

l'état du genou, et je voyais arriver assez rapidement la guérison de la tumeur blanche, lorsque tout à coup madame *** fut prise, à la fin du mois de septembre 1842, de symptômes du côté de la poitrine qui n'offrirent aucun caractère tranché : ils se rapprochaient beaucoup de ceux de la bronchite capillaire. M. le professeur Chomel fut consulté, et il conseilla les boissons pectorales et les exutoires sur la poitrine. Au mois de janvier 1843, je mis aux parois thoraciques un séton que je laissai pendant six semaines. Plus tard, une suffocation imminente me fit employer avec succès l'émétique à haute dose. Après cette crise, des parotides parurent successivement de chaque côté : elles ne suppurèrent pas. Enfin, au mois d'avril 1844, madame *** peut reprendre le service des salles de malades. Son genou est entièrement guéri à la suite du séjour au lit pendant près de deux ans : elle porte une genouillère garnie de baleines et marche le membre roide. Cependant les voies respiratoires sont toujours embarrassées, et madame *** est très-valétudinaire. Des soins continuels lui sont nécessaires. Au mois d'août de l'année 1845, madame *** est prise, sans cause connue, d'un gonflement au devant de l'oreille gauche. Je crus que c'était une parotide, et je ne savais comment expliquer son apparition subite. Les remèdes appropriés firent presque entièrement disparaître le gonflement ; mais il resta une tuméfaction circonscrite au niveau de l'articulation temporo-maxillaire, et un peu de gêne dans les mouvements de la mâchoire inférieure. J'engageai madame *** à continuer les cataplasmes, et je la croyais guérie depuis quinze jours, lorsque tout à coup les symptômes revinrent avec une nouvelle intensité. La tuméfaction augmenta sur le point correspondant à l'articulation ; les mouvements d'abaissement de la mâchoire inférieure devinrent impossibles ; la surdité fut presque complète des deux côtés, phénomène que je ne pus expliquer que par la supposition que la malade avait déjà l'ouïe dure du côté droit ; cette surdité n'était pas en rapport avec la tuméfaction des parois du conduit auditif, car celle-ci était peu prononcée. Ces symptômes locaux n'étaient accompagnés d'aucun symptôme général. Je fis appliquer successivement sept petits vésicatoires autour de l'articulation temporo-maxillaire. Les bons effets qui en résultèrent firent croire à madame *** qu'elle était guérie, et en conséquence elle ne voulut pas en mettre d'autres. Elle fut quelque temps sans ressentir de douleurs, et la mâchoire fonctionnait assez régulièrement, lorsque de nouveau, tout à coup et sans

cause, la douleur et la gêne des mouvements reparurent avec une intensité aussi grande que lors de la première apparition de la maladie ; mais la surdité ne revint pas. Deux nouveaux vésicatoires furent appliqués, et ils suffirent pour faire disparaître les symptômes. La mâchoire put exécuter tous ses mouvements sans la moindre douleur, seulement elle ne pouvait s'ouvrir entièrement. Je prévins madame *** qu'elle n'était pas complètement guérie, et qu'elle devrait appliquer encore des vésicatoires, ou au moins en entretenir un en suppuration pendant quelque temps. Elle ne suivit pas mon conseil, et elle se croyait totalement débarrassée de son mal, lorsqu'il reparut subitement vers le milieu du mois de mars 1846. Elle fut donc obligée de revenir au vésicatoire, et maintenant elle en a un qu'elle fait suppurer. Les mouvements de la mâchoire sont un peu revenus ; mais le mouvement d'abaissement n'est pas complet. Cependant, j'ai tout lieu d'espérer une guérison parfaite dans quelques mois par l'emploi continué d'un exutoire, puisque chaque fois que j'en ai fait appliquer, il y a eu du soulagement.

§ 3. — D'une maladie du bord alvéolaire, décrite sous les noms d'EXOSTOSE, de KYSTE, de CORPS FIBREUX de l'os maxillaire inférieur.

Lorsque nous lisons les écrits des chirurgiens sur les maladies de l'os maxillaire inférieur, nous voyons qu'ils ont décrit sous le nom d'*exostoses*, sous celui de *kystes* et sous celui de *corps fibreux* de l'os maxillaire inférieur, tantôt des maladies de cet os, tantôt une maladie spéciale, qui doit seule nous occuper ici. Si je ne craignais de dépasser les limites que doit avoir un paragraphe dans un ouvrage aussi étendu que celui-ci, je ferais voir, par la comparaison des observations nombreuses que renferment les écrits des pathologistes, le peu de rapport qui existe entre le titre de l'observation et le fait qu'elle contient, et je ramènerais ainsi chacune d'elle à sa juste valeur ; mais un pareil travail aurait trop d'étendue. Il suffira, pour la connaissance exacte de la maladie que je vais décrire, de comparer plus tard quelques faits.

Pour donner un nom à une maladie, il faut non-seulement connaître ses symptômes, mais encore connaître sa nature, c'est-à-dire les phénomènes physiques ou vitaux qui ont donné naissance aux symptômes.

