

Informez-vous donc toujours avec le plus grand soin de la date de la dernière amygdalite et n'opérez qu'un mois ou six semaines plus tard. Un autre accident est possible, si vous opérez sur une amygdale enflammée et dont le tissu est encore friable et ramolli : des lambeaux de la glande peuvent se détacher et tomber sur la glotte. J'ai vu dans son cabinet un praticien n'avoir que le temps d'aller avec le doigt rechercher ces fragments pour éviter une asphyxie imminente.

Quant au manuel opératoire, j'emploie en général l'amygdalotome — et de préférence celui qui se manœuvre d'une seule main. Il faut s'assurer auparavant de son bon fonctionnement, car j'en ai vu faire défaut à moitié route (et c'est le principal reproche qu'on puisse adresser à cet instrument si ingénieux). La dimension de la lunette doit être en rapport avec le volume de l'amygdale, car, si elle est trop large, la lame coupera mal. Déprimez avec l'instrument la base de la langue et chargez l'amygdale de bas en haut en profitant du moment où les deux glandes se rapprochent fortement l'une de l'autre. Faites ensuite laver la bouche avec de l'eau légèrement vinaigrée.

7° AFFECTIONS DE LA MÂCHOIRE SUPÉRIEURE.

La plupart des auteurs décrivent dans un chapitre unique les maladies des deux mâchoires, en raison de plusieurs caractères communs : mais il y a aussi des signes spéciaux et surtout des opérations spéciales à chacune d'elles, et il me semble préférable de les étudier séparément, au risque de quelques répétitions.

La mâchoire supérieure peut être le siège de fractures, d'inflammation, de fistules, de névralgies et de tumeurs.

A. Fractures de la mâchoire supérieure. — Les fractures de la mâchoire supérieure sont le plus souvent la conséquence d'un *choc direct* : chute sur un corps dur et anguleux, coup de pied de cheval, éclat d'obus, etc. Le choc porte sur le rebord alvéolaire seul, sur la branche montante, sur l'os malaire ou sur le corps de l'os. Ces fractures s'accompagnent toujours d'un délabrement plus ou moins considérable des parties molles de la face et donnent lieu à un écoulement abondant de sang par le nez et la bouche. Le diagnostic en est le plus souvent facile : vive douleur à la pression

dans un point déterminé ; mobilité anormale et crépitation, surtout si le siège de la fracture est le rebord alvéolaire.

Les blessés atteints de ces violents traumatismes présentent tout d'abord un aspect de nature à faire porter un pronostic grave, d'autant plus qu'il existe ordinairement en même temps un certain degré de commotion cérébrale, mais les accidents ne tardent pas à diminuer et la guérison se fait en général rapidement. Il n'est pas nécessaire de s'occuper spécialement de la fracture, car il n'y a pas de déplacement : tout au plus tenterait-on de remettre en place le rebord alvéolaire, s'il était refoulé vers la cavité buccale.

La mâchoire supérieure est parfois atteinte de *fracture indirecte*. C'est à la vérité plutôt une disjonction, un diastasis, qu'une fracture proprement dite. Cette lésion reconnaît le plus souvent pour cause une chute ou un coup violent sur le menton. Le maxillaire inférieur, résistant au choc, frappe sur le supérieur comme sur une enclume et le sépare de ses connexions, soit avec son congénère sur la ligne médiane, soit avec le palatin, soit avec l'os malaire. Ce n'est qu'à l'aide d'un examen minutieux et attentif de ces divers points qu'on arrivera au diagnostic, car il ne faut compter ni sur la mobilité ni sur la crépitation. M. A. Guérin a cependant signalé la mobilité possible de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde, mais la douleur en un point très limité, quelquefois une ecchymose, seront en général les seuls signes de fracture. L'erreur ne serait d'ailleurs pas préjudiciable au malade, le traitement n'offrant aucune indication spéciale.

