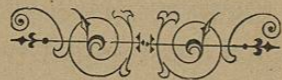


dehors du tibia. Ce n'est pas aujourd'hui seulement que j'ai agi de la sorte : dans les nombreuses amputations de jambes que j'ai pratiquées au lieu d'élection, je ne me suis jamais éloigné de cette pratique et les résultats ont toujours répondu à mon attente.



VINGTIÈME LEÇON

Epithélioma du canal nasal et du sac lacrymal.

Observation d'un malade atteint tout d'abord d'une affection présentant la plupart des signes de la dacryo-cystite.

Aspect spécial de l'ulcération consécutive à ces premiers accidents.

Diagnostic basé sur la marche, les caractères de l'ulcération, les troubles fonctionnels.

Traitement.

MESSIEURS,

Un cas s'offre à nous aujourd'hui, qui, s'il ne présente pas d'intérêt au point de vue opératoire, ne laisse pas de mériter à plusieurs titres toute votre attention. Par lui vous apprendrez quels rapides progrès peut faire ma tumeur maligne de la face, quand elle s'attaque aux cavités de cette région, et quels signes spéciaux vous avertiront qu'une intervention devient inutile à un moment donné.

Notre malade a soixante-douze ans. C'est un vieux

boulangier dont le principal défaut a toujours été d'abuser avec excès du tabac à priser. Son histoire pathologique que vous a lue, il y a un instant, M. Petit interne du service, n'offrirait aucun intérêt, si elle ne nous apprenait cependant que cette homme a depuis de longues années été tourmenté par un coryza chronique et de la blépharite.

Les antécédents de famille sont nuls, la maladie qui l'a conduit vers nous ne remonte pas à plus de dix mois. Elle fut, avons-nous dit, précédée d'un coryza tenace apparu dix ans auparavant; mais c'est, il y a huit à dix mois seulement, que des douleurs assez vives furent ressenties dans la mâchoire supérieure. Pendant les années précédentes, il n'y avait eu rien autre chose que l'écoulement nasal, et de l'épiphora.

C'est grâce à cet épiphora que le malade, qui depuis quelques jours souffrait dans le côté droit de la face, songea à entrer à l'hôpital, dans le service d'ophtalmologie de M. le professeur Badal.

C'était au mois de décembre dernier; il y a par conséquent un mois et demi.

Peu de temps après l'entrée à l'hôpital, aux douleurs faciales et à l'épiphora succédèrent d'autres signes: il se déclara de l'ophtalmie et, en définitive, une inflammation plus vive vers l'angle interne de l'œil droit, dans la région du sac lacrymal.

On fit une large incision et du pus s'écoula en assez grande abondance.

J'insiste pour vous faire remarquer que, jusqu'à cette époque, il n'y avait eu aucune apparence de tumeur. C'était, selon toute probabilité, un simple abcès, peut-être une dacryocystite suppurée, mais le pus était fétide. Ce caractère spécial, cette fétidité, fit penser à M. le professeur Badal qu'il pouvait exister autre chose qu'un foyer purement inflammatoire et que, sous un aspect bénin, une lésion plus grave se cachait profondément: il introduisit à travers l'incision qu'il avait pratiquée un stylet et l'instrument s'enfonça bien avant dans les tissus, dans la direction des os.

A partir de ce jour, le mal change de face. Un abcès était ouvert, du pus s'écoulait, l'incision paraissait nette, nulle part traces d'un néoplasme.

Voici que, tout à coup, les bords de l'incision bourgeonnent avec rapidité et que l'état fongueux que vous pouvez maintenant constater chez ce malade s'établit en donnant une suppuration fétide, sereuse, de mauvais aloi, de plus en plus abondante.

Vous êtes à juste titre frappés, Messieurs, par l'existence d'une large ulcération de la région génienne droite, ulcération térébrante, profonde, dont le fond grisâtre, rempli d'un liquide ichoreux très abondant ne vous permet pas d'apprécier les limites.

