

laissent passer ces derniers à travers le squelette, gagné des parties très éloignées.

Je me rappelle un malade que j'opérai l'an dernier devant vous. Il était atteint d'un épithélioma du maxillaire limité, selon toute apparence, à l'os lui-même, et rien ne faisait supposer que déjà il eût dépassé les limites constituées par la face, pour aller plus profondément.

Je croyais ainsi, en concluant à la nécessité d'une intervention, avoir à faire une opération facile, bien réglée.

Quelle ne fut pas ma surprise, lorsque je me trouvai en présence d'une infiltration déjà propagée aux parties voisines; c'était une nappe s'étendant de l'os aux parties molles prépharyngiennes, et après avoir réséqué les apophyses pterygoïdes en partie détruites, je dus m'arrêter sans pouvoir enlever toute la tumeur.

Etablissons donc, en règle générale, Messieurs, que lorsque nous rencontrons une tumeur analogue à celle que vous avez vue, mal délimitée, et surtout accompagnée d'une infiltration des parties molles pouvant faire prévoir une rapide extension du néoplasme, nous devons nous abstenir.



## VINGT-UNIÈME LEÇON

### Sur un cas de contusion du poumon.

Observation d'un blessé admis à la salle 17.

Contusion de la poitrine. — Troubles fonctionnels et signes physiques concomitants.

Conclusion. — Il y a contusion du poumon, sans fracture de côtes.

Mécanisme de la contusion du poumon. — Marche, suites, traitement.

MESSIEURS,

Un intéressant sujet d'étude nous est offert aujourd'hui par un malade de la salle 17, admis, il y a peu de jours à l'hôpital, au moment où il venait de recevoir, sur la région thoracique, un violent traumatisme.

Cet homme, âgé environ de cinquante ans, nous a raconté qu'il conduisait une charrette chargée de cochons quand un véhicule venant en sens inverse heurta le sien. Le choc fut si rapide qu'il fut enlevé de son siège et tomba sur le pavé avec l'un des animaux qui, en se débattant, vint rouler sur sa poitrine.

Pris ainsi entre deux forces opposées, la résistance du sol et le poids énorme qu'il recevait tout à coup, il ressentit une vive douleur, mais ne perdit pas connaissance; on fut obligé de le relever et de le transporter dans une maison voisine pour lui donner quelques soins. La douleur ressentie au moment de la chute persista, s'accompagna d'oppression, et presque immédiatement apparurent des crachats sanglants.

Le blessé se fit aussitôt conduire à l'hôpital Saint-André. Plusieurs d'entre vous l'ont vu peu d'instants après, et ont été frappés par l'abondance de son expectoration sanglante, rutilante et spumeuse.

Lorsqu'un malade se présente à vous après un traumatisme de cette nature, s'il crache du sang, a de l'oppression et éprouve une vive douleur au point contus, la première idée qui vient à votre esprit est que le blessé a une ou plusieurs côtes brisées, et que le poumon a été déchiré dans une étendue plus ou moins grande. C'est, en effet, la première pensée qui m'est venue, et j'en ai aussitôt recherché la confirmation. Or, la douleur était plus vive à droite, mais de ce côté, s'étendant sur une large surface, elle ne présentait pas une localisation bien nette. Ce premier point m'éloignait déjà de la fracture de côte.

En poussant plus loin mes recherches, je ne trouvais ni mobilité ni crépitation sur les arcs osseux que je passai pourtant en revue les uns après les autres,

et nulle part, dans cet examen minutieux, la douleur que je réveillais cependant d'une manière incessante ne put se localiser une seule fois avec ce caractère poignant, fixe, qui est le meilleur signe de la fracture de côte. Aussi devais-je de plus en plus abandonner ma première idée.

Qu'y avait-il donc? Je me préoccupai de rechercher s'il n'existait pas de l'emphysème, soit sur la paroi thoracique, soit à la base du cou. Il est rare, en effet, qu'une fracture de côte, quand elle amène de l'hémoptysie, ne produise pas en même temps de l'emphysème par infiltration de l'air dans le tissu cellulaire voisin de la fracture. Je n'en trouvai point, mais j'eus bientôt l'explication certaine des troubles fonctionnels observés :

A la partie moyenne du poumon droit, il y avait en arrière une zone de matité absolue sur une étendue de plusieurs centimètres, avec absence complète du murmure vésiculaire, et souffle tubaire très marqué.

Au-dessus et au-dessous de cette zone, le tissu pulmonaire était perméable, il n'y avait point de matité, mais seulement quelques râles sous-crépitaux disséminés.

Que s'était-il passé pour donner ainsi naissance à cette zone de tissu induré qui ne se laissait pas pénétrer par l'air? On ne peut hésiter à répondre qu'il y avait eu contusion avec hémorrhagie, avec infiltration rapide intra-parenchymateuse du sang épanché.

Rappelons-nous, Messieurs, que la contusion du poumon présente trois degrés anatomiques et cliniques bien tranchés.

