

DIXIÈME LEÇON

Epithélioma du maxillaire inférieur

Observation. — Signes spéciaux qui démontrent bien que l'affection a pris naissance au centre même de l'os.

Explications fournies sur ce début exceptionnel et diagnostic différentiel établi facilement d'après les traits saillants de l'observation.

Comparaison de ce cas avec une autre tumeur du maxillaire supérieur actuellement en traitement dans le service.

Pronostic et traitement : Résection de la partie correspondante de l'os.

MESSIEURS,

Deux malades atteints, l'un d'une tumeur du maxillaire supérieur, l'autre d'une tumeur du maxillaire inférieur, sont entrés, il y a peu de jours, dans notre salle 17. Nous les avons examinés ce matin devant vous, et s'ils n'ont pas, au point de vue clinique, une importance égale, il n'est pas sans intérêt d'établir entre eux un parallèle qui fera mieux ressortir la question du diagnostic.

J'insisterai plus spécialement sur le dernier, car il doit subir, jeudi prochain, une opération grave : la résection du maxillaire inférieur.

C'est un homme fort âgé (quatre-vingt-un ans), mais sa santé générale est parfaite, et, s'il cachait son âge, on ne lui donnerait pas plus de soixante à soixante-cinq ans. Outre cet aspect extérieur, qui nous avertit que les années ont passé sans laisser après elles de sérieuses lésions d'organes, cet homme a bon appétit, bon sommeil, une certaine vigueur musculaire. On n'est pas surpris de ne retrouver dans ses ascendants aucun état pathologique transmissible et d'apprendre que jamais il n'a eu lui-même de maladie grave.

L'affection chirurgicale pour laquelle il est entré à l'hôpital Saint-André, remonte à quatre semaines seulement. En interrogeant l'histoire de ses antécédents avant cette date récente, on n'obtient rien, si ce n'est qu'il était grand fumeur et avait perdu toutes ses dents.

Il y a donc quatre semaines, il éprouva une douleur assez vive aux gencives, dans la région de la deuxième petite molaire droite, douleur qui devint rapidement très vive, surtout pendant la mastication. Le point douloureux, en peu de temps, se couvrit d'une ulcération, et la gencive ulcérée donna issue à un fragment de dent ou vieux chicot jusque-là caché dans sa profondeur.

Presque aussitôt la plaie laissait passer un gros

bourgeon charnu qui prit un grand développement, était douloureux, saignait au moindre contact et répandait sans cesse dans la bouche un ichor fétide.

Inquiété par l'évolution d'une affection aussi gênante et aussi douloureuse, le malade alla consulter un médecin qui lui conseilla de venir me demander mon avis. Quand je l'examinai, il y a quinze jours, on voyait déjà les téguments de la face soulevés par une tumeur sur laquelle ils glissaient, et, dans la bouche, on retrouvait une ulcération grisâtre, à bords déchiquetés, qui avait envahi les gencives et le vestibule de la bouche.

Ce malade est entré ces jours derniers dans la salle 17 : vous l'avez étudié, et c'est de la situation grave où il se trouve maintenant que je veux vous entretenir.

Le maxillaire inférieur, dans sa partie droite, est augmenté de volume. La tuméfaction n'a pas gagné la totalité de l'os, elle occupe seulement sa partie moyenne à égale distance du menton et de l'angle de la mâchoire. Aussi, la face est-elle franchement asymétrique, et voit-on que les téguments de la joue sont soulevés, comme vous avez pu le constater quand, pour la première fois, le malade vint me demander mon avis. Au-dessous de la peau, on devine la présence d'une tumeur, et bientôt les doigts peuvent constater que, dans une étendue de quatre centimètres

carrés, les parties molles de la joue sont adhérentes, solidement fixées au néoplasme. Il y a de la rougeur et de la sensibilité dans le même point, signes nouveaux rendus plus sensibles encore par une ulcération d'un centimètre à peu près, dont les bords amincis et irréguliers laissent voir des bourgeons fongueux, saignant facilement, au travers desquels le stylet peut s'enfoncer dans la direction du maxillaire inférieur. Je n'ai pas poursuivi bien loin mes recherches avec le stylet, car elles me paraissaient inutiles, et d'autres caractères s'offraient qui vont maintenant me permettre de formuler mon diagnostic.

