

27 Na

ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

Une nouvelle forme anatomo-radiologique
de mycose pulmonaire primitive.
Le méga-mycétome intra-bronchectasique

Par le Professeur F. DÉVÉ

(de Rouen)

Extrait Tome XIII, N° 5, 1938

Gaston DOIN & C^{ie}, Éditeurs, 8, Place de l'Odéon, PARIS (VI^e)

BU Rouen Section Médecine-Pharmacie



D

2000238211

6062

à mon collègue le Prof. L. Née,
bien amical hommage

F. Héne

Magasin - Fds ancien

MAG

6062

Res. Bn 286

REF 42/

**Une nouvelle forme anatomo-radiologique
de mycose pulmonaire primitive.
Le méga-mycétome intra-bronchectasique**

Par le Professeur F. DÉVÉ

(de Rouen)

Les mycoses broncho-pulmonaires, à peine est-il besoin de le rappeler, sont le plus souvent greffées sur des lésions pré-existantes, de diverses natures: tuberculose, cancer, infarctus, abcès, bronchectasies. Mais à côté de ces mycoses secondaires existent des mycoses pulmonaires primitives qui évoluent pendant de nombreuses années à l'état de pureté.

Celles-ci sont caractérisées histologiquement par le développement et l'infiltration du champignon dans l'intimité du parenchyme pulmonaire et elles donnent lieu tantôt à des lésions nodulaires offrant, à l'œil nu, une grande ressemblance avec celles de la tuberculose, tantôt à des lésions inflammatoires bronchopulmonaires à tendance scléreuse extensive, qui aboutissent à une sclérose pulmonaire creusée ou non de cavernules et de petites bronchectasies. Ajoutons que les dites

ECOLE de MÉDECINE
et de PHARMACIE de ROUEN

BIBLIOTHÈQUE

lésions s'accompagnent souvent d'une thrombose des vaisseaux pulmonaires (1).

Cliniquement, ces mycoses pulmonaires primitives — les seules que nous ayons en vue — rappellent habituellement le tableau de la tuberculose pulmonaire chronique. D'autres fois, elles affectent, durant des années, l'allure banale d'une bronchite chronique accompagnée de sclérose pulmonaire et d'emphysème. Récemment, LÉON-KINDBERG a décrit, enfin, une forme anatomo-clinique et radiologique particulière ayant simulé, jusque sur la table d'autopsie, un cancer du poumon ulcéré (aspergillose pulmonaire primitive pseudo-cancéreuse) (2).

C'est une lésion mycosique du poumon entièrement distincte des précédentes que nous avons observée dans le cas que nous allons relater. Et cette lésion singulière devait engendrer un aspect radiologique très particulier, non encore signalé en matière de mycose pulmonaire. On avait affaire à une « tumeur mycosique du poumon » ou, si l'on veut, à une « forme tumorale de mycose pulmonaire », mais bien différente de celle que KINDBERG avait observée.

Cette très curieuse observation, *jusqu'ici unique* — car nous n'en avons pu retrouver aucune autre du même ordre (3) — nous a paru mériter d'être rapportée de façon un peu détaillée.

OBSERVATION. — Un homme âgé de 25 ans, chauffeur de taxi, entrant dans notre service de Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen, le 18 août 1931 au soir, pour une *hémoptysie* ayant débuté le matin du même jour. Sans aucune raison, alors qu'il était encore au lit, il avait été pris d'un crachement de sang rouge : la valeur d'un bol. Ce crachement s'était arrêté spontanément, au bout d'un quart d'heure. Mais, bien que le malade ait gardé le repos toute la journée et qu'il n'ait absorbé que des boissons glacées, il avait été repris, à 5 heures du soir, d'un nouveau crache-

(1) Nous renvoyons le lecteur au remarquable article publié naguère dans ces *Archives*, par P. NICAUD, sur « L'Aspergillose pulmonaire ». (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil pulmonaire*, 1927, tome II, n° 3, p. 243).

(2) M. LÉON-KINDBERG, M. PARAT et H. NETTER. *La Presse Médicale*, 14 novembre 1936.

(3) Notre ami le Dr M. LANGERON, dont la compétence en pareille matière est universellement connue, nous a confirmé qu'il n'existait, à sa connaissance, *aucun fait analogue dans la littérature*.

ment de sang, plus abondant que le premier, pour lequel il fut amené à l'hôpital.

Le soir de son entrée, température à 37°5, pouls à 80. A la visite du lendemain matin, température à 37°, pouls à 60. Malade nullement ému, car il était depuis longtemps habitué à cet incident.

Ancien sportif, joueur de foot-ball vigoureux, musclé, il avait dû abandonner, à 18 ans, ce jeu qu'il pratiquait depuis l'âge de 12 ans : précisément à cause des crachements de sang qui le prenaient au milieu du jeu. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis maintenant sept ans, il avait présenté de nombreuses hémoptysies semblables survenant parfois au repos complet, comme la veille, mais ordinairement à l'occasion d'un mouvement un peu brusque, souvent dans le geste de se baisser pour se chausser et surtout pour tourner la manivelle de son auto. Parfois il suffisait d'une inspiration profonde. Aussi nous déclarait-il qu'il crachait le sang « à volonté ».

L'hémoptysie était ordinairement de courte durée : une demi-heure, une heure ou deux. Et notre chauffeur de taxi reprenait son travail le lendemain. L'hémoptysie était-elle plus abondante ? il restait « au maximum trois jours sans travailler » : car cet ancien sportif était un garçon courageux. Dans ces occasions, jamais de douleurs thoraciques, jamais de fièvre. Et dans l'intervalle, ni oppression, ni toux, ni expectoration. Ayant conservé bon appétit et bon moral, il n'avait pas maigri et restait vigoureux.

Depuis sept ans, les crachements de sang, qui représentaient *l'unique symptôme* de son affection, se reproduisaient à intervalles irréguliers : deux ou trois fois dans le même mois ou tous les deux ou trois mois ; il était « même » resté « une fois six mois sans en avoir ».

A l'occasion de ces hémoptysies, il avait été soigné par divers médecins, pour « congestions pulmonaires » (sous-entendu : « tuberculeuses »). Cependant le malade nous ajoutait qu'on n'avait « jamais trouvé de bacilles ». Deux ans auparavant, en juillet 1929, à l'occasion d'un accident d'automobile (n'ayant d'ailleurs provoqué qu'une légère contusion du thorax), il avait été examiné à la radioscopie et on lui aurait constaté « une ombre régulière au milieu du poumon droit »...

N'avions-nous pas affaire, par hasard, à un kyste hydatique du poumon ? De prime abord, la chose paraissait assez vraisemblable.

A l'examen, on est en présence d'un grand et vigoureux gaillard, mesurant 1 m. 83 et pesant 95 kilogs. Dans sa famille on était « de forte constitution ». Son père mesurait 1 m. 80 et pesait 110 kilogs. Un frère mesure 1 m. 79 et pèse 105 kilogs. Pas de tuberculeux autour de lui. Dans son enfance il n'a eu ni coqueluche, ni bronchites à répétition, ni broncho-pneumonies, ni pleurésies. S'il a été réformé à la conscription, ce fut précisément pour « hémoptysies », sur certificat médical.

On remarque immédiatement une *déformation hippocratique* très accusée des doigts et des orteils : ongles « en verre de montre » typiques, extrémités légèrement cyanosées. Pas de déformation thoracique, sauf une légère scoliose dorsale à convexité droite.

Pratiqué après la cessation de l'hémoptysie, l'examen clinique ne révèle aucune anomalie de percussion, ni en avant ni en arrière. A l'auscultation, c'est à peine si l'on constate sous la clavicule une légère diminution d'intensité de l'inspiration et une expiration un peu prolongée, sans bronchophonie. Pas un râle ; aucun signe cavitaires. Rien d'anormal en arrière ni dans l'aisselle. Pas d'adénopathies sus-claviculaires ni axillaires. Cœur normal. Foie non débordant. Aucuns signes digestifs. Dans l'urine, ni sucre ni albumine. Réflexes tendineux et oculaires normaux. Pas de syphilis acquise connue. Aucuns stigmates d'hérédo-syphilis. Réactions de Bordet-Wassermann, Hecht et Vernes négatives. Disons tout de suite que la recherche du bacille tuberculeux après homogénéisation des crachats hémoptoïques devait rester négative. Renouvelée à plusieurs reprises, par la suite, cette recherche demeura toujours négative.

Une radioscopie, suivie de radiographie, pratiquée le 27 août 1931, devait nous révéler, au-dessous de la clavicule droite, en plein champ pulmonaire, à distance du médiastin, une *ombre ovoïde* à grand axe vertical (ou plutôt un peu oblique en haut et en dehors), étendue de la 4^e à la 6^e côte en arrière (fig. 1). Elle présentait cette particularité singulière d'être séparée d'une coque opaque par un espace clair, en fer à cheval, large de 2 mm. (fig. 2). On était en présence d'un corps moyennement opaque, ne masquant pas les côtes, *encapsulé*, entouré d'une « calotte aérienne » dans sa moitié supérieure. Le corps ovoïde en question n'était pas tout à fait régulier. Sous certaines incidences, sa surface libre apparaissait un peu irrégulière, légèrement bossuée (fig. 3). Le reste du parenchyme pulmonaire était normal. Pas d'adénopathies hilaires.

Au premier moment, nous avions envisagé l'hypothèse d'un kyste hydatique. D'autant que le malade demeurerait non loin des abattoirs de la ville et qu'il avait possédé des chiens chez lui. Cependant ce garçon n'avait jamais présenté d'urticaire, n'avait jamais craché d'« eau salée » ni rejeté aucun débris membraneux. L'examen microscopique de quelques crachats muco-purulents brunâtres, qu'il rejetait les jours suivant son hémoptysie, n'y révélait ni fragments cuticulaires ni crochets. On y constatait seulement des polynucléaires neutrophiles (pas d'éosinophiles), sans présence de cellules anormales d'aspect néoplasique. Et d'autre part, les *réactions biologiques de l'échinococcose* (éosinophilie sanguine, précipito-réaction, déviation du complément, cuti-réactions) se montrèrent franchement *négatives*.