B. Inflammation de la mâchoire supérieure. — Les inflammations de la mâchoire supérieure sont en général des ostéites ou des ostéo-périostites liées à une altération du système dentaire. Il survient souvent de petits abcès du rebord alvéolaire au niveau des gencives, mais l'inflammation peut remonter plus haut, et son siège de prédilection est la fosse canine. Cette région est d'abord très tuméfiée, très douloureuse, et le pus vient faire saillie du côté de la bouche au point de réflexion de la muqueuse génienne. Il faut lui donner issue dès que la fluctuation est manifeste. Si la cause, c'est-à-dire la dent malade, persiste, l'abcès se reproduit au bout d'un certain temps : aussi est-il indispensable d'enlever la dent.

Au lieu de se porter vers la bouche, le foyer situé plus en dehors se porte vers la joue et vient faire saillie sous la peau au voisinage de l'os malaire où il détermine souvent la production d'une fistule.

Lorsque les abcès se reproduisent un certain nombre de fois, lorsque la cause réelle en est méconnue ou bien que les malades se refusent au seul traitement rationnel préventif, c'est-à-dire l'ablation de la dent, il survient de l'ostéite du maxillaire supérieur, même de la nécrose, et une ou deux fistules permanentes s'établissent. Ces accidents se produisent d'autant mieux si le sujet est doué d'un tempérament lymphatique.

C. Fistules de la mâchoire supérieure. — Ainsi que je viens de le dire, les fistules cutanées de la mâchoire supérieure reconnaissent à peu près constamment pour origine première une lésion dentaire (je parlerai plus loin du genre de lésion). A la lésion primitive peut s'être jointe une altération chronique du périoste ou de l'os, de telle sorte qu'à cette période l'ablation de la dent malade n'est plus suffisante pour amener la guérison, surtout s'il existe un point nécrosé. A propos de la joue, j'ai déjà parlé de ces fistules et fait remarquer qu'en explorant par la bouche on constatait souvent l'existence d'un cordon dur étendu de la fistule à la portion du maxillaire malade, et l'on conçoit combien ce signe est un guide précieux pour le diagnostic et le traitement. Les orifices fistuleux sont souvent multiples, car il se produit une série d'abcès; la joue est déprimée, irrégulière, ce qui constitue une difformité très choquante.

L'exploration des trajets fistuleux avec un stylet peut ne pas conduire et m'a semblé même conduire rarement sur le point malade, mais ce n'est pas une raison pour admettre que l'os est intact, et surtout qu'il n'y a pas de dent malade. Toutes les fois qu'il existe une fistule au niveau de la mâchoire supérieure et que le canal de Sténon n'est pas en cause, ce qu'il est très facile de constater, la maladie est certainement liée à la lésion d'une dent ou en même temps de la partie voisine du squelette.

Il ne faut donc pas s'attarder à traiter ces fistules par les injections, les cautérisations, etc., on perd ainsi du temps; la lésion s'étend, mais surtout les cicatrices cutanées deviennent de plus en plus indélébiles, car le sujet portera d'autant moins plus tard les traces de son affection que celle-ci aura duré moins longtemps. Explorez donc avec soin le système dentaire; recherchez s'il existe au niveau de la fistule ou du cordon induré qui en part une dent cariée, un chicot ou bien une racine restée dans l'alvéole après fracture de la couronne, et faites-en l'extraction: c'est par là

que doit commencer le traitement sans toucher à la fistule elle-même. Celle-ci guérira spontanément et vite, s'il n'y a pas d'autre lésion concomitante. Si, après un certain nombre de jours, l'état de la fistule n'est pas modifié, instituez une opération pour enlever les parties osseuses malades qui certainement entretiennent cet état. Deux voies peuvent être suivies: la bouche ou la joue. Si le point malade est facilement accessible par la bouche en relevant la lèvre supérieure, il est indiqué de suivre la voie buccale; sinon, il faut inciser la peau au niveau des fistules, pénétrer jusqu'à l'os, et, à l'aide d'une rugine ou d'une curette tranchante, enlever toutes les parties qui semblent malades et surtout le séquestre, si on en constate la présence.