La bouche largement ouverte, on voit aussitôt une large ulcération qui, de la première molaire, s'avance jusqu'à la branche montante; tout le bord alvéolaire est détruit.

Cette ulcération n'a pas un aspect uniforme. Son fond est généralement grisâtre, mais tandis que certains points sont recouverts d'un enduit épais ou qu'ils se trouvent remplis de bourgeons pâles, sur d'autres la couleur est rouge violacé; partout, le suintement sanguin se produit avec une grande facilité, puisqu'il suffit de toucher l'ulcère avec l'extrémité du doigt pour voir le sang s'écouler.

Les bords sont amincis, festonnés, très irréguliers comme ils le sont dans une plaie de mauvaise nature. Ils s'arrêtent en avant, près de la dent canine, contre laquelle ils se renversent en dehors; nous connais-

sous leurs limites postérieures; en dedans, ils occupent le sillon lingual; en dehors, enfin, ils descendent bien au-delà des gencives pour occuper tout le sillon muqueux du vestibule de la bouche qui se trouve ainsi comblé par des élevures, des saillies indurées, sorte de bourgeonnement qui n'est que la continuation de celui que vous avez vu sur toute la ligne horizontale de la mâchoire.

Quand on cherche à vérifier les rapports que la joue, son ulcération et le bourgeonnement de la cavité buccale peuvent avoir entre eux, on reconnaît aussitôt que les parties molles sont absolument fixées et qu'il y a union intime entre tous ces tissus, de telle sorte que l'ulcération des téguments ne peut être que l'épanouissement de l'ulcère de la bouche.

Si l'ensemble ne fait qu'un seul et même bloc ulcéré à sa surface du côté de la bouche, induré dans sa profondeur, il est aisé de comprendre que le maxillaire placé au centre de la tumeur présente de sérieuses altérations. Il est en effet volumineux, mais la tuméfaction a surtout envahi sa surface externe; la surface interne à part les bourgeons qui la recouvrent n'a pas de relief sensible, seul le bord inférieur est surbaissé, plus large et se continue avec la saillie formée en dehors par la tumeur.

Enfin, Messieurs, la région sus-hyoïdienne est libre; vous n'y retrouverez aucun ganglion.

Les troubles fonctionnels apportés dans la région

malade sont intéressants à étudier. Je me suis occupé de rechercher si la sensibilité de la peau n'était pas troublée. Le nerf mentonnier, branche du dentaire inférieur, donne de nombreux rameaux aux téguments et si, dans une affection du maxillaire inférieur, vous constatez qu'il y a de sérieuses modifications de la sensibilité, vous pourrez en conclure que, dans leur continuité, les deux rameaux nerveux se trouvent compromis... Chez notre malade, il n'existe point d'anesthésie; mais la sensibilité est déjà pervertie. En comparant successivement ce que donnaient les piqures sur les deux côtés de la face, j'ai constaté d'une manière très nette qu'à droite la sensibilité était moins forte ou du moins très retardée: preuve évidente que l'ulcération de la bouche n'a pas borné ses ravages à la surface de l'os, à la muqueuse qui la recouvre, mais s'est avancée profondément ou, ce qui est plus exact, qu'un néoplasme développé dans l'intimité du maxillaire est venu plus tard envahir sa surface.

Ce dernier trouble s'accompagne de douleurs très vives, lancinantes dans l'épaisseur de la mâchoire et irradiées dans l'épaisseur de la lèvre inférieure.

Tels sont les caractères cliniques. Suffisent-ils pour porter un diagnostic exact? Je le crois. Cette tumeur ulcérée est de celles que vous pouvez *à priori* reconnaître, sans vous occuper d'une longue discussion.

Si n'étaient les difficultés et les surprises de la clini-

que qui vous réserve toujours une erreur, même dans les cas les plus simples, quand vous n'avez pas le soin de discuter tout ce qui peut entre vous et l'évidence jeter l'ombre d'une incertitude, vous pourriez affirmer, mais souvenez-vous qu'il est plus sage de poursuivre l'erreur dans ses derniers retranchements.

