

bonne contention, le pronostic n'en reste pas moins grave à cause des troubles possibles, tardifs, de l'ostéogenèse : arrêt d'ossification et raccourcissement du membre, irrégularité de l'ossification, et déviation de la jambe en varus ou en valgus suivant le côté. — Enfin on peut observer l'ankylose du genou.

6° *Fracture de l'extrémité supérieure du péroné.* — Les fractures isolées de cette portion de l'os sont dues à l'arrachement par une contraction violente du biceps, dans un mouvement de latéralité et d'extension de la jambe sur la cuisse. Plus rarement, elles sont dues à un choc direct que rend possible la saillie de la tête de cet os. — Elles se traduisent par une *dépression* à la place où devrait être située l'extrémité supérieure du péroné, et par la présence d'une *tumeur* mobile à la partie externe du creux poplité, tumeur qui s'écarte du péroné et remonte dans l'extension de la jambe sur la cuisse.

Ce qui fait l'intérêt de ces fractures, et assombrit leur pronostic, c'est la fréquence d'une *blessure du nerf sciatique poplité externe* au moment où il contourne le col du péroné; blessure immédiate par contusion ou élongation au moment du traumatisme, déchirure par un des fragments, enfin enclavement entre eux; compression ou englobement tardif par le cal, — voilà ses causes. Il y a hyperesthésie sur le trajet du nerf, anesthésie du dos du pied et des orteils, paralysie des fléchisseurs du pied, extenseurs des orteils et péroniers latéraux; le malade marche en traînant la pointe du pied sur le sol.

Pour *traiter* cette fracture, il peut dans certains cas être suffisant de maintenir la tête du péroné par un bandage, la jambe étant fléchie à angle droit; mais au moindre signe de blessure du nerf ou dans une fracture difficile à réduire, le traitement de choix est l'intervention sanglante, la libération du sciatique poplité externe, et la suture du fragment au corps de l'os. Pour les fractures anciennes, il faudra libérer le nerf, et réséquer le cal exubérant.

III. *FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DES DEUX OS.* — *Fractures sus-malléolaires.* — Ces fractures, moins fréquentes que celles du tiers moyen, sont dues le plus souvent à un mouvement forcé d'adduction du pied (Tillaux). Ce mouvement amène en général un arrachement de la malléole externe (v. fracture du péroné) et, s'il continue, une fracture de la malléole interne, réalisant la fracture bi-malléolaire par adduction; mais si la malléole externe résiste, et si l'articulation péronéo-tibiale supérieure maintient solidement le péroné, cet os se brise là où il est le plus faible, c'est-à-dire au-dessus des ligaments péronéo-tibiaux inférieurs. Que le mouvement d'adduction du pied continue, l'extrémité inférieure du tibia est arrachée par les ligaments, et la fracture sus-malléolaire des deux os est constituée.

Le trait de fracture peut être *transversal* et siéger immédiatement au-dessus de la surface articulaire du tibia, ou mieux à deux ou trois travers de doigt plus haut. Plus souvent il est *oblique* de haut en bas et d'arrière en avant, de telle sorte que le pied remonte et se porte en arrière par l'action du tendon d'Achille, tandis que le fragment supérieur pointe en avant et que les tendons du dos du pied se tendent sur lui comme une corde. Il y a parfois *éclatement* du fragment inférieur par le fragment supérieur qui y pénètre en coin: les désordres articulaires sont alors marqués; ils sont plus considérables encore s'il y a un véritable *broiement* de l'extrémité inférieure des os de la jambe.

*Symptômes.* — La fracture oblique en avant se traduit par une déviation caractéristique: l'avant-pied est raccourci; le talon fait une saillie postérieure, s'accroît et remonte; la pointe du pied est abaissée, l'axe du tibia tombe sur le milieu du dos du pied. Il y a souvent déviation latérale. — Les mouvements anormaux de latéralité sont très marqués; le diamètre antéro-postérieur de la région sus-malléolaire est augmenté; on peut sentir en avant la saillie du fragment supérieur, sur laquelle les tendons forment corde. Les malléoles accompagnent le pied dans son déplacement, ce qui distinguera cette fracture de la *luxation du pied en arrière*.

