

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, Néoplasmes du poumon; *Dict. 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 (Harting 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*. Hofmohl 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 Fränkel 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. hebdomadaire*, 1891, nos 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. FRÄNKEL, Cancer endothélial primitif de la plèvre; *Congr. de méd. int. de Leipzig*, 1892.

présence d'une forte proportion de graisse, d'éléments épithéliaux polymorphes et de nombreuses hématies. On pensa alors à un cancer; une adénopathie sus-claviculaire vint ensuite confirmer ce diagnostic. Le malade mourut six semaines après le début de sa pleurésie. A l'autopsie, on trouva la plèvre uniformément épaissie, sans saillies nodulaires, adhérente à la cage thoracique, couverte de coagulations fibrineuses; elle offrait par places des plaques blanches de dégénérescence graisseuse. Au microscope, on constata une abondante prolifération du tissu conjonctif, et, entre les fibres, des fentes et des canaux remplis d'éléments épithéliaux et communiquant avec les vaisseaux lymphatiques. A ce propos, rappelons que, pour Wagner, le point de départ de cette tumeur est l'endothélium des vaisseaux lymphatiques; mais on peut se demander si cet auteur n'a pas été trompé par l'envahissement secondaire des voies lymphatiques (1).

Les *symptômes* du sarcome pleuro-pulmonaire sont très analogues à ceux du cancer. Ils sont souvent très obscurs.

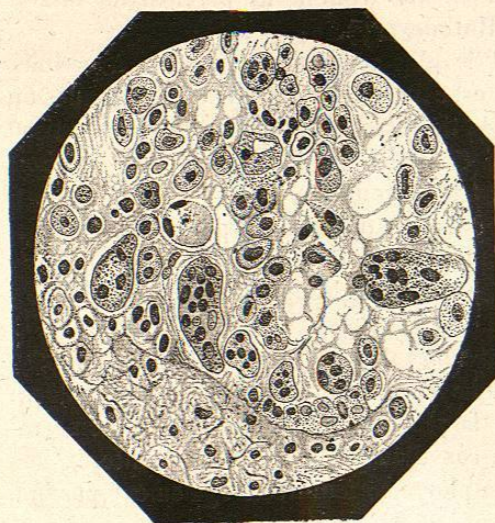


FIG. 41. — Tissu sarcomateux provenant d'un lambeau néoplasique du poumon, expulsé par expectoration. (Gross. : 275 diam., d'après Eichhorst.)

Dans les formes à noyaux disséminés, la tumeur peut rester latente, et très souvent aucun phénomène ne vient en trahir l'existence. Dans les formes diffuses, on constate les signes communs à toutes les condensations du parenchyme pulmonaire, sans qu'il soit toujours possible de les rapporter à leur véritable cause. Lorsque les ganglions du médiastin sont infectés, on peut se trouver en présence du tableau de la compression des organes du médiastin, comme cela s'observe si souvent dans le cancer.

On a noté quelquefois des crachats sanglants; rarement il s'agit de véritables hémoptysies; l'expectoration a l'apparence *gelée de groseille*, ou

elle est analogue à celle de l'apoplexie pulmonaire. Enfin, lorsque la plèvre est atteinte, primitivement ou secondairement, le tableau clinique peut être celui d'un épanchement pleural, le plus souvent hémorragique.

Le *diagnostic* offre les plus grandes difficultés. S'il s'agit d'un sarcome, l'existence de la tumeur primitive fournit le signe le plus sûr. D'ailleurs, en raison de la fréquence des métastases pulmonaires, le médecin doit toujours pratiquer un examen attentif de la poitrine chez tout malade porteur d'un sarcome périphérique.

Quelquefois le diagnostic est favorisé par une circonstance particulière, comme dans les cas suivants. Krœnlein opère un étudiant atteint d'ostéo-sar-

(6) BERNARD, *Soc. anat.*, 17 nov. 1895. — L. PETRIAUX, *Réflexions sur quelques cas de tumeurs de la plèvre; Thèse de Paris*, 1895, n° 51. — BRUNATI, *Sarcome primitif de la plèvre; Thèse de Paris*, 1894. — BENDA, *Carcinome primitif de la plèvre; Soc. de méd. int. de Berlin*, 22 février 1897. — MILIAN et H. BERNARD, *Sarcome aigu du poumon avec lymphangite; Soc. anat.*, mai 1898, p. 556.

come de la cuisse; trois mois après l'amputation, le malade est pris d'hémoptysies et il expectore d'assez gros fragments de tissu sarcomateux à grosses cellules dont la structure était identique à celle du sarcome primitif (voyez la figure 24). Dans le cas de Krœnig, après une ponction, on trouve dans le trocart un fragment de tissu dont l'examen microscopique montre la structure sarcomateuse. Ce fait n'est d'ailleurs pas unique. Aussi a-t-on proposé le harponnage comme moyen de diagnostic. Mais cette manœuvre pourrait bien n'être pas inoffensive. Unverricht a rapporté le cas d'un malade à qui il pratiqua sept ponctions pour une pleurésie sarcomateuse; or, à chacun des points ponctionnés, il se forma des noyaux sarcomateux qui se firent jour jusqu'aux téguments et qui permirent de poser un diagnostic jusque-là impossible.