Or, je ne peux agir ici d'après ces principes; j'ai vu la maladie, je l'ai observée, j'ai pratiqué l'opération convenable pour obtenir sa guérison, et j'ai obtenu cette guérison; mais je n'ai jamais eu l'occasion de faire l'anatomie pathologique de cette affection: donc je ne crois pas devoir lui donner d'autre nom que celui de *maladie du bord alvéolaire*.

Afin de bien faire comprendre ce que je veux dire par l'expression de *maladie du bord alvéolaire*, je crois devoir rappeler que les alvéoles, qui sont uniquement destinées à recevoir les dents, sont, pour ainsi dire, sur-ajoutées aux os maxillaires, et que lorsqu'elles ne contiennent plus celles-ci, elles disparaissent, et l'os diminue de volume dans le point correspondant, de sorte que le tissu osseux qui formait ces cavités paraît avoir été absorbé. Or, dans la maladie qui nous occupe, c'est bien plus le tissu osseux des alvéoles que celui de l'os maxillaire inférieur qui est affecté.

Le siège de cette maladie est dans le bord alvéolaire plutôt que dans l'os maxillaire lui-même. En effet, le mal s'étend d'abord du côté de la bouche et non en dehors; et toutes les fois que la maladie s'est portée vers l'extérieur, elle a présenté dès le principe des symptômes et des désordres qui ne sont pas ceux de la maladie qui nous occupe. Cependant il peut arriver que lorsque celle-ci est parvenue à son plus haut période, elle fasse naître des symptômes du côté de la peau. C'est ainsi que nous voyons quelquefois les maladies du bord alvéolaire supérieur produire des changements tels dans l'os maxillaire supérieur, que des symptômes se manifestent du côté de la joue.

Cette maladie n'attaque que les jeunes gens, depuis l'âge de la puberté jusque vers l'âge de vingt-cinq à trente ans. Les observations des divers pathologistes qui ont décrit les exostoses, les kystes et les corps fibreux de l'os maxillaire inférieur ne citent que des cas appartenant aux individus de cet âge. Je crois avoir lu une seule observation dans laquelle le malade avait plus de trente ans à l'époque du développement de la maladie. Les individus que j'ai vus avaient seize et dix-sept ans. Cette considération d'âge est importante pour établir le diagnostic et la nature de la maladie.

Les symptômes de cette maladie sont les suivants. La partie de l'os maxillaire inférieur qui se trouve recouverte par les gencives des dents molaires, et celle qui appartient à cette espèce de ligne enfoncée que l'on observe entre les alvéoles et l'os maxillaire, se tuméfient peu à peu

et finissent par former une tumeur oblongue, s'étendant plus ou moins en avant et en arrière selon le point de départ de la maladie, et occupant quelquefois tout l'espace compris entre l'apophyse coronoïde et la dent canine. Il est à remarquer que c'est toujours dans cet espace, c'est-à-dire dans l'espace correspondant aux dents molaires, que les exostoses, les kystes et les corps fibreux, que je pense être cette maladie, ont été observés. Les progrès du mal sont lents, de sorte que la tumeur a déjà acquis un certain volume quand les malades s'en aperçoivent. Il n'y a aucun changement de couleur à la membrane muqueuse de la bouche; il n'y a aucun gonflement extérieur sur la joue. Les dents n'ont subi aucun changement de position, ni aucune altération de couleur ou de structure. Le toucher fait sentir une tumeur dure, indolente, qu'on reconnaît aisément pour être osseuse, parce qu'aucune des parties molles environnantes n'est tuméfiée et parce que la membrane muqueuse de la bouche glisse facilement sur elle. A mesure que la maladie fait des progrès, la tumeur se prononce davantage dans la bouche, et elle finit par faire une saillie apparente sur la joue et d'autant plus remarquable que le bord inférieur de la branche horizontale de l'os maxillaire inférieur n'a pas changé de volume. Le toucher fait alors sentir que l'os, considérablement aminci, cède sous le doigt dans toute l'étendue de la tumeur qui correspond à la membrane muqueuse buccale, et fait entendre un craquement semblable à celui du parchemin desséché. Quelquefois alors les dents molaires sont un peu renversées en dedans; mais il faut pour que ce phénomène soit observé, que la tumeur ait acquis un grand volume. Cette circonstance est bien digne de remarque, parce que, lorsqu'elle existe, la branche proprement dite de l'os maxillaire ne présente pas de changement de volume, ou n'en offre qu'un très-peu en rapport avec celui que le bord alvéolaire a acquis.

L'intérieur de cette tumeur contient une sérosité visqueuse et filante, plus ou moins colorée en jaune ou en rouge, comme si le sang faisait une de ses parties constituantes. Quelquefois on y trouve une matière gélatineuse consistante, plus ou moins abondante et plus ou moins adhérente à ses parois; d'autres fois des corps de nature fibreuse. Dans quelques cas, on y a rencontré des débris osseux, peu volumineux, arrondis, blancs jaunâtres, très-durs ou friables. On a vu cette cavité communiquer avec une alvéole, et une des racines de la dent molaire y faire saillie.