Au point de vue anatomique, le *premier* réside dans une simple ecchymose; le *deuxième* dans un épanchement de sang déjà bien plus avancé qui s'offre sous l'aspect d'une série de bosses sanguines d'un petit volume, rapprochées les unes des autres, autour desquelles il y a dans le tissu pulmonaire voisin une large infiltration ecchymotique; le *troisième* degré est une vraie attrition, un écrasement du poumon. Le sang répandu par les vaisseaux déchirés se creuse une cavité dans laquelle plongent les extrémités des vaisseaux et des bronches. A ces trois degrés anatomiques correspondent exactement des signes cliniques permettant de juger l'étendue des désordres produits par le traumatisme. C'est ainsi que la contusion légère produira quelquefois une douleur profonde et s'accompagnera d'une certaine diminution du murmure vésiculaire, quelquefois de crachats sanglants, d'une légère hémoptysie. Mais cette contusion peu accentuée pourra passer inaperçue. Ce n'est que lorsqu'il survient des complications telles que la pneumonie, la pleurésie, la gangrène même que le diagnostic peut s'affirmer.

Dans les deuxième et troisième degrés, l'hésitation ne saurait exister. Qu'il arrive en effet brusquement de la matité, du souffle, des râles sous-crépita-

dans des parties plus éloignées; qu'on observe une hémoptysie quelquefois abondante révélant de larges déchirures subies par les ramifications bronchiques, on aura l'ensemble des signes qu'il convient d'attribuer au second degré de la contusion pulmonaire.

Dans le dernier degré, où le parenchyme a été pour ainsi dire écrasé, des signes cavitaires doivent être constatés puisque l'air arrive, par les voies bronchiques ouvertes, dans une lacune du tissu, remplie par le sang qu'ont laissé filtrer en abondance les vaisseaux déchirés; le gargouillement, le râle caverneux, le souffle amphorique, le tintement métallique même, joints à l'expectoration sanglante: voilà ce que vous observerez.

Pourrait-on, Messieurs, quand de pareils phénomènes se produisent immédiatement après un traumatisme, penser qu'ils sont dus à d'autres causes qu'au traumatisme lui-même, à l'inflammation par exemple? Et dans le dernier cas que nous avons considéré, serait-il logique, quand on observe du gargouillement, du souffle amphorique, de conclure qu'il existe simplement de l'infiltration sanguine du parenchyme pulmonaire? La réponse est faite: à chaque degré de la contusion correspondent, comme je vous le disais, des signes précis qui conduisent, en général, droit au diagnostic anatomique.

Chez notre malade, nous avons d'emblée retrouvé la voix retentissante, du souffle, de la matité, des

rales, et, sans hésiter, j'ai porté le diagnostic d'infiltration sanguine, correspondant au deuxième des degrés que je vous ai rapidement décrits.

Les suites de l'accident qui fait l'objet de notre étude ont été des plus heureuses. Trois jours après l'admission du malade à la salle 17, il n'y avait pas de fièvre, le pouls était calme, la respiration, d'abord un peu anxieuse, avait repris son rythme normal, l'hémoptysie au début très abondante avait beaucoup diminué; elle diminue chaque jour, et tout nous laisse prévoir que, d'ici très peu de temps, les crachats ne contiendront plus de sang.

Ce n'est certes pas ainsi que les choses se passent le plus souvent. Vous n'ignorez pas qu'il survient de redoutables complications inflammatoires; mais avant de vous dire quelle physionomie grave ces complications viennent tout à coup donner à la contusion pulmonaire, je tiens à m'expliquer devant vous sur le mécanisme de la contusion dans le cas actuel où vous savez qu'il n'existe pas de fracture de côte.

On comprend très bien comment une fracture peut déchirer le poumon, mais il est plus difficile d'interpréter la contusion sans fracture.

Serait-il juste, comme on a voulu le faire, de rapprocher ces contusions pulmonaires des contusions cérébrales sans lésions des os du crâne?

Vraiment l'analogie n'existe pas ici: il ne saurait y avoir de comparaison justifiée entre le crâne résis-

tant de toute part, et la cage thoracique souple dans ses parois; entre le cerveau d'une structure si délicate et le poumon élastique et mobile.

M. Gosselin, en 1846, a fait remarquer que tout sujet dont la poitrine vient à être saisie entre deux forces opposées, fait brusquement un mouvement de résistance, un effort suprême, instinctif, qui aboutit à l'occlusion de la glotte et à l'immobilisation du poumon sur la cavité thoracique. L'air emprisonné dans le parenchyme lui donne nécessairement une tension qu'il n'a pas à l'état normal, une fermeté particulière; aussi se trouve-t-il dans des conditions de résistance analogues à celles du foie et de la rate qui, vous le savez, subissent facilement les atteintes des violences portées sur le thorax et l'abdomen. Je crois qu'il ne faut pas invoquer d'autre mécanisme pour expliquer la contusion chez notre blessé!

