre*. Hofmøkl a observé un sarcome de la plèvre gauche chez un enfant de trois ans et demi. Samuel Gordon a vu un sarcome de la plèvre avec épanchement hémorragique très abondant. Riedinger cite le cas d'une femme de cinquante-six ans chez laquelle un sarcome primitif de la plèvre se manifesta également par une pleurésie hémorragique.

Ces tumeurs primitives de la plèvre décrites par Wagner sous le nom de *carcinome endothélial* ou *endothéliome* doivent probablement être classées dans l'ordre des sarcomes. Nous en avons déjà donné les raisons. A Frænkel a rapporté récemment un exemple de cette variété de tumeur⁽⁷⁾: un homme de quarante-quatre ans, en apparence très vigoureux, avait une pleurésie gauche; on fit la ponction; le liquide était hémorragique, et l'on diagnostiqua une pleurésie tuberculeuse. Quinze jours après on était obligé de refaire la ponction, et l'examen microscopique du liquide, toujours hémorragique, montra la

⁽¹⁾ BRONISLAS KOZLAWSKI, Ostéo-sarcome du poumon; *Progr. méd.*, 1890, p. 205.

⁽²⁾ FUCHS, *Beiträge für Kenntniss der primären Geschwulstbildungen in der Lungen*, Munich, 1886. — SPILLMANN et HAUSHALTER, Diagnostic des tumeurs malignes du poumon; *Gaz. heb.*, 1891, n° 48 et 49. — SCHECH, Prim. Lungen Sarcom.; *Deutsch. arch. f. klin. Med.*, t. XLVIII, Heft 1 et 2, p. 411, 1891. — REYMOND, *Soc. anat.*, 31 mars 1895, p. 256. — RANGLARET, *Ibid.*, 17 nov. 1895, p. 591. — DURAN, *Thèse de Paris*, 1895, n° 62. — DUMAREST, *Lyon médical*, 1894.

⁽³⁾ *Correspondenz Blatt für Schweizer Aertze*, n° 7, p. 169, et n° 8, p. 199, 1888.

⁽⁴⁾ *Riv. clinica di Bologna*, janvier 1879.

⁽⁵⁾ KRÖNIG, *Berliner klin. Woch.*, déc. 1887.

⁽⁶⁾ Sarcome primitif des ganglions bronchiques et du poumon, avec noyaux secondaires dans le foie, les reins et le rachis; *Th. de Braunreuter*, Munich, 1891.

⁽⁷⁾ A. FRÆNKEL, Cancer endothélial primitif de la plèvre; *Congr. de méd. int. de Leipzig*, 1892.