



UNIVERSITE DE PARIS

ANNÉE 1923

# THÈSE

N° 1

présentée pour

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS  
(Mention Médecine)

par

Hériberto PIETER

né à Saint-Domingue, République Dominicaine, le 16 mars 1884.

## ÉTUDE

d'un cas de Cancer primitif du Poumon

suivie d'autres cas et de quelques considérations

sur les

Néoplasies pulmonaires en général

Président : M. A. CHAUFFARD, Professeur.



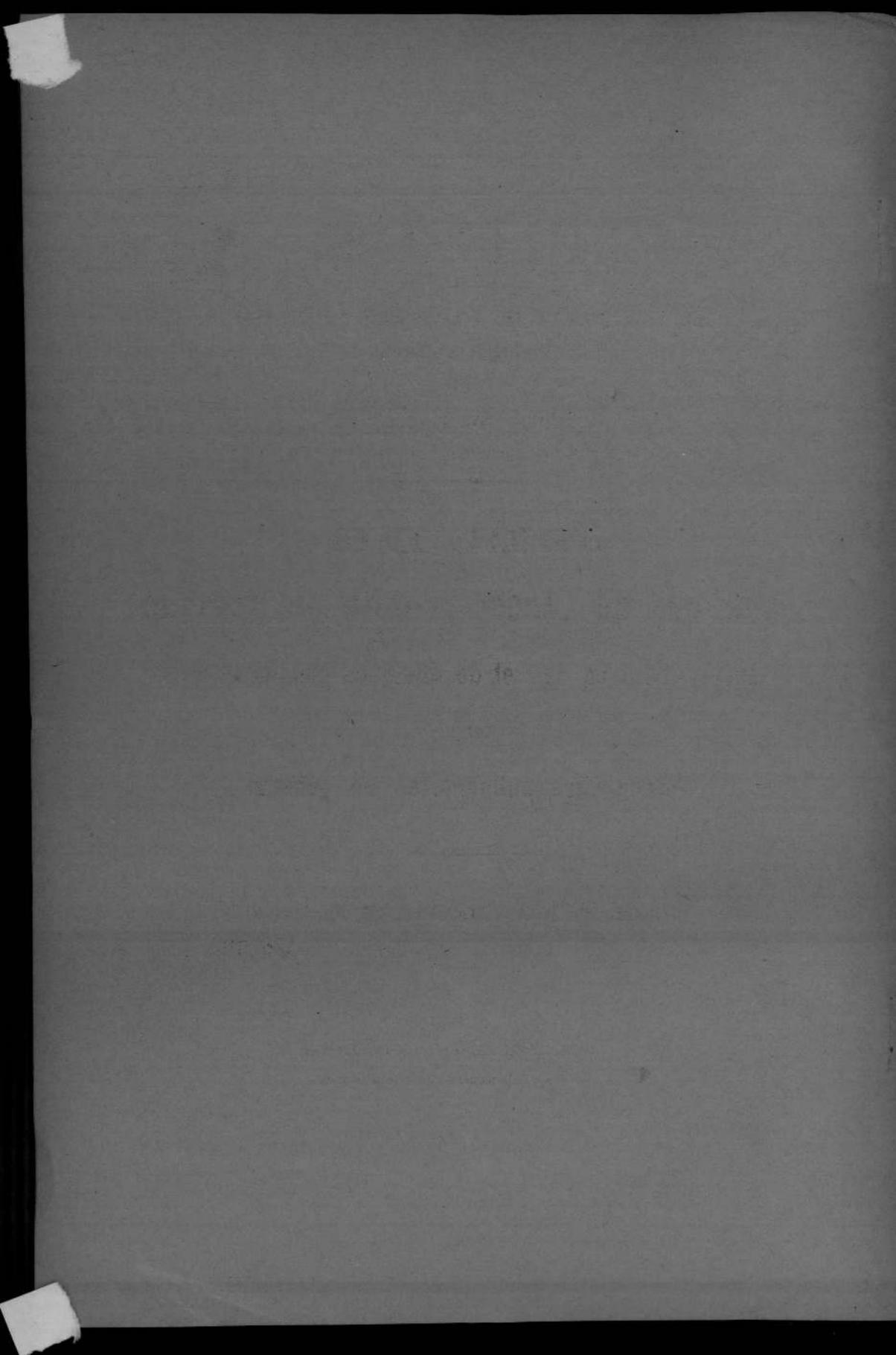
PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS, EDITEUR

9 & 10, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1923

7  
60.14



UNIVERSITE DE PARIS

---

ANNÉE 1923

# THÈSE

présentée pour

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

par

Hériberto PIETER

né à Saint-Domingue, République Dominicaine, le 16 mars 1884.

---

## ÉTUDE

d'un cas de Cancer primitif du Poumon

suivie d'autres cas et de quelques considérations

sur les

Néoplasies pulmonaires en général

---

Président : M. A. CHAUFFARD, Professeur.

---

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS, EDITEUR

9 & 10, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE

---

1923



## Faculté de Médecine de Paris

### DOYEN :

### PROFESSEURS :

Anatomie .....	
Anatomie médico-chirurgicale .....	
Physiologie .....	
Chimie organique et chimie médicale .....	
Chimie organique et chimie générale .....	
Bactériologie .....	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale .....	
Pathologie médicale .....	
Pathologie et Thérapeutique générale .....	
Pathologie chirurgicale .....	
Anatomie pathologique .....	
Histologie .....	
Pharmacologie et matière médicale .....	
Thérapeutique .....	
Hygiène .....	
Médecine légale .....	
Histoire de la médecine et de la chirurgie .....	
Pathologie expérimentale et comparée .....	

Clinique médicale .....

Hygiène et clinique de la première enfance .....

Clinique des maladies des enfants .....

Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale .....

Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques .....

Clinique des maladies du système nerveux .....

Clinique des maladies contagieuses .....

Clinique chirurgicale .....

Clinique ophtalmologique .....

Clinique des maladies des voies urinaires .....

Clinique d'accouchement .....

Clinique gynécologique .....

Clinique chirurgicale infantile .....

Clinique thérapeutique .....

Clinique oto-rhino-laryngologique .....

Clinique thérapeutique chirurgicale .....

Clinique propédeutique .....

### M. ROGER

#### MM.

NICOLAS
CUNEO
Ch. RICHET
André BROCA
DESGREZ
BEZANÇON
BRUMPT
Marcel LABBE
RENON
LEGENE
LETULLE
PRENANT
RICHAUD
CARNOT
Léon BERNARD
BALTHAZARD
MENETRIER
ROGER
ACHARD
WIDAL
GILBERT
CHAUFFARD
MARFAN
NOBECOURT
CLAUDE
JEANSELME
Perre MARIE
TEISSIER
DELBET
LEJARS
HARTMANN
GOSSET
De LAPERSONNE
LEGUEU
BRINDEAU
COUVELAIRE
JEANNIN
J. L. FAURE
Auguste BROCA
VAQUEZ
SEBILEAU
DUVAL
SERGENT

### AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.  
 ABRAMI  
 ALGLAVE  
 BASSET  
 BAUDOIN  
 BLANCHETIERE  
 BRANCA  
 CAMUS  
 CHAMPY  
 CHEVASSU  
 CHIRAY  
 CLERC  
 DEBRE

DESMARETS  
 DUVOIR  
 FIESSINGER  
 GARNIER  
 GOUGEROT  
 GREGOIRE  
 GUENIOT  
 GUILLAIN  
 HEITZ-BOYER  
 JOYEUX  
 LABBE (Henri)  
 LABREL-LAVASTINE

LANGLOIS  
 LARDENNOIS  
 LE LORIER  
 LEMIERRE  
 LEQUEUX  
 LEREBOLLET  
 LERI  
 LEVY-SOLAL  
 MATHIEU  
 METZGER  
 MOCQUOT  
 MULON

OKINCZYC  
 PHILIBERT  
 RATHERY  
 RETTERER  
 RIBIERE  
 ROUSSY  
 ROUVIERE  
 SCHWARTZ (A)  
 TANON  
 TERRIEN  
 TIFFENEAU  
 VILLARET

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

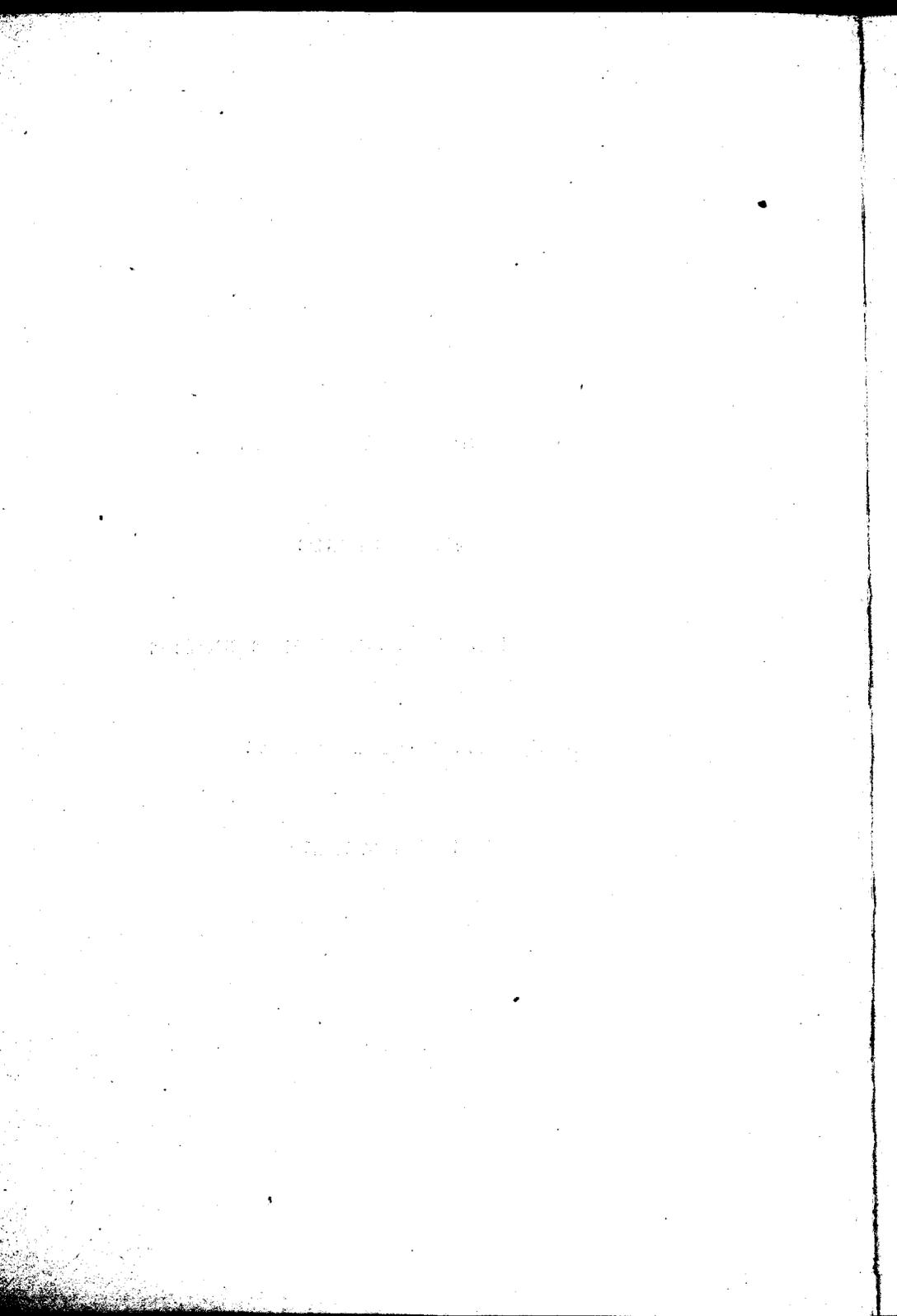
A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE CHERIE