Les bords sont saillants, couverts de bourgeons rosés et gris, saignant au moindre contact, renversés en dehors, rejetés sur les parties voisines, de telle

sorte que l'œil est presque complètement recouvert et paraît compris dans la masse fongueuse. Cependant il n'en est rien. Quand vous abaissez cette masse bourgeonnante de manière à dégager la région oculaire, vous voyez aussitôt qu'elle ne fait point corps avec la paupière et appuie seulement sur elle ; le globe oculaire est sain, et l'ulcération a simplement gagné la partie interne de l'orbite dans la région du sac. Cherchez enfin à reconnaître les limites précises de la tumeur en dedans : vous voyez qu'elle s'avance sur les téguments du nez, mais n'a pas franchi la ligne médiane.

En bas, l'ulcération ne dépasse pas une ligne horizontale qui occuperait la partie moyenne de la joue. En dehors, il est bien difficile de limiter l'infiltration : les tissus rouges, indurés, donnant partout à vos doigts la sensation de parties molles infiltrées, vous avertissent que, s'il existe une tumeur de mauvaise nature, elle a déjà fait de rapides progrès. Aussi loin que vous portiez votre examen dans la direction de la branche montante du maxillaire inférieur, vous retrouvez toujours une certaine induration et vous restez convaincus que, de ce côté, la lésion s'est peu à peu, lentement, mais sûrement propagée.

L'ulcération des téguments n'est pas le fait le plus saillant : le mal a fait profondément des ravages ; laissant loin derrière lui la peau et les tissus qu'elle recouvre, il s'est avancé sur les os qui se trouvent

ainsi confondus avec les parties molles dans le même travail ulcéreux.

Ces préliminaires suffisent, je le crois, pour qu'il me soit permis d'aborder maintenant le diagnostic et de rechercher si réellement nous avons affaire à une tumeur maligne, et quelle serait la nature de cette tumeur.

Il ne me paraît pas utile de réfléchir longtemps avant d'affirmer que cette ulcération est de mauvaise nature. La rapidité de son développement, le relief de ses bords, son état fongueux, la sanie qui s'en écoule, l'infiltration mal délimitée des parties molles autour d'elle, répondent de suite à ces diverses questions en nous montrant bien qu'il s'agit d'un épithélioma. L'épithélioma seul peut donner ces caractères, et le diagnostic s'impose *à priori*.

Serait-ce la scrofule ou la syphilis qui nous donneraient de tels signes ? Vous ne pouvez l'admettre un seul instant, à moins de vouloir gratuitement compliquer un diagnostic chirurgical. Réservez donc toute votre attention pour déterminer et le point de départ de cette grave lésion et le progrès qu'elle a déjà fait sur les parties voisines ; l'intérêt d'une telle recherche n'est pas à comparer à celui d'un diagnostic différentiel inutile.

Mais permettez-moi de vous arrêter immédiatement sur un détail clinique qui me semble offrir dans cette observation un très haut intérêt. N'avez-vous pas

remarqué qu'il n'existe point d'engorgement ganglionnaire? Votre exploration est restée sans résultat quand elle s'est adressée aux régions pré-auriculaires sous-maxillaires. Loin de trouver dans ces derniers points un chapelet de petites glandes dures, c'est à peine si vous avez pu constater la présence d'un ganglion gros comme une noisette. Il n'y a rien sous la région mentonnière, rien dans la région cervicale. N'en soyez pas surpris. C'est un fait constant, fréquent tout au moins, dans les tumeurs des maxillaires.

Pendant la visite qui a précédé cette leçon, je me suis avec vous arrêté au lit d'un de nos malades atteint d'une énorme tumeur du maxillaire inférieur. L'ulcération, qui a détruit tous les téguments inférieurs de la face, dépasse les commissures et tend à envahir de proche en proche la totalité de la face: cette tumeur ulcérée n'a pas amené la moindre infiltration ganglionnaire.