Dans le liquide des pleurésies sarcomateuses, A. Fränkel a rencontré certains éléments cellulaires dont l'existence lui paraît un bon signe de la maladie. Ces éléments sont des cellules remarquables par leurs énormes dimensions; elles sont de 4 à 18 fois plus grandes qu'un leucocyte; elles sont rondes ou en massue; et enfin elles contiennent des *vacuoles* en plus ou moins grand nombre. Mais Litten pense que le volume considérable de ces éléments tient à ce qu'ils sont toujours entourés de liquide, ce qui les rend hydropiques; il les a rencontrés dans les épanchements séreux sans tumeurs, ce qui leur enlève toute valeur diagnostique. Schwalbe pense néanmoins que lorsqu'ils sont très abondants dans un liquide pleural, ils indiquent l'existence d'une tumeur (1).

Au point de vue du diagnostic différentiel, le sarcome du poumon présente les mêmes difficultés que le cancer. Nous avons indiqué plus haut comment on pouvait les résoudre. Quant à distinguer le sarcome du cancer, c'est chose souvent impossible. Schwalbe prétend que le cornage, rare dans le cancer, est fréquent dans le sarcome, et que c'est là une particularité pouvant servir à établir le diagnostic.

Les sarcomes du poumon sont fatalement mortels. La mort survient quelquefois avec une extrême rapidité; en quelques jours, les malades sont emportés avec des phénomènes rappelant à s'y méprendre ceux de la phtisie aiguë. Mais, habituellement, la durée du mal est plus longue; la mort ne survient qu'après quelques mois; le malade peut succomber subitement dans une syncope, comme cela s'observe si souvent dans toutes les tumeurs malignes du poumon et du médiastin; il peut mourir lentement par les progrès de l'asphyxie; quelquefois la mort est le résultat d'une complication, d'une pneumonie, d'une gangrène pulmonaire.

Le traitement est purement palliatif; on soulagera le malade avec les narcotiques, et l'on diminuera la dyspnée en évacuant les épanchements pleuraux, quand il y a lieu.

Fibromes. — D'après Rokitansky, il existerait des fibromes du poumon qui se présentent sous la forme de petites masses dures, de la grosseur d'un pois ou d'une noisette. M. Letulle se demande si ces tumeurs ne sont pas des sarcomes fasciculés. Cependant une observation de Morgan (1871) paraît confirmer l'existence dans le poumon de véritables fibromes multiples.

Kahler a publié un cas de fibrome de la plèvre qui s'était fait jour dans le médiastin.

(1) SCHWALBE. — Zur Lehre von den primären Lungen und Brustfellgeschwülsten; *Deuts. med. Woch.*, n° 45, 1891.

Lipomes. — Rokitansky a signalé aussi de petits lipomes, gros comme une lentille ou un pois, et siégeant sous la plèvre. Gussenbauer a rapporté une observation de lipome sous-pleural ⁽¹⁾.

Chondromes. — Les chondromes du poumon seraient toujours, d'après Cornil et Ranvier, consécutifs à la généralisation d'un chondrome du testicule, de la parotide, ou de toute autre région. Ainsi qu'il résulte d'une observation de Schweningen, ces tumeurs se propagent ordinairement, comme les sarcomes, par le système veineux.

Quelques auteurs, entre autres M. Laboulbène, admettent néanmoins que des chondromes peuvent se développer primitivement dans le poumon. Une observation de Paul Courmont prouve l'existence du chondrome primitif ⁽²⁾.

Au point de vue clinique, les chondromes n'ont pas de signes spéciaux. Pour peu que la tumeur se développe lentement, le poumon a une tolérance surprenante; on a trouvé, à l'autopsie, des chondromes volumineux qu'on n'avait même pas soupçonnés pendant la vie.

Tumeurs ostéoïdes. — Les tumeurs que Virchow a désignées sous le nom de tumeurs ostéoïdes peuvent s'observer dans le poumon. MM. Cornil et Ranvier en ont figuré un exemple dans leur *Manuel* (2^e édition, t. I, page 265, fig. 127). Le tissu spécial qui constitue ces tumeurs est analogue au tissu osseux, mais il n'en présente pas tous les caractères; il est identique à celui qu'on observe dans les os rachitiques et que Ruz et J. Guérin ont désigné sous le nom de tissu spongoïde.