A MA DEVOUEE COMPAGNE ET CHERE EPOUSE

A MES TRES CHERES FILLES

A TOUS LES MIENS



A la mémoire de Monsieur ISSAC FLORES  
et à celle de mon regretté Collègue et excellent Ami,  
le Docteur E. B. CREALES

A mes chers Maîtres, Professeurs à la Faculté  
de Médecine de l'Ancien Institut Professionnel  
de la République Dominicaine  
et spécialement à celui d'entre eux qui appuya  
et encouragea mes débuts :  
monsieur le Professeur FERNANDO A. DEFILLO,  
dont la bonté et la haute probité égalent  
la grande compétence

A l'Hon. NICOLAS H. PICHARDO,  
*Procureur Général de la République Dominicaine*

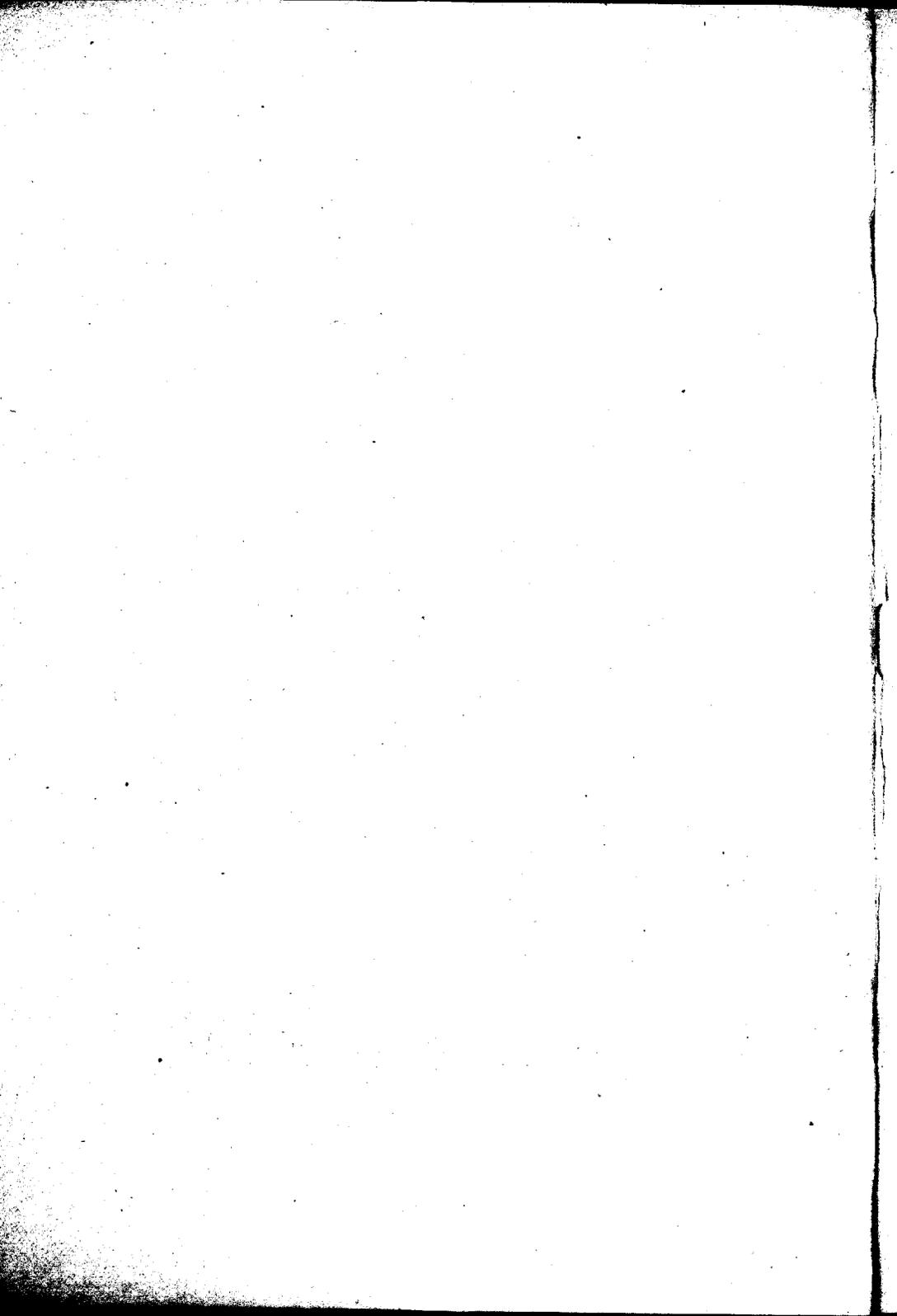
A M. le Docteur CHARLES PERROT

A MM. FELIX Ma. PEREZ et NARCISO FELIX

A MM. CARLOS F. DE MOYA et PABLO PICHARDO,

A M<sup>e</sup> LUIS F. MEJIA, avocat. *Très cordialement.*

A MM. les Docteurs :  
R. A. ALARDO, — L. M. et L. A. BETANCES,  
A R. DELGADO BREA, — ABEL GONZALEZ,  
KAMEL IBRAHIM, — CESAR F. PENSON.



## AVANT-PROPOS

---

Nous avons tenté, pour notre thèse inaugurale, de mettre à profit une collection de cas de néoplasmes malins du poumon, observés en l'espace d'une semaine, selon l'obscur et inexplicable *loi des séries*, dans le service de M. le Professeur Chauffard, à Saint-Antoine, où toutes les facilités d'étude nous furent offertes. Nous tenons, avant tout, à manifester notre profonde reconnaissance à cet éminent Maître, qui nous a dispensé la haute faveur de vouloir bien être le parrain de ce modeste travail.

Auprès de M. le Docteur Maurice Wolf, son jeune Chef de Clinique, nous trouvâmes un enthousiaste accueil, et c'est de lui que nous tenons toutes les données d'anatomie pathologique, macroscopique et microscopique insérées dans l'observation qui nous sert de point de départ. Nous ne pouvions souhaiter davantage, étant donné sa compétence reconnue en ces matières.

Nous remercions enfin M. G. Solente, l'un des internes du service, des préparations histologiques exécutées par lui, du protocole histologique concernant le premier sujet et des quelques retouches qu'il nous a conseillé de faire à ce travail pour que

la rédaction en fut correcte. Sans doute s'y trouve-t-il encore quelques exotismes dont on nous excusera, étant donnée la difficulté pour nous autres, étrangers, d'une rédaction impeccable en langue française.

A tous ceux qui nous ont apporté leur aide, c'est non seulement par devoir, mais encore avec une joie intime que nous tenons à exprimer ces publics remerciements.

---

Bien des pages ont été écrites sur le sujet qui nous occupe aujourd'hui. Anatomie, pathologie, thérapeutique de ces néoplasies ont été traitées d'une manière aussi magistrale que complète dans une longue suite d'ouvrages français ou étrangers. Cependant, comme on le verra dans nos conclusions, quelques points particuliers méritent qu'on s'arrête à les considérer. L'ensemble des observations, soit inédites, soit déjà publiées, que nous insérons plus loin, soulève une foule de considérations d'ordre diagnostique et thérapeutique au sujet des tumeurs malignes du poumon, qu'elles soient primitives ou secondaires.

On remarquera que notre travail manque d'un certain ordre didactique. La complexité des idées que nous voulons faire ressortir des cas exposés ci-bas plaide en notre faveur. Ce sont elles qui vont nous guider dans tout ce que nous avons à dire.

Le premier cas que le hasard nous fournit au début de ce travail semblait choisi à dessein pour

en être l'illustration, et nous a paru mériter la première et la plus importante place parmi les observations que nous avons pu recueillir. Tout contribuait à la lui mériter, depuis l'étrangeté de son allure clinique et la latence de la lésion dominante, jusqu'aux caractères anatomiques si particuliers constatés à l'autopsie. Enfin, bien qu'aucun diagnostic exact n'ait pu empêcher l'évolution de la maladie jusqu'à son terme fatal, les lésions anatomiques trouvées engagent à certaines déductions d'ordre thérapeutique et mettent, donc, en relief l'importance que peut avoir pour le malade la juste interprétation des symptômes.

Après cette observation principale, que nous allons d'abord exposer et analyser, nous rapporterons d'autres observations personnelles.

Nous appuierons, en troisième lieu, nos remarques sur d'autres cas analogues déjà publiés. Enfin, nous ferons une courte synthèse des conclusions de ce travail.

Nous serons heureux si ce que nous insérons dans les pages qui suivent peut contribuer, si peu que ce soit, à une interprétation plus exacte et à une meilleure utilisation des symptômes d'une maladie aussi redoutable et aussi fréquemment méconnue que l'est le cancer du poumon.

## PREMIERE OBSERVATION

---

### PREMIERE OBSERVATION

Un manoeuvre de 47 ans, Ernest C..., est amené à l'hôpital Saint-Antoine et admis dans le service de M. le professeur Chauffard, le 16 octobre 1922.

Sa mère est morte d'un cancer. Son père est bien portant. Un frère est mort de fièvre typhoïde. Il est marié ; sa femme, bien portante, n'a pas eu de fausses couches. Trois enfants à terme et bien portants.

Le malade n'avait jamais eu, jusqu'à présent, aucune maladie importante, sauf la rougeole à 3 ans. La première manifestation clinique de l'affection qu'il présente remonte à un mois environ avant son entrée dans le service. Il dit, en effet, avoir eu alors un « chaud et froid » après avoir été exposé à une température basse. Depuis ce moment, il se plaint de maux de tête assez violents, exaspérés pendant la journée, aux heures de son travail et non calmés par le repos de la nuit. C'est la raison pour laquelle il a dû prendre un congé de huit jours. A ce moment, constatant que son état continuait à empirer, il consulte un médecin de son quartier qui lui prescrit des cachets d'aspirine, sans d'ailleurs aucun soulagement. Pendant toute cette période, il souffre de constipation opiniâtre, se voit maigrir rapidement et perd ses forces, cependant qu'il se désintéresse de tout, a des somnolences et montre un mauvais caractère. Il ne croit pas avoir eu de fièvre.