Le diagnostic de cette affection est très-facile. Le siège de la tumeur, le caractère, en quelque sorte pathognomonique, de l'amincissement de l'os, la coïncidence de l'âge des malades avec l'existence de la maladie, et l'absence de toute altération générale dans la santé, suffisent pour la faire reconnaître : aussi je n'insisterai pas sur lui ; mais il n'est pas aussi facile de se rendre compte de sa nature.

Cette maladie a été confondue avec l'exostose, avec les kystes, avec les corps fibreux, avec l'ostéosarcome, et avec la nécrose de l'os maxillaire inférieur.

L'exostose de l'os maxillaire inférieur est une maladie très-rare, et quoiqu'on doive admettre que cet os peut, ainsi que tous les autres os du corps, être atteint d'exostose, cependant nous ne trouvons pas dans les écrits des pathologistes, même de ceux qui se sont occupés de syphilis, des exemples bien avérés d'exostoses semblables à celles que produit cette affection ; et il est d'autant plus permis de douter de la nature de la maladie à laquelle ils ont donné ce nom, que l'expérience journalière prouve qu'on ne rencontre d'exostose sur l'os maxillaire inférieur que très-rarement. Quant à moi qui me suis beaucoup occupé des maladies syphilitiques, et qui ai fait sur elles un grand nombre de recherches pratiques, je n'en ai jamais vu. Quelques écrivains, tranchant la question en disant qu'il existait une exostose à l'os maxillaire inférieur, nous laissent dans le doute en ne donnant aucune description de la maladie ; et il nous est permis, malgré l'autorité de quelques-uns de ces écrivains, de ne pas admettre leur opinion, d'autant plus qu'il y en a parmi eux qui, à côté de ces observations incomplètes, en donnent d'autres très-complètes sous la dénomination d'exostoses, et dont la description prouve qu'il y a erreur de leur part. Au premier rang des chirurgiens qui admettent les exostoses de l'os maxillaire inférieur, je placerai J.-L. Petit, qui dit en avoir vu trois cas chez des scorbutiques. Il fait observer que dans l'hôpital, il y avait toujours quatre ou cinq cents scorbutiques, et qu'il a vu trois exostoses seulement et plus de cent caries. Il ajoute « que ces exostoses étaient toutes à l'os de la mâchoire inférieure dans la partie où sont logées les grosses dents molaires ; la mâchoire était, en cet endroit seulement, plus grosse d'un tiers que le naturel. » Cette remarque de J.-L. Petit suffit pour prouver que la maladie qu'il nomme exostose n'est autre chose que celle dont nous nous occupons maintenant. Vient ensuite Bordenave qui donne, dans les *Mémoires de l'Académie*

démie de chirurgie, cinq observations d'exostoses dont la lecture fait reconnaître de suite que ce sont d'autres maladies. En effet, les trois premières observations et la cinquième appartiennent évidemment à la maladie que je décris, et ne peuvent pas plus être rapportées aux exostoses qu'aux kystes et aux corps fibreux dont je parlerai tout à l'heure. Quant à la quatrième, la complication de fracture, d'esquilles et de fongosités, et le peu d'exactitude des renseignements ne permettent pas de chercher à la classer. Astley Cooper, parmi les chirurgiens modernes, cite plusieurs cas d'exostoses de l'os maxillaire inférieur ; mais comme J.-L. Petit, et comme Bordenave, il se fonde sur le volume de l'os pour choisir la dénomination de la maladie. Or, si nous lisons ses œuvres, nous voyons que dans les cas où il se contente de dénommer le mal, les renseignements qu'il donne sur son siège sont suffisants pour le faire rapporter à la maladie qui nous occupe, et que dans les cas où il le décrit il est évidemment la même maladie que celle qui fait le sujet de cet article. L'âge des malades à l'époque de l'apparition du mal, le siège, les symptômes, l'anatomie pathologique, tout est semblable.

Sous le nom de kystes de l'os maxillaire inférieur, Dupuytren a décrit une maladie qui, comme je l'ai dit dans le tome troisième, en parlant des kystes des os, doit être exclue du cadre nosologique, parce que la dilatation d'un os par suite d'une maladie organique, ne constitue pas un kyste. Il faut pour que celui-ci existe, qu'il y ait une poche osseuse contenue dans un os : or, ce n'est pas ce qu'on observe. Mais en admettant même l'existence de cette poche osseuse, nous voyons encore, en étudiant les observations de Dupuytren, que les maladies qu'il décrit ne sont pas des kystes, et qu'elles doivent être rapportées à la maladie dont je parle, ou à une autre maladie qui attaque les os maxillaires tant supérieurs qu'inférieurs, et dont je m'occuperai dans le paragraphe suivant. En effet, si nous analysons les observations données par ce chirurgien, nous trouvons que l'os maxillaire inférieur plus ou moins développé contient tantôt une sérosité sanguinolente, tantôt une substance fibreuse, tantôt une masse analogue à l'adipocire, tantôt enfin des noyaux osseux. Jamais nous ne voyons que l'os dilaté ait renfermé une poche quelconque contenant ces diverses substances : ce n'est donc pas un kyste. Les observations de Bordenave nous présentent, à la vérité, un cas de kyste,

puisqu'il y avait à l'extrémité de la racine des dents un kyste contenant une matière grise épaisse; mais ce kyste n'était pas osseux : il était membraneux.