Dans les fractures avec pénétration, ou broiement, les désordres peuvent être considérables, et le diagnostic plus difficile avec les fractures des malléoles, en particulier avec la *fracture de Dupuytren* (v. c. m.) si la déviation du pied en dehors existe. La crépitation est très marquée, les mouvements anormaux étendus; le gonflement énorme, l'ecchymose large et précoce, l'hémarthrose importante.

Le *pronostic* de cette dernière variété est particulièrement grave en raison des désordres articulaires et des ankyloses en mauvaise position, qui sont possibles après consolidation osseuse.

*Traitement.* — La fracture transversale, sans déplacement, relativement bénigne, se traitera par l'appareil de marche, comme les fractures analogues du corps des os de la jambe. Quand il y a déplacement, il faut réduire en fléchissant le genou, pour relâcher les muscles du mollet, et au besoin administrer le chloroforme. Une gouttière plâtrée sera laissée six semaines en place, après quoi on pratiquera activement le massage et la mobilisation de l'articulation.

**Complications des Fractures de Jambe.** — Elles sont fréquentes et graves.

1° *Fractures ouvertes.* — L'obliquité du trait de fracture, la situation superficielle du tibia, la violence du traumatisme y prédisposent. Elles ont ici comme partout ailleurs leur gravité en raison de l'infection du foyer de fracture; et comme l'ouverture de la peau peut être secondaire même après mise en appareil de la jambe, on fera bien d'aseptiser la peau au niveau du foyer, et d'interposer entre la gouttière et le membre une compresse aseptique.

2° *Complications vasculaires.* — Des artères volumineuses, tibiale antérieure, poplitée, tronc tibio-péronier, peuvent être blessées et donner lieu à la formation d'un anévrisme faux primitif. L'apparition d'une tuméfaction diffuse, fluctuante et pulsatile le fera craindre, et l'examen de la pédieuse ou de la tibiale postérieure derrière les malléoles est à faire. On pratiquera la ligature de la fémorale si la compression seule ne suffit point à provoquer la formation du caillot. En effet, la *gangrène* est à craindre, et elle a souvent nécessité l'amputation du membre.

Les *thromboses et embolies veineuses* sont plus fréquentes aux fractures de jambe que partout ailleurs; les *embolies graisseuses* s'y voient aussi. L'oblitération des veines, l'hémarthrose et le gonflement considérables qui compriment les vaisseaux expliquent les *troubles circulatoires*, l'œdème chronique, les accidents trophiques, qui persistent longtemps après guérison de la fracture. La circulation lymphatique elle-même est troublée; les *kystes lymphatiques*

en sont le témoin, siégeant sur la surface interne du tibia, devant la malléole interne, dans le tissu cellulaire sous-cutané, et entourés d'un œdème dur et persistant.

3° Les *retards de consolidation* sont presque de règle dans les fractures de l'extrémité supérieure du tibia en raison de la difficulté de la réduction, de l'épanchement sanguin, de l'interposition musculaire; on peut les traiter par la méthode de Bier: on cherche à obtenir la congestion du foyer de fracture en comprimant le membre avec des bandes au-dessous et au-dessus. Ces retards de consolidation ne font souvent que précéder l'établissement d'une *pseudarthrose*: celle-ci est fréquente dans les fractures obliques avec embrochement des muscles et interposition musculaire. Elle se complique de raccourcissement et de déviation du membre, de déviation du pied, de raideurs et contractures, et réclame une *thérapeutique active*: dégager les extrémités osseuses, réséquer la partie saillante, aviver les fragments et suturer; la consolidation est longue, et le membre doit être mis dans le plâtre.

4° Les *cal vicieux* enfin se voient dans les fractures à grand déplacement mal réduites et vicieusement contenues; il y a cal angulaire du tibia, à pointe généralement saillante en avant et en dedans, accompagné de rotation externe du fragment inférieur sur le supérieur et d'incurvation du péroné ou de subluxation de la tête de cet os. On les traitera par l'ostéotomie et la résection angulaire disposée en sens opposé au déplacement.

**IV. FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU PÉRONÉ, ET FRACTURES BI-MALLÉOLAIRES.** — Nous ne dirons qu'un mot des variétés rares de ces fractures (fracture *marginale*, fracture *bi-malléolaire par adduction*, fracture *par diastasis*), pour décrire particulièrement deux types cliniques bien distincts: la fracture par *arrachement de la malléole externe*, et la fracture de *Dupuytren*.