D. Névralgies de la mâchoire supérieure. — Les névralgies de la mâchoire supérieure ne sont pas rares et reconnaissent pour siège le nerf maxillaire supérieur, branche de la cinquième paire. Si la névralgie est d'origine centrale, la chirurgie n'y peut rien; si au contraire elle est d'origine périphérique, la guérison est possible: c'est donc à établir cette distinction qu'il faut tout d'abord s'attacher, ce qui n'est malheureusement pas toujours facile. Cependant, si le départ des crises douloureuses est un point extérieur bien déterminé et si la névralgie n'occupe que cette branche du trijumeau, il est vraisemblable qu'elle est d'origine périphérique, et l'on est autorisé à agir.

Il n'est pas nécessaire de rappeler combien ces névralgies sont douloureuses et souvent rebelles à tout espèce de traitement médical: aussi les malades sollicitent-ils en général avec la plus grande insistance une opération, quelle qu'elle soit, pourvu qu'on les soulage.

La névralgie peut occuper trois points différents: la partie terminale du nerf après sa sortie du canal sous orbitaire; les rameaux dentaires antérieurs, et les rameaux dentaires postérieurs. Les rameaux dentaires antérieurs naissent du tronc principal dans la gouttière sous-orbitaire à 6 millimètres environ en arrière du trou sous-orbitaire; les rameaux dentaires postérieurs émergent beaucoup plus profondément, au niveau de la fente ptérygo-maxillaire, avant que le nerf s'engage dans le canal sous-orbitaire.

Il est évident que la section du nerf doit être pratiquée en arrière du lieu d'émergence des branches malades: aussi doit-elle porter

en trois points différents suivant les circonstances : sur le nerf sous-orbitaire, c'est-à-dire dans la fosse canine ; sur le tronc du nerf, dans le canal sous-orbitaire ; sur le tronc du nerf, dans la fente ptérygo-maxillaire. Ces trois opérations, très différentes l'une de l'autre, correspondent aux névralgies du nerf sous-orbitaire, des rameaux dentaires antérieurs et des rameaux dentaires postérieurs.

1° *Névralgie sous-orbitaire.* — La névralgie sous-orbitaire se traduit par des douleurs siégeant dans le territoire innervé par le nerf de ce nom, c'est-à-dire la fosse canine, la lèvre supérieure, l'aile du nez du côté correspondant. Si les douleurs acquièrent une intensité telle que les malades réclament une opération, on est autorisé à pratiquer la section ou mieux la résection du nerf. La section sous-cutanée me paraît en effet devoir être abandonnée d'une façon générale, car la récurrence est à peu près certaine. Il est préférable de découvrir le nerf à sa sortie du canal sous-orbitaire, et d'en retrancher un fragment. Rappelez-vous à cette occasion que le trou est situé à la partie la plus élevée de la fosse canine, à 7 ou 8 millimètres au-dessous du rebord inférieur de l'orbite, à l'union des deux tiers externes environ avec le tiers interne de ce rebord, et qu'une ligne verticale abaissée de ce trou tombe entre les deux petites molaires ou au niveau de la deuxième.

Je conseille le procédé suivant : rechercher la crête osseuse qui limite en avant la gouttière de l'unguis, comme s'il s'agissait de ponctionner le sac lacrymal ; faire tomber de ce point une incision verticale suivant le pli naso-génien jusqu'à l'aile du nez ; de la partie supérieure de cette ligne en faire partir une seconde, horizontale, parallèle au rebord inférieur de l'orbite et aboutissant à la partie moyenne de ce bord : ces incisions diviseront toute l'épaisseur des parties molles jusqu'au squelette ; disséquer ensuite le lambeau circonscrit de la sorte en rasant les os jusqu'à ce que le nerf soit mis à découvert. L'artère faciale sera divisée à sa terminaison dans le premier temps de l'opération, accident sans gravité ; la veine comprise dans le lambeau pourra être ménagée. Quant à l'artère sous-orbitaire qui sort de la gouttière avec le nerf, elle partagera le même sort que lui, ce qui ne présente d'ailleurs aucun inconvénient.

