

sous le nom de tumeurs myéloïdes. Mais c'est surtout Eugène Nélaton qui, dans sa thèse publiée en 1860, donna de cette affection une bonne description clinique, et signala particulièrement sa fréquence aux mâchoires. Il présentait ces tumeurs comme étant de nature bénigne, bien différentes par conséquent des sarcomes. Les caractères sur lesquels on s'appuyait pour établir cette distinction étaient d'une part la coloration rouge brun du tissu constituant de ces tumeurs; d'une part, la présence dans leur intérieur des myéloplaxes. Cette description ne saurait être aujourd'hui conservée. Les cellules à noyaux multiples ou myéloplaxes ne sont nullement caractéristiques d'un tissu particulier; elles se retrouvent dans un grand nombre de sarcomes, non seulement des os, mais des parties molles. Tout ce qui reste de l'ancienne description, c'est la bénignité de ces tumeurs. Encore n'est-ce là qu'une bénignité relative; car on connaît maintenant un grand nombre d'exemples de généralisation de ces néoplasmes. Les tumeurs à myéloplaxes ne sont donc qu'une variété particulière de sarcomes caractérisés par la présence dans leur intérieur d'un grand nombre de myéloplaxes ou plaques à noyaux multiples, et présentant une bénignité relative.

Comme nous l'avons déjà dit, les tumeurs à myéloplaxes ou sarcomes myéloïdes constituent la plupart des sarcomes centraux des mâchoires. Dans la variété type d'Eugène Nélaton, la tumeur présente une coloration rouge brun qu'on a comparée, soit à celle de la rate, soit à celle du poumon hépatisé, et qui permet toujours de reconnaître aisément cette forme. On y rencontre une quantité considérable de myéloplaxes; mais, à côté de ces éléments, il existe toujours des éléments embryonnaires, arrondis ou fusiformes. Dans une autre variété, ces éléments embryonnaires l'emportant sur le nombre des cellules à myéloplaxes, la tumeur prend une consistance plus ferme, en même temps qu'elle perd sa coloration d'un rouge foncé, pour prendre une teinte grisâtre ou blanchâtre.

Tantôt les tumeurs à myéloplaxes sont enkystées, nettement séparées du reste de l'os; tantôt, au contraire, elles sont diffuses et se continuent, sans ligne de démarcation précise, avec l'os voisin. Mais les tumeurs sarcomateuses infiltrées appartiennent bien plutôt aux variétés du sarcome embryonnaire ou encéphaloïde et du sarcome fasciculé qu'aux tumeurs à myéloplaxes.

Les sarcomes périphériques ou périostaux ne sont qu'exceptionnel-

lement des tumeurs à myéloplaxes. Quelquefois ils constituent la variété connue sous le nom de sarcomes ossifiants, c'est-à-dire que des aiguilles osseuses nombreuses, partant de la surface de l'os, pénètrent perpendiculairement ou obliquement dans la tumeur. Tantôt développés à la face interne du maxillaire inférieur, tantôt à la face externe, ils englobent quelquefois cet os en entier, en contournant son bord inférieur. Ils occupent assez souvent l'angle de la mâchoire et sa branche montante.

La dernière forme du sarcome, c'est celle qui se développe au niveau du bord alvéolaire, et qui, pour cette raison, porte le nom d'épulis sarcomateuse. Elle a son point de départ dans le tissu osseux, et même, d'après Eugène Nélaton, elle naîtrait toujours de la moelle osseuse. Il est des cas dans lesquels la tumeur paraît sortir de l'intérieur d'un alvéole. M. Magitot a rapporté des faits dans lesquels des épulis sarcomateuses, développées au niveau des racines dentaires, étaient cachées au fond d'un alvéole, et purent être enlevées en arrachant la dent qui les portait.

Étiologie. — Tout ce que nous savons sur l'étiologie des sarcomes des mâchoires, c'est que la variété myéloïde ou tumeur à myéloplaxes est une affection du jeune âge, et quelquefois même de l'enfance. Parfois on a pu invoquer dans l'étiologie l'existence d'un traumatisme antérieur, ou même d'altération des dents.

Symptômes et diagnostic. — Les symptômes de ces tumeurs, à la première période, varient nécessairement suivant que le sarcome est intra-osseux ou qu'il est périostique. Dans le premier cas, on n'aperçoit tout d'abord qu'un gonflement limité du maxillaire, tandis que, si le développement s'est fait au-dessus du périoste, on a dès le début une tumeur sous les yeux. Quel qu'ait été le mode de développement, on peut, au bout d'un temps plus ou moins long, l'enveloppe osseuse du maxillaire ayant été rompue, reconnaître les caractères de la tumeur. Ce qui distingue la tumeur à myéloplaxes, c'est sa mollesse, sa couleur rouge et sa grande vascularisation, qui détermine même parfois dans son intérieur des battements qui pourraient faire confondre ces néoplasmes avec des tumeurs purement vasculaires.

