

Dupuytren et la stomatologie*

A propos de quelques observations

par le docteur Vincent-Pierre COMITI

L'œuvre de Dupuytren se rapportant à la stomatologie est considérable, tant fut grand l'éclectisme de ce médecin dans le domaine pathologique. Cette diversité d'activité était d'ailleurs la règle dans le milieu médical en raison de la faible spécialisation des hommes et des services dans les hôpitaux parisiens en ce début du XIX^e siècle. Certes la répartition des malades et des maladies était déjà depuis plusieurs décades inscrite dans les structures hospitalières. Cependant la chirurgie, dans la mesure où le traitement des traumatismes et le traitement des tumeurs représentaient deux de ses composantes les plus importantes, fut une chirurgie très diversifiée. De plus, étant donné que la reconnaissance de la chirurgie en tant que partie à la fois constituante de la médecine mais distincte dans l'enseignement et la pratique clinique était fragile, tout ceci fit que la chirurgie était une et non divisée (1).

Parmi toutes les observations recueillies dans le service de Dupuytren, nous avons isolé celles qui, se rapportant à la stomatologie, nous semblaient les plus démonstratives du concept de guérison pour un représentant de l'école chirurgicale parisienne du début du XIX^e siècle. Chemin faisant, nous n'avons pu résister à la tentation de citer quelques autres affections même si leur siège ne s'inscrit guère dans le cadre que nous nous sommes fixé.

Nos sources sont, d'une part les « Leçons orales de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu », d'autre part et surtout le « manuscrit de Texier » (interne de Dupuytren) conservé à l'Académie de chirurgie (2). Il s'agit d'un volume relié en peau et intitulé : « Hôtel-Dieu, Chirurgie, Département des Femmes, année 1819, M. Dupuytren chirurgien en chef ; Texier interne de 1^{re} classe ». Ses 580 pages de texte sont précédés d'une note de 3 pages

(*) Communication présentée à la séance du 25 février 1978 de la Société française d'histoire de la médecine.

concernant « une luxation en avant de la première phalange du pouce sur la seconde avec rupture complète des ligaments ». Il existe aussi une lettre de Marx écrite le 30 décembre 1860. Dans cette lettre de deux pages écrite à Marjolin, il lègue cet ouvrage à la Société de chirurgie et déclare : « Dupuytren en mourant m'a légué par testament une partie des registres d'observations chirurgicales recueillies dans son service à l'Hôtel-Dieu. Arrivé jusqu'au terme de ma carrière, j'ai le désir d'en faire hommage à la Société de Chirurgie, qui compte parmi ses membres quelques élèves de notre illustre maître. Là, ils pourront toujours être utiles et consultés avec fruit. » Ce manuscrit comporte plus de 80 observations. Les cas cliniques y sont en règle beaucoup plus détaillés que ne le sont ceux des « Leçons orales ». En effet, à côté du nom, de l'âge, de la profession, figurent assez souvent les antécédents du malade, ou plutôt de la malade. Il s'agit le plus souvent des antécédents reconnus comme ayant quelque importance dans la genèse ou le déroulement de l'affection qui entraîna l'hospitalisation de la malade. L'évolution, pendant le séjour, est notée, parfois au jour le jour, mais ce n'est que dans de rares cas que l'évolution de l'entité morbide est suivie après l'hospitalisation (lorsque la malade est revue en consultation, par exemple).

Un point nous a donc particulièrement intrigué, ce sont les notations concernant l'état de santé au sortir de l'hôpital. Cette notion a d'autant plus d'importance, qu'à moins d'une étude exhaustive des admissions dans les hôpitaux de la région parisienne dans les mois ou les années qui suivirent cette hospitalisation, elle est souvent notre dernière prise de contact avec le ou la patiente. D'autre part, les termes ne sont pas employés de façon quelconque. Ils renvoient tous, notamment, à l'évolution lésionnelle et clinique lors du séjour hospitalier ou dans les suites immédiates. Ces observations furent prises dans la 1^{re} moitié du XIX^e siècle, époque où la lésion et ses manifestations cliniques représentaient les principales perceptions des entités morbides. Dupuytren, en outre, fut l'un des plus actifs représentants de la méthode anatomo-clinique et sa perception fut aidée par l'examen macroscopique non seulement des cadavres, mais encore parfois des pièces opératoires. Nous verrons des exemples tirés des domaines traumatiques, infectieux et tumoraux en notant que leurs frontières ne sont pas nettes.