Or, chez cet homme, un fait insolite s'est produit. Cette tumeur a évolué comme une affection aiguë, en quatre semaines; les bourgeons charnus, qui les premiers ont paru, ont été accompagnés de l'expulsion d'une racine, d'un chicot. On doit se demander s'il ne se serait pas agi là d'une périostite alvéolo-dentaire entretenue par ce fragment de dent, et si le travail inflammatoire n'a pas pu amener une ulcération qui a eu pour résultat le trajet fistuleux de la joue, comme cela se produit si souvent.

Arrivez auprès de ce malade, Messieurs, écoutez la lecture de son observation, explorez avec vos doigts si vous le voulez encore, sans regarder l'aspect de la plaie, en fermant les yeux: vous aurez peut-être cette dernière opinion. Mais quand on voit, qu'on regarde les caractères de cette surface ulcérée, jamais on ne pense à la périostite, à l'ostéite, à l'inflammation.

Dans la périostite alvéolo-dentaire, vous rencontrez une ulcération, je le veux bien, mais une ulcération avec surfaces saignantes et pus en excès, vous n'avez pas comme ici des bourgeons durs qui tendent à tout envahir, des bords indurés et déchiquetés.

Ne considérant que la plaie de la peau, il est inadmissible que cette plaie provienne d'une ulcération inflammatoire, car elle aurait été précédée d'un abcès, tandis qu'elle s'est lentement produite, sous l'influence d'un envahissement progressif de la tumeur née dans la bouche.

Ajoutez encore que le nerf dentaire est profondément altéré, et vous aurez une nouvelle preuve contre la périostite.

Vous avez donc éliminé cette première idée de la périostite alvéolo-dentaire. Que vous reste-t-il? Rien autre chose que le cancer.

Penseriez-vous à d'autres tumeurs, au fibrome, par exemple? Son lent développement, l'absence d'ulcération, le volume du maxillaire qui serait comme boursoufflé, sont des caractères que vous ne retrouverez point ici.

Il en est de même de l'enchondrome très lent dans sa marche et très volumineux ensuite.

J'ajoute que le sarcome, outre qu'il prend des proportions beaucoup plus considérables, s'étale en surface et s'ulcère bien plus lentement.

Le second malade que vous avez examiné ce matin présente aussi une vaste ulcération de la bouche. Son maxillaire supérieur en a été le point de départ et presque toute la cavité buccale est envahie par une masse énorme irrégulière, tardivement ulcérée et déjà saignante, molle, bourgeonnante; la joue est au loin

refoulée. Le sujet a trente-six ans : c'est l'âge du sarcome.

Mais ici, les conditions sont tout autres. Vous avez affaire à un vieillard très âgé et vous ne devez pas oublier que, passé la cinquantaine, on n'a plus de sarcome, mais seulement du cancer.

Cancer du maxillaire inférieur, tel doit être le diagnostic. Il nous reste à préciser la nature du cancer.

Je vous ai signalé la marche aiguë qu'avait eue dès son début cette tumeur. Elle paraît avoir évolué en quatre semaines pour prendre bientôt un rapide développement : on ne peut qu'en être surpris surtout si l'on admet l'opinion que je vous ai proposée, car le cancer ne marche pas en général aussi vite, et si, une fois entre autres, il prend une évolution rapide, ce sera ordinairement chez un jeune sujet, et non chez un vieillard.

Sur les deux maxillaires, toutes les variétés de cancer ont été observées, mais l'encéphaloïde et l'épithélioma sont les deux formes de beaucoup les plus fréquentes. Le squirrhe est une rareté que de vieilles observations seules ont indiquée, mais que nous ne connaissons plus depuis que l'histologie pathologique a fait justice d'exceptions cliniques qui n'étaient que des erreurs. Pour ma part, je n'ai jamais vu de tumeurs des maxillaires qui eussent avec le squirrhe des traits de ressemblance.

Notez encore que si on a quelquefois, mais fort