Les autres variétés de sarcome ne présentent pas cette rougeur et cette vascularisation; leur consistance est inégale, dure par places, elle peut aller jusqu'à la mollesse et à la fluctuation la plus marquée.

Leur développement rapide, l'engorgement des ganglions lymphatiques, l'existence des douleurs sont autant de circonstances qui peuvent conduire au diagnostic de ces tumeurs. Les sarcomes des mâchoires sont susceptibles de prendre un volume considérable; ils peuvent alors amener l'ulcération de la muqueuse, la formation de bourgeons fongueux, saignants, des hémorrhagies; ils amènent même, quoique plus tardivement, des ulcérations de la peau.

Le diagnostic du sarcome intra-osseux, lorsque la tumeur est encore enfermée dans l'intérieur de l'os, présente les plus sérieuses difficultés; on est exposé à le confondre, soit avec des kystes à leur première période, soit avec diverses tumeurs solides, fibromes, ostéomes, chondromes, ou même avec certaines formes d'ostéite extrêmement douloureuses sur lesquelles M. Trélat a appelé l'attention, dans une leçon clinique sur les ostéomes de la mâchoire inférieure. C'est surtout la considération du développement rapide de la tumeur qui conduira au diagnostic de sarcome. Plus tard, quand on a le néoplasme sous les yeux, ou même dès le début, dans les cas de sarcomes sous-périostiques, la consistance plus molle de la tumeur la fera distinguer du fibrome et de l'enchondrome. S'il y a de la fluctuation, une ponction exploratrice sera nécessaire pour la distinguer des kystes. Encore, avons-nous dit, sera-t-il parfois très difficile de faire le diagnostic entre certains cysto-sarcomes de la mâchoire et les kystes multiloculaires. Ce sont surtout les notions de marche rapide, de douleurs vives, l'engorgement ganglionnaire, l'altération de la santé générale qui sont ici à prendre en considération. Déjà nous avons noté que les tumeurs à myéloplaxes, vu leur couleur rouge foncé et leurs battements, pourraient être confondues avec des tumeurs vasculaires. Mais la réductibilité des tumeurs érectiles les sépare des tumeurs à myéloplaxes; quant aux tumeurs hématiques, l'existence d'un traumatisme antérieur permettrait de les diagnostiquer.

F. — MYXOMES

Bien que le myxome des os soit rare en général, il affecte cependant d'une manière particulière les mâchoires. Le myxome pur est rare; souvent, au contraire, il est mélangé à du fibrome, à du chon-

drome, à du sarcome; ou même son tissu est mélangé de kystes, et forme des masses fluctuantes.

Les myxomes constituent des tumeurs volumineuses, leur marche lente, l'absence d'ulcérations et d'engorgement ganglionnaire, permettent de les distinguer du cancer. Ce sont des tumeurs généralement bénignes.

G. — ÉPITHÉLIOMAS

On peut voir aux mâchoires des épithéliomas primitifs, et des épithéliomas par propagation. C'est surtout à la mâchoire inférieure qu'on rencontre cette dernière variété; elle s'y montre le plus souvent, consécutivement à l'épithélioma de la lèvre inférieure, les éléments épithéliaux s'infiltrant dans l'orifice inférieur du canal dentaire, et pénétrant de là dans le reste de l'os.

Quant à l'épithélioma primitif des maxillaires, ce n'est pas dans l'intérieur même de l'os qu'il débute, mais plutôt dans l'épaisseur des gencives, ou même dans l'intérieur de la cavité alvéolaire. M. Magitot a réuni plusieurs cas de tumeurs épithéliales intra-alvéolaires, développées dans l'épaisseur du périoste alvéolo-dentaire. Toutes ces tumeurs furent enlevées au moment de l'extraction de la dent à laquelle elles adhéraient.

Quant aux épithéliomas, qui naissent au niveau des gencives, ils constituent une variété particulière de tumeurs pédiculées auxquelles on donne le nom d'épulis épithéliale. Comme les épulis sarcomateuses et fibreuses, elles naissent souvent de l'espace compris entre deux dents, mais elles en diffèrent par leur consistance plus molle, par leur friabilité, leur aspect granité, en forme de chou-fleur.

