

reusement, les signes physiques manquent lorsque la tumeur est petite et située au centre du poumon.

Lorsque le kyste atteint un certain volume, il est capable de déplacer le cœur. C'est surtout dans les kystes du poumon gauche que ce phénomène s'observe; et, alors, le déplacement se fait vers la droite. Dans un cas de Delgrange, le déplacement était tel que la malade s'en était aperçue la première et montrait la pointe de son cœur battant un peu en dedans du mamelon droit. Pourtant, même dans les kystes gauches, la déviation peut se faire vers la gauche. Cornil et Gibier, Derignac ont montré que ce phénomène était dû à la torsion du cœur sur son axe; cette torsion serait même la cause des syncopes observées pendant le développement du kyste ou dans les ponctions quand le liquide s'écoule rapidement.

5° Les complications ne tardent guère à modifier le tableau clinique de la période d'état.

Tantôt ce sont des phénomènes inflammatoires périkystiques : une bronchite transitoire et à répétition, une pleurésie sèche ou avec épanchement qui peut guérir sans que sa véritable cause ait été découverte, et surtout des poussées congestives ou broncho-pneumoniques pouvant se répéter plusieurs fois et qui favorisent souvent la rupture du kyste.

D'autres fois, même avant sa rupture à l'extérieur, le kyste peut suppurer. Il faut admettre alors qu'une fissure des enveloppes a permis à des germes pyogènes de pénétrer dans la poche. En cas de suppuration du kyste, « on voit se produire un accroissement de la dyspnée habituelle, s'accompagnant de douleurs sourdes, profondes d'abord, puis de plus en plus aiguës et lancinantes dans le côté malade. La fièvre s'établit; elle ne paraît pas présenter le caractère d'intermittence si remarquable dans la suppuration des kystes du foie; du moins les auteurs ne signalent rien d'analogue. Rapidement, d'ailleurs, le travail de suppuration se termine par la rupture de la poche, qui s'ouvre le plus souvent dans les bronches, s'accompagnant de tous les symptômes habituels aux vomiques purulentes, avec ce caractère particulier et pathognomonique que le pus contient des débris de vésicules ou de membranes hydatiques » (G. Sée et Talamon).

La tendance naturelle du kyste hydatique du poumon est de se frayer une voie vers les bronches ou la plèvre. Nous venons de voir comment la rupture s'opère en cas de suppuration intra-kystique. Mais l'inflammation suppurative n'est pas nécessaire; par le seul fait de son accroissement, le kyste peut arriver à perforer les bronches ou la plèvre.

La rupture du kyste dans les bronches s'accompagne d'une vomique hydatique; au moment de la rupture, le malade a la sensation de quelque chose qui se rompt dans la poitrine; subitement, il tousse, il suffoque, et il rejette par la bouche un flot de liquide clair, limpide, nullement visqueux ou spumeux, d'une saveur salée; ce liquide ne renferme en effet ni albumine, ni phosphates, mais seulement du chlorure de sodium. Dans le liquide rejeté, on voit parfois des éléments caractéristiques : 1° des vésicules hydatiques (*vésicules filles*) dont la grosseur varie du volume d'un pois à celui d'un grain de raisin, ou de petits échinocoques visibles à l'œil nu, sous forme de petits grains blanchâtres ou grisâtres, comme des grains de semoule; 2° des lambeaux blanchâtres, enroulés, de la membrane anhiste feuilletée; ou quelquefois même la poche entière. Quand aucun de ces éléments ne frappe l'œil de l'observateur, le microscope permet souvent de reconnaître dans l'humeur hydatique des crochets, ou des

scolex entiers de parasite. Souvent des hémoptysies abondantes précèdent et accompagnent la rupture du kyste. La vomique peut être complète en une seule fois, ou elle peut se répéter pendant plusieurs jours.