#### *Examen le jour de son admission :*

Nous nous trouvons en présence d'un sujet dépassant la moyenne comme taille : étendu de tout son corps, la longueur du lit est à peine suffisante pour

lui. Il paraît profondément émacié et le signe du myo-œdème, recherché au niveau des intercostaux externes, met en évidence un état d'amaigrissement rapide et important. La peau est sèche et présente une légère pigmentation diffuse. La force musculaire, recherchée au niveau des membres, est très diminuée. Squelette, système pileux et ongles sont normaux. Il n'existe pas d'adénopathies externes. Le malade entend et comprend bien les paroles qu'on lui adresse, exécute exactement les gestes qu'on lui prescrit et répond avec justesse aux questions qu'on lui pose. Quand on lui demande la raison qui le fait venir à l'hôpital, il répond en se plaignant d'une intense céphalée frontale et occipitale. Les conjonctives oculaires sont légèrement injectées. Il existe de l'inégalité pupillaire avec dilatation plus marquée à gauche, mais la réaction à la lumière est normale. Rien à signaler au niveau du nez ni des oreilles. La bouche et la langue montrent une muqueuse pâle, sans pigmentation. Les dents, en assez médiocre état comme nombre et comme entretien, sont fuligineuses avec traînées de pyorrhée. La langue est sèche, non étalée, saburrale. Rien à signaler à la gorge.

Le cœur et l'aorte ne montrent rien d'anormal. Le pouls ample, avec quelques irrégularités de rythme, bat à 72. La tension artérielle, prise au Pachon, donne une maxima de 13 et une minima de 7.

Pas de nausées ni de vomissements ; l'appétit est nul ; la constipation opiniâtre et irréductible aux lavements. Le ventre est rétracté en bateau. La percussion et la palpation des régions hépatique et splénique ne montrent rien l'anormal.

Du côté de l'appareil respiratoire : respiration à type costal inférieur. Légère sub-matité à la base gauche avec diminution assez notable du murmure vésiculaire à cet endroit. Il n'y a ni dyspnée, ni toux, ni expectoration, ni douleur locale.

Appareil génito-urinaire normal. Urines claires, de 500 à 600 cc. par 24 heures, sans sucre ni albumine.

Les réflexes sont normaux, exceptés le rotulien et l'achilléen qui répondent avec faiblesse. On met aisément

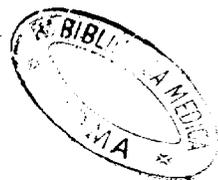
ment en évidence la raie rouge méningitique. La recherche du signe de Babinski, que gêne un réflexe de défense, semble le montrer positif du côté droit. On constate le phénomène de l'horripilation dans les flancs. Le malade porte fréquemment ses mains vers ses organes génitaux. Pas de signe de Kernig ni de Brudzinsky. Absence de raideur de la nuque et de réflexe contro-latéral.

Température rectale, 36°5 centigr.

La ponction lombaire donne un liquide clair, très hypertendu, avec 8 lymphocytes par millimètre cube et hyperalbuminose. Enfin, le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde qui, dans le doute, avait été pratiqué, ne montra aucune agglutination ni pour l'Eberth ni pour les paratyphiques.

Le lendemain, l'état du malade s'est manifestement aggravé : les yeux sont demi-clos, il prend la position en chien de fusil, et il devient très difficile de lui arracher une réponse. La constipation s'est maintenue. Un vomissement en fusée survient dans la journée. Malgré la glace appliquée sur le crâne, certains gestes du malade semblent indiquer que la céphalalgie persiste. C'est avec une grande rapidité qu'il est passé de sa lucidité de la veille à un état de somnolence et de torpeur avec inconscience apparente et subcoma. Le malade perd ses réflexes. Le coma s'accuse progressivement et rapidement. La respiration prend nettement le type de Cheyne-Stokes, avec séries de périodes où l'amplitude des mouvements respiratoires s'accroît graduellement jusqu'à une acmé après laquelle elle décroît. Des phases d'apnée durant plusieurs secondes s'intercalent entre ces périodes, pendant lesquelles, d'ailleurs, les mouvements respiratoires n'atteignent à aucun moment une amplitude normale. Enfin, on note des tressaillements musculaires, surtout au niveau de la paroi abdominale. C'est un peu avant cette période que l'examen du fond de l'œil est pratiqué, sans déceler, d'ailleurs, rien d'anormal au niveau de la papille.

Dans l'après-midi du 20 octobre les vomissements en fusée se renouvellent et l'état général devient très alarmant. Le pouls est à peine perçu et on ne par-



vient pas, vu sa faible amplitude, à enregistrer la pression artérielle. En présence de ce tableau impressionnant d'hyposthénie, on pratique l'injection intraveineuse de 300 cc. d'une solution glucosée à 3. p. 1.000 qui détermine une amélioration instantanée. Nous avons pu voir le malade le lendemain, sorti de son état comateux, et ne se plaignant plus de sa céphalée. Le pouls radial était bien perceptible, avec une tension maximum de 11 et un minimum de 7. Le dosage de l'urée sanguine pratiqué à ce moment donna 0 gr. 67 par litre. Enfin, par une seconde ponction lombaire, on obtint un liquide transparent, jaunâtre et hypotendu, dont l'examen révéla 0 gr. 40 d'albumine par dosage au tube de Sicard et 3 lymphocytes par millicube à la cellule de Nageotte.

A partir de cette date, bien que l'état psychique du malade parût donner l'impression d'une amélioration croissante, l'état général devint de plus en plus précaire, la tension artérielle baissa à 10 avec une différentielle de 3, le coma se réinstalla sans intermittence et, dans l'après-midi du 28, la mort survint, en cyanose, sans que la température ait dépassé, à aucun moment 37°6 cent.

Dès le premier examen, le diagnostic hésitait entre un néoplasme intracrânien, une granulie à marche subaiguë et une méningite bacillaire. C'est vers ces deux dernières affections qu'il s'orienta plutôt. L'allure clinique, d'ailleurs, donna à ces hypothèses une sorte de justification spécieuse, en calquant avec une singulière fidélité l'évolution de ces maladies.

L'autopsie ayant pu être faite, voici ce que révéla l'examen des organes :

*Protocole de l'autopsie de M. Ernest C..., 47 ans.*

*Système nerveux.*

A l'ouverture du crâne, on constate un œdème très léger des feuillets méningés.

La convexité, d'aspect normal, de teinte légèrement jaunâtre, présente, à la hauteur de la frontale ascen-

dante gauche, à peu près au niveau des centres moteurs du tronc, une saillie blanc grisâtre, du volume d'un œuf de pigeon, qui a soulevé et en partie perforé les leptoméniges. Tout autour, le cerveau ne présente qu'une légère réaction inflammatoire, œdémateuse et congestive et le reste de sa convexité n'offre rien à noter.

L'extirpation du cerveau se fait sans difficulté et on ne constate qu'une petite augmentation du liquide céphalo-rachidien. A la base n'existent ni fausses membranes ni exsudat. Le poids du cerveau est normal.

L'ouverture du cerveau montre un peu d'œdème de son parenchyme, avec légère augmentation des points sanguins. L'ouverture des ventricules y montre un liquide un peu plus abondant que normalement et ayant perdu son aspect eau de roche habituel pour devenir un peu trouble et rosé.

Au niveau de la corne d'Ammon gauche, une seconde tumeur apparaît. Arrondie, du volume d'un œuf de pigeon, elle est kystique comprenant une zone corticale assez épaisse et rouge grisâtre enveloppant une zone centrale formée d'une liquide légèrement hémorragique et trouble.

Les noyaux gris centraux, le 2<sup>e</sup> et le 4<sup>e</sup> ventricule ne montrent aucune autre lésion, non plus que le cervelet, les pédoncules, le bulbe et la protubérance.

L'ouverture du rachis montre une moëlle normale.

#### *Appareil respiratoire.*

A l'ouverture du thorax, de fortes adhérences fibreuses joignent la partie supérieure du sommet droit à la paroi en haut et en arrière et gênent le décollement du poumon à ce niveau.

La portion terminale de la trachée, sa bifurcation, mais surtout la bronche gauche, sont le centre d'une masse ferme et blanchâtre, bosselée et irrégulière, du volume d'une mandarine. Cette nouvelle tumeur, la plus volumineuse, semble comprendre principalement les ganglions trachéo-bronchiques que, d'ailleurs, on ne peut distinguer. Elle est dure à la coupe. Sa surface

de section est blanchâtre et non suintante. L'ouverture du canal aérien montre qu'il fait corps avec cette masse, et que son calibre est, à ce niveau, réduit. Celui de la bronche gauche, notamment, n'atteint pas, à cet endroit, le diamètre d'un crayon.

Le poumon présente un état œdémateux et congestif marqué au niveau des deux bases, mais surtout du côté gauche. En ces points, sa fermeté est accrue et sa coloration est d'un rouge un peu brunâtre. La surface de section y présente une coloration analogue, et, en outre, un léger suintement séreux. La pression ne fait point sourdre de pus des bronchioles, et les fragments prélevés ne tombent point au-dessous de la surface de l'eau.

*Le tube digestif, le pancréas, la rate* n'offrent point de lésion visible.

*Foie.* Aspect, volume et coloration normaux, mais à la coupe, présence en plein parenchyme, de cinq nodules arrondis, blancs, nettement limités, de consistance homogène, ferme et même dure, à surface de section sèche, et ayant un peu l'aspect marron cru décrit pour certaines gommés.

Le plus gros de la taille d'une cerise, est situé en plein lobe droit. Le plus petit a la taille d'un grain de chènevis.

Les surrénales, les reins et l'appareil génito-urinaire sont normaux.

#### *Protocole histologique* (Communiqué par M. Solente).

Etudions d'abord l'une des métastases hépatiques pour avoir l'aspect typique de la tumeur.

La coupe de la plus petite de ces métastases montre, en plein parenchyme, un nodule de la taille, à peu près, d'un grain de chènevis. Il est constitué d'un amas de petites cellules arrondies ou ovalaires, à gros noyau basophile, que nous décrirons plus loin.

Autour de ce nodule aucune coque fibreuse. Il est directement au contact de cellules de Remak aplaties et d'autant plus lamellaires qu'elles sont plus pro-

ches de lui. Leur protoplasme dans cette zone avoisinante est en outre un peu ratatiné et vacuolaire.

Quelques larges bandes irrégulièrement disposées, de tissu collagène, cloisonnent le nodule. Mais aucun réticulum n'existe. Elles servent de support à des vaisseaux très peu différenciés, où les mêmes cellules spéciales s'observent en abondance.

La répartition de ces cellules dans la tumeur est absolument uniforme. En particulier, aucun amas ne comporte de centre clair. Enfin, dans le parenchyme hépatique, à distance du nodule, on constate de multiples embolies des mêmes cellules au niveau des espaces portes. Les petits amas métastatiques qui commencent à se développer prennent une forme irrégulièrement ovoïde, comme chacun de ceux dont le groupement constitue l'amas central que nous avons étudié.

Sur une des nodosités hépatiques plus volumineuses que nous avons prélevé, les mêmes caractères s'observent avec, de plus, à la partie centrale d'amas plus gros, quelques zones nécrotiques. Là, ces mêmes cellules ratatinées, montrent un magma de protoplasmes fortement éosinophiles et fusionnés, cependant que leurs noyaux, rapetissés et hyperchromiques, sont en pycnose.

La tumeur du cerveau offre un aspect très analogue, avec des vaisseaux sarcomateux et de nombreuses zones centrales de nécrose. Au niveau de la tumeur originelle, même aspect, mais des hémorragies assez nombreuses semblent s'être produites au niveau de ces zones nécrotiques.

La portion prélevée du poumon enfin offre, parmi des lésions congestives et œdémateuse banales, mais très accusées, un essainage des mêmes cellules tumorales, tantôt groupées en petits amas, tantôt séparées les unes des autres. Elles paraissent nettement distinctes des quelques cellules embryonnaires qui coexistent avec elles.