La substance fibreuse, rencontrée dans quelques-unes des tumeurs formées aux dépens des parois du corps de l'os maxillaire inférieur, doit-elle nous engager à admettre, avec quelques chirurgiens, qu'il se développe dans cet os des corps fibreux analogues à ceux que l'on trouve dans l'utérus? Je ne le crois pas. En effet, ces praticiens ne donnent pas l'anatomie pathologique de ces divers corps; ils se contentent de les désigner sous le nom de fibreux, et cette simple désignation ne me paraît pas suffisante. Cependant je dois dire par avance que je crois avec eux que la substance qu'ils nomment fibreuse l'est réellement; mais je dois ajouter de suite qu'elle est fibreuse parce qu'elle appartient à un tissu fibreux hypertrophié, et qu'elle n'est pas fibreuse comme les corps fibreux de l'utérus, c'est-à-dire que ce n'est pas un produit fibreux anormal développé au milieu d'un autre tissu normal.

Nous trouvons dans la lecture des observations sur les maladies de l'os maxillaire inférieur un grand nombre de cas d'ostéosarcome ou cancer de l'os. Si nous apportons dans cette lecture une grande attention, nous voyons qu'il y a une confusion évidente entre la maladie qui nous occupe, le cancer réel, et la dégénération encéphaloïde. La confusion du diagnostic entre les deux premières maladies ne peut avoir lieu qu'à un degré très-avancé de la première, lorsque par suite des progrès du mal, l'os maxillaire grandement augmenté de volume et profondément altéré dans tous ses éléments de structure, offre un aspect extraordinaire. Tels sont les cas où des succès de guérison ont eu lieu après l'ablation de ces tumeurs réputées cancéreuses. Nous voyons, en effet, à côté de ces succès si remarquables une foule de cas d'insuccès, dus à des erreurs de diagnostic qui ont fait enlever des tumeurs vraiment cancéreuses, et qui par conséquent, ont récidivé. Quant à la confusion qui a existé entre les deux premières maladies et la dégénération encéphaloïde non cancéreuse, elle vient de ce que cette distinction n'était pas faite, et de ce que les pathologistes ont toujours voulu regarder la dégénération encéphaloïde comme de nature cancéreuse.

La confusion de la maladie qui fait le sujet de ce paragraphe,

avec la nécrose, ne mérite pas la moindre discussion; car les différences des symptômes et de la marche de la maladie sont tels qu'on comprend difficilement qu'une pareille erreur ait eu lieu.

Après avoir ainsi combattu et rejeté les diverses opinions des pathologistes et des praticiens sur une maladie de l'os maxillaire inférieur que je crois avoir été méconnue par eux, à laquelle plusieurs d'entre eux ont donné des noms différents, et que plusieurs ont déjà reconnue avoir été faussement dénommée dans certains cas, il me reste à en exposer la nature et à donner les raisons sur lesquelles je base mon opinion si exclusive. Pour cela je dois commencer par l'étude anatomique des bords alvéolaires et des germes des dents.

L'anatomie comparative des bords alvéolaires aux diverses époques de la vie prouve d'une manière irrécusable que ces bords sont uniquement destinés dans les deux mâchoires à recevoir les dents; car lorsqu'elles n'existent pas encore, ils ne sont pas formés, et lorsqu'elles ont cessé d'exister, ils disparaissent : aujourd'hui, ce point d'anatomie est parfaitement connu. Apparaissant avec le germe des dents, les alvéoles sont, dans les premières années de la vie, en rapport de nombre avec les dents temporaires. A mesure que les germes des dents permanentes se développent, le nombre des alvéoles augmente, et il est très-important de remarquer que cette augmentation du nombre des alvéoles a toujours lieu en arrière du point où se sont arrêtées les dents temporaires, de sorte que c'est toujours la partie postérieure du bord alvéolaire et la partie correspondante de l'os maxillaire qui se développent. De là, la saillie de l'éminence malaire de l'os maxillaire supérieur : de là la saillie de l'apophyse coronioïde de l'os maxillaire inférieur. Ces phénomènes sont tellement positifs, qu'après la chute des dents, les alvéoles disparaissent, l'éminence malaire s'efface, et l'apophyse coronioïde s'affaisse. Il suffit, je crois, de rappeler ces phénomènes pour l'intelligence de ce que j'ai à dire, et je n'ai pas à entrer dans de plus grands détails sur l'anatomie de ces os. Mais je dois remémorer aussi, pour bien faire comprendre mon opinion, la disposition des germes des dents. Ils sont contenus dans des enveloppes que l'on a nommées follicules dentaires. Ceux-ci sont des sacs d'une forme à peu près ronde, attachés par leur extrémité superficielle à la gencive, et par leur extrémité profonde, qui regarde le fond de l'alvéole, à un pédicule constitué par les vaisseaux et les nerfs. Ils sont composés de deux membranes,