1° *Fracture de la base de la malléole externe et fracture bi-malléolaire par adduction.* — Le trait de fracture, *transversal*, siége à 3 centimètres au-dessus du sommet de la malléole externe ou péronière; il n'y a pas de déplacement, et quelquefois même le périoste est intact.

Cette fracture se produit dans un mouvement forcé d'*adduction* du pied: le ligament latéral externe est distendu, tire sur le péroné et le brise; quelquefois le sommet seul de la malléole est arraché, très rarement le ligament cède. En général les lésions se bornent là, mais quand le mouvement d'*adduction* continue, l'astragale fait effort de dedans en dehors contre la face articulaire de la malléole tibiale qui se brise par pression; on a alors une *fracture bi-malléolaire par adduction*. C'est dans un faux pas, dans une torsion du pied, que cette fracture se produit.

*Symptômes et Diagnostic.* — Peu de gravité apparente, voilà le point important; souvent le blessé a pu marcher après le traumatisme. Il n'y a pas de *déviation du pied*, la forme du cou-de-pied est conservée; tout se borne à un peu de gonflement autour de la malléole externe, et à une ecchymose localisée à ce niveau. La palpation localisée décèle une douleur limitée exactement au trait de fracture; quelquefois, en forçant l'*adduction*, on peut sentir la rainure qui sépare la malléole du reste de l'os. La mobilité anormale, bien que

peu marquée, est à peu près constante. Pour la rechercher, on fléchit la cuisse sur le bassin et la jambe sur la cuisse; l'aide soutient le genou. D'une main on saisit fortement le 1/5 inférieur de la jambe, le pouce appuyant sur le péroné au-dessus du lieu supposé de la fracture; de l'autre on embrasse la voûte plantaire en ramenant le pouce sur la malléole supposée brisée, puis on produit des mouvements alternatifs de latéralité.

On complétera l'examen en interrogeant la sensibilité au niveau de la malléole interne. Si elle est fracturée, le cou-de-pied est un peu plus volumineux, l'ecchymose plus étendue, et le ballotement astragalien perceptible (V. plus bas); mais il n'y a pas de déviation du pied, ou bien elle est à peine marquée; et la fracture bi-malléolaire par adduction est absolument distincte à ce point de vue, comme pour son pronostic, de la fracture bi-malléolaire par adduction.

Le diagnostic est facile; cependant l'*entorse grave* peut donner le change. L'*entorse* a des symptômes plus sérieux en apparence que la fracture simple ou double; la marche est impossible; la douleur plus vive, plus diffuse, siége aux points d'insertion des ligaments sur le dos du pied, tandis qu'elle manque à la base de la malléole externe. (Pour le diagnostic avec la fracture marginale, v. plus loin.)

L'*évolution* de cette fracture est absolument *bénigne* et au bout de trois semaines dans la fracture du péroné, au bout d'un mois dans la fracture bi-malléolaire, la consolidation est achevée.

*Traitement.* — Le *repos* avec une légère compression et le *massage* pendant quinze jours, puis la *mobilisation* pendant huit jours, suffisent dans les cas simples. S'il y avait une légère déviation, en particulier si la malléole interne est fracturée, l'*appareil de marche de Reclus* est de beaucoup le meilleur traitement à lui opposer (V. plus haut). Les raideurs du cou-de-pied ne sont pas à craindre.

2° *Fracture de Dupuytren et fracture par diastasis.* — La fracture de Dupuytren est une fracture *grave*; c'est une *fracture bimalléolaire par adduction*.

Il y a trois fragments.

a) *Fragment péronéen.* — Le trait de fracture siége sur le péroné à 6 ou 8 centimètres au-dessus de la pointe de la malléole externe; il est oblique de haut en bas, d'arrière en avant, et de dedans en dehors. Le péroné reste en place faisant saillie en avant et en dehors sous les téguments; le fragment inférieur de cet os se déplace en totalité en arrière, de plus l'extrémité supérieure butte contre le tibia, tandis que la malléole est projetée en dehors.

b) *Fragment malléolaire interne.* — La malléole interne est détachée à sa base, le trait de fracture transversal est au niveau de la face articulaire du