Si enfin nous étudions à l'immersion les caractères des cellules de la tumeur, nous constatons que, dans l'ensemble, leur taille dépasse un peu celle des lym-

phocytes, et qu'une auréole protoplasmique tout à fait minime les entoure. Leur noyau, arrondi et volumineux, occupe presque toute la cellule. Il est beaucoup plus clair que celui des lymphocytes normaux, et comprend un ou deux grains de chromatine, de minuscules petites granulations, et des filaments extrêmement ténus de la même substance. On note en outre que nombre de ces cellules sont en caryocinèse.

L'ensemble des caractères de ces cellules éveille l'idée de lymphoblaste ; bien qu'un petit nombre d'entr'elles, plus petites et plus basophiles, soient plus voisines du lymphocyte typique. Cette tumeur mérite donc d'être rapprochée des lymphocytomes. Lymphoblastome, dira-t-on, si l'on a égard à la forme peu évoluée des cellules qui la constituent. En effet l'absence de centres germinatifs autorise à éliminer le lymphadénome. Ajoutons que par ce terme de lymphocytome, ou plutôt encore de lymphoblastome atypique, nous entendons désigner l'aspect morphologique de la tumeur, non pas en présumer la filiation cellulaire. Divers caractères nous manquent en effet pour affirmer celle-ci, notamment le réticulum qui s'observe dans les lymphocytomes typiques.

## DISCUSSION

---

Le cas sur lequel nous venons de nous étendre aurait pu garder indéfiniment son étiquette de méningite bacillaire. Les constatations cliniques, aussi bien qu'une partie de celles du laboratoire, plaident à l'unisson pour lui conserver cette place. Depuis le début jusqu'à la fin, rien de notable n'est venu infirmer ce diagnostic. Et pourtant, la nécropsie nous a démontré sa parfaite fausseté. Nous estimons que, sans l'autopsie, le cas aurait semblé banal. Et de fait, il ne se prête pas à une discussion diagnostique dans le sens clinique du mot. Le seul profit que nous puissions en tirer n'est pas dans le domaine de l'interprétation des symptômes, mais, plutôt, dans une enquête de pathologie générale et de pathologie spéciale des néoplasmes malins du poulmon, à propos du cas particulier que nous avons en vue et de sa confrontation avec ceux que nous exposerons plus loin.

Cependant, cette observation contient certains points qui méritent qu'on s'y arrête. Analysons-les.

En premier lieu, la mère du sujet est morte d'un cancer. La thèse de l'hérédité cancéreuse a été défendue par les uns et battue en brèche par les autres. Si on se base sur les statistiques, aucune conclusion précise ne peut être tirée, chaque auteur

interprétant à sa manière et faisant parler aux chiffres son propre langage. Cependant, si nous abordons la question avec impartialité, il semble que le pourcentage de cancers héréditaires dépasse celui de ceux qui ne le sont pas. Dans notre cas, l'hérédité a été manifeste, son rôle demeurant néanmoins contestable, vu la fréquence du cancer.

Un autre élément, semble-t-il, passible d'être incriminé en l'espèce, c'est la tuberculose. Bien que la coupe du poumon n'ait point mis en évidence de lésion spécifiquement tuberculeuse, il semble bien que ce soit à une tuberculose pleurale localisée qu'il faille rapporter les notables adhérences fibreuses qui, au moment de l'autopsie, gênaient, du côté droit, le décollement du sommet. Le prétendu antagonisme de la tuberculose et du cancer du poumon, soutenu autrefois par Rokitansky, n'a plus aujourd'hui de partisans. On sait maintenant que la constatation de bacilles de Koch dans les crachats n'exclut à aucun degré le diagnostic de néoplasie pulmonaire. Et il semble même certain que, parmi les facteurs d'irritation chronique dont le rôle paraît le moins douteux dans l'étiologie de toutes les sortes de cancer, ce soit de beaucoup la tuberculose qui, directement ou par ses séquelles, exerce dans leur localisation pulmonaire l'action étiologique la plus importante.

Il semble bien que la tumeur trachéo-bronchique, seule formant une masse unique, et de beaucoup la plus volumineuse, fut primitive et que celles qui furent trouvées dans le foie et le cerveau n'étaient que des métastases. Mais à quand remontait le dé-

but réel de la maladie ? Question insoluble. Sans doute, une période indéterminée de latence précéda-t-elle l'état pulmonaire aigu ou subaigu désigné par le malade dans son langage populaire sous le nom de « chaud et froid ». Dès lors, d'ailleurs, se manifesta cette forte et ténace céphalée, indice des métastases cérébrales et qui devait persister jusqu'à la fin.

Si nous passons à la discussion des symptômes constatés, nous verrons combien ils étaient peu faits pour redresser le diagnostic erroné de méningite bacillaire ou de granulie. Notre sujet présentait en premier lieu un état d'amaigrissement profond, dont la recherche du signe du myo-œdème décelait la rapidité d'évolution. Ce phénomène, constant dans la presque totalité des cas d'amaigrissement profond et rapide, s'obtient dans les meilleures conditions en percutant avec la pulpe de l'index un muscle intercostal externe sur une côte, à trois centimètres environ du bord sternal. Une boule élastique apparaît au point frappé, disparaissant presque aussitôt. Il est d'une réelle valeur dans le cancer, la phthisie et dans tous les états évoluant avec émaciation marquée et rapide. Chez notre malade, on attribua cet état à la gêne de l'hématose ou à l'intoxication cancéreuse ; il n'en est pas moins vrai que, dans les granulies ou les méningites bacillaires, il se rencontre dans des conditions à peu près analogues.

La peau de notre sujet était légèrement pigmentée. Ce signe, joint à la faiblesse musculaire et à l'hypotension artérielle ajoutait sa contribution au

diagnostic porté. En effet, il n'est pas rare de constater une atteinte concomitante des surrénales dans les cas de tuberculose méningée de l'adulte. Un syndrome addisonnien plus ou moins fruste se superpose alors au tableau dominant auquel, enfin, s'ajoutent si souvent des symptômes de granulie plus ou moins généralisée. Ces constatations réunies renforçaient le diagnostic de méningite bacillaire.

Les adénopathies externes manquaient chez notre malade. Il est habituel depuis Béhier, de décrire, dans le cancer primitif ou secondaire du poumon, des adénopathies axillaires, rétropectorales et sus-claviculaires. Nous nous rappelons avoir eu à examiner près d'une dizaine de cas de néoplasmes pulmonaires sans avoir eu la bonne fortune de rencontrer ces ganglions signalés partout. Nous verrons dans un instant qu'il en a été de même dans les deux autres cas qui constituent cette série. Ces adénopathies sont moins fréquentes que dans les cancers abdominaux; notamment le ganglion dit de Troisier, qu'on recherche toujours, est intéressé bien plus rarement encore que dans ces cancers intra-abdominaux.

Le foie, malgré les nombreuses métastases dont il était farci, ne manifesta aucun trouble dans sa forme, son volume ou son fonctionnement. Or, si nous possédons des procédés radioscopiques qui permettent de faire le diagnostic d'un néoplasme pulmonaire, les productions cancéreuses encastées en plein tissu hépatique sans modification pondérale de l'organe restent, à l'heure actuelle, impossibles à déceler. Aucune manœuvre, pas même le

pneumo-péritoine, ne nous permet d'y parvenir. C'est que le parenchyme du foie doit être considéré comme une éponge imbibée d'une bouillie métallique imperméable aux rayons actuels, masquant la présence des néoplasies qui peuvent s'y greffer.

Ne nous étonnons pas du faible volume des urines. Deux causes primordiales nous en donnent l'explication : la maigre quantité des ingesta et la grande méiopraxie fonctionnelle de tous les organes. Le malade aurait pu avoir de la glycosurie, puisque sa tumeur était de nature à troubler la mécanique ventriculaire.

L'examen de l'appareil respiratoire, d'un intérêt capital, ne permettait guère, lui non plus, la rectification du diagnostic. La constatation de signes pulmonaires, d'ailleurs ébauchés, n'était point faite pour écarter l'idée d'une granulie, ou même d'une de ces adénopathies trachéobronchiques, foyers anciens de bacillose, et qui peuvent être le point de départ d'une infection des méninges. Sans doute aussi peut-on s'étonner qu'une lésion aussi notable ait comporté si peu de signes locaux. Mais on sait combien décevante peut être cette partie de la sémiologie surtout pour ce qui concerne les cancers du poumon, Nous reviendrons sur cette matière quand nous discuterons l'observation II, où la radioscopie montra de vastes territoires pulmonaires éliminés du champ respiratoire, sans qu'aucun trouble soit venu aiguiller le clinicien vers la voie de la lésion dominante.

Si nous passons à l'examen des signes proprement nerveux, nous trouvons chez notre malade

cette position en chien de fusil, cette rétraction du ventre en bateau, classique dans la méningite tuberculeuse, et d'autre part cette céphalée tenace, ces vomissements en fusée, cette rebelle constipation qui caractérisent le trépied méningitique. Sans doute peut-on objecter l'absence de raideur de la nuque et des signes de Kernig et de Brudzinsky, mais l'argument n'est pas péremptoire, surtout pour un adulte chez lequel on peut s'attendre à trouver fréquemment des formes intéressantes surtout la convexité.

L'inégalité pupillaire fait partie des signes communs à la méningite bacillaire et aux néoplasmes cérébraux, mais on peut rencontrer celle-ci au cours d'un grand nombre de maladies, notamment dans les états pathologiques du sommet du poumon. On peut même, semble-t-il, la trouver chez des individus par ailleurs normaux. Ce signe ne prend sa valeur que quand il est accompagné d'autres, de signification et interprétation indiscutables.

Nous signalerons le réflexe pilo-moteur ou phénomène de l'horripilation, mentionné dans notre description, et bien étudié, d'une façon générale, par Thomas. Dans notre passage par les services d'enfants où l'on voit la plupart des cas de méningites et d'états dits méningés, nous avons constaté que, dans un bon nombre de cas d'irritation des méninges, on peut déceler le phénomène dit de la chair-de-poule, plus marqué et plus constant dans les flancs qu'ailleurs. Pour l'étudier à l'abri de toute cause d'erreur nous croyons que le mieux est de le rechercher d'abord avec la main non refroidie.

die, en la promenant doucement sur la peau du malade qui pendant ce temps doit rester sous ses couvertures. On complétera par l'inspection directe en évitant toujours de mettre la peau examinée en contact brusque avec l'atmosphère de la salle. Ce *modus operandi* est explicable : si la température ambiante est sensiblement différente de celle de l'intérieur du lit, l'horripilation se produira chez presque tous les sujets dont la peau aura été découverte ainsi. Dans la méningite bacillaire, ce signe est très fréquent, et persiste en s'accroissant, jusqu'à la fin.

Un autre indice d'irritation méningée est le signe dit *de la surveillante*, ainsi dénommée dans les services hospitaliers parisiens en l'honneur de la surveillante d'une salle de garçons qui appella l'attention sur lui. Il consiste en ce que le malade atteint de méningite porte fréquemment ses mains vers ses organes génitaux. Notre sujet présenta un réflexe horripilateur positif, pendant deux jours seulement il est vrai, et le signe dit de la surveillante. Et ces deux phénomènes n'aidèrent pas à infirmer le diagnostic primitif.