Les effets de la rupture dans les bronches sont variables; le malade peut mourir subitement, au moment même de la vomique; la mort résulte alors soit de l'obstruction des bronches par le liquide trop abondant, par un débris volumineux de membrane hydatique, soit de l'ouverture d'un rameau important de l'artère pulmonaire qui se traduit par une hémoptysie foudroyante. Mais, d'autre part, la rupture dans les bronches est un mode de guérison spontanée; après la vomique, les phénomènes peuvent s'amender peu à peu et la cicatrisation s'opérer. Enfin, après la perforation bronchique — et c'est ce qui arrive le plus souvent, — la poche peut suppurer, le malade se consumer lentement et succomber à une septicémie. Le kyste une fois ouvert, on constate les signes d'une caverne (respiration caverneuse, gargouillement, pectoriloquie); et ces signes prennent le caractère métallique ou amphorique si la poche est très volumineuse.

La perforation pleurale, étudiée par Lehmann et Troquart<sup>(1)</sup>, est beaucoup plus rare que la perforation bronchique, car la plèvre est ordinairement protégée par des adhérences. La rupture dans la plèvre donne naissance à un épanchement pleural, habituellement accompagné d'urticaire hydatique (Finsen), mais dont la véritable nature n'est reconnue en général qu'au moment de la ponction. Très souvent, la rupture pleurale accompagne une perforation bronchique, et on constate alors les signes d'un hydro-pneumothorax.

Plus rarement encore, l'hydatide du poumon perfore le diaphragme pour s'ouvrir dans les voies digestives ou au niveau de l'ombilic. Exceptionnellement, un kyste volumineux a pu comprimer le péricarde ou les vaisseaux du médiastin et provoquer des thromboses ou des érosions vasculaires suivies d'hémorragies foudroyantes.

*Symptômes généraux.* — Pendant que cette évolution se poursuit, l'état général ne reste pas indemne. Les malades éprouvent parfois un affaiblissement extrême; ils ont une sensation d'anéantissement avec somnolence (Hearn, Chachereau); ils maigrissent et présentent bientôt les signes de la consommation qu'on peut rencontrer dans toutes les affections chroniques du poumon : fièvre vespérale, sueurs nocturnes, déformation hippocratique des doigts. Cette phtisie hydatique se distingue néanmoins par l'absence ou la rareté des troubles gastriques et de la diarrhée. Mais lorsque le kyste s'est ouvert et suppure, la ressemblance entre la phtisie bacillaire et la phtisie hydatique peut être complète. Notons enfin que cette consommation peut quelquefois disparaître et guérir, soit spontanément, soit à la suite d'une intervention chirurgicale.

*Diagnostic.* — Les médecins australiens, dont l'attention est éveillée par la fréquence de la maladie, considèrent son diagnostic comme relativement facile; et, en vérité, chez un individu qui tousse et crache du sang, si l'on trouve les signes physiques si nets que nous avons étudiés, on peut aisément reconnaître le kyste hydatique du poumon. Mais, suivant la remarque de G. Sée et Talamon, en France, on n'y songe qu'à la période des complications et en présence des caractères insolites du mal; et le diagnostic n'est porté d'une façon sûre

(1) TROQUART, Congrès de méd. int. de Bordeaux, 1895, p. 659.

qu'au moment de la vomique et de l'expulsion d'une membrane feuilletée ou de vésicules hydatiques. Souvent l'attention n'est pas attirée sur la présence des membranes dans le liquide d'expectoration, parce que la rupture du kyste s'est faite insidieusement et qu'il n'y a pas de larges lambeaux expectorés, mais seulement de petites parcelles à peine reconnaissables. Ce qui complique encore la recherche, c'est que ces membranes sont expulsées d'une manière intermittente. En 28 jours, par un examen quotidien, Mirallié n'a rencontré les fausses membranes que 5 fois. « A un examen superficiel, dit-il, la fausse membrane échappe presque toujours. Enroulée sur elle-même, elle se montre comme un point brillant, nacré, à peine distinct du liquide muqueux dans lequel elle baigne; mise dans l'eau, elle flotte et s'étale immédiatement. Sa recherche est d'autant plus difficile qu'on ne songe guère, au premier examen, à rencontrer une membrane hydatide. Dans notre cas, c'est en pratiquant la recherche des bacilles tuberculeux que notre maître, M. Netter, rencontra cette membrane qui, dans le crachoir, avait passé absolument inaperçue. »