Le diagnostic de kyste hydatique du poumon se montrait donc très douteux. On pouvait éliminer, à coup sûr, l'hypothèse d'une tumeur maligne, étant donnés, d'une part l'aspect radiologique (tumeur encapsulée), d'autre part la durée de l'affection et la conservation parfaite de l'état général depuis sept ans. Étaient également à rejeter l'idée d'un kyste dermoïde, celle d'une volumineuse gomme syphilitique... Nous devions avouer notre grand embarras pour nous arrêter à un diagnostic satisfaisant.

A sa sortie, après quelques jours — car il se trouvait « très bien » et désirait reprendre son métier, — nous recommandâmes au malade de revenir dans le service en cas de nouveau crachement de sang important et

surtout de ne pas manquer de nous apporter ses crachats s'ils venaient à renfermer « quelque chose d'anormal ».

A maintes reprises, par la suite, ce garçon devait revenir dans le service. Une première fois, le 17 octobre de la même année 1931 : à l'occasion d'une hémoptysie qui devait durer cinq jours. Une nouvelle radiographie montrait le même aspect que précédemment : même ombre encapsulée ; pas de niveau liquide. Après une dizaine de jours, le 31 octobre, nous faisons pratiquer par le D^r LESSERTISSEUR une injection lipiodolée intra-trachéale suivie de décubitus droit. Une radiographie, dans cette position, révéla au niveau de l'ombre anormale, une petite flaque de lipiodol déclive et deux ou trois ombres arciformes pouvant, à la rigueur, dessiner le contour d'hydatides accolées (?).

Pas d'images de dilatations bronchiques dans le voisinage ni dans le reste du poumon droit. Nouvel examen microscopique des crachats : ni bacilles tuberculeux, ni débris hydatiques. Les réactions biologiques de l'échinococcose, renouvelées, se montrent toujours négatives. Au cours même du séjour du malade à l'hôpital, nouvelle hémoptysie, le 3 novembre.

Dans l'hypothèse de quelque tumeur solide intrapulmonaire (schwannôme ?), on soumet le malade à la radiothérapie (D^r LESSERTISSEUR) : 149 kv ; 13 mm. Al. ; 3 m. A ; champ moyen sous-claviculaire droit ; séances de 45 minutes, tous les deux ou trois jours (les 13, 16, 18, 20, 23 novembre 1931). Une nouvelle radiographie pratiquée le 26 novembre montre la persistance, au niveau du lobe supérieur du poumon droit, de la majeure partie du lipiodol injecté. En raison des sensations de « brûlures internes » accusées par le malade (peut-être causées par des rayons secondaires caustiques, émis par le lipiodol ?), on suspend le traitement durant deux mois.

La radiothérapie est alors reprise et poursuivie sans incidents : dix autres séances jusqu'en avril 1932. Durant ce temps les hémoptysies ont disparu : à peine un crachat sanglant, de loin en loin. Le malade déclare « se sentir mieux ». Cependant l'image pulmonaire persiste sans changement : pas de diminution de l'ombre « tumorale » et persistance de la « calotte aérienne ».

C'est seulement en janvier 1933 que le malade, ayant repris sa profession de chauffeur de taxi, devait revenir dans le service : à l'occasion d'une hémoptysie plus importante que les précédentes (150 gr. de sang pur, le jour de son entrée). Malade en bonne santé apparente, non amaigri, apyrétique. Radiographie le 27 janvier 1933 : toujours la même ombre pulmonaire ovoïde, avec une calotte aérienne plus mince. On retrouve encore (après 15 mois) des traces de lipiodol dans la partie déclive de l'ombre (fig. 4). Auscultation toujours négative, de même que les réactions biologiques de l'échinococcose, refaites après plus d'un an. Du 3 février au 1^{er} mars 1933, six nouvelles séances de radiothérapie.

Malade revu le 27 avril 1933, à l'occasion de quelques crachats hémoptoïques. Même image radiologique.

Revu le 9 mai, en bon état. On pratique une radiographie « tête en

bas », pour voir si le « corps étranger » est mobile dans sa cavité et décollable. Il semble s'être légèrement déformé dans cette position et la calotte aérienne n'est plus visible. Toujours aucun rejet de débris suspects. Réactions échinococciques vérifiées de nouveau : toujours négatives.

Rentrée du malade le 24 avril 1934. Depuis un mois, reprise de petites hémoptysies. Hier, hémoptysie plus importante provoquée par un effort. Apyrexie. Pouls à 64. Auscultation toujours négative. Sortie le 30 avril.

20 novembre 1934, nouvelle hospitalisation, à l'occasion d'une hémoptysie franche (100 gr.) précédée, depuis vingt jours, de crachats hémoptoïques. Apyrexie. Bon état général. Pas d'amaigrissement.

Trois autres petites hémoptysies en décembre 1934.

Le malade rentre le 27 mars 1935, à l'occasion d'un nouveau crachement de sang. Durant un séjour prolongé qu'il fait dans le service et malgré un repos complet au lit, les crachats hémoptoïques se renouvellent en dépit des diverses médications (glace, extrait thébaïque, nitrile d'amyle, éméline, rétropituite, petite transfusion et sept nouvelles séances de radiothérapie).

On institue un *pneumothorax « hémostatique »*. 1^{re} insufflation, le 15 mai 1935 (200 cc.), suivie d'une petite hémoptysie. 2^e insufflation le 17 (650 cc.) suivie d'hémoptysie le soir même et le lendemain. 3^e séance le 20 (500 cc.) ; quelques crachats teintés, les jours suivants. 4^e, 5^e et 6^e séances bien supportées. Le malade sort de l'hôpital. Son pneumothorax est entretenu par une séance hebdomadaire. L'insufflation du 25 juillet (500 cc.) est suivie, dans la nuit, d'une hémoptysie. Nouvelle insufflation, le 26 (700 cc.). L'hémoptysie se renouvelle trois jours de suite. Une dixième insufflation, le 8 août (500 cc.) est suivie d'hémoptysie se prolongeant quatre jours de suite. On renonce à poursuivre le pneumothorax.

Entre temps, de nouveaux examens radiologiques avaient été pratiqués, qui avaient montré l'affaissement du poumon et l'accolement de l'ombre tumorale au médiastin. L'ombre n'avait pas diminué de volume, mais la calotte aérienne n'était plus décelable. Aucune expectoration anormale ne s'était produite.

A diverses reprises, notre courageux malade avait réclamé « l'opération ». Étant donnée l'obscurité persistante du diagnostic, l'improbabilité chaque jour plus évidente d'un kyste hydatique, et devant la gravité d'une intervention pouvant entraîner une pneumectomie totale, nous avions fait à ses demandes une réponse dilatoire. Finalement, découragé par l'insuccès flagrant de tous nos essais thérapeutiques, lassé par la répétition incessante de ces crachements de sang qui rendaient impossibles ses occupations professionnelles et rendaient sa vie insupportable, le malade *exigea* « une opération » : « risque pour risque ».

Les chirurgiens consultés, nos collègues les professeurs Jacques PETIT et DESSAINT, estimèrent qu'une lobectomie était peut-être praticable. A leur demande, le pneumothorax fut entretenu dans le but de faciliter l'exploration pulmonaire au cours de l'intervention. Examen radiologique de contrôle avec repérage pour préciser le siège de la tumeur.

Opération, le 3 octobre 1935 (Prof. DESSAINT et J. PETIT). — Incision le long du 6^e espace intercostal droit, depuis la masse musculaire paravertébrale jusqu'au sternum. Ablation de la 6^e côte dans sa presque totalité. Section de la 7^e côte, au niveau de son col. Incision de la plèvre.

Par la brèche thoracique, on aperçoit dans le poumon affaissé une masse paraissant lobulée, recouverte d'une plèvre violacée. Cette masse a le volume d'un poing d'enfant. Elle siège à la partie inférieure du lobe supérieur lequel est *intimement soudé au lobe inférieur* (symphyse scissurale).

Entre le lobe supérieur et la paroi thoracique existent cinq « cordes » qui sont sectionnées. Mais on ne peut rompre les adhérences interlobaires. D'autre part, le poumon se montre fixé au médiastin. Une pneumectomie apparaît aussi impraticable que la lobectomie primitivement envisagée.

Une *ponction exploratrice* est pratiquée dans la tumeur : elle reste négative. Il s'agit bien d'une *tumeur solide*, de consistance très ferme (l'examen histologique extemporané du contenu de l'aiguille ne révèle rien de particulier : quelques leucocytes).

Fermeture de la plaie thoracique. Double surjet de catgut sur la brèche pariétale. Suture de la peau à la soie.

Suites opératoires. — 4 octobre : température : 39° ; pouls à 120. Dyspnée et toux ; pas d'expectoration sanglante.

5 octobre : T. 39°, 39°7. Trois crachats hémoptoïques.

Les jours suivants, la fièvre, la dyspnée et la toux persistent. T. : 39°, 39°5 ; P. 100, 120. Expectoration purulente, non sanglante.

12 octobre (neuvième jour après l'intervention) : violent point de côté droit, accompagné de malaise. L'interne du service enlève les fils et évacue un **hématome pariétal suppuré**, malodorant. Lame de caoutchouc.

13 octobre : malade dyspnéique. Issue, par la plaie drainée, d'une sérosité louche, d'odeur fétide. Il ne peut être question d'une nouvelle intervention étant donné l'état grave du malade.

14 octobre. Dyspnée extrême. On perçoit de la traumatopnée au niveau de la plaie thoracique.