Remarquons que dans l'après-midi du 20 on lui injecta dans les veines 300 centimètres cubes d'une solution de glucose à 3 pour mille. C'est là une dilution hypotonique, la teneur du sérum glycosé isotonique étant de 47 pour mille. Des travaux récents dus à Weed et P. Mc. Kibben démontrent que quand, chez un sujet oligohémique ou hypotendu, on fait l'injection intra-veineuse d'une solution hypotonique par rapport au sérum normal, la répartition

dans le courant circulatoire et dans les liquides qui en dépendent s'opère d'une façon plus rapide et plus profonde que si on avait fait l'injection d'un soluté isotonique. C'est ce qui arriva dans le cas particulier. Non seulement la masse sanguine fut augmentée d'autant, mais, fait capital, la notable hypotension du liquide céphalo-rachidien fut relevée, *ipso facto*, sous l'influence d'une véritable endosmose à travers les plexus choroïdes, bien que ceux-ci fussent altérés par la néoplasie ventriculaire.

La ponction lombaire du 21, que nous jugeons avoir été inopportune, si on considère l'alerte de la veille, donna : albumine, 9 gm. 40 par litre, et 3 lymphocytes par millicube. Il s'agit là d'un état de dissociation albumino-cytologique, mais simplement ébauché. On admet maintenant que ce signe, mis en évidence par Nonne, Sicard et Foix dans les compressions médullaires, peut aussi se rencontrer dans certaines tumeurs cérébrales. Avec ce dernier diagnostic, que d'ailleurs n'excluait pas la bacillose, puisqu'il pouvait s'agir d'une tuberculose, cadrerait sans doute mieux l'absence de trouble de la cytologie du liquide céphalo-rachidien. Son hypertension d'ailleurs modérée lors de la première ponction et non retrouvée à la seconde, aurait pu l'appuyer. Enfin, la céphalée, les vomissements et les troubles nerveux que nous avons énumérés pouvaient s'expliquer par lui. Mais l'examen ophtalmologique pratiqué en vue de le vérifier ne décéla point cette stase papillaire en rapport avec l'hypertension intracrânienne que les volumineuses tumeurs exis-

tantes eussent-elles été reconnues du vivant du malade que leur nature secondaire et leur origine eussent demeuré à découvrir.

Et pour soutenir jusqu'à la fin l'apparence trompeuse que revêtait la vraie lésion, le malade, quelques jours avant de mourir, présenta cette amélioration singulière, cette euphorie fallacieuse qui jette souvent, sur le médecin averti, un ridicule d'ailleurs passager, et qui est une règle presque constante, un véritable signe avant-coureur du dénouement inévitable de la méningite tuberculeuse.

Passons maintenant brièvement aux considérations d'ordre thérapeutique que comporte notre cas. Sans doute, la radiothérapie du cancer est-elle encore un procédé aléatoire, aux indications sujettes à révision. On tend néanmoins, avec Domini, à admettre comme règle générale que la sensibilité des tumeurs aux rayons est d'autant plus grande que leur structure se rapproche davantage de l'état embryonnaire. L'activité de leurs multiplications cellulaires irait également de pair avec leur radio-sensibilité. Ces multiplications actives, et surtout cet état embryonnaire que caractérise, avec le défaut de différenciation des cellules, la prédominance du volume de leur noyau sur celui de leur protoplasme, nous les retrouvons à un haut degré tout spécialement dans notre tumeur, et dans les lymphocytomes en général. Ainsi s'explique que cette sorte de sarcome passe pour le plus radio-sensible des cancers. Un certain nombre d'observations de rétrocession par radiothérapie de tumeurs notamment médiastinales, ont déjà été publiées. Rap-

pelons que cette rétrocession n'est pas sans danger non plus, et que la résorption massive de toxines, qui peut la suivre, a été capable d'entraîner la mort dans un cas de cancer du poumon présenté par M. Rolland à la *Société Médicale des Hôpitaux* (22 juin 1922). Quoi qu'il en soit, la chance valait, pour le malade, la peine d'être courue, surtout si un diagnostic précoce avait pu prévenir les métastases viscérales du néoplasme.

---

Deux autres observations de malades examinés aussi dans le service de notre maître, le Professeur Chauffard, nous paraissent, jointes à la première, comporter, de leur côté, quelques déductions. Nous allons d'abord les exposer avant d'en faire un commentaire.

## OBSERVATION II

---

Jules U..., tailleur sur cristaux, âgé de 66 ans, entre le 3 novembre 1922, pour la seconde fois, dans la salle Dieulafoy, à Saint-Antoine.

Il ignore de quoi sont morts ses parents ainsi que quatre frères ou sœurs. Il a encore deux autres frères vivants et bien portants.

Sa femme est morte à 48 ans, d'un cancer de l'estomac, quelques jours après avoir quitté la Maison-Dubois où elle était hospitalisée. Elle n'a pas fait de fausses-couches. De cinq enfants nés à terme, vivants, il en reste deux qui sont bien portants ; les trois autres sont morts déjà, grands, pour des causes ignorées par le malade.

Notre sujet a souffert, vers l'âge de 6 ans, d'un abcès à la nuque, ouvert au bistouri; autant qu'il s'en souvienne il ne croit pas avoir eu d'autre maladie pendant son enfance. Il a toujours été bien portant durant toute sa jeunesse, jusqu'au moment où il contracta un chancre et une gonorrhée qui guérirent rapidement. Depuis lors il aurait éprouvé des rachialgies fréquentes et assez douloureuses. En outre il fût toujours grand fumeur et aurait eu, quelques années, de l'intempérance alcoolique. Il n'a jamais été un sujet fort: son meilleur poids fût, il y a quatorze ans, de 55 kilos. A cette époque, au cours d'une dispute survenue la nuit dans son lit, il reçut dans l'hypochondre droit un violent coup de genou qui lui fit perdre connaissance pendant quelques minutes et fut suivi de sueurs froides et de vomissements fécaloïdes. Le lendemain il continua de travailler, quoique la douleur n'ait pas disparu. Depuis cette époque, il a toujours souffert de cette région, si bien que la souffrance ayant aug-

menté, il a dû venir se faire hospitaliser pour la première fois, dans ce même service, vers le mois de mars 1921. Il y séjourna quelques semaines. A partir de ce moment il put reprendre son métier, mais faisait sa besogne péniblement, travaillant une semaine sur trois. Entre temps il se fit soigner par un médecin de quartier qui, au bout d'un mois, constatant que son état s'aggravait, lui conseilla de rentrer à Saint-Antoine pour y être radioscopé.

*Examen physique:*

C'est un sujet de petite taille, très pâle, amaigri, ne pesant actuellement que 37 kilogs et présentant trois petites escharres de décubitus: une à la région sacrée moyenne et deux autres, symétriques, rétrotrachantiennes. Rien d'autre à noter sur la peau, qui est sèche et garde longtemps les plis. Système pileux, ongles et squelette normaux. Fonte intense des masses musculaires avec signe du myo-œdème parasternal. Rien d'anormal en ce qui concerne les yeux, les oreilles, le nez. Si nous considérons l'appareil digestif, les dents, les gencives sont en très mauvais état; la langue et la muqueuse buccale sont enduites de muguet, et de coloration rouge. La salive a une réaction acide. L'haleine est fétide. Rien de particulier aux amygdales. Il existe une dysphagie assez marquée: la déglutition des solides est impossible, celle des liquides est déjà très pénible et incomplète se traduisant par de faux vomissements, des régurgitations œsophagiennes tout de suite après avoir avalé quelques gorgées. A l'auscultation interscapulaire on n'entend pas le deuxième bruit qui suit normalement le passage des liquides. La constipation est tenace. Le rectum est assez tolérant pour les lavements alimentaires qu'on est obligé d'administrer. Le creux épigastrique est très accusé, douloureux surtout vers la droite: cette zone douloureuse se continue avec celle de l'hypochondre droit, où on constate un foie augmenté de volume, abaissé (17 centimètres sur la ligne mammelonnaire, à partir de la limite supérieur de la

matité située à 5 centimètres au-dessous du mamelon). Il est vivement sensible à la pression, qui produit de la défense musculaire. La vésicule paraît perceptible à la palpitation. La rate ne présente rien d'anormal. L'hypochondre gauche, ainsi que le reste de la paroi abdominale sont souples et ne révèlent aucune particularité à la palpation profonde. L'appareil circulatoire est normal. Le cœur ne semble pas déplacé. Tension artérielle: maxima 12, minima 6, au Pachon. Pouls à 80, très faible. Un Wassermann résulte positif.

L'examen de l'appareil respiratoire décèle: A l'inspection, on constate une voussure de l'hémithorax gauche avec, à la mensuration, les dimensions suivantes: du point médio-sternal, au niveau de la quatrième chondrosternale, à l'apophyse épineuse de la VIII<sup>e</sup> dorsale, pour le côté droit, 38 centimètres; pour le gauche, 41. Le sternum est dévié vers la droite et en bas: la ligne médio-sternale, prolongée, tombe à 3 centimètres à droite de l'ombilic. La fosse sus-épineuse gauche est plus déprimée que la droite. L'amplitude thoracique à la respiration est très diminuée du côté gauche. A la palpation on constate l'abolition des vibrations dans tout l'hémithorax gauche et le sommet droit. La percussion montre une matité absolue, dure, de l'hémithorax gauche et une submatité sus-épineuse et sus-claviculaire à droite. L'espace de Traube est sonore. Absence de skodisme. A l'auscultation, exagération du murmure vésiculaire au sommet droit, aussi bien en arrière qu'en avant. Léger souffle doux, très superficiel, à la base droite. Silence respiratoire à gauche, de haut en bas. Pas de râles ni de pectorioquie ni d'égophonie. Les bruits cardiaques s'entendent en arrière, à gauche, comme s'ils étaient perçus en pleine région précordiale. Une ponction exploratrice pratiquée à gauche dans le huitième espace sur la ligne axillaire postérieure, ne ramène aucun liquide. D'autre part, l'introduction de l'aiguille donne une sensation de résistance comme si elle pénétrait dans une matière consistante et ferme. Dyspnée notable: 36 à la minute. Expectoration rare avec cra-

chats peu volumineux, muqueux, incolores, ramenés par une toux facile et peu tenace.

Appareil génito-urinaire normal. Urines 500 à 600 c. c. par 24 heures. Absence d'albumine et de glucose. Argyll positif. Inégalité pupillaire avec dilatation plus marquée à gauche. Réflexes rotuliens, achilléens, crémastérien, abdominal absents. Ebauche de Babinski et d'Oppenheim à gauche.

*Radioscopie le 10 novembre:* « Opacité complète de l'hémithorax gauche s'étendant de la base jusqu'au sommet et se confondant complètement avec l'image du cœur. Diminution marquée de la largeur de l'hémithorax gauche, le cœur est attiré vers la gauche. La traversée œsophagienne s'accomplit normalement. Il ne semble pas que l'opacité thoracique soit due à la présence de liquide. »

« 15 novembre. Le jeu diaphragmatique gauche est partiellement conservé. L'opacité du sommet gauche ne s'étend pas de sa partie interne jusqu'à la colonne vertébrale. Il existe une bande plus claire qui paraît due à la trachée ayant subi un déplacement vers la gauche ».