Le traumatisme est l'un de ces exemples qui montrent le mieux à quel point la disparition de la lésion évolutive est le critère de guérison. Voici Denise T., âgée de 21 ans (3), domestique de profession, qui entre à l'Hôtel-Dieu le 27 juillet 1819, « affectée de fistule avec nécrose de l'apophyse montante de l'os maxillaire du côté gauche ». Cette femme avait reçu deux mois auparavant, sur le côté gauche du nez et au devant de l'apophyse montante de l'os maxillaire un violent coup de fourche. Un abcès se forma et à l'entrée : « La partie latérale gauche du nez et la partie correspondante de l'apophyse montante de l'os maxillaire étoient tuméfiées, volumineuses. Au centre du gonflement existoit une fistule environnée d'un petit bourrelet charnu : par cette fistule s'écouloit continuellement une grande quantité de pus

d'assez mauvaise nature. » Dupuytren explora à plusieurs reprises cette lésion et y retira des fragments osseux. La dernière partie de cette observation se termine sur cette phrase : « Bientôt, on pansa seulement avec de la charpie sèche et en quelques jours la guérison fut complète ». Or, l'un des fragments retirés était le cornet inférieur. Mais qu'importe ! La malade est déclarée guérie car sa pathologie a évolué peu de temps, car elle ne présente alors ni signe clinique, ni signe lésionnel en évolution ; la séquelle témoigne de la guérison. Quelques mois auparavant, le 12 mai 1819, entre à l'Hôtel-Dieu Marie-Lucile C., âgée de 45 ans(4), pour un « gonflement phlegmoneux érysipélateux de la région parotidienne droite ». La maladie avait débuté 10 jours avant environ et Texier nous dit qu'à l'arrivée dans le service « la région parotidienne droite offroit alors une tumeur du volume du poing, saillante à son centre, déprimée à sa circonférence, soulevant l'oreille ». Il existe des signes inflammatoires et du pus s'écoule par le conduit auditif. Deux jours plus tard se fait une ouverture spontanée à la peau. Le 20 mai la peau est décollée sur une assez grande étendue. D'autres ouvertures apparaissent et comme le pus se collecte vers le bas on pratique une contre-ouverture. Quelques fragments de « tissu cellulaire » sont enlevés et l'observation se termine par cette phrase : « On insista longtemps sur les cataplasmes. Il restoit une espèce d'engorgement qui était fort long à se dissiper. Enfin la malade sortit le 30 juin parfaitement guérie ». Ici aussi nous sommes en présence d'un cas dont le diagnostic rétrospectif n'est pas notre propos, mais qui montre qu'en dehors de la lésion évolutive la maladie a cessé d'être. Toujours dans le domaine infectieux, voici l'observation d'une femme de 20 ans(5) qui entre à l'Hôtel-Dieu affectée d'un érysipèle de la face. Il est d'abord constaté son « tempérament sanguin », sa « forte constitution », le fait qu'elle était non encore menstruée et « sujette à diverses incommodités qui revenoient à certaines époques et qui paroisoient tenir aux défauts de la menstruation ». Huit jours avant son admission elle fut prise d'un frisson d'une durée de quelques heures puis d'une fièvre, d'une rougeur au côté droit de la face puis entre dans le service de Dupuytren avec les signes locaux suivants : « Toute la face étoit gonflée, rouge, chaude, couverte d'un érysipèle très caractérisé. Le gonflement, la rougeur, et la tension de la peau étoient beaucoup plus marqués sur le côté droit de la face et surtout sur sa pommette où l'on observoit quelques pustules remplies de sérosité jaunâtre... ». Le traitement fut ici uniquement médical, car aucune opération importante ne fut pratiquée. La saignée, les lavements et diverses mesures parmi lesquelles des mesures hygiéno-diététiques sont prescrites et appliquées. L'évolution est suivie attentivement et une vingtaine de jours après son admission, la malade « étoit parfaitement guérie » nous dit Texier. Ici, il est tout à fait licite de considérer qu'effectivement plus aucune trace macroscopique de l'affection ne subsistait. A cette époque, ce seul constat d'un état clinique identique à la période pré-maladive suffisait. Qu'importe que, pendant son affection, la malade eût présenté « une irritation à la gorge qui rendit la déglutition difficile et douloureuse » ; cela n'avait pas d'incidence sur la pathologie ultérieure ; la notion fort récente de porteur convalescent était bien évidemment en 1819 invisible, impalpable, informulable. Le malade sans lésion ni signe alors objectivable ne pouvait être perçu comme point de

départ d'autres maladies chez d'autres individus. Sans lésion et sans signe patent, un auteur comme Dupuytren percevait mal que la pathologie pût commencer avant son extériorisation.

