

Pour ce qui est du radium, nous pouvons dire que ce nouvel agent thérapeutique encore à l'étude semble n'agir également que sur les tumeurs superficielles de la peau.

Inutile de mentionner le chlorure de zinc, le chlorate de potasse, l'arsenic, le violet de méthyle en application locale, dont les guérisons rapportées pour ce genre de tumeur sont des plus problématiques.

L'intervention opératoire étant acceptée, la malade entre à l'Hôtel-Dieu le 1er mars pour y être opérée le lendemain.

*1ère opération.*—Anesthésie au chloroforme et antiseptie du champ opératoire. Nous faisons l'incision dans la peau saine à trois millimètres environ du bourrelet de la tumeur que nous contourrons parallèlement. Cette incision commence par la paupière inférieure et se rend jusqu'à l'os. La conjonctive oculaire est soigneusement respectée vu qu'elle n'est pas envahie par le néoplasme. Après avoir enlevé toute la partie malade ainsi que le sac lacrymal, qui était totalement pris, nous faisons un bon curettage du canal nasal. L'hémostase étant complète et la plaie attentivement débarrassée des débris qui pourraient plus tard donner une récurrence, nous nous appliquons à combler cette perte de substance par l'autoplastie. Nous faisons alors sur la joue une incision horizontale partant de la plaie et se rendant au cantus externe, à quatre millimètres environ du bord ciliaire, que nous continuons pour trois centimètres dans la direction verticale, le tout terminé par une descente oblique de un centimètre et demi vers le lobule de l'oreille correspondante. (Voir schéma). Toute la peau de ce côté de la face est ensuite décollée soigneusement avec son tissu cellulaire sous-cutané, et ce lambeau, mobilisé par les incisions, est alors glissé dans la direction du nez. Quelques points de suture sont ensuite appliqués et maintiennent la coaptation. Quant à la paupière supérieure, nous faisons sur le front une série de quatre incisions d'un centimètre chacune, ayant la forme d'un escalier incliné à droite, tel qu'indiqué sur notre schéma. La peau du nez et du front de chaque côté est également décollée, et le lambeau supérieur est abaissé et coapté aux tissus avoisnants. Un grand soin est apporté à la conjonction oculaire qui est suturée à la peau. Dans le cas présent, nous n'avons pas jugé à propos de faire une tarsorrhaphie. Nous avons ainsi comblé entièrement la perte de substance qui résultait de l'ablation de l'épithélioma et refait les paupières, tout en conservant l'axe normal des commissures et sans déranger l'arc sourcilier. L'opération est terminée par un panse-

ment légèrement compressif. Les suites post-opératoires sont excellentes; la malade a un peu d'œdème, mais il n'y a pas de suppuration. A partir de la cinquième journée, nous enlevons graduellement les points de suture qui n'ont pas cédés. Au bout de six semaines, la patiente est tout à fait guérie; son œil opéré est un peu plus grand que l'autre, mais les paupières se ferment bien. La diplopie, conséquence inévitable de l'opération, est très légère et existe seulement dans certains mouvements très prononcés des yeux.

Elle nous demande alors de la débarrasser de son larmolement qui l'ennuie beaucoup et qui entretient un peu de rougeur de la conjonctive. Comme nous ne voulions pas recourir à la canthotomie, et qu'il nous était impossible de retourner la paupière supérieure—par conséquent de lui enlever sa glande lacrymale palpébrale—, le 23 avril nous lui faisons l'ablation de sa glande lacrymale oculaire.

*2ème opération.*—Le sourcil étant rasé dans son tiers externe et le champ opératoire aseptisé, la malade est endormie au chloroforme. Nous faisons alors une incision de deux centimètres dans la queue du sourcil en longeant le rebord orbitaire. Cette incision légèrement concave sépare successivement la peau, l'orbiculaire et le tissu cellulaire. Les lèvres de la plaie étant écartées—à l'aide de l'écarteur de Chevallerau pour l'ablation du sac lacrymal—nous détachons avec les ciseaux le fascia tarso-orbitaire, et la glande se présente dans le champ opératoire. Après avoir attirée au dehors et soigneusement disséquée, nous en faisons l'ablation. Trois points de suture complètent cette petite intervention, avec un pansement légèrement compressif. Les suites opératoires sont des plus simples. Nous sommes heureux de constater dans les jours qui suivent que le larmolement a presque disparu; aussi le 8 mai la malade laisse l'hôpital tout à fait guérie.

La pièce anatomique examinée par mon ami le Dr Dupont a permis les constatations suivantes.

Le spécimen fourni bien que petit est néanmoins suffisant pour nous permettre de porter le diagnostic d'épithélioma cutané. Il ne présente en effet que des masses de cellules pavimenteuses groupées sous forme de boyaux sectionnés dans le sens longitudinal et transversal.

Au centre de la préparation, ces cordons cellulaires ont effondré la membrane basale qui manque totalement dans le reste de la coupe. Le plan musculaire est nettement dissocié et envahi. Ça et là apparaissent quelques globes épidermiques. En plus de ces caractères nous apercevons une petite portion d'un poil et de son bulbe, et nous concluons à un cancer de la peau.