l'une externe et l'autre interne. La première est en rapport, en dehors, avec les parties qui l'environnent, et en dedans, avec la membrane interne. Elle paraît se continuer avec la gencive, comme les follicules de la peau avec celle-ci. Elle semble de nature fibreuse. La membrane interne lisse, unie, polie, a quelque analogie avec les membranes séreuses; elle est mince, transparente, et essentiellement vasculaire. Elle est remplie d'un liquide limpide, mucilagineux, contenant quelques flocons légers; et elle a pour usage de sécréter l'émail: aussi son existence n'est-elle que temporaire. Le germe, proprement dit, est un organe mou, très-vasculaire et très-sensible, situé dans la cavité du follicule, et tenant aux vaisseaux et aux nerfs par un ou plusieurs pédicules selon l'espèce de la dent. Avant la sécrétion de l'ivoire, il se montre sous l'aspect d'un corps jaunâtre tirant sur le rouge, et ayant une consistance gélatineuse. Je n'entre pas dans les détails de rapports de position des germes des dents des deux dentitions, parce que ce que j'ai à faire observer appartient surtout aux dents grosses molaires.

Ce court exposé anatomique suffira, je pense, avec les faits rapportés dans les observations que j'ai citées plus haut pour faire comprendre la doctrine que j'avance, et qui ressortira de la comparaison que je vais établir entre les faits d'anatomie normale et les faits d'anatomie pathologique.

L'anatomie nous apprend que le bord alvéolaire n'appartient pas à l'os maxillaire inférieur, mais aux dents: la pathologie nous fait voir que c'est toujours par le bord alvéolaire que commence la maladie dont je parle; et que ce n'est que plus tard, et quand elle a déjà fait de grands progrès, qu'elle se manifeste à l'extérieur.

L'anatomie nous apprend que le follicule dentaire contient une sérosité limpide, mucilagineuse: la pathologie nous fait rencontrer le plus fréquemment une sérosité semblable dans les tumeurs de l'os maxillaire inférieur, nommées exostoses et kystes. Si cette sérosité est rougeâtre, elle doit cette teinte soit au germe, soit à la rupture de quelques vaisseaux.

L'anatomie nous apprend que l'enveloppe ou membrane externe du follicule est de nature fibreuse: la pathologie nous présente quelquefois des corps de nature fibreuse dans les tumeurs de l'os maxillaire inférieur.

L'anatomie nous apprend que le follicule dentaire est composé de

deux membranes, dont l'interne, de nature séreuse, est remplie d'un liquide: le pathologiste Bordenave nous montre deux kystes fixés aux racines d'une dent, et contenant un liquide analogue.

L'anatomie pathologique nous apprend que le germe de la dent est un corps jaunâtre tirant sur le rouge: Bordenave et Dupuytren trouvent dans des tumeurs de l'os maxillaire inférieur des masses semblables à de la moelle durcie et à de l'adipocire.

L'anatomie nous apprend que des germes plus nombreux que les germes normaux peuvent exister; la pathologie nous fait trouver dans les tumeurs de l'os maxillaire inférieur des productions osseuses tantôt rondes, tantôt inégales, tantôt osseuses, tantôt crétaçées, que l'on peut attribuer, sans exagération, à des germes anormaux ossifiés et arrêtés dans leur développement. Cette supposition est d'autant plus probable, que nous savons que des germes de troisième dentition existent, et que leur présence peut avoir été la cause de la maladie, et que nous lisons dans M. Oudet, qu'il a enlevé, une fois seulement, une tumeur placée sur le côté droit de la mâchoire inférieure et contenant vingt-cinq dents de diverses espèces. Nous savons de plus que quelquefois la cavité de la couronne de la dent présente des concrétions ossiformes: ne serait-il pas possible que la présence de pareilles concrétions fût la cause première de la maladie de l'os maxillaire inférieur?

Cette série de comparaisons nous faisant trouver les mêmes éléments dans l'état morbide et dans l'état normal, nous pouvons penser avec raison que les organes dentaires sont la cause des maladies du bord alvéolaire.