2° *Névralgie des rameaux dentaires antérieurs.* — Si la névral-

gie occupe non seulement la branche terminale du nerf maxillaire supérieur, mais encore les rameaux qui naissent dans le canal sous-orbitaire et donnent la sensibilité aux incisives, aux canines et à la partie correspondante des gencives, on n'obtiendra de résultat qu'en faisant porter la section du nerf en arrière de l'origine de ces branches, c'est-à-dire dans le canal sous-orbitaire lui-même.

Voici le procédé opératoire que je conseille dans ce cas, tel que je l'ai pratiqué en 1873 à l'hôpital Lariboisière.

Découvrir d'abord le nerf sous-orbitaire dans la fosse canine à l'aide d'une incision parallèle au rebord de l'orbite et d'une seconde perpendiculaire à la première, de façon à former un T. Passer un fil sous le nerf et le nouer ; décoller ensuite le périoste de l'orbite de façon à mettre à nu le plancher. Le globe de l'œil est alors soulevé et reçu dans la concavité d'une cuiller qui éclaire en même temps le champ opératoire. On aperçoit le nerf qui parcourt le canal sous-orbitaire sous la forme d'une ligne grisâtre oblique d'arrière en avant et de dehors en dedans, plus rapprochée du côté externe que du côté interne du plancher de l'orbite (voir fig. 63, *Anat. top.*, 4^e édition) ; à petits coups de ciseau et de maillet on défonce la lamelle osseuse qui le recouvre en le dégagant à l'aide d'un crochet mousse ; on le soulève et on le coupe avec les ciseaux le plus loin possible. Tirant à l'aide du fil préalablement fixé sur la partie terminale du nerf, on amène au dehors le tronc tout entier avec ses branches collatérales.

3° *Névralgie des rameaux dentaires postérieurs.* — L'opération précédente, si complexe qu'elle soit, peut complètement manquer son but, si la névralgie occupe les rameaux dentaires postérieurs qui se rendent aux molaires et naissent dans la fente ptérygo-maxillaire avant que le nerf s'engage dans le canal sous-orbitaire.

Comment pénétrer jusqu'à cette profondeur ? La cavité de l'orbite se rétrécit tellement en arrière qu'il ne faut pas songer à atteindre le nerf de ce côté. En dehors, on trouve bien la voie de la fosse zygomatique, mais cette fosse est si profonde, remplie de si nombreux vaisseaux, qu'il serait imprudent de s'y engager.

On doit à un médecin américain, M. le docteur Carnochan, un procédé ingénieux qu'il a appliqué deux fois sur le vivant. Cette opération rend possible la section du nerf maxillaire supérieur au niveau du ganglion sphéno-palatin, en arrière des nerfs dentaires postérieurs.

Au-dessous du plancher de l'orbite existe une vaste cavité creusée dans l'épaisseur du maxillaire supérieur, le sinus maxillaire : or la paroi postérieure de ce sinus limite précisément en avant la fosse ptérygo-maxillaire, en sorte que, à la partie supérieure de cette paroi, on ne se trouve séparé du nerf maxillaire supérieur et du ganglion que par une mince lamelle osseuse.

Voici, basé sur ces données anatomiques, le procédé de Carnochan, tel qu'il a été modifié et régularisé avantageusement par Letiéviant :

Incision courbe parallèle au bord de l'orbite ; — décollement du périoste orbitaire et soulèvement du globe de l'œil à l'aide d'une cuiller comme dans le procédé précédent ; — incision perpendiculaire à la première dans la fosse canine : on a alors une incision en T. — Disséquer les deux lambeaux de la branche inférieure du T et découvrir l'os ; — une couronne de trépan conduit dans l'intérieur du sinus, dont on défonce la paroi postérieure avec une gouge.

L'opérateur saisit alors, par l'orbite, entre les mors d'une pince, le nerf maxillaire supérieur dans le canal sous-orbitaire, et tire légèrement dessus. Ensuite, par l'ouverture pratiquée à la paroi postérieure du sinus, il coupe avec des ciseaux, sans crainte de s'égarer, tout ce qu'il rencontre au sommet de la fente ptérygo-maxillaire. Le nerf, qui lui vient dans la main, rend l'opérateur certain que la section est opérée, et souvent on entraîne en même temps le ganglion de Meckel, en avant duquel émergent les nerfs dentaires postérieurs.