Je me rappelle encore un autre malade de mon service qui avait un petit épithélioma du nez. Aucune opération n'avait été pratiquée et la tumeur avait seulement été soumise à des irritations par les cauterisations incomplètes et les pommades. L'ulcération, bientôt produite, avait gagné le nez, la joue, les deux yeux; il ne restait plus rien de la face, le front seul existait encore et tout le reste formait un vaste cloaque au milieu duquel on voyait saillants et décharnés les

os des maxillaires. Chez cet homme, Messieurs, il n'y avait pas un seul ganglion tuméfié!

C'est donc un fait curieux, utile à enregistrer, qu'on doit admettre sans trop chercher à l'expliquer.

Revenons au diagnostic du siège, au point de départ de notre tumeur.

Ce ne sont point les téguments de la face, ainsi que cela se présente souvent, qui ont été les premiers malades. Glandes, papilles, peuvent être des sièges de prédilection pour la tumeur épithéliale, mais ici, rien de semblable ne s'est produit.

Ce sont les parties profondes qui ont vu se développer sur elles l'épithélioma. Quel a été, en effet, le premier trouble, le premier signe de la maladie que vous voyez aujourd'hui si étendue, si grave? C'est l'épiphora. Peu de temps après, des douleurs vives ont paru; enfin, en dernier lieu, un abcès, un phlegmon, s'est montré dans la partie douloureuse.

Cette succession de trois signes importants; larmoiement, douleur et abcès me paraît témoigner fortement en faveur d'une altération primitive du sac lacrymal ou de la partie supérieure du canal nasal. Certainement, leur muqueuse a été le lieu d'élection choisi par la tumeur.

Rarement vous observez une pareille origine: c'est moins en nous basant sur des faits analogues, qu'en nous appuyant sur le raisonnement, que nous formulons ce diagnostic.

La cause nous échapperait absolument si nous ne savions que cet homme est un priseur invétéré. Pas d'antécédents de famille, ni d'antécédents personnels, car personne d'entre nous ne peut attribuer d'importance à un léger traumatisme de date ancienne dont nous a parlé le patient ; il n'y a rien, si ce n'est une irritation chronique de la muqueuse nasale par l'abus du tabac. Est-il vrai qu'elle seule ait préparé la lésion ? On ne saurait l'affirmer, mais si nous croyons que l'abus du tabac peut avoir quelque influence sur le développement du cancer buccal, il n'est pas illogique de conclure ainsi. Au surplus, peu m'importe que cet épithélioma ait telle ou telle cause ; son point de départ dans le canal nasal présente plus d'intérêt et, en analysant les faits, nous trouvons plusieurs preuves à l'appui de cette opinion.

Aujourd'hui la tumeur a fait une apparition subite sur la joue ; elle s'est épanouie, pour ainsi dire, et les désordres qu'elle entraînera bientôt autour d'elle ne seront plus à compter ; mais, tant qu'elle est restée emprisonnée, elle n'a trahi sa présence par aucun signe : de l'épithora et un peu d'enchifrènement, signes ordinaires d'une altération du calibre du canal nasal, s'étaient seuls montrés. Contenue, bridée par une enveloppe ostéo-fibreuse, elle ne pouvait s'étendre que vers les orifices du canal. Quand elle a atteint un de ces orifices, elle s'est développée avec rapidité. Le malade est sous vos yeux ; voyez les dimensions de cette ulcé-

ration : presque toutes les parties molles et la peau sont prises et les os eux-mêmes n'ont pas été respectés.

Et tous ces désordres ont commencé par une petite tumeur au niveau du sac. C'est en effet là, Messieurs, que le néoplasme, trouvant sur les os du canal une barrière résistante, s'est avancé pour envahir le sac, la partie interne de l'orbite, l'os onguis et la branche montante.