16 octobre. Mort à 9 heures du matin, en état d'asphyxie et de coma.

EN RÉSUMÉ : Chez un homme de 25 ans, vigoureux et en excellente santé apparente, nous nous sommes trouvé en présence d'une affection pulmonaire chronique, apyrétique, qui remontait déjà à sept années et que nous avons pu suivre pendant quatre autres années. Cette affection devait se traduire uniquement par des *hémoptysies répétées*, sans expectoration intercalaire, sans toux ni dyspnée, sans signes stéthacoustiques permettant de localiser la lésion pulmonaire causale, que trahissait pourtant un *hippocratisme* marqué des doigts et des orteils.

La lésion devait se révéler avec la plus grande netteté à l'examen radiologique, sous forme d'une ombre ovoïde assez régulière et strictement limitée, siégeant au centre du lobe supérieur du poumon droit. De la taille approximative d'un œuf de poule, la néoplasie se montrait encapsulée, avec cette particularité remarquable qu'un plan de clivage clair séparait la « tumeur » de son enveloppe et que cet espace aérien communiquait avec la canalisation bronchique, comme le confirmait la pénétration du lipiodol injecté dans la trachée.

La « tumeur » pulmonaire en question n'était certainement pas maligne. C'est ce que prouvaient suffisamment, et la longue durée de l'affection (onze années), et la conservation d'un excellent état général, et l'absence d'extension ou de diffusion des lésions suivies radiologiquement à de multiples reprises durant les quatre dernières années, et l'absence d'adénopathies hilaires, et enfin l'absence de métastases.

D'un autre côté, en dépit de la constatation du signe « du décollement » — réputé « absolument pathognomonique », — il ne s'agissait très probablement pas d'un kyste hydatique, étant données la forme de l'ombre radiologique, la direction oblique de son axe, l'immuabilité de son image, étant donnée l'absence de toute vomique, de toute expectoration suspecte, l'absence maintes fois contrôlée de tous débris échinococciques (lambeaux de cuticule, crochets de scolex) dans les crachats hémoptoïques, enfin étant donnée la négativité constante des réactions biologiques de l'échinococcose.

Nous étions donc en présence d'une « néoplasie intra-pulmonaire » de nature indéterminée, que l'opération elle-même, en vérité incomplète, n'avait pu préciser.

C'est seulement l'autopsie qui devait permettre d'élucider ce cas resté obscur jusqu'au dernier jour.

Autopsie, le 17 octobre 1935 (Prof. F. DÉVÉ). — Autopsie après fixation formolée post-mortem. Celle-ci avait été effectuée, deux heures après la mort, à la fois par injection intra-trachéale d'une solution formolée à 10 % et par injection de la même solution dans la cavité pleurale, par la plaie pariétale.

Rien de particulier à retenir du côté de l'abdomen. Viscères normaux.

Cavité thoracique. — La cavité pleurale droite communique avec la plaie opératoire ouverte : pyo-pneumothorax.

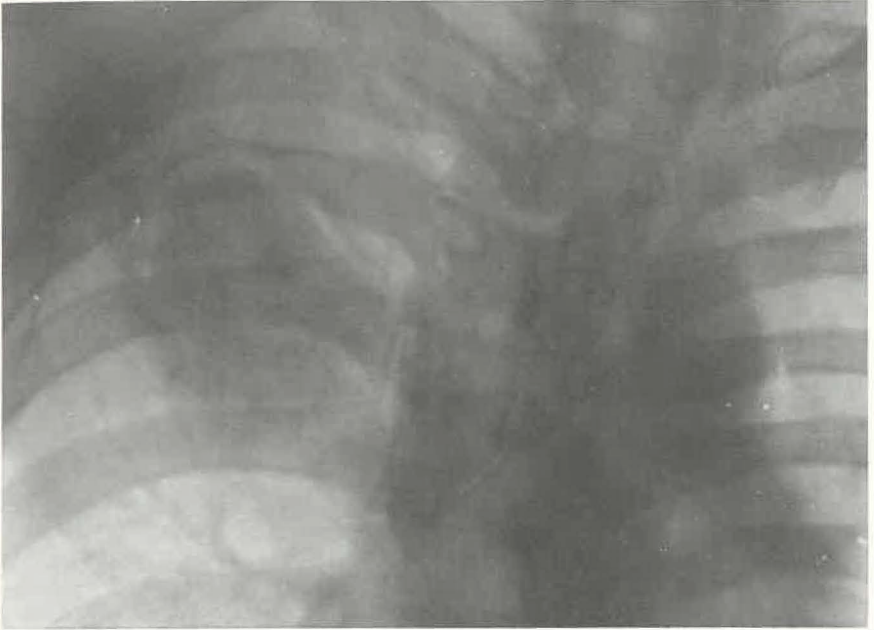


FIG. 1. — Mycose pulmonaire à forme tumorale. Radiographie du thorax.

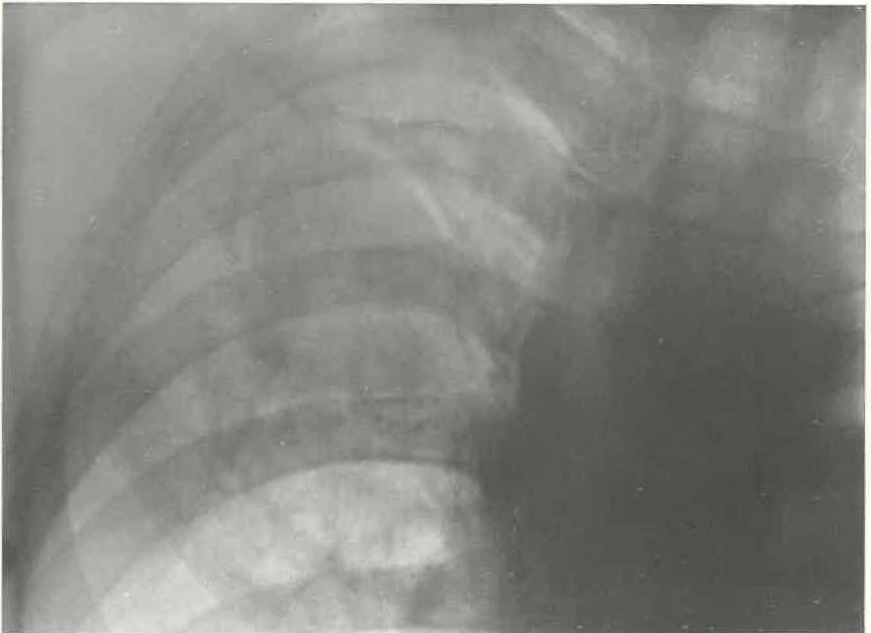


FIG. 2. — Radiographie frontale. Signe de la "calotte aérienne".

Mémoire de M. F. DÉVÉ.



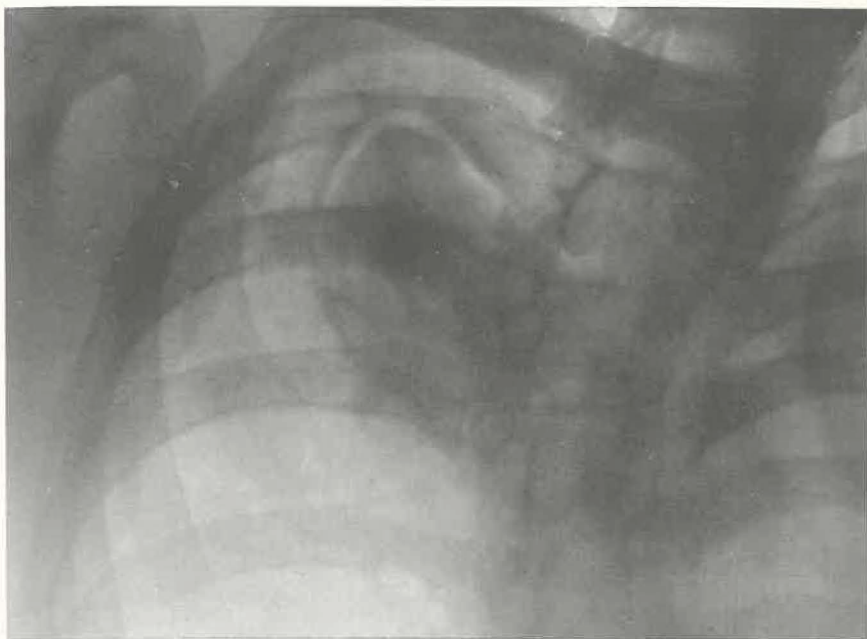


FIG. 3. — Radiographie oblique antérieure droite.
Remarquer la légère irrégularité de la silhouette.