La *tuberculose pulmonaire* est la maladie le plus facile à confondre avec le kyste hydatique. L'état général est souvent le même dans les deux cas, et les hémoptysies répétées constituent une analogie de plus. C'est par l'analyse des signes physiques qu'on peut quelquefois établir la distinction. S'il existe des signes cavitaires, on se rappellera que, dans le cas de phtisie, le thorax est rétracté, et que, dans le cas de kyste hydatique, il existe au niveau du foyer morbide une voussure plus ou moins marquée; de plus, la caverne kystique donne toujours un son mat et jamais tympanique. D'ailleurs, dès que des doutes s'élèveront dans l'esprit du médecin, l'examen microscopique des crachats aidera à les dissiper, par la constatation possible des crochets, par l'absence ou la présence du bacille de Koch.

La *pleurésie encystée* est très difficile à distinguer du kyste hydatique; ce n'est guère qu'au moment de la vomique ou de la ponction, en examinant le liquide expectoré ou le liquide obtenu par l'aspiration, que le diagnostic pourra être établi d'une façon certaine.

Les *tumeurs du médiastin*, qui se manifestent par une matité limitée au niveau du sternum ou sous les clavicules, peuvent être confondues avec les kystes hydatiques du sommet du poumon. Mais ceux-ci ne donnent qu'exceptionnellement les signes de compression qui sont la règle dans les tumeurs du médiastin.

Le *cancer du poumon* doit être aussi distingué du kyste hydatique (voyez *Cancer du poumon*).

Enfin, il est quelquefois impossible de se prononcer entre un *kyste de la face convexe du foie* et un kyste de la base du poumon droit. Cependant si le liquide s'évacue par les bronches, on peut reconnaître le siège hépatique de la tumeur à la présence dans ce liquide des éléments de la bile (teinte jaune, réaction de Gmelin).

**Pronostic.** — Le pronostic est renfermé dans cette statistique de Hearn : sur 144 cas, la guérison a eu lieu 60 fois et la mort 84 fois. Des statistiques de Neisser et de Madelung, il résulte qu'en l'absence d'intervention, la moitié environ des sujets atteints d'échinocoques du poumon succombent, et que, quand la tumeur atteint la plèvre primitivement ou secondairement, la mort est toujours la conséquence de la maladie abandonnée à elle-même (Heydenreich).

Cependant les médecins australiens sont moins pessimistes que ne le comporte cette statistique. Il est vrai qu'ils interviennent de bonne heure et que l'intervention précoce paraît particulièrement favorable.

**Traitement.** — Les traitements internes, prescrits dans le but de tuer les hydatides, n'ont qu'une efficacité douteuse : ni le mercure, ni la térébenthine, ni le chlorure de sodium, ni l'iode de potassium ne peuvent revendiquer un succès bien avéré. C'est au traitement chirurgical qu'il faut demander la guérison dès que la maladie est reconnue. Mais, à ce propos, on se trouve en présence d'opinions diverses.

(a) D'après les médecins australiens, la *ponction* de la poche kystique serait le traitement de choix dans les kystes non suppurés et non ouverts.

On pratique la ponction avec l'aspirateur en se servant d'une aiguille très fine et en procédant à l'évacuation très lentement. Il faut craindre, en effet, surtout dans le cas de grand kyste, que la paroi de la tumeur ne soit très voisine d'une bronche, et que l'aspiration trop rapide et trop brusque ne provoque la perforation bronchique, comme cela est arrivé plusieurs fois. Il faut craindre aussi la congestion pulmonaire suraiguë mortelle que peut provoquer une évacuation trop brusque (Galliard).

La ponction seule, faite lentement, avec toutes les précautions de l'antisepsie, a donné un assez grand nombre de succès. Une seule opération suffit quelquefois à obtenir la guérison; ailleurs on arrive au même résultat par des ponctions successives. Il faut savoir cependant que la ponction, même bien faite, n'est pas exempte de dangers; la mort subite a pu en être la conséquence, sans qu'on puisse encore expliquer clairement cet accident.