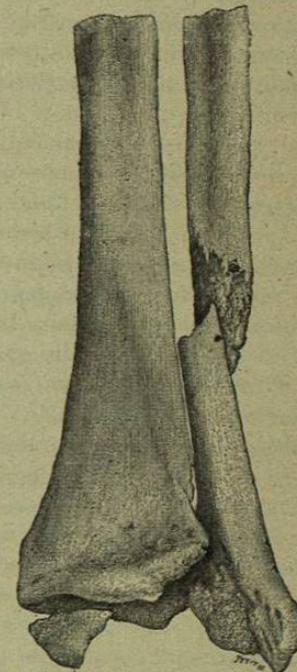


Fig. 255.  
Type de la fracture de Dupuytren.

tibia; parfois cependant la pointe seule de l'os est arrachée par le ligament latéral interne; exceptionnellement c'est le ligament qui est déchiré, tandis que la malléole est intacte. Le déplacement se fait en bas et en dehors, la malléole disparaissant sous la surface articulaire du tibia.

c) *Fragment tibial.* — Souvent le bord antérieur de la face péronéenne du tibia est détachée, sous forme d'un fragment triangulaire à pointe supérieure remontant à 3 à 5 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire tibio-astragalien. Le fragment tibial tient au fragment péronéen par le ligament péronéo-tibial antérieur; il est écarté du tibia et entraîné en dehors et en arrière. Parfois le tibia est intact, et le ligament susdit est déchiré, il y a diastasis péronéo-tibial.

*Mécanisme.* — Cette fracture se produit dans un mouvement forcé d'*abduction* du pied combiné ou non à la torsion du pied en dehors. Le cas le plus fréquent est réalisé quand le pied est maintenu fixé entre des rails, par exemple, et que le corps tombe du côté du membre blessé. Il se produit un arrachement de la malléole interne à sa base, à son sommet ou une déchirure du ligament latéral interne; le pied n'étant plus retenu fait effort de dedans en dehors et de bas en haut, par l'intermédiaire du calcaneum sur la face articulaire de la malléole externe; alors tantôt l'articulation péronéo-tibiale inférieure résiste, l'extrémité inférieure du péroné bascule et la fracture se produit au-dessus des ligaments c'est-à-dire à 6 ou 8 centimètres de la pointe de la malléole, puis, si le mouvement continue, les ligaments se déchirent ou bien arrachent le fragment tibial; — tantôt il se produit d'abord un diastasis de l'articulation péronéo-tibiale ou une fracture marginale du tibia, et ensuite le péroné qui n'est plus maintenu se fracture.

*Symptômes.* — Impotence fonctionnelle absolue, gonflement très marqué, hémarthrose volumineuse, ecchymose étendue, tous signes qu'on peut opposer à la fracture bi-malléolaire par adduction.

*La déviation du pied est si caractéristique, que le diagnostic de cette fracture saute aux yeux:* En avant, le dos du pied est raccourci, la pointe est abaissée, l'axe du tibia tombe en avant de l'articulation du cou-de-pied. En arrière, le talon est allongé et relevé, le tendon d'Achille forme une courbe exagérée à concavité postérieure et supérieure. En dedans l'axe du tibia tombe en dedans du bord interne du pied; le tibia se termine brusquement par un bord net et tranchant qui amincit et menace les téguments; sous lui le bord interne du pied a fui, on sent difficilement la malléole interne entraînée au dehors et séparée par une rainure de l'extrémité tranchante du tibia. En dehors, les signes sont encore plus marqués; le pied est transporté en masse de ce côté, il est comme subluxé en arrière et en dehors; la malléole externe est intacte, mais à 6 ou 8 centimètres au-dessus de sa pointe on voit une dépression en *coup de hache* surmontée de la saillie du fragment supérieur. En bas enfin, la voûte plantaire est effacée, le bord interne du pied est abaissé, le bord externe est relevé, et la plante regarde en dehors.

On pourra accessoirement rechercher les points douloureux aux traits de fracture, interroger l'articulation péronéo-tibiale pour déterminer l'existence du fragment tibial, enfin rechercher la mobilité anormale. Elle est considérable; le pied peut être facilement ramené en dedans, mais aussitôt abandonné à lui-même, la déviation se reproduit; on peut, en l'exagérant, rendre plus marqué

le coup de hache. Si l'on saisit entre ses doigts le calcaneum, tandis que de l'autre main on maintient la jambe, on sent en imprimant des mouvements de translation latérale, le *choc astragalien* contre les malléoles écartées.

*Diagnostic.* — Seule la *fracture sus-malléolaire* avec déviation du pied en dehors, et écrasement du fragment tibial pourrait en imposer, mais une étude attentive du lieu de fracture, et l'absence du coup de hache permettront de la différencier.