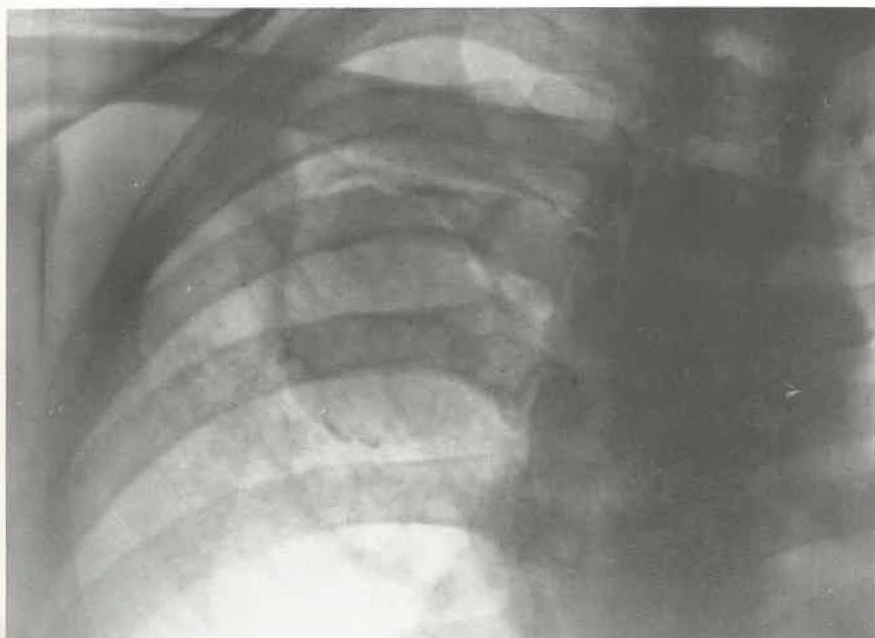
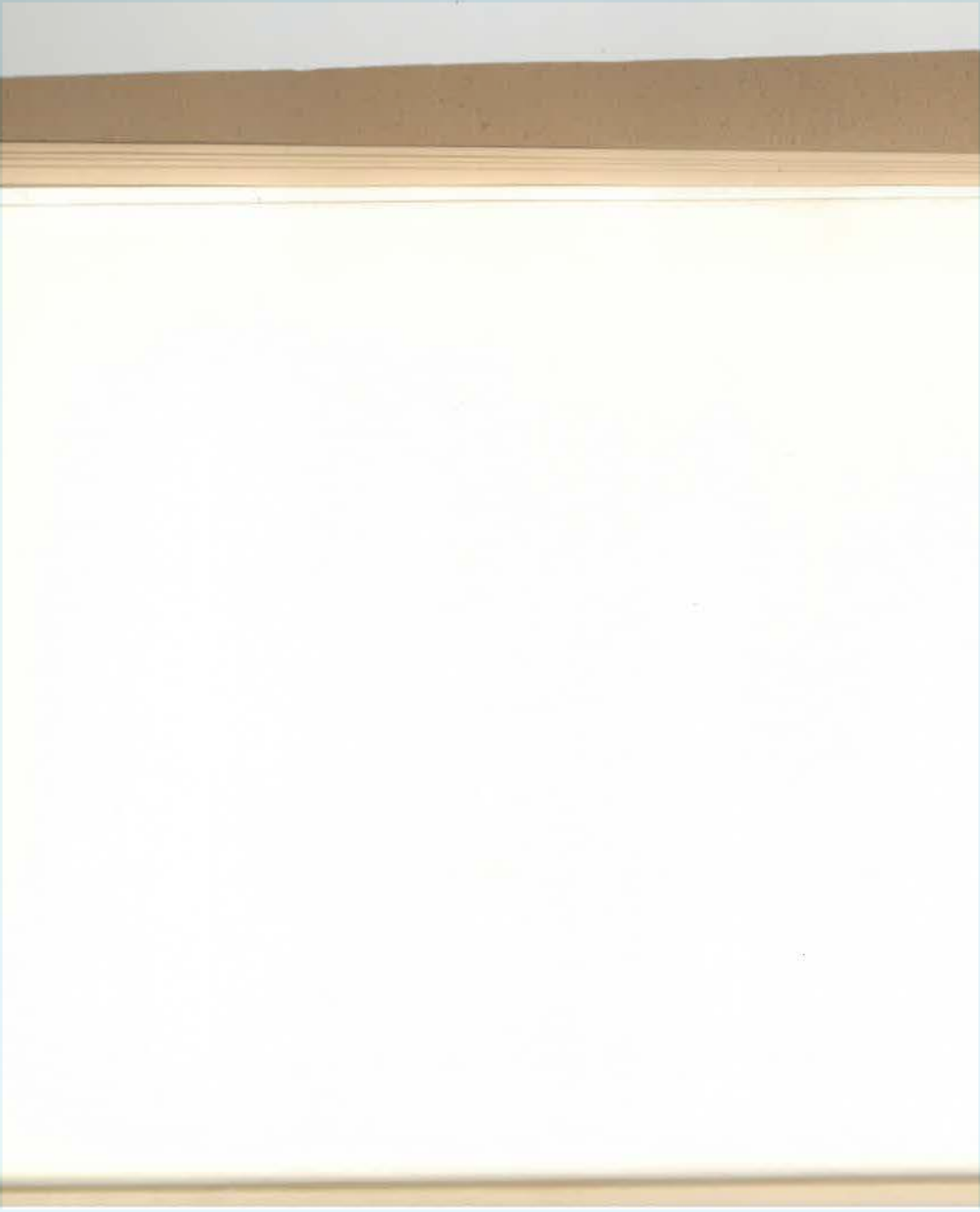


FIG. 4. — Radiographie faite quinze mois après une bronchographie lipiodolée.
Persistance de l'image " de décollement " et persistance de traces de lipiodol à la partie déclive (inférieure gauche).

Mémoire de M. F. DÉVÉ.



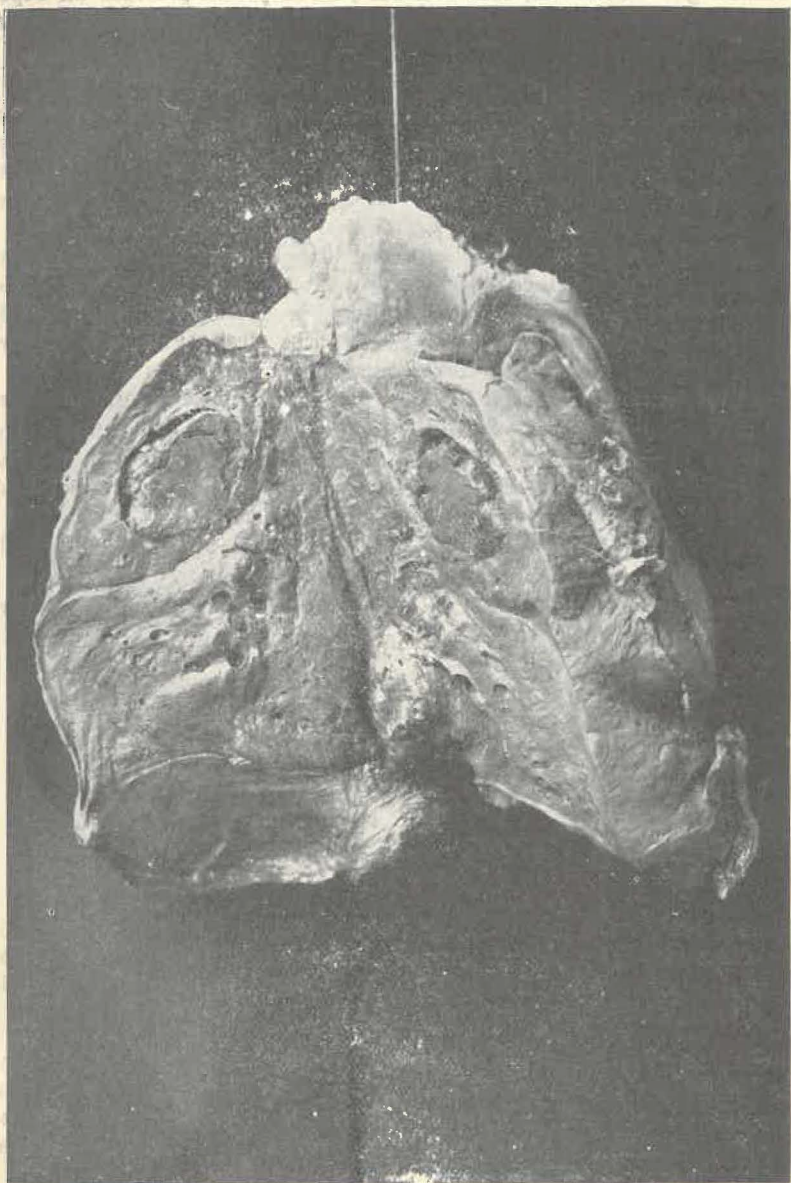


FIG. 5. — Section vertico-transversale du poumon.
Le mégamycétome a été sectionné à peu près par son milieu.

Le poumon collabé est couvert d'un enduit fibrino-purulent mat.

Poumon gauche normal, sauf à la base, où la plèvre présente un dépôt fibrineux. A ce niveau, la section du lobe inférieur révèle des signes de congestion pulmonaire.

Cœur normal. Aorte et artère pulmonaire normales.

Une section vertico-transversale du poumon droit est pratiquée, passant par le centre de la zone « tumorale » indurée (fig. 5). On découvre, au milieu du poumon collabé, au centre du lobe supérieur qui est intimement soudé au lobe inférieur, une *masse solide* qui a été sectionnée à peu près par le milieu. De forme ovoïde, de couleur brunâtre, de structure et de consistance uniforme, légèrement onctueuse à la coupe, elle représente une sorte de *volumineux calcul*, mesurant 4 cent. 5 sur 3 cent. 5, inclus dans une *cavité intra-pulmonaire* régulière, moulée sur lui et à laquelle il n'adhère pas (fig. 6). La surface de ce corps étranger est un peu irrégulière, crevassée et comme verruqueuse. La cavité pulmonaire qui le contient est en relation directe avec les grosses bronches lobaires voisines.

En raison de la fixation formolée remontant déjà à 24 heures, il ne pouvait — malheureusement — être question de pratiquer des cultures, ni du liquide puriforme pleural, ni du contenu de la « caverne » pulmonaire, ni du corps étranger lui-même.

Après photographies de la pièce, une moitié en est prélevée pour les examens histologiques et chimiques.

La moitié antérieure du « calcul » sectionné est adressée au laboratoire du Prof. GUERBER, en vue d'une analyse chimique qui donnera les résultats suivants :

Poids	6 gr.
Matières grasses	14,2 p. 100
Hydrocarbures	21 —
Protides	6,25 —
Cendres	6 —
Pas d'iode.	

