

rarement, observé sur ces os des tumeurs mélaniques c'était encore non pas du vrai cancer mais du sarcome. Aussi le diagnostic ne peut-il hésiter qu'entre l'encéphaloïde et l'épithélioma, le premier beaucoup plus fréquent que le second. Autant, en effet, l'épithélioma est fréquent sur les lèvres, la langue et la bouche, et de là peut se propager secondairement aux maxillaires, autant il est rare dans ces os comme lésion primitive.

Et maintenant, Messieurs, rappelez-vous les caractères que prend dès le début l'encéphaloïde; par eux, vous jugerez si, chez notre malade, il s'agit d'un vrai cancer ou de sa forme épithéliale.

De l'encéphaloïde vous avez, il y a peu de temps, eu un bel exemple chez un homme atteint d'une tumeur ulcérée du maxillaire supérieur. La cavité buccale remplie de gros bourgeons fongueux, vasculaires, la joue déjà distendue, la peau altérée et adhérente, marbrée, de gros ganglions sous-maxillaires, les parties voisines le pharynx, les fosses nasales envahies, la déglutition devenu difficile, la phonation profondément altéré par l'ulcération du voile du palais: tels sont les signes auxquels vous avez reconnu la tumeur; tels sont aussi les caractères que vous ne retrouvez point chez le dernier malade qui fait l'objet de cette leçon. Sa tumeur est aplatie, ulcérée sans bourgeonnement très saillant, déchiquetée sur les bords, et recouverte d'un enduit grisâtre d'où s'élèvent ça et

là des saillies bleuâtres; signes divers que vous ne retrouvez que dans l'épithélioma.

Convenons cependant, que cet épithélioma présente une marche insolite, et qu'il est nécessaire de rechercher la cause de ce rapide développement. Pourquoi la tumeur a-t-elle paru sous la forme d'un bourgeon qui succédait rapidement à l'élimination d'un chicot?

J'ai beaucoup insisté dans cette observation, pour vous faire remarquer qu'il ne s'agissait pas d'une tumeur développée sur le bord alvéolaire, mais bien, au contraire, née dans la profondeur de l'os. C'est du centre de la mâchoire qu'est parti le bourgeon initial qui plus tard a grandi et s'est étendu en surface en ulcérant la muqueuse.

Si l'épithélioma primitif du maxillaire est rare, il en a existé des exemples cependant, et l'on doit l'expliquer par les transformations, la prolifération que peuvent subir les vestiges de la pulpe dentaire et le bulbe de la dent qui renferment de l'épithélium. La prolifération du tissu épithélial donnera lieu à une tumeur, surtout si le rebord gingival, les dents elles-mêmes sont soumises à d'incessants irritations. L'épithélioma, contrairement aux autres tumeurs qui obéissent beaucoup moins à l'irritation rarement retrouvée dans leur étiologie, a souvent pour point de départ une irritation, une inflammation. L'abus du tabac, qui sans cesse provoque une vive excitation des muqueuses, qui développe dans la bouche des aphtes, des ulcérations, est

bien capable d'exercer une influence sur le début d'une tumeur épithéliale, fut-elle profondément placée dans les maxillaires. Mais, sans chercher à expliquer suivant quelle influence la tumeur se développe, il est mieux de constater sa présence et d'expliquer d'après quelle altération de tissu elle apparaît.

Admettant cette origine sur l'épithélium de la pulpe dentaire, j'incline à penser que cet homme était depuis longtemps atteint du mal dont vous voyez aujourd'hui les tristes progrès. Cette tumeur est restée bridée dans l'enveloppe inextensible que, de toutes parts, lui formait le tissu osseux, et quand la dent au-dessous de laquelle elle était placée a été chassée de son alvéole, elle a franchi la barrière ouverte devant elle et a paru sur le bord alvéolaire.

Le diagnostic, Messieurs, entraîne avec lui le plus fâcheux pronostic, et quand une question de traitement s'impose dans un cas aussi sérieux, vous comprenez qu'il est nécessaire d'examiner, avec la plus grande attention, toutes les circonstances capables de guider votre jugement. L'état général de ce malade est excellent, la tumeur est bien limitée, et le système lymphatique ne paraît avoir subi aucune lésion. Quand je l'ai, pour la première fois examiné, j'ai aussitôt pensé qu'on pourrait lui donner le bénéfice d'une bonne opération largement faite, et prolonger ainsi l'existence compromise à bref délai par un néoplasme dont la marche ne tardera pas à devenir des plus

rapides; mais je n'ai pu m'arrêter à cette pensée sans la discuter. Cet homme a quatre-vingt-un ans! âge bien avancé pour supporter sans danger une mutilation grave, pour affronter la douleur d'une opération sur la face pendant laquelle l'administration du chloroforme est difficile, pour fournir tous les frais d'une réparation facile en général, mais quelquefois trop longue quand l'opéré est déjà vieux et débilité.

Cependant, Messieurs, vous vous dites avec moi que l'état général est de ceux qui effacent un peu ces scrupules. La vieillesse est toujours relative, et tel malade qui porte dans son économie les traces d'usures profondes, quand il est jeune encore, sera vieux pour le chirurgien, tandis que tel autre sera vraiment jeune quand les années n'auront pas sur lui laissé la trace de leur passage. C'est bien la situation de notre malade : son facis est bon, il est gai, a bon sommeil, digère sans la moindre difficulté, a les artères souples et un cœur irréprochable. Pouvons-nous, un seul instant, penser qu'il n'a pas devant lui l'espérance de plusieurs années d'existence, et que le mal dont il est atteint doit lui ravir, en dépit des moyens à notre disposition, ses droits à la vie? Non, Messieurs, je ne suis pas de cet avis : l'action s'impose aujourd'hui, parce que le sujet supportera l'opération et que, si cette opération n'était pas pratiquée, nous verrions se dérouler bientôt les plus tristes complications : douleurs de plus en plus vives, hémorrhagies conti-

nelles, suppuration fétide dont la déglutition entraînerait la plus grande partie dans l'estomac et infecterait l'économie.

L'infection putride et la douleur, en altérant d'une part les fonctions digestives et d'autre part en empêchant le sommeil, amèneraient si promptement la faiblesse, que la mort viendrait bientôt. Nous nous retrouverions ainsi en présence de cette complication tant redoutée : la douleur, si préjudiciable à la vieillesse et à l'enfance. Contre elle, une ressource suprême nous reste, ressource dont l'indication n'offre plus d'hésitation, puisque nous sommes sûrs de dépasser largement les limites du mal : je veux parler de la désarticulation du maxillaire inférieur que je pratiquerai jeudi prochain.

Je ne veux pas vous rappeler ici les détails du manuel opératoire que tous vous avez appris à connaître dans les cours d'opérations. Rappelez-vous seulement que, si dans la désarticulation du maxillaire on cherche autant que possible à isoler la mâchoire de ses parties molles avant de la sectionner et d'ouvrir la cavité buccale, ici, plus que jamais, il faut suivre exactement les règles prescrites. Votre but, en opérant sur un vieillard, doit être d'éviter la douleur et d'arriver au dernier temps de l'opération avec tous les avantages du chloroforme. Il faut donc que le sang ne fasse pas invasion dans la bouche et que le sujet se réveille seulement quand tout est fini et qu'il

n'existe plus aucun vaisseau capable de fournir du sang. N'oubliez pas surtout, après avoir coupé le temporal, d'arracher par torsion l'articulation, pour éviter de porter les ciseaux ou le bistouri dans la région occupée par la maxillaire interne.