(b) A l'heure actuelle, la pratique des ponctions répétées est repoussée par les médecins. Si le kyste n'est pas guéri après une ponction simple, on fait une ponction suivie d'une injection intra-kystique parasiticide, comme cela se pratique pour les kystes du foie. Cette opération, dont la technique et les indications ont été exposées dans ce *Traité* par M. Chauffard, donne de très beaux succès.

Avec cette méthode, on évite les ponctions répétées, et par là on évite de mettre le malade sous le coup des accidents qui peuvent suivre la ponction de tout kyste hydatique (accidents nerveux et urticaire).

(c) Cependant elle est repoussée par quelques chirurgiens (Maydl, Heydenreich). Entre autres reproches qu'on lui adresse, on dit qu'elle peut se compliquer d'urticaire et d'accidents nerveux (mais aucune opération pratiquée sur les kystes hydatiques ne met à l'abri de ces complications); — qu'elle peut provoquer la suppuration si elle est faite sans asepsie (mais il est facile de faire l'opération d'une manière aseptique); — qu'elle peut provoquer la perforation bronchique ou une congestion suraiguë, accidents qui peuvent entraîner des accès de suffocation trop souvent mortels (mais on peut éviter ces accidents en faisant l'évacuation très lentement).

Malgré leur valeur discutable, ces objections ont conduit certains chirurgiens à ériger la *pleuro-pneumotomie* en méthode de choix. L'incision du kyste est précédée de la résection d'une ou plusieurs côtes, ce qui donne du jour à l'opérateur. Après l'opération, un drain est placé dans la cavité, et on ne fait des lavages que s'ils sont nécessités par la crainte d'accidents infectieux. Ces lavages sont dangereux. Berger, au cours d'une intervention sur un kyste

hydatique du poumon ouvert largement, pratiqua un lavage qui déterminait presque immédiatement un accès de suffocation extrêmement violent, accompagné d'expulsion par la bouche de liquide renfermant des débris d'hydatides et bientôt suivi de mort. Quand il s'agit de kystes pleuraux, la cicatrisation ne s'obtient qu'après un temps très long (2 mois à 17 mois), et l'opération d'Estlander est parfois nécessaire pour l'obtenir complète; dans les cas de kyste pulmonaire, la cicatrisation s'obtient plus rapidement (2 à 4 mois).

En résumé, les méthodes de traitement des kystes hydatiques sont : 1<sup>o</sup> la ponction suivie d'une injection antiseptique (sublimé); 2<sup>o</sup> l'incision de la poche kystique. Aujourd'hui la pleuro-pneumotomie est l'opération en faveur (Delagenière, Braquehay, Mirallié, Behr, Reclus). Nous avouons qu'elle ne nous paraît s'imposer qu'en cas de suppuration de la poche kystique. Ce n'est pas l'avis des chirurgiens. Reclus, dans son rapport au Congrès français de chirurgie de 1895, considère que l'excellence de la méthode est indiscutable. A son avis, la ponction simple ne vaut guère mieux que l'expectation. « Dans le relevé général de John Davies Thomas sur le traitement des kystes hydatiques du poumon, l'abstention donne une mortalité de 54, la ponction de 27, tandis que celle de l'incision ne s'élève qu'à 16 pour 100. La conclusion s'impose, et avec Heydenreich, Maydl, Mackenzie, Peyrot, Forgues, etc., on peut presque l'affirmer, la totalité des chirurgiens compétents en la matière, nous proclamons que la pneumotomie est la méthode de choix. »

(d) Que faut-il faire lorsque le kyste s'est ouvert spontanément dans les bronches? Pour combattre l'infection secondaire de la poche, on ordonnera des inhalations antiseptiques (voyez *Bronchite putride*) et on administrera les balsamiques à l'intérieur.