La partie inférieure du canal nasal n'a pas, du reste, été épargnée. Un bourgeon de mauvaise nature s'est avancé de ce côté-là et vous vous souvenez très bien qu'avant même l'apparition de la tumeur au dehors, le malade avait eu de l'enchifrènement persistant. Aujourd'hui tout s'explique, quand on fait l'examen du nez : déjà cet homme a eu plusieurs épistaxis, il mouche souvent du sang, la narine du côté droit est en partie obstruée, le passage de l'air détermine un bruit râpeux dans les fosses nasales, et quand on regarde dans celle de droite, on la voit presque fermée par un gros bourgeon saillant, fongueux. Progressivement l'épithélioma a envahi la fosse nasale en descendant du canal nasal, et de là il a gagné d'autres régions. Il a pénétré dans le sinus maxillaire, dont il n'était séparé que par de très minces lamelles osseuses. La partie antérieure de ce sinus est légèrement saillante, mais au fond de la plaie, l'os détruit sur une certaine étendue permet au stylet de s'introduire jusque dans la cavité d'Higmore.

Je vous ai dit et répété que le premier siège du mal était le canal nasal, j'insiste encore pour vous faire remarquer que le sinus maxillaire n'a pas été primitivement envahi. Déjà, par les faits cliniques, je vous ai prouvé cette origine : elle s'affirme davantage, quand on explore le maxillaire supérieur.

Chez un autre malade, atteint d'une tumeur maligne du maxillaire, que je vous montrais ces derniers jours, vous avez vu un gonflement considérable de l'os en haut, en bas, en avant, sur le bord alvéolaire dépourvu de ses dents, toutes chassées peu à peu de leurs alvéoles, et déjà garni de fongosités de mauvais aspect : toute la voûte palatine était surbaissée. Ces tumeurs, en effet, refoulent d'abord, avant de les ulcérer, de les détruire, toutes les parties qui forment les parois du sinus, et la distention de la cavité ne tarde pas à devenir évidente.

Ici, rien d'analogue n'a pu être observé. Le bord orbitaire est sain, la bouche a conservé toutes ses dents dont aucune n'est sérieusement ébranlée, la voûte palatine a gardé sa courbe d'ogive. Si le sinus a été envahi, il ne l'a été que consécutivement et encore dans des proportions très limitées.

En vous disant, Messieurs, que cette lésion répandue sur les os n'a pas encore gagné une grande étendue de leur surface, en insistant pour vous faire constater l'absence d'engorgement ganglionnaire, ai-je l'intention de vous proposer d'intervenir chez ce malade ?

Je m'empresse de reconnaître que si la lésion avait des limites plus restreintes encore, et offrait partout des contours d'une délimitation nette, il n'y aurait pas à hésiter, et une mutilation, fût-elle grave, deviendrait légitime.

Mais cette large ulcération de la peau, cet envahissement de la partie interne de l'orbite, du sinus maxillaire, ne vous obligeraient-ils pas à faire de terribles sacrifices : la mâchoire, l'orbite, une partie des fosses nasales se trouveraient emportés dans cette opération. Je sais bien qu'à la rigueur, on pourrait, sans grands dangers et surtout sans grandes difficultés, suivre cette conduite, mais, voyez l'état de la peau sur la joue, voyez cette parésie faciale : la commissure abaissée, les muscles paresseux ou inertes quand vous les faites contracter, tout cet état local qui vous révèle à quel degré l'épithélioma a compromis toutes les parties molles de la région, même les branches du nerf facial. L'infiltration de la peau, des muscles, des branches nerveuses, ne vous laisse plus aucune ressource pour masquer la mutilation, que vous ferez porter sur les os, et même ne vous laisse plus l'espoir de dépasser ses limites.

Mais, avant tout, restez convaincus que si vous ne pouvez préciser les altérations des parties molles, vous ne savez pas, à plus forte raison, ce qui se passe profondément sur les os, les nerfs et les vaisseaux. Le mal peut avoir, grâce aux nombreux pertuis qui

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.