La *fracture par diastasis* de Maisonneuve se rapproche par plusieurs points de la fracture de Dupuytren; elle est due principalement au mouvement de *torsion du pied*, la pointe en dehors, le talon en dedans; les deux malléoles sont écartées, se brisent à leur base (le péroné un peu au-dessus) et l'articulation péronéo-tibiale est lésée, ou bien un fragment tibial arraché, il y a *divulsion* du cou-de-pied. En dehors des symptômes très marqués de fracture, gonflement, élargissement du cou-de-pied, douleur localisée, mobilité anormale, c'est le *ballotement astragalien* qui en est le signe capital; il est plus marqué que dans n'importe quelle autre fracture de la région. Le pronostic de cette fracture est plus favorable que celle de Dupuytren, et elle est intermédiaire comme évolution entre les fractures bimalléolaires par adduction et par abduction.

*Pronostic.* — Le pronostic est sérieux.

Les lésions des parties molles sont très marquées, rupture des fibres musculaires et des tissus aponévrotiques périarticulaires, tiraillement et déviation des tendons, mais surtout ulcération de la peau; c'est une fracture souvent *compliquée*, l'extrémité inférieure tranchante du tibia coupant la peau au moment du traumatisme, sur la face interne du cou-de-pied, ou l'ulcérant dans la suite. L'infection qui peut en résulter est d'autant plus grave que c'est une articulation traumatisée qui est ouverte.

L'*atrophie musculaire* est considérable et rapide, et le pronostic futur au point de vue de la fonction du membre en est précaire, d'autant que les lésions intra-articulaires sont lentes à disparaître, que l'arthrite laisse après elle des *raideurs* et des *ankyloses* difficiles à traiter et à guérir.

Enfin le cal est souvent insuffisant, fibreux, et les *déviation secondaires en valgus*, même après une réduction bonne en apparence, même après une consolidation qui semble parfaite, se produisent quelque temps après que le malade a posé le pied à terre et a essayé de marcher. Le cal est fibreux, car la fracture malléolaire interne est intra-articulaire, le fragment est petit, difficile à maintenir en place, mal nourri; les muscles atrophiés se rétractent, aussi bien les muscles postérieurs que les péroniers latéraux; enfin les troubles trophiques réflexes si marqués sur les muscles atteignent aussi probablement les ligaments et les os qui deviennent insuffisants à la statique d'une articulation supportant le poids du corps.

*Traitement.* — La correction de la déviation est souvent facile, la contention en est toujours difficile.

La réduction se fait en portant le pied en dedans, et en avant et en abaissant le bord externe; il est inutile de tirer sur le pied, car l'astragale autour duquel on le fera pivoter prend point d'appui sur la surface tibiale. Le chloroforme rendra de grands services pour lutter contre la contraction musculaire.

L'attelle interne de Dupuytren a rendu des services et pourrait encore servir si l'on ne pouvait se procurer du plâtre pour construire un appareil; mais si elle réduit le valgus, elle n'agit point sur la subluxation du pied en arrière, et perd ainsi ses bons effets. Elle se compose d'une planchette rigide qui en haut atteint le genou, en bas dépasse le bord du pied; on l'applique sur la face interne de la jambe, en interposant un coussin dur *au-dessus* de l'extrémité inférieure du tibia; des bandes circulaires la maintiennent à la moitié supérieure de la jambe. Ainsi placée, et la réduction étant faite, on fixe le pied contre la partie de l'attelle qui dépasse le coussin, en le ramenant en dedans au moyen de bandes de toiles enchevêtrées. L'appareil se déplace facilement, et doit être surveillé (fig. 256).

L'appareil plâtré (les appareils de marche doivent être proscrits) est le traitement de choix. Il doit être renforcé en arrière et en dehors, pour s'opposer à la reproduction de la déviation. On le taillera comme il est indiqué aux « fractures de jambe ». Il faut avoir grand soin que le pied soit porté en avant, que le pied soit à angle droit sur la jambe, que l'axe du tibia tombe sur le milieu du cou-de-pied, que la crête tibiale se trouve dans le prolongement du 2<sup>e</sup> orteil, enfin que le bord interne du pied soit relevé et le bord externe abaissé. Pour ce faire, l'aide se tient au bout du lit, devant la plante; de la main