Marconnet, qui a publié sa propre observation, recommande vivement l'éther en inhalations : « L'éther, dit-il, est tout à la fois antiseptique, analgésique et très volatil. Aucun antiseptique ne pénétrera plus profondément dans l'organisme; de plus, ce produit est éliminé par le poumon et baigne constamment la partie malade. Son odeur, agréable et forte, voile avantageusement la fétidité de la suppuration; il tempère la douleur occasionnée par la toux; il calme la violence des accès de toux, et, par ses propriétés antiseptiques, il aide à la guérison. J'ai l'intime conviction que l'éther seul m'a sauvé la vie et que, sans les inhalations de ce médicament, une gangrène se serait déclarée; ou bien la suppuration, traînant en longueur, j'aurais succombé soit à une infection purulente, soit par suite de mon extrême débilité. »

## PHTISIE PULMONAIRE<sup>(1)</sup>

Par le D<sup>r</sup> A.-B. MARFAN

Médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

On donne le nom de *phtisie pulmonaire* à la tuberculose du poumon. C'est la plus commune de toutes les localisations de la tuberculose. Sa fréquence est extrême, et les ravages qu'elle exerce sont effrayants : dans les populations de l'Europe, elle cause environ un cinquième des décès.

La fréquence et la gravité de cette maladie expliquent l'intérêt qui s'attache à son étude. De tout temps, les médecins ont dirigé vers elle leurs investigations; et, dans l'historique qui va suivre, on verra que les résultats définitivement acquis ont été obtenus lentement, par fragments et à des siècles de distance. Si notre siècle, qui est celui de Laënnec, de Villemin et de Koch, a fait beaucoup pour l'étude de ce mal, il ne faut pas se dissimuler qu'il reste beaucoup à faire, et qu'au point de vue capital du traitement la tâche du médecin est loin d'être achevée.

### HISTORIQUE

I. Dans les livres hippocratiques, la phtisie est déjà signalée; le mot *φθίσις* (de *φθίειν*, sécher) y désigne une consommation spéciale liée à une suppuration des poumons. Hippocrate connaissait l'expectoration purulente des phtisiques, l'hémoptysie, la déformation des extrémités digitales, le dépérissement du corps et le rôle de l'hérédité. Pour Hippocrate, la suppuration du poumon était causé par le *φῶμα*, que les plus anciens traducteurs ont rendu par le mot

(<sup>1</sup>) Le mot *phtisie* s'écrivait naguère *phthisie*, ce qui était conforme à l'orthographe étymologique; le *Dictionnaire de l'Académie* prescrit maintenant de l'écrire *phtisie*.

Pour la rédaction de cet article, nous nous sommes servi des excellentes monographies et des belles études que nous possédons en France sur la phtisie; nous citerons surtout : N. GUÉNEAU DE MUSSY, *Clinique médicale*, Paris, 1874, t. I. — MICHEL PETER, *Leçons de clinique médicale*, Paris, 1882, 5<sup>e</sup> édition, t. II. — HANOT, Article PHTISIE du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, t. XXVIII. — JACCOUD, *Curabilité et traitement de la phtisie pulmonaire*, Paris, 1885. — G. SÉE, *De la phtisie bacillaire*, Paris, 1884. — J. GRANCHER et HUTINEL, Article PHTISIE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. XXIV de la 2<sup>e</sup> série, 1887. — CHARCOT, *Œuvres complètes*. Tome V (Leçons sur l'anatomie pathologique de la phtisie), Paris, 1888. — HÉRARD, CORNIL et HANOT, *La phtisie pulmonaire*, 2<sup>e</sup> édition, Paris, 1888. — DAMASCHINO, *Leçons sur la tuberculose*, recueillies par Thérèse et Delporte (préface par Letulle), Paris, 1891. — J. GRANCHER, *Maladies de l'appareil respiratoire; Tuberculose et auscultation*, Paris, 1890. (Leçons recueillies par Faisans.) — ARLOING, *Leçons sur la tuberculose et certaines septicémies*, recueillies par J. Courmont, Paris, 1892. — CH. BOUCHARD, *Les microbes pathogènes*, Paris, 1892, p. 252 à 275, — et *Thérapeutique des maladies*