E. Tumeurs de la mâchoire supérieure. — La mâchoire supérieure est le siège de tumeurs variées dont quelques-unes empruntent un caractère particulier à l'existence des dents et du follicule dentaire, organe formateur de la dent. Ces dernières constituent le groupe auquel Broca donna le nom d'odontomes. On observe parfois des tumeurs absolument dures, des exostoses (je n'entends pas parler ici des exostoses éburnées et enclavées dans les sinus de la face dont j'ai parlé plus haut), des tumeurs complètement liquides, des kystes, et des tumeurs de consistance intermédiaire, molles ou demi-dures, qui sont des sarcomes et des carcinomes. La plupart de ces tumeurs prennent naissance dans l'épaisseur du maxillaire supérieur et présentent une période d'inclusion durant laquelle les signes sont fort obscurs et le diagnostic

par conséquent difficile ; d'autres naissent à la surface de l'os, spécialement au niveau du rebord alvéolaire, et forment le groupe des *épulis*.

En présence d'une tumeur faisant saillie dans la cavité buccale, il faut donc établir tout d'abord si elle provient de l'intérieur de l'os ou bien si elle n'est qu'appliquée à sa surface. La solution du problème est le plus souvent facile ; cependant, si une épulis a atteint un volume considérable, remplit complètement le vestibule de la bouche, fait bomber fortement la joue, et déborde l'arcade dentaire, l'erreur est possible et a été commise plus d'une fois. Il suffit pour l'éviter de savoir que l'épulis est pédiculée et que, quel que soit le volume de la tumeur, il est toujours possible d'arriver à circonscrire ce pédicule. Je laisse de côté ce groupe de tumeurs sur lequel je reviendrai plus loin.

Je suppose que la tumeur a pris naissance dans le centre de l'os. Pendant la période d'inclusion, il n'y a pas de diagnostic possible et, lorsque les malades éprouvent des douleurs, et ces douleurs sont souvent violentes, ils les attribuent à des névralgies dentaires et exigent parfois l'ablation de dents saines dans l'espoir d'obtenir un soulagement qui ne vient pas. Un malade que j'ai opéré en 1885, à l'Hôtel-Dieu, pour un épithéliome primitivement central, s'introduisit lui-même au début de son affection un clou à une certaine profondeur dans l'épaisseur de l'os pour ouvrir l'abcès qu'il supposait exister. Ce débridement, en permettant au néoplasme de franchir ses barrières, produisit d'ailleurs en partie le résultat cherché, c'est-à-dire la diminution des douleurs.

A cette période, on ne peut donc que soupçonner le développement d'un produit morbide dans l'épaisseur de l'os.

La tumeur fait à l'extérieur une saillie plus ou moins grande, mais elle est recouverte par une couche d'os suffisamment épaisse pour qu'on ne puisse en apprécier la consistance. — On conçoit que le diagnostic présente encore à cette période une certaine obscurité, et pourtant la marche de l'affection fournit de fortes présomptions : s'il existe des douleurs intenses, si le relief extérieur est apparu rapidement, quelques mois, je suppose, après le début des douleurs, il s'agira d'une tumeur à pronostic grave, telle que : sarcome, carcinome, épithéliome ; dans le cas contraire, on aura sans doute affaire à un kyste, à un chondrome, à une exostose.

Arrive la troisième période de l'évolution des tumeurs de la

mâchoire supérieure, celle dans laquelle le néoplasme ayant franchi les limites osseuses fournit des signes cliniques qui permettent en général d'en reconnaître la nature.

Commençons par le groupe des tumeurs à *marche rapide*.

Sarcome. — Le sarcome de la mâchoire supérieure présente un intérêt spécial; il fut étudié sous le nom de *tumeur à myéloplaxes* par E. Nélaton, qui en fit une tumeur bénigne et tout à fait distincte des autres tumeurs solides du maxillaire. Son opinion était juste, en ce sens que le sarcome est un peu moins grave que le carcinome, mais il n'en constitue pas moins une tumeur à récurrence fréquente et rapide. Quant à sa nature, il ne mérite pas une place à part et rentre dans la grande classe des sarcomes, où il est désigné sous le nom de *sarcome à myéloplaxes, sarcome myéloïde*, car on trouve dans sa composition les éléments de la moelle des os.