Voyons maintenant un texte qui nous permettra de faire la liaison avec ce domaine des tumeurs qui passionna tant Dupuytren et qui pourtant fut un de ceux qui lui posèrent le plus de problèmes de conceptualisation. Jeanne G., Matelassière âgée de 47 ans (6), entre à l'Hôtel-Dieu le 16 février 1819 affectée « d'un engorgement squirrheux et tuberculeux de la langue ». Mais ce diagnostic ne fut en fait pas retenu par Dupuytren. L'étiologie vénérienne ne sera adoptée qu'après de longues considérations où les antécédents de la malade et l'évolution sous traitement eurent le plus d'importance. Tout commença 16 ans auparavant alors que cette femme, « d'un tempérament bilieux, sanguin, d'une assez bonne constitution fit... un traitement anti-syphilitique pour une affection vénérienne dont elle étoit déjà infectée depuis quelque temps ». Un an après elle eut de petites ulcérations à la vulve et cela se reproduisit à plusieurs époques. Six mois environ avant son hospitalisation dans le service de Dupuytren, elle présenta un petit bouton sur la face dorsale de la langue et, nous dit-on : « Ce bouton [était] survenu peu de temps après que la malade avoit refait des matelats sur lesquels venoit de mourir un jeune homme atteint de petite vérole confluente compliquée de fièvre putride. » Après quelques périodes de rémission, à ce bouton vinrent s'en adjoindre plusieurs autres, la langue augmenta de volume, gêna la prononciation et la mastication. Dans un autre hôpital on jugea « le mal de nature cancéreuse et comme il s'étendoit jusques vers la base de la langue jusqu'à l'épiglotte on le pensa incurable ». Dupuytren pensa d'abord lui aussi que c'était de nature cancéreuse et « sur la seule possibilité que la maladie fut vénérienne, il prescrivit un traitement antisiphilitique » à base de mercure. Bientôt « l'on crut s'apercevoir d'un peu d'amélioration, le volume de la langue paroissoit un peu diminué les mouvements de cet organe plus libres, la parole moins embarrassée ». Comme le volume de la langue retrouvait progressivement son état antérieur, comme les mouvements de la langue apparaissaient de plus en plus aisés et qu'il n'y avait pratiquement plus de douleurs, elle sortit. Texier écrit : « En un mot la maladie paroissoit totalement détruite » (notons qu'ici le mot détruite se rapporte à la maladie mais qu'il désigne manifestement la lésion). Ainsi, la malade ne sortit pas avec une langue totalement normale et Dupuytren l'engagea à poursuivre son traitement chez elle. Le mot guérison n'est pas employé. L'amélioration des signes physiques est notée et l'on constate la diminution des lésions. Compte tenu de l'état de sortie et de la pathologie antérieure supposée responsable, l'évolution ultérieure de la lésion n'est plus affirmée de manière catégorique. Mais c'est certainement dans le domaine tumorale que ces notions sont les plus intéressantes à cerner.

Deux observations, toujours dans le « manuscrit de Texier », ont trait aux cancers du nez. Dans l'une d'entre elles, la malade est opérée (7) et sort « en bon état ». L'autre relate le cas d'une femme de 66 ans (8) qui entre le 26 décembre 1818 pour « carcinome à l'aide droite du nez ». L'origine du

développement de cette tumeur remontait à 2 ans. Elle fut opérée à plusieurs reprises mais récidiva. Dupuytren procéda à l'ablation large de la lésion. Cette dernière avait la taille d'une noix ; elle était excoriée à sa surface et présentait une petite tumeur satellite. Le constat de sortie est le suivant le 1^{er} février : « La plaie étoit cicatrisée, la malade sortie guérie le 9. » Ici la disparition complète de la lésion, grâce à l'opération, permet à Dupuytren, ou du moins à Texier, d'affirmer la guérison bien qu'il connaisse parfaitement les risques de récurrence (signalons à ce propos les observations de cancers du sein ou de l'utérus qui se trouvent dans ce manuscrit). Dans l'article premier du tome trois de ses « Leçons orales de clinique... » Dupuytren voit exposer ses idées à partir d'un certain nombre d'observations de kystes osseux. Une de ces observations concerne un jeune homme qui présentait une volumineuse tumeur au niveau de sa joue (9) : « Un jeune homme qui se destinait à l'état ecclésiastique, et qu'on avait pas voulu admettre au séminaire à cause d'une tumeur volumineuse qui soulevait sa joue, se présenta, il y a plusieurs années, à l'Hôtel-Dieu. M. Dupuytren examina avec soin cette tumeur ; il s'assura que le siège étoit dans la branche horizontale droite de l'os maxillaire inférieur. En pressant sur les parois du kyste dont la forme étoit ovoïde, il sentit une légère crépitation, une sensation pareille à celle que l'on éprouve lorsque l'on froisse entre les doigts du papier, ou mieux encore, lorsqu'on presse sur un morceau de parchemin bien sec. »