D'autre part, nous prélevons sur l'autre tranche du corps étranger un large fragment, en vue d'un examen histologique. Celui-ci devait nous révéler — à notre extrême surprise — qu'il s'agissait d'un *tissu mycélien pur*, d'un monstrueux « grain » mycosique.

1° *Examen microscopique du corps étranger intra-cavitaire.* — Dans toute l'étendue de la coupe (2 cent. 3 × 1 cent. 3), on est en présence d'une trame uniforme constituée, à l'état de pureté, par un *feutrage mycélien* dense, aux thalles orientés différemment, par sortes de faisceaux, en sorte que les filaments apparaissent, par endroits, vus dans leur longueur et pour ainsi dire « à plat » (fig. 7), tandis que dans d'autres points ils sont sectionnés transversalement, la coupe des tubes mycéliens simulant, pour un œil non averti, autant de « spores » (fig. 8). Le corps étranger ne présente pas d'écorce, pas d'enveloppe périphérique : il est « nu ».

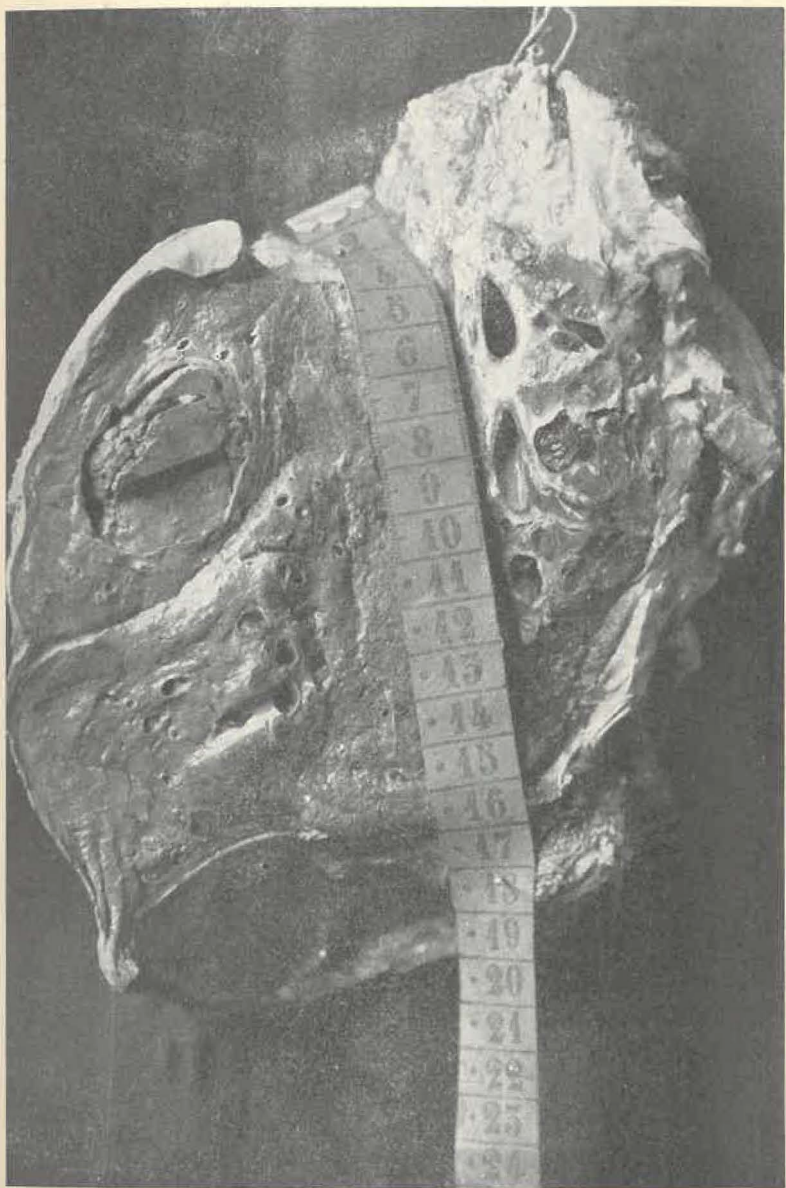


FIG. 6. — Tranche postérieure de la pièce. Le « centimètre » joint permet d'apprécier les dimensions du mycétome. Un important fragment de celui-ci a été prélevé pour l'examen microscopique.

Ni à sa surface ni dans son intimité, on ne trouve de formes de fructification.

Bref, pour employer une comparaison grossière, nous étions en présence d'une véritable *truffe*.

Restait à identifier la nature exacte du champignon en cause — si la

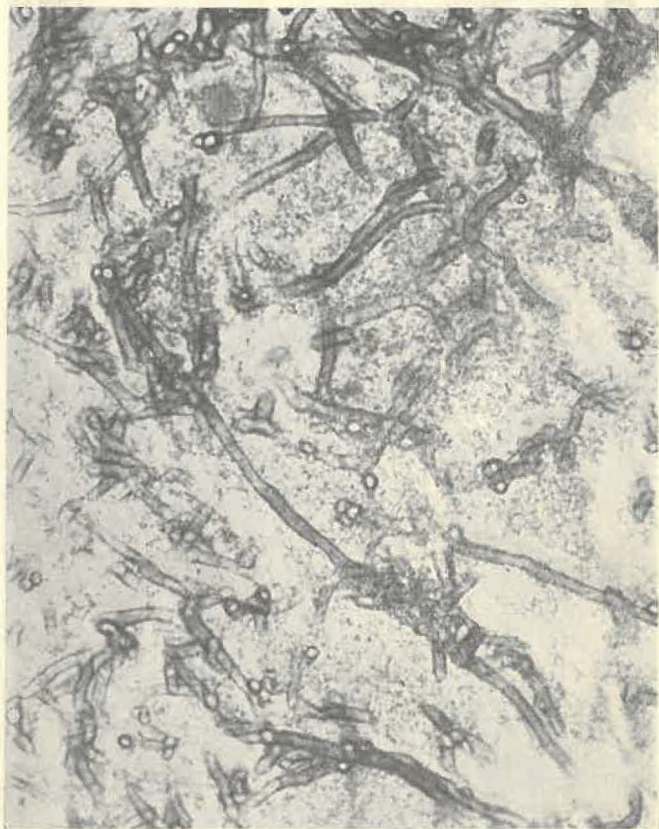


FIG. 7. — Microphotographie du feutrage mycélien dans une région où les tubes sont vus « à plat ». Grossissement : $\times 400$.

chose était possible en l'absence de cultures (puisque celles-ci avaient été malencontreusement rendues impossibles par la fixation préalable de la pièce). Nous nous sommes adressé, pour cela, à l'éminent mycologue qu'est notre ami le Dr Maurice LANGERON. Voici, écrit sous sa dictée, le protocole prudent de son examen : « En l'absence de cultures, qui eussent été indispensables pour l'identification du champignon, et en l'absence de formes de fructification sur les coupes, on doit se borner à

constat. l'existence d'un *champignon à filaments volumineux et cloisonnés*, ayant édifié un énorme « grain », de texture serrée. On peut dire qu'il s'agit d'une *Aspergillacée* : suivant toute vraisemblance, d'un *Aspergillus*, ou d'un *Sterigmatocystis*, plutôt que d'un *Penicillium* ».

2° *Examen de la cavité pulmonaire.* — A l'examen macroscopique de

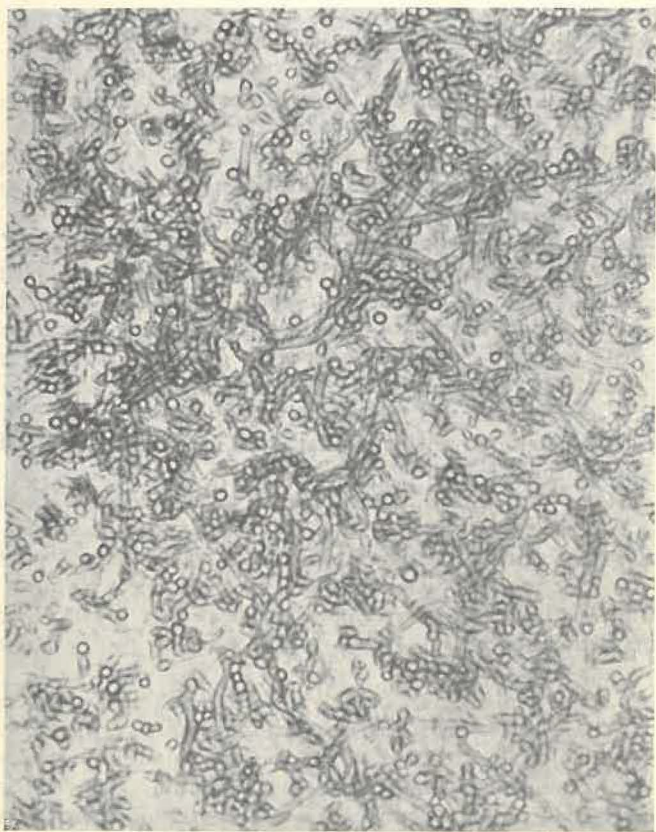


Fig. 8. — Même coupe, même grossissement. Ici, les tubes mycéliens sont sectionnés transversalement. Pseudo-aspect de spores.

la section antérieure de la pièce, après extraction du « corps étranger » — non encore identifié, — on constate que la cavité régulière qui le renfermait et à laquelle il n'adhérait pas est en communication, au niveau de son pôle interne, hilare, avec deux orifices bronchiques, voisins l'un de l'autre, conduisant dans la bronche souche, toute proche, après un trajet de 1 cent. 5 pour la principale des deux bronches et de 1 cent. 8 pour la plus petite. Ces deux bronches secondaires, dont les lumières me-

surent respectivement 4 et 3 millimètres, s'ouvrent à plein canal dans la cavité pulmonaire anormale. En dépit de la présence de deux orifices bronchiques, il semble, au premier abord, qu'on ait affaire à une grosse *bronchiectasie*.