Si notre manière de voir est vraie, on doit observer des tumeurs du genre de celle que nous décrivons aussi bien dans la mâchoire supérieure que dans l'inférieure. C'est ce qui a lieu en effet. Nous voyons dans ce même volume, au paragraphe de l'*hydropisie du sinus maxillaire* (p. 104), que Dubois trouva dans ce sinus une racine de dent dénudée, racine dont la présence a sans aucun doute occasionné la maladie du sinus. Nous trouvons dans les *Leçons orales de clinique chirurgicale* de Dupuytren, à l'article des *kystes qui se développent dans les os*, deux observations de ce genre. Dans le premier cas, la dent canine gauche, au lieu de percer par sa couronne le bord alvéolaire de l'os maxillaire supérieur, s'est ouvert un passage à la paroi interne de cet os, et a donné lieu à une cavité

triple au moins de son volume dans le tissu diploïque de l'apophyse palatine; et les parois de cette cavité sont formées par les deux lames compactes de cette apophyse. Dans le second cas, l'os maxillaire supérieur présente une cavité très-considérable, ouverte en avant, et qu'on pouvait prendre pour le sinus maxillaire avec lequel elle n'a aucune communication. La dent présente dans ce cas comme dans ceux analogues son extrémité altérée, circonscrite par un bourrelet osseux, baignant dans un liquide renfermé dans un kyste fixé d'une part à ce bourrelet, et de l'autre au fond de l'alvéole. La surface du kyste est lisse comme celle des membranes séreuses, et le liquide est tantôt très-épais, tantôt séreux. Il est facile de reconnaître dans une pareille description le follicule dentaire altéré dans sa texture et ses fonctions. Dupuytren dit que cette maladie appartient surtout à la dent canine. Cela dépend-il de sa longueur ou de sa position dans un point de l'os où le tissu osseux offre plus de résistance qu'en arrière? Si les hypothèses pouvaient suffire en pathologie, on pourrait avancer qu'un grand nombre des hydrosies et des abcès du sinus maxillaire reconnaissent de semblables causes.

Il ne doit donc pas paraître étonnant que je veuille rapporter aux dents la maladie de l'os maxillaire qui m'occupe, puisque je trouve des exemples de maladies semblables dans l'os maxillaire supérieur.

Mais pourquoi cette maladie est-elle plus fréquente dans l'os maxillaire inférieur? La raison en est très-simple. Nous avons vu que c'est aux dépens de la partie postérieure des os maxillaires que se forment les alvéoles; or, nous trouvons toujours un obstacle au développement de celles-ci dans l'apophyse coronoïde et dans la formation de l'angle de la branche ascendante: cet obstacle peut ou s'opposer seulement à la sortie des dents, ou s'opposer à leur développement. De là l'inflammation du germe, successivement celle de l'os, et leurs conséquences. Cette opinion est d'autant plus plausible que c'est toujours dans la partie de l'os correspondante aux dernières dents molaires que le mal commence; que c'est toujours à l'âge où poussent ces dents que la maladie paraît; et qu'on ne l'a jamais observée dans un âge plus avancé que celui de l'apparition des dernières dents molaires ou dents de sagesse. Dans les cas où les individus qui se sont présentés aux chirurgiens avaient dépassé beaucoup cette période de la vie, on a toujours observé que l'apparition du mal remontait à l'époque de la sortie des dernières dents molaires.

Je crois donc pouvoir conclure que la maladie désignée par les pathologistes sous le nom d'*exostose*, de *kyste* et de *corps fibreux* de l'os maxillaire inférieur n'appartient nullement à cet os, mais bien au rebord alvéolaire; et qu'elle est le résultat d'une altération dans la nature ou le développement du germe des dents molaires de la seconde dentition.

Le pronostic de cette maladie ne présente aucune gravité, car elle peut toujours être guérie. Quand elle est peu avancée, l'opération que l'on pratique est simple à faire et sans aucun danger. Quand la maladie a fait des progrès; quand elle a envahi toute une branche horizontale de l'os; quand elle fait une saillie considérable dans la bouche ou sur la joue, l'opération peut encore être simple et sans danger, si on peut enlever par la bouche toutes les parois de la poche osseuse; mais si le mal a fait assez de progrès pour gagner la symphyse du menton ou pour altérer l'os maxillaire inférieur, il faut alors faire l'amputation ou la résection de cet os, et le malade est exposé aux conséquences de cette opération: mais on n'a jamais à craindre la récurrence du mal.

Le traitement de cette maladie est excessivement simple. Il consiste à inciser le bord alvéolaire entre les dents et la joue avec un bistouri fort, à pratiquer à l'os une perte de substance, et à suivre dans la guérison le précepte si souvent recommandé pour les parties molles, de ne laisser guérir l'extérieur de la plaie qu'après son fond.

Pour faire cette opération, il suffit d'avoir un bistouri pointu, à pointe et à tranchant très-soutenus, pour qu'ils ne s'émoussent pas contre l'os. Le tranchant ne doit pas avoir plus de deux centimètres de longueur: s'il est plus long, il faut entourer son talon avec une bandelette de linge. Le malade étant placé vis-à-vis le jour et assis sur une chaise devant le chirurgien, celui-ci lui fait ouvrir la bouche aussi grandement que possible, et faisant écarter par le doigt d'un aide la commissure labiale correspondante, il enlève au moyen de deux incisions semi-elliptiques la plus grande portion de l'os qui se trouve entre les dents et la joue. Aussitôt le liquide contenu dans la tumeur s'échappe, et quand il est sorti, l'opérateur introduit le doigt indicateur dans la cavité de l'os pour s'assurer s'il y a quelque corps étranger: s'il en existe, il les ôte ou il les arrache, ou il les coupe, selon leur nature, puis il remplit la cavité de charpie, et il a soin de continuer l'usage des tentes ou des bourdonnets de charpie jusqu'à

ce que les bourgeons charnus se développent au fond de la cavité, et que les parois osseuses se rapprochent de l'intérieur à l'extérieur du foyer du mal. Si quelques dents gênaient pour cette opération, il faudrait en faire l'extraction. La guérison se fait longtemps attendre, comme celle de toutes les maladies des os.