« L'absence de toute fongosité, de toute douleur lancinante, l'état brillant de santé du jeune homme... la conviction qu'il n'existait qu'un kyste à parois osseuses, toutes ces considérations réunies engagèrent M. Dupuytren à attaquer cette tumeur ». L'opération permit de retirer, outre un liquide rougeâtre, une partie d'une masse « fibro-celluleuse ». Puis : « La suppuration s'empara du reste de la tumeur, et au moyen d'injections répétées, la guérison fut bientôt complète. Les bords du kyste osseux se rapprochèrent peu à peu, et le malade ne conserva qu'une légère difformité, un peu de saillie et une petite cicatrice. » Dans cette observation, le diagnostic de kyste est porté sur l'inexistence de douleur lancinante, l'état du sujet, et un signe provoqué, la crépitation, sur lequel Dupuytren insiste beaucoup. Toutes ces considérations s'intègrent toujours parfaitement dans le cadre lésion-manifestation où, pour le traitement comme pour le pronostic, les considérations étiologiques et physiopathologiques importent peu.

Par contre, dans l'observation qu'il place en tête (10), si la nature bénigne est encore retenue, la possibilité de dégénérescence et la non-constatation d'une lésion stable ne lui permettra plus d'affirmer la guérison : « Une jeune fille, âgée d'environ sept ans, bien conformée, d'une assez bonne constitution, vint à l'Hôtel-Dieu, au mois de juin 1832, pour y être traitée d'une tumeur qu'elle portait dans l'os maxillaire supérieur. » Cette jeune fille racontait que cette lésion s'étoit développée après qu'elle eut reçu un coup au niveau de la joue. Cette tumeur, de la grosseur d'un poing, affectait le côté droit et obstruait la narine. Dupuytren écarta le diagnostic d'ostéo-sarcome devant ce signe : « J'ai remarqué qu'en pressant la partie antérieure et supérieure de

la tumeur, j'enfonçais une petite lame, qui en cédant et en revenant alternativement sur elle-même faisait entendre un bruit de froissement analogue à celui de la voûte palatine, et dès lors j'ai pensé que nous avions à faire à un kyste osseux. » Mais Dupuytren n'écarte pas totalement la possibilité d'une dégénérescence : « Il ne serait pas étonnant... que la tumeur fût changée de nature, car les corps fibro-celluleux sont susceptibles de dégénérer : le cas serait alors fort embarrassant », et d'ailleurs de toute façon, il pense que « si la maladie était abandonnée à elle-même, elle dégénérerait en carcinome. » Il l'opéra, mais, et c'est un fait remarquable dans cet exemple comme dans un certain nombre d'autres textes traitant des tumeurs, nous ne savons guère le devenir de la malade et l'opinion de Dupuytren quant à la guérison n'est plus nette : « Dix jours après l'opération, il y avait une amélioration sensible, les parois du kyste s'étaient affaissées, la tumeur avait beaucoup diminué de volume. Si la poche continue de revenir sur elle même, dit le professeur ; si l'enfant n'avale point la matière de la suppuration, il y a lieu d'espérer la guérison » (notons qu'il reporte en partie la responsabilité de l'évolution sur la malade).

En ce qui concerne les tumeurs du maxillaire, ou d'autres organes (hormis les cas où le ou la patiente décède lors de l'hospitalisation), lors de la sortie du malade il n'est fait allusion à une guérison totale que lorsque la lésion est totalement détruite ou enlevée. Cela entraîne notre auteur parfois à parler de guérison pour des tumeurs qu'il vient d'opérer, qu'il reconnaît comme cancéreuse, qui ont déjà récidivé et dont il ne sait alors le devenir tant est fort ce concept que la lésion vue est presque à elle seule la maladie.

(1) Cf. à ce propos, V.P. COMITI : « Répartition des malades et des maladies dans les hôpitaux et les hospices parisiens au XVIII^e siècle », *Actes du Colloque d'Histoire de la médecine*, Institut d'histoire de la médecine et de la pharmacie, 6 octobre 1977 (à paraître).

(2) Qu'il nous soit permis, ici, de remercier M. le Recteur Huard, M. le Professeur Chigot, M. le Docteur Edelmann, Mme Ferry et Mlle Doury, pour l'aide qu'ils nous ont apportée.

(3) Manuscrit de Texier, pp. 441-443.

(4) *Ibid.*, pp. 333-337.

(5) *Ibid.*, pp. 157-159.

(6) *Ibid.*, pp. 165-170.

(7) *Ibid.*, pp. 341-343.

(8) *Ibid.*, pp. 21-24.

(9) DUPUYTREN, « Leçons orales de clinique chirurgicale », Paris, Londres, Baillière, 1833, t. 3, pp. 6-8.

(10) *Ibid.*, pp. 2-6.