Pendant les jours suivants, les signes constatés à l'entrée restèrent les mêmes, excepté l'amaigrissement et le dépérissement rapide qui s'accusèrent de plus en plus, et auxquels s'ajoutèrent, en outre, un teint jaune paille sans doute avant coureur d'une issue fatale prochaine.

---

### OBSERVATION III

---

Ernest L..., âgé de 61 ans, entre le 16 octobre dernier dans le service de M. le professeur Chauffard, se plaignant de fièvre et d'expectoration sanglante.

Père mort paralysé. On ignore de quoi est morte sa mère. Une sœur morte à 62 ans, d'une lésion pylo-rique, probablement cancer.

Quatre enfants vivants et bien portants.

Enfance normale, sans maladies notables. Bien portant jusqu'à 41 ans où il aurait contracté un chancre syphilitique à l'amygdale droite, lequel fut traité localement au nitrate d'argent. Cette syphilis, malgré l'absence de toute thérapeutique spécifique, n'aurait donné lieu ultérieurement à aucune manifestation perceptible du malade.

En janvier dernier, à la suite d'un « refroidissement », il fut obligé de garder le lit. Avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation il resta chez lui pendant cinq mois sans pouvoir travailler, se débilitant de jour en jour. En juin suivant il entre à l'hôpital Laënnec où il ne reste pas longtemps. Depuis, la toux, les expectorations sanglantes, l'amaigrissement progressif qui marquaient son état et l'avaient forcé à entrer à l'hôpital, ne firent qu'empirer à tel point que ne voyant aucune amélioration, en dépit du traitement judicieux de son médecin habituel, il préféra venir se faire soigner à Saint-Antoine.

Il s'agit d'un sujet de stature moyenne, au visage pâli, dont les traits expriment la souffrance, très affaibli, deshydraté, et avec signes d'amaigrissement progressif. Rien à noter au niveau des téguments. Pas d'adenopathies externes. Les organes des sens sont normaux. Dents en très médiocre état. Plaques de leucoplasie sur les joues et les bords de la langue. Amygdales normales. Appétit diminué. La déglutition est normale. Dégoût pour les viandes, les graisses, le pain. Le malade se nourrit uniquement avec du lait. Pas de vomissements. Constipation. Contracture de la paroi épigastrique avec douleur à la palpation profonde. Le foie, la rate, les fosses iliaques n'offrent rien à signaler. Cœur normal. Pouls à 90, bien frappé. Tension maxima 15, minima 4. Radiales sclérosées. Reflexes normaux. Pas d'inégalité pupillaire. Rien d'anormal dans les urines.

L'examen de l'appareil respiratoire révèle : A la laryngoscopie : « Cordes vocales de forme et de couleur normales. Aucune cicatrice. Aucune parésie de ces cordes ». L'inspection du thorax montre une

amplitude respiratoire très diminuée à droite. Semi-abolition des vibrations vocales à la palpation du même côté. A la percussion: légère sub-matité dans les deux tiers inférieurs des deux côtés. L'auscultation donne un souffle rude inspiratoire et expiratoire à gauche; silence respiratoire presque complet à droite; râles ronflants et sibilants des deux côtés. Le malade se plaint d'ailleurs de douleurs vagues, mais dont le siège paraît être assez nettement thoracique. Crachats abondants, muco-sanguinolents, sans l'apparence de gelée de groseille. Ils sont simplement striés de sang. Deux examens radiologiques successifs montrèrent, le 18 octobre: « Opacité très accentuée, massive de la moitié supérieure du poumon droit. Diaphragme droit surélevé, déformé, aplati, presque immobile ». Enfin, comme on songe à la possibilité d'une tumeur secondaire du poumon, on fait la radioscopie de l'estomac, pour tâcher de déceler la néoplasie primitive. Celui-ci ne présente aucune déformation. Le 30 octobre nouvel examen à l'écran: « Le malade ne prend qu'une partie du repas opaque qui remplit l'estomac normalement. L'organe commence à se vider immédiatement, il est mobile, non douloureux à la palpation ».

Notre sujet, découragé, ne voulant pas resté davantage à l'hôpital, quitta le service le 2 novembre et mourut chez lui trois jours après. L'autopsie n'a pas été faite.

## DISCUSSION DES OBSERVATIONS II ET III

---

Notons , en premier lieu, dans ces deux cas : l'absence de signes pulmonaires vraiment propres au cancer. De notre troisième malade, qui imputait à son état un début subit après un refroidissement, il faut rapprocher le premier, qui lui aussi notait un « chaud et froid » à l'origine de son état. Cette apparence de maladie aiguë n'est qu'un des multiples aspects que peut revêtir le cancer du poumon. Quant aux signes physiques, ils n'ont de valeur diagnostique qu'ajoutés aux autres. Aucun d'eux n'est spécifique. Un grand épanchement pleural pourrait donner à peu près le même ensemble de signes objectifs que celui que nous rapportons dans l'observation II. Ici la ponction exploratrice négative prend une valeur particulière, mais surtout le bloc massif d'opacité constaté à la radioscopie.

Les symptômes physiques sont encore moins nets dans l'Observation III (souffle sans caractère spécial, silence respiratoire à droite, râles des deux côtés). Là aussi ce fut la constatation d'une opacité massive à l'écran qui permit d'étayer le diagnostic. Enfin, dans notre observation initiale, où cet élément d'appréciation fait défaut, ce ne furent point vraiment les symptômes locaux, mais les signes nerveux et généraux qui firent porter le diagnostic

de granulie, et ce diagnostic, erroné dans l'ensemble, était justifié en ce qui concerne les poumons, si l'on admet l'ancienne expression de « granulie cancéreuse ».

Si nous passons à l'analyse des signes fonctionnels, nous les trouvons encore plus polymorphes, s'il est possible. Dans notre observation première, ils sont presque nuls et ce sont les métastases cérébrales qui dominent le tableau clinique.

Dans notre Observation II, nous avons en somme un syndrome de sténose œsophagienne. C'est seulement par l'examen complet du malade qu'on pourra établir qu'il ne s'agit là que d'un signe d'emprunt, que d'une de ces formes du cancer du poumon se traduisant par la compression des organes du médiastin. Elles sont bien connues, mais bien rares en ce qui concerne la compression élective de l'œsophage. Jaccoud pourtant en a jadis rapporté des exemples.

Les signes fonctionnels proprement pulmonaires sont aussi décevants. Notre premier malade, sans présenter ni toux, ni expectoration, ni douleur locale, avait une dyspnée se rapprochant du type de Cheyne-Stokes. Notre second malade était bien dyspnéique, mais présentait une toux et une expectoration à caractères presque toujours absolument banaux. Quant au troisième, la striation sanglante de ses crachats éveille forcément l'idée de tuberculose.

Les signes généraux ont une très grande valeur. L'état d'amaigrissement présenté par nos trois malades est sans doute une raison de songer à une

néoplasie pulmonaire possible. Sa constatation pose sans doute la question, mais n'aide guère à la résoudre. Et puis, cette déchéance de l'organisme est sans doute tardive par rapport à l'évolution réelle de la tumeur.

Si enfin nous nous reportons aux antécédents des malades, nous voyons qu'eux aussi peuvent devenir pour le médecin une cause d'erreur. Le second, ancien alcoolique et tabagique, a reçu, en outre, autrefois, un traumatisme abdominal. D'autre part, la syphilis est à discuter chez nos sujets. Nous trouvons, en effet, chez le malade II, un chancre dans les antécédents, une inégalité pupillaire avec signe d'Argyll-Robertson, une abolition des réflexes rotulien et achilléen, un Wassermann positif ; et chez le malade III, un ancien chancre de l'amygdale, la présence de plaques de leucoplasie sur la langue et la face intérieure des joues.

Parmi cette multiplicité d'antécédents pathologiques possibles, certains d'entre eux peuvent risquer de jeter le clinicien sur une voie fautive. Et pourtant, elle cadre bien avec ce que nous savons des conditions pathogéniques de l'apparition des tumeurs malignes et de leur complexité.

## DISCUSSION GENERALE

---

Le cancer du poumon ne peut pas être tenu pour exceptionnel. Sans doute le cancer épithélial primitif est-il relativement rare, n'entrant pas tout à fait pour 2 p. 1000 dans la statistique publiée par Kurt Wolff, d'après l'ensemble de ses autopsies, et le professeur Ménétrier n'en ayant rencontré que 6 exemples sur le relevé de 2.500 autopsies. Sans doute aussi le sarcome est-il encore plus rare et ne représente-il, d'après Fuchs, qu'un septième des cas de cancer primitif du poumon. Mais le cancer secondaire est fréquent, beaucoup plus qu'on ne le croit, et M. Ménétrier admet que des métastases pulmonaires accompagnent environ un quart des cancers épithélias et une proportion encore plus forte des sarcomes.

Malgré cette fréquence, il faut reconnaître que dans une trop forte proportion de cas, le diagnostic n'est pas fait du vivant du malade. Le cancer du poumon est peut être, de tous les cancers, le plus fréquemment méconnu, et dans un article récent, publié aux *Annales de Médecine*, Mlle Cottin, M. A. Cramer et M. C. Saloz ne donnent, sur 29 cas de néoplasmes pulmonaires, que 6 qui furent diagnostiqués du vivant du malade. Cette proportion de 20 pour 100 est d'ailleurs, disent-ils encore, trop

forte, ne portant que sur ceux de ces néoplasmes qui furent reconnus à l'autopsie.

Et pourtant, sans aucun doute, il y aurait fréquemment pour le malade un très grand intérêt à ce que l'existence de son néoplasme pulmonaire fut connue, et d'une façon précoce. Les traitements radiothérapeutiques du cancer primitif ou secondaire du poumon autorisent de grandes espérances. Bien qu'il s'agisse là de méthodes trop récentes pour les indications générales, n'en soient point sujettes à révision, nonobstant qu'elles puissent peut-être elles mêmes comporter parfois certains dangers, il y a là, sans doute, pour les sujets porteurs de néoplasmes pulmonaires, une chance de salut ou du moins de survie, qu'on doit être en mesure de leur faire courrir. On est en droit de penser, par exemple, que le lymphocytome de notre Observation I aurait pu guérir, ou du moins être amélioré, s'il eût été traité d'une façon précoce par la radiothérapie.

En d'autres cas la notion d'une métastase pulmonaire eut permis d'éviter au malade la souffrance d'une intervention inutile, ou même de fixer un diagnostic hésitant en ce qui concerne l'origine néoplasique de troubles constatés en dehors du poumon.

Nous allons donner ici les extraits de quelques observations publiées aux Etats-Unis et traduites par nous des *Cabot's Case Records of the Massachusetts General Hospital*. Elles nous semblent particulièrement aptes à illustrer cette manière de

voir. Nous ferons suivre chacune d'elles de la brève analyse particulière qu'elle comportera.

Cas n° 5093 :

Juin, 11. — Ménagère 38 ans. Un an auparavant œdème des jambes, qui dura un mois. Pollakiurie pendant six mois. Métrorrhagie, leucorrhée, amaigrissement et affaiblissement progressifs. Aucun examen vaginal jusqu'à son entrée à l'hôpital. Col utérin fixe, augmenté de volume, dur et déchiqueté. Masse médiane ronde, dure dépassant de trois travers de doigt la symphyse. Epaissement des culs-de-sac. Autres organes normaux, sauf les poumons où se perçoivent un très petit nombre de râles disséminés. Juin, 13, opération: curetage utérin. Biopsie: boyaux de cellules épithéliales atypiques avec quelques globes cornés.