Pourquoi, chez cet homme, n'y a-t-il pas eu d'emphysème? Je ne parle pas de l'emphysème primitif des parois thoraciques, mais de l'emphysème consécutif qui débute à la base du cou.

Si, en effet, l'air s'infiltré après la contusion, sous la plèvre viscérale qui n'a pas cédé, il se répand dans le tissu cellulaire sous-pleural et s'avance vers la racine des bronches; de là, il remonte vers les médiastins et par eux arrive facilement dans les nappes cellulaires du cou.

Quand la plèvre est rompue, ce qui arrive souvent,

air et sang tombent dans la cavité pleurale à moins qu'il n'y ait des adhérences qui s'opposent à cet épanchement.

Vous concevez, Messieurs, quelle influence l'apparition de cet emphysème profond peut avoir sur le diagnostic. Ici, il ne s'en est point produit, et j'ignore pour quel motif. Cependant nous pouvons admettre que la contusion a été plus profonde que superficielle, que le tissu sous-pleural a été dans une certaine mesure épargné, mais toute supposition n'est en somme que l'expression d'une inconnue qui nous échappe.

A la suite de ces attritions du poumon, il peut, vous ai-je dit, survenir d'autres complications immédiates que l'emphysème : la déchirure de la plèvre entraîne quelquefois l'épanchement d'air et de sang dans sa cavité. Les adhérences peuvent s'opposer à cet épanchement et il ne serait peut-être pas impossible d'attribuer dans certains cas la contusion pulmonaire à ces adhérences elles-mêmes qui fixent solidement le poumon contre la paroi costale. Je n'ai jamais pensé que chez notre malade il existât une rupture de la plèvre, puisque je n'ai pas constaté d'épanchement pleural, et l'absence d'emphysème me fait toujours supposer que la contusion ne s'est pas avancée jusqu'au feuillet viscéral. Je veux vous répéter encore qu'au delà de nos prévisions, si justifiées qu'elles soient par le raisonnement, il y a des

réserves à faire, qu'un diagnostic prudent doit respecter.

Jusqu'à présent, le blessé a échappé aux complications immédiates de ces variétés de traumatisme, mais échappera-t-il aux complications consécutives? Je le crois, Messieurs; la pleurésie, la pneumonie, ne se sont encore annoncées par aucun signe et rien dans l'état du malade ne fait prévoir leur éclosion. Plus il va, moins il est agité, plus son pouls est calme, plus sa respiration perd le caractère d'anxiété qu'elle avait au début, plus enfin l'hémoptysie diminue.

Je ne crois pas davantage à des menaces de gangrène; je ne discuterai même pas ce dernier point, tant la convalescence me paraît assurée et prochaine.

Et qu'avons-nous fait pour préparer cette heureuse issue? Rien. Qu'y avait-il à faire? Peu de chose; l'arsenal thérapeutique, en pareil cas, réside tout entier dans la prudence et l'observation. On doit, d'un œil attentif, suivre la marche des événements et se tenir prêt à remplir les indications pressantes que donneraient les complications. Aucune indication ne s'impose ici comme une règle fixe qu'on doive indistinctement appliquer à tous les cas.

Existe-t-il du choc après l'accident? Relever les forces déprimées au moyen de frictions excitantes, de boissons toniques, tel est le premier devoir à remplir.

La douleur est-elle vive ? Les ventouses, le bandage de corps qui fixe la paroi costale et soutient l'effort de la respiration, sont des moyens dont vous constatez tous les jours l'efficacité.

Si enfin l'inflammation survient, si les complications ultérieures apparaissent, les émissions sanguines, les révulsifs vous rendront des services ; mais quelles règles précises tracer d'avance quand il s'agit de calculer et l'intensité des complications, et les forces du malade, et l'ensemble des désordres qu'à laissés la violence du traumatisme ?

Je me suis contenté de prescrire au malade que vous venez d'examiner avec moi, le repos, des boissons astringentes et une potion contenant 10 centigr. d'extrait thébaïque, et cette médication si simple, que je trouvais suffisante pour répondre aux indications immédiates, sera, je l'espère, la seule que nous ayons besoin de maintenir jusqu'au jour où la guérison sera tout à fait assurée.



## VINGT-DEUXIÈME LEÇON

### Sur deux cas d'ulcération de la langue.

Comparaison entre deux malades de la salle 17 atteints tous les deux d'ulcérations de la langue.

Ulcères syphilitiques, ulcères cancéreux.

Diagnostic des ulcérations de la langue.

Un mot de pathogénie. — Marche et suite.

MESSIEURS,

Vous avez tous déjà vu, dans mes salles, un certain nombre de malades atteints d'ulcérations ou de tumeurs de la langue, et vous pouvez aujourd'hui bien saisir les différences qui distinguent entre elles ces lésions. Aussi profiterai-je de la présence de deux nouveaux malades pour revenir sur cet important sujet, et établir, une fois pour toutes, les caractères principaux auxquels doit s'adresser votre attention pour reconnaître la nature de la maladie, et diriger contre elle un traitement efficace :