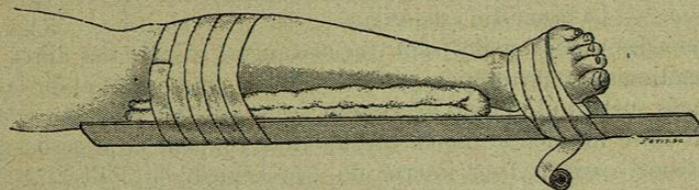


Fig. 256. — Appareil de Dupuytren pour les fractures bi-malléolaires.

gauche il embrasse la face postérieure du 1/3 inférieur de la jambe, de la main droite il saisit à pleine main le pied, pouce sur le bord gauche (par rapport à l'aide) doigts sur le dos; il tire sur le pied, le porte en avant, le met en angle droit, relève le bord interne et de l'œil cherche le prolongement de la crête tibiale sur le 2<sup>e</sup> orteil. Pendant que la gouttière est appliquée, il lâche alternativement l'une et l'autre main; il réduit à nouveau en saisissant le plâtre, pendant qu'on applique les bandes; le plâtre est glissant, mais les bandes offrent un solide point d'appui; elles ont laissé les orteils à découvert. L'appareil fini, l'aide rétablit la position et reste immobile jusqu'à entière dessiccation. L'appareil plâtré doit être laissé au minimum 40 jours en place, après quoi on commencera le massage et la mobilisation. La marche ne doit être reprise que progressivement, le pied étant maintenu par une semelle surélevé en dedans et un contrefort externe.

Les déviations consécutives en valgus ne peuvent se traiter que par l'opération sanglante; la résection, l'ostéotomie, la reproduction de la fracture avec enchevêtrement, ont été tentés avec divers succès. Le traitement sera toujours long et les fonctions du membre resteront précaires.

3<sup>e</sup> Fracture marginale antérieure de la malléole externe. — C'est une lésion rare, qui se produit dans un mouvement complexe d'adduction, de

rotation interne du pied et d'extension; le ligament péronéo-astragalien antérieur arrache la moitié antérieure de la malléole externe.

Le trait de fracture naît en haut immédiatement au-dessus de l'insertion du ligament péronéo-tibial antérieur, descend verticalement à l'union du 1/3 antérieur et du 1/3 moyen de la malléole péronière, et aboutit au sommet de l'os, en arrière de l'insertion du ligament péronéo-calcanéen.

La douleur est vive, le gonflement et l'ecchymose se limitent à la malléole, sans atteindre le bord externe du pied; ils apparaissent dès le 2<sup>e</sup> jour. La douleur dessine le trait de fracture, et à la palpation la malléole paraît légèrement élargie si on la compare au côté sain. Le diagnostic est facile, et l'entorse du cou-de-pied et la fracture de la base de la malléole externe sont aisées à distinguer. Seule l'entorse tibio-péronière doit être soigneusement éliminée par la recherche exacte du point douloureux.

C'est une fracture *bénigne*, qui se traite par le simple repos pendant 8 à 10 jours, le massage et la mobilisation. AMÉDÉE BAUMGARTNER.

**JOUES (AFFECTIONS CHIRURGICALES).** — La plupart des maladies chirurgicales de la joue n'offrent pas d'intérêt spécial. Les plaies y sont assez rares et la seule particularité qu'elles présentent est la possibilité de la blessure du canal de Sténon qui laisse parfois après elle une fistule salivaire (v. c. m.).

Les petits ganglions géniens, inconstants, mais fréquents, qu'on trouve au-devant du masséter, le long des vaisseaux faciaux, sont quelquefois le siège d'adénites aiguës ou chroniques (tuberculeuse, syphilitique ou cancéreuse), dont la porte d'entrée est au niveau de la joue, du nez, des lèvres, et surtout des dents et des gencives; les caractères cliniques de ces adénites géniennes sont les mêmes que partout ailleurs; il faut connaître leur existence pour éviter de confondre l'adéno-phlegmon avec une fluxion dentaire et l'adénite chronique avec un kyste sébacé ou quelque autre tumeur bénigne.

Les tumeurs de la joue sont assez variées. Les plus fréquentes sont le *cançroïde cutané*, les *kystes sébacés* et les *angiomes*, qui présentent d'ailleurs ici leur aspect habituel. A titre de raretés, il faut signaler les *lipomes* et les *sarcomes* développés dans l'épaisseur même de la joue, aux dépens de la boule graisseuse de Bichat, et les néoplasmes provenant du prolongement antérieur de la parotide (adénome, épithélioma), lesquels ne diffèrent que par leur siège des tumeurs proprement dites de cette glande.