Les tumeurs ostéoïdes du poumon sont souvent parsemées d'îlots de cartilages (Cornil et Ranvier, Reclus et Cadiat) ⁽³⁾.

Ostéomes. — Les ostéomes du poumon n'ont guère qu'un intérêt anatomique. D'ailleurs, la plupart des productions décrites sous ce nom ne sont pas à proprement parler des tumeurs; ce sont des formations osseuses qui s'observent dans la pneumonie chronique interstitielle, en particulier au sommet des poumons tuberculeux. On a voulu les faire provenir des cartilages bronchiques ossifiés; mais c'est une erreur; l'ossification se fait directement dans le tissu conjonctif de nouvelle formation.

Ces productions osseuses affectent diverses formes; le plus souvent elles se présentent comme des aiguilles, comme des travées rayonnantes: ce sont de petits os longs en miniature (Letulle). D'autres fois, elles sont ramifiées dans le tissu interlobulaire et forment une sorte de squelette solide au poumon (Rokitansky, Luschka). Enfin Virchow a vu une masse osseuse qui occupait le sommet du poumon et était du volume du poing.

Julius Port (de Nuremberg) a rapporté un cas qui semble être un exemple authentique d'ostéome vrai du poumon ⁽⁴⁾.

On peut observer des ossifications accidentelles dans certaines tumeurs; il existe des enchondromes, des myxomes, et des sarcomes ossifiants.

⁽¹⁾ *Arch. f. klin. Chir.*, t. XLIII, p. 522.

⁽²⁾ *Soc. des sciences méd. de Lyon*, 9 janvier 1895.

⁽³⁾ *Soc. anat.*, 1874.

⁽⁴⁾ *Mittheilungen einiger seltener Sections befunde von Greisen; Dissertation inaugurale de Würzburg*, 1858.

Myomes pulmonaires. — M. Langerhans a cité l'observation d'une femme âgée de soixante ans, dont les poumons contenaient plusieurs petits myomes; ces tumeurs étaient d'origine métastatique, car l'utérus de cette même malade était le siège de fibromyomes ordinaires et de deux volumineux myomes constitués exclusivement, comme ceux du poumon, par des fibres musculaires lisses ⁽¹⁾.

Mélanomes simples. — Dans la mélanose infectieuse, on peut trouver des dépôts de pigment dans les poumons. Ces mélanomes sont, d'après Cornil et Ranvier, absolument semblables à l'œil nu et au microscope à la pneumonie interstitielle des mineurs. Cependant, dans la mélanose, les grains de pigments sont arrondis et fins, tandis que dans l'anthracose les grains de charbon sont anguleux. D'ailleurs l'analyse chimique permettra toujours la distinction.

Il peut arriver qu'une tumeur mélanique du poumon envahisse le rachis de telle sorte qu'elle détruise un ou plusieurs corps vertébraux, en donnant lieu à une variété du mal de Pott (Cornil et Ranvier).

Lymphadénomes. — Le lymphadénome pulmonaire n'est jamais primitif; il s'observe comme conséquence d'un lymphadénome, généralisé ou localisé, avec ou sans leucocythémie.

Il ne faut pas confondre les lymphadénomes avec les lymphomes miliaires du poumon décrits par Virchow dans la leucocythémie; ces prétendus lymphomes ne seraient, d'après Ranvier, que des amas de leucocytes extravasés; et leur genèse s'expliquerait par une rupture vasculaire consécutive à des embolies capillaires de globules blancs (voyez *Embolies capillaires*).

Kystes dermoïdes. — Parmi les kystes dermoïdes intra-thoraciques, on en trouve qui semblent s'être développés dans le poumon et dans la plèvre. Mais il s'agit peut-être là d'une apparence; quelques auteurs ont avancé en effet que ces kystes envahissent secondairement le poumon et la plèvre et qu'ils viennent du médiastin antérieur où est le siège d'élection de ces tumeurs (voyez *Maladies du médiastin*). On trouvera un résumé des cas actuellement connus des kystes dermoïdes du poumon et de la plèvre dans le *Traité des kystes congénitaux* de MM. Lannelongue et Achard ⁽²⁾. Il est rare que ces kystes donnent des signes pendant la vie; ils sont le plus souvent latents. Quelquefois, cependant, ils provoquent des inflammations suppuratives du poumon; ils se rompent dans les bronches et peuvent donner lieu à un phénomène caractéristique: l'expectoration de poils.

⁽¹⁾ *Société de méd. de Berlin*, 22 février 1895.

⁽²⁾ Voyez aussi: KRETZ, *Soc. impérial-royale de méd. de Vienne*, 25 juin 1895. — JORES, *Virchow's Archiv*, 1895, Bd. 153, p. 66.