Le jour suivant, toux, dyspnée qui continuent. Juin 30, la radio montra des opacités très discrètes disséminées dans toute l'étendue des poumons, plus marquées aux bases, donnant l'impression d'une tuberculose miliaire, mais plus grosses que dans cette affection. Limitation de l'excursion diaphragmatique des deux côtés, sans oblitération des sinus costo-diaphragmatiques. Déchéance graduelle jusqu'au 2 juillet, où la mort survint.

*Autopsie:* Epithéliome des organes génitaux internes avec métastase dans le poumon et dans d'autres organes.

— Ici, la notion de la métastase pulmonaire eut suffi à faire rejeter l'intervention. Notons en passant que les épithéliomas du poumon à globes cornés sont considérés comme moins favorables à la radiothérapie.

Cas n° 6381 :

Mai, 10. — Forgeron, 26 ans, opéré 6 semaines auparavant d'un sarcome du testicule droit. 15 jours

après son opération, douleur brusque et violente à l'épaule gauche. 3 jours après, toux suivie d'une expectoration blanchâtre et plus tard d'hémoptysies fréquentes, matutinales, d'abondance et de qualité variables. Amaigrissement rapide. Dyspnée, palpitation et toux lors de la marche. Enrouement. Le 23 avril une radiographie montre une large zone thoracique opaque se confondant avec l'opacité cardiovasculaire. Autres zones opaques de moindre importance au niveau du sommet gauche et de l'hémithorax droit. Rien d'autre à noter. Le 18 mai, séance de radiothérapie massive. Mort deux jours après en hyperpyrexie (40°3 C.) avec état confusionnel. L'autopsie montra, outre les traces de la récente orchidectomie, des noyaux de métastase sarcomateuse aux deux poumons.

— Ici, la métastase pulmonaire existait-elle avant l'orchidectomie? En tout cas on eût dû la rechercher avant d'opérer. Notons la mort après radiothérapie massive, cas peut-être voisin de celui publié par M. Rolland et que nous avons déjà cité, peut-être aussi de ceux publiés par MM. Ménétrier et Aubertin, au cours du traitement de certaines leucémies.

Cas n° 4303 :

Août, 31. — Tapissier 50 ans. Deux mois avant l'examen douleur violente et subite à la région ombilicale. Elle persista 24 heures et s'accompagna de vomissements répétés. Un mois après, ictère, douleur au niveau des côtes gauches, à l'inspiration profonde. Amaigrissement de 10 kilos. Hoquet. L'examen des poumons ne montre rien d'anormal. Contracture de la paroi abdominale au devant d'une masse profonde qu'on perçoit néanmoins dans l'hypocondre gauche. Pas d'autres signes notables. Sur le diagnostic de péritonite localisée autour d'un cancer de l'angle splénique du colon, on opère ce même jour. Le cancer existait bien à l'endroit indiqué, mais, de plus, de

nombreux nodules carcinomateux étaient disséminés dans tout l'abdomen. Ce dernier fût refermé sans que rien y fut extrait. Mort le 3 septembre. A l'autopsie, on trouve, en outre, des métastases étendues au niveau des deux poumons.

La connaissance de la métastase pulmonaire eût ici empêché une intervention sans utilité.

Cas n° 4371 :

Août, 18. — Ménagère 40 ans. Deux mois avant l'examen apparurent des nausées, des vomissements en fusée, alimentaires, mais auxquels se mêlait une teinte marc de café, peu de temps après l'ingestion des aliments. La réaction de Weber y fut positive. L'examen des poumons montre du côté droit, une respiration rude à timbre bronchique, mais ceci seulement quand le patient est dans le décubitus latéral droit. Il n'existe ni toux ni expectoration. La radioscopie décèle un retard méso-œsophagien au passage de la bouillie bismuthée. La base droite du thorax a perdu sa transparence. L'ombre cardio-vasculaire est notablement augmentée vers la droite. Cette augmentation intéresse également l'ombre du hile droit. Le poumon gauche paraît normal. Les jours suivants signes d'épanchement pleural à droite. Une ponction exploratrice donne 35 c. c. d'un liquide ayant les caractères cytologiques d'un transsudat. Mort le 4 septembre. A l'autopsie: épithélioma de l'œsophage avec métastases au niveau des poumons, de la plèvre, des vertèbres dorsales, du foie et de presque tous les autres organes ou séreuses.

Cas n° 4421 :

5 novembre. — Ménagère 45 ans, opérée trois ans auparavant d'un épithélioma du sein gauche. Le poumon, ainsi que tous les autres appareils ne présentent

rien d'anormal. On constate des troubles intellectuels et quelques anomalies des réflexes, de la fonction du cervelet et des sphincters anal et vésical. Mort rapide le 8 novembre. Autopsie : Nombreuses métastases carcinomateuses au niveau du cerveau, des poumons, et d'autres organes.

Cas n° 3618 :

Mars, 11. — Veuve, 52 ans, opérée le 17 mars d'un épithélioma du sein gauche. Les autres organes sont normaux, poumons y compris. Mais aux rayons X, épaissement des hiles pulmonaires droit et gauche avec opacité dans les deux tiers inférieurs et surtout au bord externe des poumons. Adénopathie manifeste. L'ombre des vaisseaux claviculaires à droite est très distincte. Après quelques alternatives, mais en s'acheminant dans l'ensemble vers l'aggravation, la malade mourut le 14 juin suivant, après avoir présenté un syndrome de mélancolie. A l'autopsie : récurrence néoplasique au niveau de la plaie opératoire avec métastases dans les poumons et la colonne vertébrale.

Cas n° 6113 :

Août, 15. — Manœuvre, âgé de 33 ans, bien constitué. Depuis cinq semaines douleurs aiguës, intermittentes, de la région lombaire. Tenesme vésical avec pollakiurie. Amaigrissement considérable. Les organes et appareils ne montrent rien d'important excepté la prostate et la vésicule séminale droite augmentées de volume et fluctuantes. Août, 16, opération : taillé hypogastrique, exérèse partielle d'une tumeur vésicale, cautérisation, drainage. Mort le 26 septembre après divers accidents abdomino-pelviens, sans manifestations pulmonaires à aucun moment. Autopsie : carcinome de la vessie avec métastases aux poumons.

Ces métastases pulmonaires existaient-elles avant l'intervention ? Il y a lieu de le penser. En ce cas leur notion eût suffi à la contre indiquer.

Cas personnel :

Blanchisseuse 45 ans. Antécédents héréditaires sans intérêt. A présenté à 18 ans, une affection ayant les caractères d'une typhoïde. Huit grossesses à terme ; pas d'avortements. Plusieurs accès de colique hépatique, une fois avec fièvre et ictère ayant persisté pendant deux mois après la colique. Trois mois avant d'être examinée la première fois pour sa maladie actuelle, dégoût pour les graisses, ictère et amaigrissement progressifs, perte de l'appétit, diarrhée alternant avec constipation. Décoloration intermittente des selles. Gmelin positif. Pas d'albumine ni de sucre. Température normale. Pas de coliques, ni de vomissements. A l'examen de la région hépatique rien d'anormal, si ce n'est que la vésicule est palpable, quoique non douloureuse. Cœur normal, sauf bradycardie. Rien au niveau des poumons, ainsi que des autres organes ou appareils. Le diagnostic d'obstruction cholédocienne par calculs ayant été porté, on lui conseille d'aller se faire opérer par un chirurgien qui demeurerait à trois journées de l'endroit. Pendant les préparatifs du voyage nécessaire, six jours après l'avis donné, apparition de violents accès de toux, avec dyspnée intense et crachats hémoptoïques abondants, sans fièvre ni signes thoraciques appréciables, si ce n'est quelques râles ronflants à la région hilare. L'état général, l'ictère allèrent en s'aggravant. Un œdème de la jambe gauche survint, précédant la mort, qui eut lieu quinze jours après le début de l'épisode pulmonaire. L'autopsie n'a pas été faite.

D'après la symptomatologie présentée, il s'agissait sans doute d'un néoplasme malin de la tête du pancréas avec métastases pulmonaires.

— Ici, la notion de coliques hépatiques répétées avec ictère subissant au début des alternances, faisant sans

doute songer à une lithiase biliaire, d'autant plus que le sujet était une femme multipare, et que sans avoir besoin de faire intervenir sa typhoïde ancienne, on sait l'influence de la grossesse sur les états cholestériques, influence sur laquelle notre maître a souvent insisté. Mais on sait aussi combien les lithiases biliaires sont fréquentes à l'origine de ce cancer du pancréas, dont l'absence de coliques, l'amaigrissement notable et progressif, enfin la dilatation de la vésicule eussent dû éveiller l'idée. Malgré l'absence de radioscopie, le syndrome pulmonaire qui se manifesta, semble bien avoir été d'origine néoplasique, néoplasie sans doute secondaire à celle de la région pancréatico-cholédocienne.

Ce fut donc la révélation parfaite de la néoplasie pulmonaire qui, en même temps qu'elle prévint chez cette femme une intervention inutile, permit le diagnostic de cancer de la tête du pancréas.

Ces cas suffisent à mettre en lumière l'intérêt qui s'attache au diagnostic précoce du cancer du poumon. Comment expliquer que ce diagnostic soit si rarement fait ?

Dans toute la pathologie il est exceptionnel qu'un symptôme puisse à lui seul entraîner une certitude complète. On peut dire pourtant que la constatation indiscutable d'un bacille de Koch dans un liquide céphalo-rachidien impose le diagnostic de méningite tuberculeuse. De même en est-il pour le cancer du poumon, quand les produits issus de la tumeur ou de ses métastases peuvent être examinés histologiquement. Qu'ils proviennent de l'expectoration, d'une ponction pléurale, de la biopsie d'un ganglion, de celle de la tumeur même extériorisée, ou

atteinte par trachéo-bronchospie, selon la technique de Guisiez, s'il s'agit d'un cancer broncho-pulmonaire, on peut dire qu'à lui seul leur examen histologique est susceptible d'entraîner une conviction absolue. Bien plus, la notion de la variété histologique de la tumeur pourra parfois alors apporter sa contribution au pronostic. Mais, il faut bien le reconnaître, cet élément capital du diagnostic fait défaut dans la plupart des cas, et en particulier dans ceux que nous rapportons.

Il faut donc se rejeter sur des signes de simple probabilité. Par là nous entendons tous les symptômes cliniques classiques, en y ajoutant ceux que la radioscopie met en lumière. Et, sans doute, l'apparition chez un sujet ayant dépassé 45 ans, d'un ensemble symptomatique très riche, correspondant aux descriptions classiques du cancer du poumon avec vérification radioscopique, équivaldrait-elle pratiquement à cette certitude.

En réalité, ces faits ne se produisent que d'une façon rare et tardive. Il faut donc se rejeter sur quelques signes auxquels on attribue plus de valeur qu'aux autres. Parmi ceux-ci, il est classique de relever : la douleur intense et continue, l'expectoration gélatineuse — surtout si elle prend l'aspect de la gelée de groseille — ; la matité dure avec transmission anormale des bruits du cœur, les adénopathies sus-retro-claviculaires, enfin, surtout dans les sarcomes, l'aspect de pleurésie à grand épanchement avec ponction exploratrice sans résultat. Ces signes, non pathognomoniques sans dou-

te, mais les plus caractéristiques, sont aussi les plus rares. Dans nos trois premiers cas, la douleur fait défaut ou ne présente aucun caractère qui permette de la rattacher nettement à sa cause. L'expectoration gélatineuse ne fut jamais observée d'une façon indiscutable. Jamais, en tout cas, nous ne vîmes d'expectoration gelée de groseille.