L'examen histologique d'une série de fragments prélevés sur cette pièce nous a permis d'étudier la structure de la paroi cavitaire, depuis son pôle interne jusqu'à son pôle parapleurale.

Dans la première région, nos coupes sériées ont été orientées de façon à intéresser dans son axe la bronche principale s'abouchant dans la caverne mycosique (Fig. 9). De la sorte, nous avons pu constater, sur cette pièce bien fixée histologiquement, la transformation de la paroi bronchique présentant d'abord sa *structure typique* : son haut épithélium cylindrique cilié, ses glandes, ses cartilages (1), etc. A cet aspect fait brusquement suite une *zone intermédiaire* formée d'un tissu de bourgeon charnu très vascularisé, sans traces de glandes et qui, sur plus d'un centimètre de longueur, apparaît superficiellement *tapissé d'un épithélium pavimenteux stratifié*. Au-delà de cette zone, une nappe régulière de *tissu de granulation, télangiectasique*, presque angiomateux par places, couvre le reste de la cavité. Nous signalerons que, dans un point correspondant à la zone moyenne, en quelque sorte équatoriale, de la cavité mycosique, nous avons surpris, sur nos coupées sériées, l'abouchement d'une bronchiole dans la cavité (avec accumulation d'épithélium cylindrique desquamé dans sa lumière).

Nulle part sur le pourtour de la cavité, on ne constatait la *moindre pénétration de filaments mycéliens* ni dans le parenchyme pulmonaire ambiant, ni dans l'épaisseur de la nappe de tissu de granulation : aucuns grains ni microabcès interstitiels. D'autre part, il n'existait pas trace de prolifération mycélienne à la surface intérieure de la cavité. Le « calcul mycosique » n'adhérait nulle part à la paroi : il formait un énorme « grelot » incarcéré dans sa caverne.

Ajoutons que, mis à part l'état d'atélectasie du tissu pulmonaire ambiant (atélectasie provoquée par le pneumothorax artificiel pré-opératoire, compliqué du pyo-pneumothorax post-opératoire), à part les lésions inflammatoires récentes, superficielles, en relation avec la suppuration pleurale terminale, à part, enfin, la présence d'une ancienne symphyse pleurale interlobaire, le parenchyme voisin n'offrait aucunes lésions chroniques et spécialement *aucune sclérose pulmonaire péricavitaire*. Ni dans le reste du lobe supérieur ni dans les lobes voisins, il n'existait d'autres cavernes ou bronchiectasies. La cavité que nous venons de décrire était *unique et en relation évidente avec le calcul mycosique*.

Lésions artérielles. — Une dernière particularité anatomo-pathologique nous reste à signaler. Déjà, nous avons indiqué, sur toute la surface in-

(1) A noter que, sur une des parois de la bronche de drainage, trois anneaux cartilagineux voisins avaient subi un degré avancé d'*ossification*, sans aucune présence de mycélium dans leur voisinage.

terne de la cavité mycosique, la présence d'une nappe de tissu de granulation télangiectasique avec formations quasi-angiomateuses, toutes superficielles, — origine non douteuse des hémoptysies à répétition. Mais les hémorragies en question reconnaissent une autre source encore.

Un heureux hasard de coupes nous a fait découvrir, en un point de la paroi cavitaire situé à 1 centimètre et demi de l'orifice d'abouchement

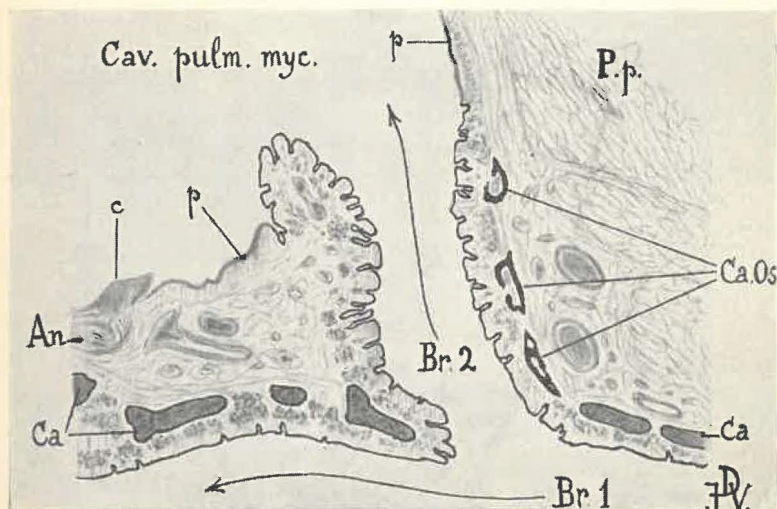


FIG. 9. — Esquisse d'une de nos coupes microscopiques agrandie trois fois.

Br. 1, bronche lobaire coupée suivant son axe. Sur elle se branche, latéralement, une bronche secondaire (Br. 2) qui s'abouche dans la cavité pulmonaire mycosique (Cav. pulm. myc.). Les deux bronches sont tapissées de leur muqueuse normale (un peu plissée, sur la bronche secondaire, sans doute du fait du collapsus pulmonaire) : épithélium cylindrique doublé de glandes muqueuses en amas. Ca, Ca, cartilages bronchiques normaux. Ca. Os., trois cartilages bronchiques ossifiés. En p. p., l'épithélium pavimenteux se continue avec l'épithélium cylindrique de la bronche. An, En bordure de la préparation sectionnée par moitié, au hasard du prélèvement, artère thrombosée et ectasiée (anévrysme), fissurée dans la cavité mycosique voisine. Elle se continue avec un caillot sanguin organisé (c). Pp, parenchyme pulmonaire atelectasié.

bronchique, la présence d'une lésion artérielle très spéciale. L'artère en question, ramification très probable de l'artère pulmonaire plutôt que d'une artère bronchique, mesurait 3 mm. sur 2 de diamètre. Sa lumière était thrombosée, comme celle de quelques ramifications voisines. Or, sur sa face superficielle où elle répondait à la cavité mycosique, elle présentait des lésions d'artérite ectasiente, que la coloration à l'orcéine devait mettre en parfaite évidence. Sa tunique élastique moyenne, dissociée, disloquée et refoulée en dehors, était brusquement rompue en un point.

Et un caillot sanguin (organisé) s'étendait de là jusque dans la cavité bronchectasique adjacente (figures 10 et 11).

En deux mots, on se trouvait en présence d'un véritable « anévrisme des cavernes », d'un *anévrisme de Rasmussen*, d'origine *mycosique* (car il n'existait, ici, pas traces de lésions tuberculeuses).

Il importe de spécifier, à son sujet, que, contrairement aux lésions



FIG. 10. — L'artère thrombosée et ectasiée, continuée par un caillot s'étendant dans la cavité (coloration à l'hématéine-éosine). Vers la droite de la cavité, remarquer la nappe de tissu de granulation tapissée d'une couche d'épithélium pavimenteux, décollé. (Gr. : $\times 15$.)

artérielles thrombosantes décrites par MACAIGNE et NICAUD dans leurs cas d'aspergilliose pulmonaire, on ne constatait, dans le cas présent, aucune agression directe du champignon à ce niveau, aucune *pénétration de filaments mycéliens*, ni dans l'adventice du vaisseau ni, a fortiori, au milieu des coagulations thrombosiques endartérielles.

Cette artérite ectasiente semble donc avoir été provoquée par une *action toxique aspergillaire de voisinage*. Aussi bien, on relevait, au niveau de la plupart des artérioles pulmonaires du parenchyme pulmonaire péri-

cavitaire, d'importantes lésions de *mésartérite* et d'*endartérite* avec thromboses pariétales. Cependant, on ne peut éliminer le rôle d'un *processus infectieux intra-cavitaire associé* ; d'autant que nous avons pu constater



FIG. 11. — Même artère. Coupe voisine de la précédente, colorée à l'orceïne qui met en parfaite évidence la dislocation, puis la rupture franche de la couche élastique du vaisseau (ne pas tenir compte d'un épaississement de la coupe, au tiers inférieur de l'artère. (Grossissement : $\times 30$.)

qu'en un point, l'infiltration leucocytaire abordait nettement la paroi artérielle à peu près dénudée.

INTERPRÉTATION DES LÉSIONS

I. *Constitution de la « tumeur » mycosique.* — Ce point ne souffre aucune discussion. On est en présence d'un tissu mycélien condensé absolument pur et de texture uniforme. Les

tissus bronchiques et pulmonaires n'avaient nullement participé à son édification. On avait affaire à un « *grain mycosique* » *gigantesque*, comparable macroscopiquement à une *truffe*.

II. *Nature de la cavité pulmonaire renfermant le mycétome. Bronchectasie ou caverne mycosique ?* — Ici on peut discuter.

L'interprétation qui se présente dès l'abord à l'esprit est celle d'une large *bronchectasie*. Plaide en sa faveur la continuité évidente d'une bronche secondaire, normale, avec cette cavité intra-pulmonaire régulière revêtue d'une couche, non moins régulière, de tissu de granulation — en passant par l'intermédiaire d'une *zone tapissée d'un épithélium pavimenteux stratifié* résultant d'une *métaplasie malpighienne de l'épithélium bronchique*, probablement préexistant à ce niveau. Pareille métaplasie est d'observation courante en matière de bronchectasies.

Cependant, à l'encontre de cette interprétation viennent s'inscrire les arguments suivants : présence d'une *seconde bronche* ouverte dans la cavité intra-pulmonaire au voisinage de la première, au niveau du pôle hilair de la cavité ; présence d'un autre abouchement bronchique constaté vers l'équateur de cette cavité. Dès lors, ne s'agirait-il pas, plutôt, d'une *caverne mycosique creusée « à même » le parenchyme pulmonaire* ? La caverne se serait trouvée secondairement tapissée d'une couche de tissu embryonnaire et aurait ulcéré, vers la région hilair, deux bronches secondaires, devenues « *bronches de drainage* ».