Si la maladie est trop considérable pour que la simple opération que je viens de décrire suffise, il faut avoir recours à l'amputation ou à la résection de l'os maxillaire inférieur.

§ 4. — De l'ostéosarcôme et de la dégénération encéphaloïde de l'os maxillaire inférieur.

Lorsque nous lisons les écrits et les observations sur l'ostéosarcôme de la mâchoire inférieure, nous voyons que l'on a confondu sous cette dénomination des maladies tout à fait différentes, et que cette erreur vient de ce que l'on s'est basé pour établir le diagnostic sur l'état actuel du mal et non sur son point de départ. C'est ainsi que l'on a agi pour la maladie dont j'ai parlé dans l'article précédent; c'est ainsi que l'on a fait pendant longtemps pour les maladies de la peau. Cette erreur de diagnostic a une grande importance thérapeutique, parce qu'elle a fait dire à des praticiens qu'ils avaient guéri des ostéosarcômes ou cancers de l'os maxillaire, lorsqu'ils n'avaient guéri que des nécroses de cet os ou des maladies du bord alvéolaire.

Semblable aux cancers des autres parties du corps et aussi inconnu que ceux-ci dans sa nature, le cancer ou ostéosarcôme de l'os maxillaire inférieur naît, sans cause connue ni apparente, dans un point quelconque de l'étendue de cet os, mais surtout dans son corps. Quelquefois il est consécutif à une autre affection cancéreuse, comme on l'observe à la suite du cancer de la lèvre inférieure et de celui des gencives. Mais dans ces cas le tissu osseux paraît moins malade ou, pour mieux dire, moins profondément altéré que dans le cancer qui commence par l'os lui-même.

Le cancer de l'os maxillaire inférieur s'annonce par un gonflement de l'os avec douleurs lancinantes et aiguës, subites et passagères dans la partie tuméfiée. Bientôt les parties molles sont envahies, et des phénomènes se manifestent soit du côté de la bouche, soit du côté de la peau, selon que le mal a de la tendance à se porter vers l'un ou l'autre de ces côtés. S'il s'étend vers la bouche, les gencives se tumé-

fient et prennent une teinte violacée et variqueuse. Elles présentent cette mollesse et cette fausse sensation de fluctuation dont j'ai parlé en traitant des tumeurs encéphaloïdes, et si le chirurgien s'en laisse imposer et incise la tumeur, il sort un champignon fongueux et saignant. Si la tumeur est abandonnée à elle-même, elle s'ulcère au bout de quelque temps, soit que l'ulcération se fasse spontanément, soit que les dents la produisent; et cette ulcération devient fongueuse, saignante, comme le champignon dans le cas précédent, et elle fournit, comme lui, un ichor sanieux, purulent et infect. Si la maladie s'étend du côté de la peau, celle-ci, tuméfiée et distendue, prend une teinte violacée au milieu de laquelle on distingue des veines variqueuses. Quelquefois elle conserve une certaine rénitence; mais d'autres fois, elle offre une mollesse et une fluctuation trompeuses. Si le chirurgien s'en laisse imposer par ces symptômes et s'il incise la peau, il naît un champignon semblable à celui dont je viens de parler: sinon la peau ne s'ulcère qu'après un temps assez long, parce qu'elle offre plus de résistance que la membrane muqueuse buccale et parce qu'aucun corps dur n'agit sur elle comme les dents sur la membrane muqueuse. A mesure que la maladie fait des progrès, les ganglions sous-maxillaires s'engorgent et prennent un volume de plus en plus croissant, et ils finissent par envahir toute la base de la mâchoire.

La marche du cancer de l'os maxillaire est plus ou moins rapide, et selon cette rapidité, il a une influence plus ou moins prompte sur l'économie. Lorsqu'il est ulcéré dans la bouche, son action est beaucoup plus active, parce que l'alimentation ne peut plus avoir lieu à cause des matières sanieuses et purulentes qui se mêlent aux aliments, et parce que le mélange de ces substances délétères et leur déglutition rendent tout aliment impropre à la nutrition. Aussi nous voyons que les malheureux qui sont atteints de cette horrible maladie présentent non-seulement tous les symptômes de la cachexie cancéreuse, mais encore ceux de la privation d'une nourriture suffisante.

L'anatomie pathologique du cancer de l'os maxillaire inférieur nous montre l'os tellement altéré dans sa structure, qu'il ne présente plus aucune partie osseuse; qu'il est confondu avec les parties molles et qu'il forme avec elles une masse homogène, molle, comme spongieuse, blanc-rougeâtre ou grisâtre, et que le couteau coupe sans peine.