La matité dure avec transmission anormale des bruits du cœur, est constatée chez notre second malade. Ce signe traduit, non le néoplasme même, mais une induration pulmonaire étendue et importante. Donc, en cas de cancer du poumon, une néoplasie déjà ancienne. Enfin, la ponction blanche avec syndrome d'épanchement ne prend sa valeur que dans certaines conditions.

Reste la radioscopie. Elle non plus n'apporte point de signe pathognomonique. Elle ne donne sur la lésion que des notions d'intensité et de topographie. Sans doute leur valeur est-elle grande et permettent-elles même parfois un diagnostic, sans doute sont-elles les plus constantes à donner des renseignements précis sur les néoplasmes du poumon. Mais comment peut-on être amené à faire l'examen radioscopique d'un poumon cliniquement muet ? Car, c'est pour le médecin un sujet constant de surprise, que le peu de symptômes donnés du vivant du malade par les énormes masses néoplasiques que l'autopsie révèle.

Etudions donc les conditions dans lesquelles un malade atteint de cancer du poumon peut se présenter à l'examen,

Dans un premier groupe d'observations, les symptômes pulmonaires existent et sont notés, mais c'est leur discrétion qui empêche de les rattacher à leur cause véritable. Ce fut le cas pour notre premier malade, également pour l'observation 5093 de Cabot, déjà citée. Pour appuyer davantage sur la fréquence des éventualités de cet ordre, citons encore les autres observations du même auteur. Ces cas sont instructifs parce qu'ils montrent non pas seulement l'absence possible de symptômes pulmonaires, mais encore une des conditions où, malgré leur absence, on doit songer à un néoplasme du poumon. La constatation d'un cancer de n'importe quel organe doit faire songer à la possibilité d'une métastase pulmonaire et engager à sa recherche radioscopique. A plus forte raison naturellement, si une intervention projetée doit trouver sa contre-indication dans cette métastase. Les cas 6381, 4421 et 6113 de Cabot, enfin notre cas personnel, sont spécialement instructifs en ce qui concerne cette question.

D'autres motifs doivent aussi engager à cet examen, tel, par exemple, un amaigrissement sans cause apparente. Inutile d'insister sur ce point.

Enfin dans un dernier groupe d'observations, il semble que tout soit conjugué pour inspirer au médecin l'erreur de diagnostic. Le poumon est muet ; les symptômes morbides y font défaut, ou sont si frustes qu'on méconnaît leur valeur. En revanche, l'attention est toute entière accaparée par des signes d'emprunt qui la retiennent presque forcément.

Ces signes d'emprunt sont de deux ordres. Ou bien, il s'agit de cette forme de cancer du poumon qui se révèle seulement par la compression de l'un quelconque des organes du médiastin. N'insistons pas sur ces cas bien connus. Rappelons seulement le syndrome de sténose œsophagienne offert par notre malade II, et chez qui, d'ailleurs, un ensemble plus riche de signes permettait aisément d'en établir la cause. Sans doute, un syndrome, quel qu'il soit, pouvant s'expliquer par une compression médiastinale commande-t-elle un examen radioscopique des organes du thorax, et en particulier des poumons.

Ou bien le syndrome présenté n'est en aucune façon d'ordre thoracique. Il porte sur des organes parfois éloignés. La tumeur primitive est muette, c'est sa métastase qui domine le tableau.

Citons, à ce propos, l'une des observations mentionnées dans l'article des *Annales de Médecine*, 3 Décembre 1920, auquel nous avons déjà fait allusion :

« OBS. XXII. — Ol... Louis, 54 ans, toussé et crache depuis plus de vingt ans. Il entre à l'hôpital parce que depuis un mois il a des douleurs au niveau de l'hypocondre droit et de la région lombaire du même côté. L'attention est de suite attirée sur son foie qui est énorme, dépasse le rebord costal de plus d'un travers de main ; la partie débordante est lisse, de consistance ligneuse, son bord inférieur arrondi n'a pas de scissure ; la surface très facilement accessible ne présente ni inégalité ni nodosité.

« Du côté des poumons, on ne constate rien d'autre qu'un peu de bronchite et d'emphysème.

« Ol... meurt deux mois plus tard, dans le marasme et la cachexie, ayant perdu 9 kilogrammes et ayant toujours été apyrétique.

« *Diagnostic anatomique : cancer bronchique au niveau du lobe inférieur du poumon droit. Métastases dans les ganglions trachéo-bronchiques et rétro-péritonéaux. Nombreux noyaux de généralisations dans le foie.* »

« Dans ce cas, bien qu'il s'agisse d'un malade toussueur depuis 20 ans, emphysémateux et bronchitique, l'attention se concentra uniquement sur la présence d'un très gros foie, dur, douloureux à la pression et non bosselé ».

Ces cas ne sont pas exceptionnels. Sur le lot de 27 malades étudiés par Mlle Cottin, M. A. Cramer et E. Saloz, 6 entrent dans cette catégorie d'erreurs de diagnostic. Il est instructif de faire un relevé du siège des métastases qui donnent lieu à ces erreurs et de la nature de ces mêmes erreurs. Nous trouvons donc, obs. XXII (celle que nous venons de reproduire) ; Diagnostic clinique : cancer du foie. Obs. XXIII, métastases cérébrales d'un cancer du poumon. Diagnostic clinique : hémiplegie gauche par hémorragie cérébrale. — Obs. XXIV. Cancer de la base du poumon gauche avec métastases dans le lobe frontal gauche. Diagnostic clinique : Cancer primitif d'une bronche du lobe inférieur du poumon droit avec métastases dans l'écorce des circonvolutions pariétale et frontale ascendantes. Diagnostic clinique : hémorragie dans une tumeur cérébrale. — Obs. XXVI. Cancer du sommet du poumon gauche. Métastases trachéo-bronchiques et cerebelleuses. Diagnostic clinique : tubercule cérébral avec réaction méningée. — Obs. XXVII, XXVIII et

XXIX. Métastases intrarachidiennes d'un cancer pulmonaire. Diagnostics portés : névrite sciatique, tabes avec brochopneumonie, syndrome de Landry.

Ces cas de métastases nerveuses sont d'ailleurs classiques. Des observations anciennes de Masiggia et de Kurt Wolff s'y rapportaient déjà. La première de celles que nous avons données, s'y rattache d'une façon évidente. Or, le cancer primitif du cerveau est rare. Il est plus souvent d'ordre métastatique, et M. André Thomas, dans un article récent consacré aux tumeurs cérébrales, donne au poumon la seconde place après le sein, parmi les organes dont la métastase cérébrale est le plus fréquemment issue. C'est dire implicitement qu'un diagnostic n'est pas complet quand après avoir conclu à un néoplasme cérébral, le médecin n'a point fait la radioscopie du poumon.

Chez une seconde catégorie de malades, les signes pulmonaires existent, et sont même marqués. Mais leur allure anormale semble destinée plutôt à déconcerter le clinicien qu'à orienter son diagnostic. Notre premier et notre troisième malades, imputaient à leur état un début subit, comme celui d'une infection pulmonaire aiguë, et dans le très intéressant article déjà cité des *Ann. de Méd.* et qui a trait à près d'une trentaine de néoplasmes pulmonaires, nous avons relevé que dans huit observations publiées, on porta en premier lieu le diagnostic de diverses affections pulmonaires aiguës, soit : de pleuro-pneumonie dans 2 cas (Obs. IX et X), de broncho-pneumonie ou de congestion

pulmonaire dans 3 cas (Obs. XI, XII et XXVIII), de gangrène pulmonaire dans 2 cas (obs. XIII et XIV), de pleurésie interlobaire metapneumonique dans un cas (obs. XXII)...

Souvent c'est le malade même qui impute à son état un début aigu, et peut-être, en effet, une infection surajoutée du poumon joue-t-elle, en appelant l'attention sur cet organe, le rôle du traumatisme dans le cancer du sein.

Se basant donc sur l'âge du malade, l'état général, les adénopathies possibles et tous les symptômes un peu anormaux qu'on pourra rencontrer au cours de l'affection aiguë semblant la mieux caractérisée, le médecin devra avoir recours à la radioscopie du poumon, si l'examen complet de son patient lui inspire la moindre hésitation. Ce faisant, sans doute n'évitera-t-il pas toujours de méconnaître un cancer du poumon. Du moins aura-t-il mis du côté de son malade toutes les garanties dont son devoir est de l'entourer.

En troisième lieu, nous nous bornerons à citer en passant cette forme bronchitique du cancer du poumon, partout décrite, et que toutes les pneumopathies chroniques peuvent simuler. Citons seulement à ce propos le malade de l'observation XX de Mlle E. Cottin et MM. Cramer et Saloz, atteint de cancer du sommet du poumon droit, et dont le diagnostic clinique fut celui de kyste hydatique suppuré du poumon droit, basé sur ce que « à la radioscopie on nota une ombre parfaitement ronde, de la grosseur d'une mandarine, à limites régulières et nettes, semblant tracées au compas. »

Enfin une quatrième catégorie englobe des cas où les symptômes pulmonaires font complètement défaut. Rappelons à ce propos, de nouveau, l'observation n° 4303 des *Cabot's Case Records of the Massachusetts General Hospital*, ainsi que trois autres déjà également cités et appartenant au même recueil.

## CONCLUSIONS

---

Si nous voulons donner ici la substance de cet ensemble d'observations, nous dirons :

1°. — Le cancer du poumon devrait cesser d'être aussi fréquemment une trouvaille d'autopsie. Un intérêt capital s'attache à sa reconnaissance qui peut, soit permettre un traitement radiothérapique, soit prévenir une opération inutile sur une tumeur déjà métastasée, soit même, parfois, aider à établir l'origine cancéreuse de troubles sans rapport apparent avec l'état pulmonaire.

2°. — La carence habituelle de signes de certitude engage à tirer parti de simples probabilités. Parmi celles-ci, celles dont la valeur est la plus grande, telles les adénopathies et l'expectoration en gelée de groseille, sont aussi les plus rares. C'est donc surtout à la radioscopie qu'on devra avoir recours.

3°. — Cet examen radioscopique peut suivant les cas être commandé par des conditions très variables, en rapport avec le polymorphisme clinique du cancer du poumon. Ou bien des signes pulmonaires existent, mais parfois très réduits, ou trompeurs, pouvant par exemple simuler une maladie aigüe; ou bien on ne trouve que des signes généraux, tels que l'amaigrissement ; parfois même

que des signes d'emprunt, résultant de quelque compression médiastinale, ou de quelque métastase souvent cérébrale. Dans tous ces cas, la méconnaissance du cancer et les conséquences graves qu'elle peut comporter seront souvent évitées par l'examen radioscopique du poumon.

*Le Président de Thèse,*  
A. CHAUFFARD.

*Le Doyen de la Faculté,*  
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :  
*Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
APPELL.





IMPRIMERIE  
G. LE GALL  
5, RUE ÉRARD