Il existe enfin, au maxillaire supérieur, une variété particulière signalée pour la première fois par M. Verneuil sous le nom d'épithélioma térébrant, et qui a été, sous ce titre, l'objet d'une étude spéciale publiée par Reclus en 1876. Cet épithélioma térébrant a une marche extrêmement rapide et un pronostic d'une gravité excessive. Débutant par le bord alvéolaire, il creuse dans l'épaisseur de l'os une cavité tapissée de bourgeons épithéliaux, et envahit toute l'étendue du sinus maxillaire. Discutant sa pathogénie, M. Verneuil admet qu'il se développe aux dépens des débris épithéliaux, vestiges du bourgeonnement des cordons des dents temporaires ou permanentes,

qu'on rencontre dans l'épaisseur des gencives. On se rappelle que c'est à l'existence de ces mêmes débris épithéliaux que M. Verneuil a, le premier, rapporté la formation des kystes dentaires, dits par M. Magitot, kystes périostiques. Les récentes recherches de M. Malassez, dont nous avons déjà parlé, jettent sur la production de ces tumeurs épithéliales, comme sur celle des kystes, la plus vive lumière. Du moment que ces débris épithéliaux se rencontrent, non seulement dans l'épaisseur des gencives, mais encore dans l'alvéole au pourtour de la dent, on s'explique aussi ces faits signalés par M. Magitot, dans lesquels l'épithélioma formait une petite tumeur appendue à la racine de la dent et qu'on arrachait avec ce dernier organe.

Contrairement aux sarcomes et aux tumeurs à myélopaxes, l'épithélioma des mâchoires se montre généralement chez des sujets avancés en âge.

Symptômes et diagnostic. — Les tumeurs cancéreuses des mâchoires traduisent leur existence par des douleurs qui, dès le début, affectent une extrême intensité; les dents sont généralement incriminées de produire la douleur, et sont arrachées en plus ou moins grand nombre. Celles qui restent ne tardent pas à être ébranlées par les progrès du néoplasme. Ces douleurs violentes tiennent à ce que, de bonne heure, les filets du nerf dentaire lui-même sont envahis par le néoplasme. Les autres tumeurs, y compris même les sarcomes, respectent habituellement le nerf. Aussi est-ce là un caractère qui, sans être absolu, ne laisse pas que d'avoir une très grande valeur au point de vue du diagnostic. La mollesse et la friabilité particulière des tumeurs épithéliales, les hémorragies abondantes, l'apparition rapide de l'ulcération, de l'engorgement ganglionnaire, et de l'altération de la santé générale, sont autant de caractères qui permettent de reconnaître le cancer et de le différencier des autres tumeurs des mâchoires.

Traitement des tumeurs solides des mâchoires. — A part les cas dans lesquels une exostose des mâchoires est d'origine syphilitique, et justiciable, par conséquent, du traitement spécifique, les tumeurs des maxillaires réclament toujours un traitement chirurgical. Dans les cas de tumeurs bénignes, fibromes, ostéomes, chondromes, dans les cas de tumeurs à myélopaxes, on peut généralement se contenter de pratiquer l'ablation de la tumeur, ou une résection partielle du bord alvéolaire, suivant les cas. Encore devra-

t-on faire suivre cette extirpation de la rugination et de la cautérisation des parties voisines avec le thermocautère, de façon à éviter la récurrence. Dans tous les cas de tumeurs malignes, épithéliomas, sarcomes, il ne s'agit plus d'extirper la tumeur, mais bien de pratiquer une large résection de l'os qui la porte. Cette opération sera, suivant les faits particuliers, une résection totale du maxillaire supérieur, une résection partielle, ou même la désarticulation d'une des branches montantes du maxillaire inférieur.

ARTICLE II

MALADIES DE L'ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES

LUXATIONS DE LA MÂCHOIRE

Les luxations de la mâchoire sont assez rares. Dans l'immense majorité des cas, elles ont lieu en avant et sont, tantôt bilatérales, tantôt unilatérales. Les luxations bilatérales sont les plus fréquentes. Malgaigne en compte 54 sur 76 cas.

On cite comme tout à fait exceptionnel le fait de Robert qui observa le déplacement d'un des condyles en haut et en dehors. Il s'agissait d'un jeune homme qui tomba, le côté gauche de la tête touchant le sol, tandis qu'une roue lui passa sur le corps de la mâchoire inférieure du côté opposé. Il en résulta une fracture presque verticale du corps de la mâchoire à droite, tandis que le condyle du côté gauche, pressé de dedans en dehors par la violence extérieure, quitta la cavité glénoïde et vint se placer, en haut et en dehors, dans la fosse temporale. La réduction fut obtenue, et le malade guérit. On ne comprendrait pas la production d'une pareille lésion sans fracture.

Quant à la luxation en arrière, Guillaume de Salicet, Lanfranc, Guy de Chauillac, l'avaient admise. Mais elle fut rejetée par Fabrice d'Aquapendente et par tous les auteurs qui l'ont suivi. Dans ces dernières années, la réalité de ce déplacement a été démontrée par