D'autre part, la présence d'un épithélium pavimenteux dans le voisinage de l'abouchement bronchique ne constitue pas un argument de certitude en faveur d'une bronchectasie originelle. Ne sait-on pas — on ne le sait, en vérité, que depuis peu : depuis juillet 1938 — que dans les cavernes hydatiques résiduelles, en communication avec une ou plusieurs bronches, on peut voir l'adventice kystique fibreuse « *s'épithéliser* » ? En effet, sur des coupes histologiques intéressant l'abouchement bronchique, IVANISSEVICH et ses collaborateurs ont vu « *l'épithélium cylindrique de la bronche se con-*

tinuer sur l'adventice kystique sous forme d'un épithélium stratifié » (1).

Malgré tout, on conçoit assez difficilement qu'une mycose nodulaire née dans le tissu pulmonaire se soit isolée sous forme de « grain » et que celui-ci, croissant, ait excavé le poumon sans que le mycélium aspergillaire ait nulle part pénétré dans le parenchyme en entraînant les lésions de sclérose diffuse qu'il provoque habituellement.

Sans vouloir exclure formellement cette seconde interprétation, nous croyons que l'hypothèse de la broncheectasie secondaire peut encore se défendre et qu'elle est la plus probable. L'objection de la bronchiole s'abouchant vers l'équateur de la cavité ne tient pas ; car il pouvait fort bien s'agir d'une simple ramification de la bronche originelle. Quant au second abouchement bronchique constaté vers le pôle hilare, il pourrait répondre à une bronche voisine *secondairement ulcérée*, au cours de la lente expansion du mycétome inclus dans la cavité broncheectasique, d'autant que le corps étranger, mobile, devait traumatiser sa paroi.

III. *Relations pathogéniques entre la cavité pulmonaire et son contenu parasitaire.* — Ici, de nouveau, deux hypothèses opposées peuvent être envisagées. Ou bien la cavité pulmonaire, la dilatation bronchique ampullaire, est préexistante et elle est devenue le siège d'une greffe mycosique, l'amas mycélien ayant épousé sa forme, s'étant moulé sur elle. Ou bien le mycétome intra-bronchique est l'élément primitif et c'est lui qui, grossissant sur place, a provoqué la broncheectasie, moulée sur lui.

A) *Broncheectasie primitive. Mycose secondaire ?* — L'aspergillose, nous le rappelions en commençant, se greffe volontiers sur des lésions pulmonaires, en particulier sur des lésions cavitaires. On connaît au moins deux cas d'aspergillose greffée sur des broncheectasies : ceux de Robert BOYCE et de Max PODACK. Or, ce qu'on observe dans les cas en question, c'est une *végétation aspergillaire en surface avec infiltration pariétale*. « A la coupe, nous dit L. RÉNON, la caverne se mon-

(1) O. IVANISSEVICH. Secuelas cavitarias de los quistes hidatídicos del pulmón. Soc. de Cirugía de Buenos Aires, 6 juillet 1938.

tre remplie en partie d'un liquide épais, brun-noirâtre, tenant en suspension des lambeaux nécrotiques. Les parois sont infiltrées de granulations jaunâtres ou formées de tissu pulmonaire nécrosé et ramolli. Le champignon n'évolue qu'au-dessus de la couche liquide et se présente tantôt sous forme d'ilôts ou de touffes nettement délimitées, tantôt sous forme d'un enduit de couleur gris-verdâtre ou noirâtre » (1).

Cette description, on le voit, ne répond nullement à la disposition des lésions constatées dans notre cas. Rien, au surplus, ne venait plaider, chez notre jeune malade, en faveur d'une bronchectasie *pré-existante*. D'une part, faisaient défaut les conditions étiologiques habituelles aux bronchectasies du jeune âge : broncho-pneumonies, hérédo-syphilis. Manquaient les signes cliniques d'une dilatation bronchique préalable : bronchites à répétition, bronchorrhée. Manquaient, d'autre part, les lésions de sclérose broncho-pulmonaires constamment associées aux bronchectasies anciennes. On avait affaire à une *large cavité unique* développée au milieu d'un parenchyme pulmonaire non sclérosé.

La première interprétation paraît donc à rejeter et l'on doit se rallier à la seconde :

B) *Mycétome primitif. Bronchectasie secondaire.* — Le « grain », né dans une bronche de deuxième ordre, a dû provoquer, au cours de son accroissement local, la dilatation bronchique dans laquelle il restait incarcéré.

COMMENTAIRES

De cette longue observation ressortent une série de remarques :

1° Du point de vue *anatomo-pathologique* :

Nous avons eu affaire à une forme de mycose pulmonaire jusqu'ici *inconnue*. Elle était caractérisée anatomiquement

(1) L. RÉNON. *Etude sur l'aspergillose chez les animaux et l'homme*, Paris, Masson, 1897, p. 265.

par la présence d'une sorte de « truffe », unique, emprisonnée dans une large cavité pulmonaire, de nature très probablement bronchectasique, moulée sur le corps étranger.

Au lieu de pénétrer dans l'intimité du parenchyme pulmonaire ambiant, au lieu de s'étaler à la surface interne de la cavité intra-pulmonaire, les filaments mycosiques aspergillaires avaient édifié un gigantesque « grain », au feutrage serré, qui n'adhérait pas aux parois : calcul mycélien « en grelot ».

La cavité était tapissée, près de son pôle hilaire, d'un épithélium pavimenteux résultant d'une métaplasie de l'épithélium bronchique. Sur le reste de sa surface, elle était revêtue d'une nappe régulière de tissu de granulation extrêmement vascularisé, télangiectasique.

Une dernière particularité anatomo-pathologique mérite d'être soulignée : c'est le développement, sur une branche artérielle superficielle, d'un véritable anévrysme de Rassmussen s'étant fissuré dans la « caverne » mycosique. L'artère en question était, en outre, thrombosée : d'où l'absence d'hémoptyisie foudroyante. Déjà MACAIGNE et NICAUD avaient insisté sur « l'aptitude à la fois nécrosante et thrombosante de l'aspergillus, sans doute d'origine toxinique ou diastasique » (1).

2° Du point de vue *mycologique* :

Le champignon en cause appartenait à la famille des Aspergillacées. C'était, vraisemblablement, un *Aspergillus* ; mais l'espèce n'a pu en être déterminée. Ce champignon avait édifié un « grain », d'une taille inconnue des mycologues. En effet les plus gros grains de mycétomes signalés jusqu'ici ne dépassent pas la taille d'un pois (*Actinomyces Maduræ*). Or, le nôtre atteignait celle d'un œuf de poule.

Peut-on donner à la lésion ici observée le nom de « mycétome pulmonaire » ? Pareille dénomination apparaîtra peut-être criticable aux yeux des mycologues. Outre qu'on ne connaît guère de « mycétomes viscéraux » — les mycétomes siègent surtout au niveau des membres, aux extrémités, — notre lésion ne répond pas strictement aux termes de la définition classique. Il n'existait, en l'espèce, ni « tumeur inflammatoire » (constituée aux dépens des tissus parasités), ni « fistules » (ce-

(1) MACAIGNE et NICAUD, *La Presse médicale*, 31 mars 1926.

pendant, les bronches de drainage pouvaient en tenir lieu), ni « pus huileux », ni « grains » mycéliens (au pluriel) : quatre particularités caractérisant tout mycétome.

Néanmoins, nous nous risquons à émettre l'idée que, s'en tenant au sens étymologique du mot « mycétome » (champignon tumoral ou tumeur mycosique), on pourrait, ici, conserver le terme en l'appliquant au « grain tumoral » lui-même et — au moins entre médecins et radiologistes, sinon entre parasitologues — désigner la lésion monstrueuse constatée dans notre cas sous le nom de *méga-mycétome pulmonaire intra-cavitaire*, probablement *intra-bronchectasique*.

3° Du point de vue clinique :

Notre observation est remarquable par la prééminence exclusive des *hémoptysies à répétition incessante*. En effet, *durant onze années*, ce symptôme aura constitué *l'unique manifestation clinique* de l'affection pulmonaire, contrastant avec l'absence d'expectoration intercalaire, la négativité des signes de percussion et d'auscultation, et d'autre part avec l'intégrité de l'état général, l'absence de fièvre, d'amaigrissement, d'asthénie. Toutefois, nous relèverons et soulignerons l'association, chez notre malade, d'un *hippocratisme marqué des doigts*, révélateur d'une lésion chronique suppurative du poumon.

A vrai dire, ces crachements de sang répétés sont souvent notés dans les observations de mycoses et plus particulièrement d'aspergillose pulmonaire primitive. MACAIGNE et NICAUD ont bien insisté sur l'importance capitale de ce signe : « Des hémoptysies répétées, ont-ils écrit, peuvent être le seul signe constaté durant de très nombreuses années — durant 52 années, dans un de leurs cas ! — avec conservation très remarquable de l'état général ».

Dans notre cas, ce symptôme était sans nul doute attribuable, avant tout, à la présence du tissu de granulation télangiectasique tapissant toute la caverne, nappe hémorragipare que le gros « grelot » mycosique venait à tout moment traumatiser, du seul fait de la toux ou de simples changements d'attitude. Mais les hémoptysies s'expliquaient aussi par l'existence de thromboses artérielles para-cavitaires, et surtout, au moins dans les derniers temps, par la présence d'un véritable « ané-

vrisme des cavernes », trouvé fissuré dans la caverne mycosique (1).

4° Du point de vue *radiologique* :

Doit être soulignée, avant tout, la présence d'une *ombre tumorale* régulière, très nettement délimitée et manifestement encapsulée. Elle répondait au macro-mycétome inclus dans sa cavité bronchectasique régulière.