Enfin la muqueuse qui revêt la face interne de la joue peut être le siège d'un *épithélioma pavimenteux*, analogue à celui du reste de la bouche, et qui, relativement fréquent, mérite une courte description. LENORMANT.

**JOUE (CANCER).** — Il ne s'agit ici que du cancer de la muqueuse; le cançroïde cutané, je l'ai dit, ne doit à son siège jugal rien de particulier.

**Étiologie.** — L'âge et le sexe ont la même influence que pour les autres cancers de la bouche: l'homme est atteint dans la proportion de 11 fois sur 12 (Morestin), surtout de 40 à 60 ans.

Comme à la langue, on a incriminé, à juste titre, les lésions dentaires et la leucoplasie, peut-être aussi le tabac, agissant comme cause de leucoplasie.

**Lésions.** — Le siège d'élection du cancer est le cul-de-sac gingivo-génien

inférieur (Morestin); plus rarement il débute au niveau de la ligne interdentaire; jamais il n'envahit le cul-de-sac gingivo-génien supérieur.

Le néoplasme remonte peu vers la partie supérieure de la joue, mais il envahit rapidement, en dedans, la gencive et le maxillaire inférieur, en dehors, toute l'épaisseur de la joue jusqu'à la peau, aboutissant parfois à la *perforation* complète.

Les *ganglions* sous-maxillaires, puis ceux de la fosse ptérygoïdienne (Partsch) sont précocement envahis.

**Symptômes.** — Le début est souvent latent et les malades qui ne souffrent guère, ou même pas du tout, ne viennent consulter que quand l'envahissement de la mâchoire les a rendus inopérables (Morestin).

L'intégrité du plancher buccal, la conservation d'une bande de muqueuse saine au niveau du cul-de-sac gingivo-génien supérieur permettent à la phonation, à la mastication et à la déglutition de rester d'abord possibles.

Plus tard, la joue devient entièrement rigide et le malade ne peut plus ouvrir la bouche; les phénomènes inflammatoires (abcès, périostite du maxillaire, érysipèle), qui sont fréquents au voisinage du néoplasme (Morestin), et les compressions nerveuses par les ganglions ptérygoïdiens envahis expliquent la violence des douleurs.

L'alimentation est alors impossible, le cancer ulcéré empoisonne le malade et la cachexie ne tarde pas à arriver. La perforation de la joue, avec l'écoulement continu de salive qui en résulte, est l'indice d'une fin prochaine.

L'*examen local* par la vue et par le toucher est quelquefois difficile, en raison de la constriction des mâchoires. Il révèle l'existence d'une tumeur dure, ligneuse, ulcérée et saignante, présentant les mêmes caractères que les autres cancers de la bouche. Plus tard, la joue toute entière est transformée en une masse rigide, adhérente au squelette, recouverte d'une peau violacée, prête à s'ulcérer elle-même.

Les *ganglions sous-maxillaires* sont indurés et présentent parfois des poussées aiguës infectieuses, analogues à celles qui sont décrites dans l'adéno-pathie du cancer de la langue (v. c. m.).

Le *diagnostic* est toujours facile, car on n'observe guère d'ulcérations de la muqueuse de la joue en dehors du cancer: la tuberculose y est exceptionnelle et je ne crois pas qu'on y ait jamais rencontré d'ulcération gommeuse.

**Pronostic.** — Il est extrêmement grave. La mort est fatale et survient rapidement.

La chirurgie n'améliore guère ce pronostic: plus de la moitié des malades sont inopérables lorsqu'ils viennent consulter (Morestin) et, sauf une survie de 3 ans dans un cas de Peyrot, toutes les opérations publiées ont été suivies de récurrence dans le cours de la première année.

**Traitement.** — Lorsque l'ablation complète du mal est possible, il faut cependant la tenter. L'opération est toujours complexe et il faut parfois réséquer une partie du maxillaire. La brèche laissée par cette large exérèse sera comblée par une autoplastie à double plan de lambeaux (génoplastie).

La gravité immédiate de ces opérations est considérable et leurs résultats éloignés, je l'ai dit, ne sont pas en rapport avec les efforts du chirurgien.

LENORMANT.