Au début, le sarcome à myéloplaxes est souvent méconnu et pris pour un abcès. On voit en effet une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, je suppose, qui s'est développée rapidement après avoir causé de vives douleurs. Cette tumeur est molle, fluctuante, d'une coloration rougeâtre, et presque toujours on fait une ponction ou une incision, croyant trouver du pus: mais c'est du sang pur qui s'écoule, du sang rouge, et la tumeur, loin de s'affaïsser à la suite de cette opération, augmente plutôt de volume.

Si le sarcome a pris naissance dans l'épaisseur du rebord alvéolaire, les dents correspondantes s'ébranlent et tombent; la masse remplit et déborde bientôt les alvéoles; elle fait également saillie du côté de la voûte palatine. Elle ne tarde pas à s'ulcérer et forme dans la bouche un champignon grisâtre, saignant facilement et sécrétant une sanie purulente abondante. L'état général, qui était très bon au début, s'altère profondément, et le malade succombe dans la cachexie sans que le système ganglionnaire ait été affecté.

La marche du sarcome myéloïde présente parfois une rapidité extrême: chez un malade que j'opérai à Beaujon, en 1883, la tumeur augmenta en trois jours du volume d'un œuf de poule; elle s'accroissait presque à vue d'œil; c'est ce qu'on observe aussi d'ailleurs sur les membres.

Il est une autre variété de sarcome des mâchoires dont la forme clinique est absolument différente de celle qui précède. Il consti-

tue également une tumeur limitée, mieux limitée même que la précédente, mais, au lieu d'être mou et de ressembler à un abcès, il est très dur et rappelle plutôt par sa consistance une exostose ou un chondrome. Lorsqu'une mince couche d'os le recouvre, on peut percevoir la sensation parcheminée et croire alors à un kyste, tant la tumeur paraît bien limitée. J'ajoute que la tumeur est indolente et que les dents correspondantes ne sont nullement ébranlées.

Bien que la marche de cette variété soit moins rapide que celle du sarcome myéloïde, elle l'est cependant beaucoup plus que celle des kystes ou des exostoses qui mettraient des années avant d'atteindre un pareil volume, et c'est là, je dois le dire, le principal et à peu près le seul élément de diagnostic différentiel entre ces trois espèces de tumeurs, mais il suffit le plus souvent.

Il va sans dire que dans le doute on pratiquerait une ponction exploratrice, qui n'a pas ici les mêmes inconvénients que dans la variété précédente.

Carcinome. — Le carcinome de la mâchoire supérieure s'observe principalement après cinquante ans. Il débute dans le centre de l'os ou dans le sinus maxillaire et, au lieu de former comme le sarcome une tumeur assez bien limitée qui tend à se porter à l'extérieur, il refoule la mâchoire dans toutes les directions: vers l'orbite, le pharynx, la bouche, la fosse zygomatique. Il constitue une masse diffuse, mal limitée, qui englobe toute la mâchoire et souvent même envahit celle du côté opposé. Il détruit peu à peu le tissu osseux, s'y substitue, arrive au contact de l'œil, pénètre dans la fosse nasale, envahit la lame criblée, etc. Le cancer ne forme donc pas en général un gros champignon végétant, sanieux, saignant, comme fait d'ordinaire le sarcome mou.

Le carcinome arrive également à l'ulcération, ce qui précipite encore les événements. Les malades éprouvent des douleurs souvent intolérables; le système lymphatique est envahi et les malades succombent cachectiques.

Épithéliome. — L'épithéliome *primitif* de la mâchoire est rare, si rare même que son existence a été contestée. On se demandait en effet aux dépens de quels éléments anatomiques une semblable tumeur pouvait se développer dans l'épaisseur des os où n'existe pas de tissu épithélial, et l'on pensait que cette forme était toujours une extension au corps du maxillaire d'un épithéliome du rebord