Le diagnostic du cancer de l'os maxillaire inférieur est facile, si nous comparons ses symptômes avec ceux de la maladie que j'ai dé-

crite dans le paragraphe précédent, et avec ceux des maladies des gencives. En effet, nous avons vu que, dans cette maladie confondue avec tant d'autres, l'os maxillaire n'acquiert pas cette mollesse que lui donne le cancer, et qu'au contraire ses parties osseuses, quelque distendues qu'elles soient, conservent toujours une résistance osseuse qui leur fait former une coque et quelquefois une cage, pour ainsi dire, aux organes malades. C'est ce que l'on observe aussi dans les nécroses et dans les maladies de cet os occasionnées par une affection des gencives. On voit encore, dans l'affection cancéreuse de cet os, concomitante d'un cancer voisin, la nature osseuse persister dans les endroits les plus éloignés du point de contact, et on ne trouve pas dans toute la substance de l'os le ramollissement et la dégénération propres au cancer. Les maladies des gencives sont faciles à distinguer, puisque leur point de départ a lieu sur ces membranes fibreuses et que pendant un temps plus ou moins long la gencive est malade avant que l'os le soit. Les cas de ce genre sont trop fréquents pour que je m'y arrête, et nous trouvons, dans les descriptions de cancer de l'os maxillaire, la description de ces maladies, ce qui prouve la justesse de mon opinion. Les pathologistes font naître le cancer de l'os maxillaire inférieur du fond des alvéoles. Il est possible que quelquefois la destruction de l'alvéole produite par la maladie de la gencive ait permis à celle-ci de repousser la dent et de la faire sortir de sa cavité, de sorte que l'on a pu croire que la maladie naissait du fond de l'alvéole; mais la coïncidence de la maladie de la gencive suffit pour faire reconnaître l'erreur.

Il peut exister une maladie de l'os maxillaire inférieur qui a une grande analogie avec le cancer, mais qui en diffère en ce qu'elle est curable, c'est la dégénération encéphaloïde non cancéreuse. Il est probable que plusieurs des observations de cancers guéris appartenaient à cette maladie. Mais comme les praticiens pensent généralement que la dégénération encéphaloïde et le cancer sont toujours la même maladie, il n'est pas étonnant qu'ils aient confondu les deux affections. Pour moi, qui crois que ces deux maladies sont très-distinctes quant aux causes, comme je l'ai exposé dans le deuxième volume de cet ouvrage, j'admets que dans certains cas les praticiens ont traité et guéri des tumeurs encéphaloïdes non cancéreuses de l'os maxillaire inférieur croyant traiter et guérir des cancers. Je crois que l'on a aussi rapporté au cancer quelques-uns des cas décrits sous les noms de kystes, de corps fibreux et d'exostoses de l'os maxillaire.

Le pronostic de ce cancer est aussi grave que celui de tout autre cancer : constamment la maladie récidive.

Le traitement consiste à enlever la maladie par une opération que je vais décrire, c'est la résection de l'os maxillaire.

§ 5. — De la résection de la mâchoire inférieure.

L'opération dont je vais parler a été désignée indistinctement par quelques pathologistes sous les noms d'*amputation* ou de *résection de la mâchoire inférieure*. Il y a cependant en médecine opératoire une grande différence entre ces deux opérations. L'amputation est l'ablation de toute une partie; la résection est le retranchement d'une portion plus ou moins grande d'une partie. Or, on n'a enlevé que très-rarement tout l'os maxillaire inférieur, et dans ce cas on a été obligé de faire la désarticulation des deux condyles; ce n'est alors ni une amputation ni une résection. Mais lorsqu'on a enlevé soit toute la partie antérieure du corps de l'os, soit toute une branche horizontale, soit toute une branche ascendante, a-t-on fait une amputation ou une résection? Je crois qu'on a toujours fait une résection, parce qu'on a toujours enlevé seulement une portion de l'os. Je ne pense pas, avec quelques opérateurs, qu'on doive nommer amputation l'ablation du menton, et résection l'ablation de toute autre portion du corps ou celle des branches ascendantes; mon avis est qu'on doit toujours désigner l'opération par le nom de *résection de l'os maxillaire inférieur*, et c'est ainsi que je la nommerai.

La résection de l'os maxillaire a été pratiquée pour des nécroses, pour des cancers, et pour des tumeurs de l'os résultat de maladies différentes, dont je n'ai pas à examiner ici le caractère réel. Nous voyons, du reste, par les nombreux succès permanents qui l'ont suivie, que dans un grand nombre de cas les chirurgiens avaient faussement dénommé la maladie qui avait nécessité l'opération, en lui donnant le nom d'ostéosarcôme ou de cancer.

Quoiqu'il soit assez difficile de donner des règles générales pour l'exécution de cette opération, parce que l'irrégularité de la forme de la maladie qui la nécessite oblige chaque fois à varier le mode opératoire, il y a néanmoins quelques principes fondamentaux qu'il faut exposer.

Les résections de l'os maxillaire inférieur peuvent être divisées en