En second lieu, il convient d'insister sur la constatation qui put être faite, chez notre malade, durant plusieurs années, du signe radiologique dit « du halo clair » (MORQUIO et BONABA) ou « du décollement » (BELOT et PEUTEUIL) — que nous avons proposé de dénommer le « signe de la *calotte aérienne* ». Il permettait d'affirmer la communication du plan de clivage péri-tumoral avec la canalisation bronchique. C'est ce que venait confirmer l'épreuve de la bronchographie lipiodolée.

Nous ne reviendrons pas ici sur la discussion de la valeur diagnostique de ce signe, à laquelle nous avons récemment consacré un travail d'ensemble (2). Qu'il nous suffise de rappeler que, jusqu'ici, le signe radiologique en question était unanimement considéré comme « pathognomonique » du kyste hydatique du poumon.

5° Du point de vue *diagnostique* :

Nous nous reprochons de n'avoir pas, chez cet homme vigoureux, certainement exempt de tuberculose comme de tumeur maligne du poumon, pensé à faire rechercher systématiquement la présence éventuelle de quelque champignon, par l'examen direct des crachats hémoptoïques *et surtout* — car, en l'espèce, de par sa *structure condensée*, le « calcul » aspergillaire ne devait guère abandonner de filaments mycéliens reconnaissables au microscope dans l'expectoration — *par la mise en culture des crachats*.

Nous avons méconnu là le juste conseil donné par le Prof.

(1) Tout dernièrement, Mariano R. CASTEX, E. MAZZEI et Manuel C. BLANCO viennent d'insister sur le « rôle des mycoses dans les hémoptysies des bronchiectasies ». VI^e Congrès Argentin de Médecine, Cordoba, octobre 1938.

(2) F. DÉVÉ. Le signe radiologique de la « calotte aérienne » n'est pas rigoureusement pathognomonique du kyste hydatique du poumon. *La Semana Medica* (Buenos Aires), n° 20, 1938.

E. SERGENT : « Le grand secret du diagnostic (des mycoses pulmonaires) est *d'y penser de parti pris, en présence de toute affection pulmonaire qui n'a pas fait sa preuve avec certitude* » (1).

On voudra bien, toutefois, nous permettre d'invoquer une double excuse. C'est, d'abord, qu'aucun clinicien, aucun anatomo-pathologiste, aucun parasitologue n'a signalé, jusqu'à ce jour, ni chez l'homme ni chez les animaux, ni dans le poumon ni dans aucun autre organe ou tissu, de « grains » mycosiques capables d'atteindre les dimensions d'un œuf et de donner lieu, par eux-mêmes, à une ombre radiologique d'aspect tumoral. Un mycologue consulté sur ce point eût déclaré la chose impossible ou du moins sans exemple. C'est, en second lieu, que, parmi les mycoses pulmonaires primitives, on n'avait pas encore décrit, pas plus à l'étranger qu'en France, une forme caractérisée par la présence d'un corps étranger intra-bronchectasique libre, ne s'accompagnant d'aucune infiltration mycosique parenchymateuse ni d'aucune sclérose broncho-pulmonaire.

6° Enfin, du point de vue *thérapeutique* :

Nous noterons, en passant, l'inefficacité totale de la radiothérapie profonde (30 séances, par séries espacées, au cours de trois années) à l'égard de notre mycétome aspergillaire. Cette constatation est intéressante à opposer à l'action favorable de ce traitement à l'égard de l'actinomycose. En vérité, il existe, du point de vue mycologique et biologique « un abîme » (LANGERON) entre les actinomycoses et les aspergilloles.

A peine aurons-nous besoin d'exprimer notre regret de n'avoir pas songé à tenter chez notre malade *l'épreuve du traitement ioduré*. Nul doute que l'institution d'une médication iodurée active et longtemps prolongée aurait eu la plus grande utilité et qu'elle eût bien probablement amené la guérison. Toutefois, nous constaterons le peu d'action, à cet égard, que semble avoir présenté, chez notre malade, *l'injection lipiodolée intra-bronchique* (unique, à vrai dire) dont les traces étaient

(1) E. SERGENT et H. MAMOU. *La Presse médicale*, 26 septembre 1934, p. 1497.

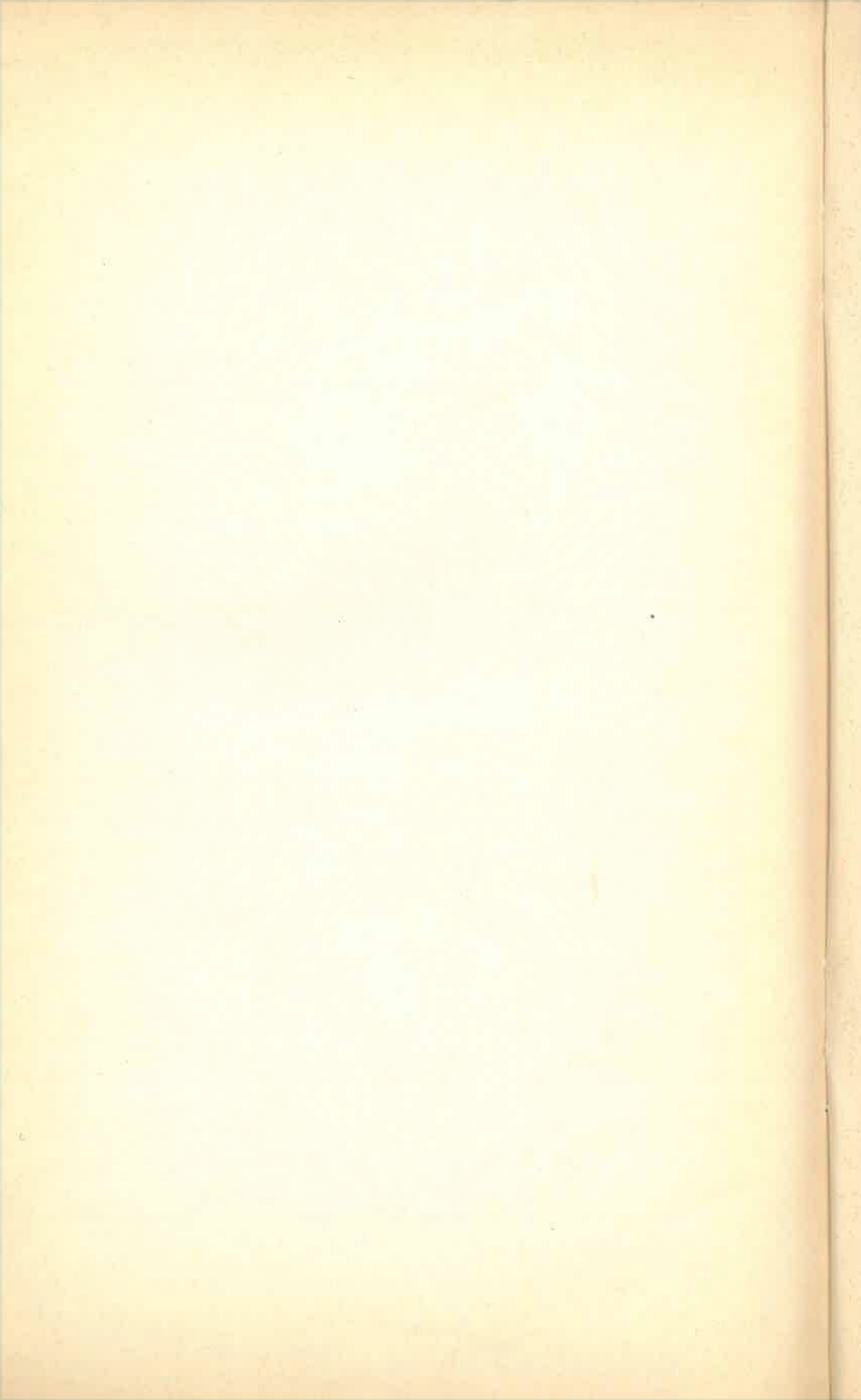
pourtant encore reconnaissables dans la cavité mycosique après plus d'un an.

Enfin, puisque, dans ce cas, on avait eu finalement recours à une intervention chirurgicale, on peut regretter que celle-ci n'ait pas été plus utile. Si un soupçon médical plus averti avait pu guider l'opérateur, une *pneumotomie* (au bistouri électrique) eût permis l'extraction extrêmement facile et intégrale du corps étranger mycosique, et à sa suite, l'affaïssement rapide et probablement la cicatrisation définitive de la cavité pulmonaire évacuée.

Sur ce dernier point, cependant, peut-être convient-il d'émettre une réserve. Elle nous est suggérée par ce que l'on sait aujourd'hui des *kystes hydatiques du poumon évacués* : que ce soit par vomique ou par opération. La bronchographie lipiodolée systématique effectuée chez les anciens malades apparemment guéris de leur kyste a révélé, dans ces dernières années (1932-1935), entre les mains de PIAGGIO BLANCO et GARCIA CAPURRO (1), que *des cavités résiduelles sont pratiquement constantes*, en pareils cas, et qu'elles comportent très fréquemment des séquelles importantes et prolongées, parfois indéfinies. Dernièrement, IVANISSEVICH semble avoir établi que la persistance de ces cavités dépend surtout de leur épithélisation éventuelle.

Qu'on excuse ce nouveau rapprochement avec le kyste hydatique. Il ne résulte pas d'une obsession de notre part. Puisque, dans notre cas, nous avons pu faire également la preuve d'une épithélisation pavimenteuse partielle de la paroi cavitaire, il nous a paru légitime de comparer, sur ce point encore, les deux affections parasitaires.

(1) R. PIAGGIO BLANCO et F. GARCIA CAPURRO. *La broncografía en el estudio de las afecciones del torax*, Montevideo, 1935.



NIORT. -- IMPRIMERIE SAINT-DENIS



