

2° **Kystes à contenu solide.** Dans un cas cité par Dupuytren, le kyste contenait, indépendamment d'une certaine quantité de liquide, une concrétion *fibrineuse*. Dans un autre, dû à Denonvilliers, c'était une production *fibreuse* : le chirurgien incisa la muqueuse, enleva la lamelle osseuse qui recouvrait la tumeur, arracha celle-ci par morceaux, puis rugina tous les points de la cavité ; après quinze jours la guérison était complète.

## ARTICLE IV.

## Exostoses du maxillaire supérieur.

Les unes sont *superficielles*, c'est-à-dire qu'elles se développent aux dépens du périoste externe ou des couches osseuses subjacentes ; les autres sont *profondes*, c'est-à-dire qu'elles naissent de la surface interne du sinus maxillaire.

1° **EXOSTOSES SUPERFICIELLES.** Elles occupent le plus souvent la branche montante du maxillaire, parfois le milieu de la voûte palatine, où on les a désignées sous le nom d'*exostoses médio-palatines*. En général, elles reconnaissent pour point de départ la diathèse syphilitique, et il existe simultanément d'autres tumeurs du même genre sur le crâne et sur les os propres du nez. Ces exostoses d'origine syphilitique ne sont en général ni très-saillantes, ni très-larges, ni très-dures. Dans quelques cas, au lieu d'une tumeur bien circonscrite, on constate un gonflement diffus du tissu osseux, dans une grande étendue ; c'est alors une *hyperostose* plutôt qu'une exostose ; cette forme accompagne surtout l'ostéosarcome.

2° **EXOSTOSES PROFONDES.** Ces tumeurs naissent dans le sinus maxillaire et ne paraissent pas de nature syphilitique. Elles sont surtout remarquables par le volume qu'elles peuvent atteindre, et qui est parfois celui d'une grosse orange ou du poing. Dans une observation due à Beaupréau, la tumeur avait 30 centimètres de circonférence. Le tissu qui forme la production morbide est tantôt spongieux, tantôt éburné, tantôt encore spongieux et éburné à la fois. Les parois du sinus maxillaire sont distendues et amincies, plus tard en partie résorbées, et la tumeur se fait jour dans la fosse nasale, l'orbite et même l'intérieur du crâne (A. Cooper).

Les symptômes varient aux diverses périodes de la maladie : au début, c'est une tuméfaction peu prononcée, une sensation de gêne ; plus tard, quand la production morbide s'est accrue, il existe une tumeur de la joue, de l'exophtalmos, un rétrécissement de la cavité nasale correspondante, une saillie anormale de la voûte palatine ; les dents sont ébranlées et finissent par tomber. La tumeur peut produire une luxation de la mâchoire inférieure, détruire par compression une partie de l'apophyse coronéide et de l'arcade alvéolaire correspondante. Quand l'exostose a pris un accroissement aussi considérable, on conçoit quelle gêne la tumeur apporte à la mastication, la déglutition et même la respiration, et quelle difformité de la face elle occasionne.

Le diagnostic est souvent difficile : on peut confondre l'exostose avec un

*ostéosarcome* accompagné d'*hyperostose* ; à une période avancée du cancer de l'os, tout embarras disparaît, parce qu'il existe alors des hémorragies, un écoulement de sanie fétide, parfois issue d'une portion de la production cancéreuse à travers une alvéole ou de la voûte palatine.

Le traitement médical a peu de chances de réussite ; toutefois, pour peu qu'on soupçonne à la maladie une origine syphilitique, on administre des préparations mercurielles. Boyer a rapporté un succès de ce genre obtenu sur un malade affecté d'une exostose volumineuse du sinus maxillaire gauche, et qui avala, dans l'espace de trois mois, plus de 6 grammes de sublimé.

Le traitement chirurgical consiste dans l'ablation de la tumeur ; quelquefois celle-ci peut être enlevée en respectant l'os maxillaire correspondant, suivant le procédé indiqué tome I, p. 438 ; dans d'autres cas, on est contraint d'enlever simultanément la tumeur et l'os maxillaire supérieur, ce dernier en partie ou en totalité (voy. p. 342).

## ARTICLE V.

## Ostéosarcome du maxillaire supérieur.

On comprend sous ce nom générique des tumeurs qui varient sous le rapport de leur constitution anatomique, mais qui présentent des caractères identiques de symptômes, de marche, de gravité et de terminaison. Ce sont : (a) *des tumeurs fibro-plastiques* dont nous avons indiqué les caractères anatomiques tome I, p. 183 ; leur récurrence sur place est fréquente et parfois elles se généralisent ; (b) *des tumeurs à myéloplaxes* (t. I, p. 438), formées des mêmes éléments que la substance médullaire des os, mais plus volumineux que dans l'état normal ; différant des autres variétés de cancer, en ce que la production morbide, lorsqu'elle est complètement enlevée, ne récidive pas sur place et ne se généralise pas ; (c) *des tumeurs cancéreuses vraies*, présentant tous les caractères indiqués tome I, p. 188 et suiv.

Quelle que soit la nature du tissu qui forme la tumeur, celle-ci débute sur les divers points du maxillaire supérieur : les *gencives*, la *voûte palatine*, la *face antérieure de l'os*, l'intérieur du *sinus maxillaire* ; elle prend naissance dans l'épaisseur de la muqueuse, le périoste, le tissu osseux ou le diploé. Dans tous ces cas, la tumeur, après avoir acquis un certain accroissement, s'ulcère, fournit une suppuration fétide, sanieuse, sanguinolente ; la surface de l'ulcère est irrégulière, grisâtre, les bords en sont saignants, fongueux, décollés ; la dégénérescence cancéreuse se propage dans toutes les directions. Quand la tumeur prend son point de départ dans la moelle osseuse, elle offre une consistance dure au début ; elle ne tarde pas à amincir, à user la coque osseuse, et en pressant avec le doigt sur la saillie, on perçoit la sensation donnée par une lamelle de *parchemin* que l'on déprime. A mesure que la tumeur s'accroît, elle donne lieu à des difformités de plus en plus prononcées de la face : elle repousse le nez du côté opposé, soulève la lèvre supérieure, distend et renverse en dehors la

paupière inférieure; les dents sont ébranlées et tombent; les fosses nasales, l'orbite peuvent être envahis à leur tour par la dégénérescence. En général, les malades n'accusent pas de douleurs vives; les ganglions lymphatiques du voisinage sont promptement envahis par l'infiltration cancéreuse. Il existe des troubles souvent très-marqués de la mastication et de la déglutition; la salive s'échappe continuellement et involontairement de la bouche. La mort arrive par épuisement à la suite d'hémorragies répétées, ou par généralisation de la maladie.

Le diagnostic, obscur au début, devient facile à l'époque où les téguments sont envahis par la dégénérescence cancéreuse. On trouve alors du côté de la peau des ulcérations, du côté de la muqueuse des végétations et des fongosités.

Le pronostic est toujours grave. Il l'est un peu moins pour les tumeurs à *myéloplaxes*, parce que ces dernières ne récidivent pas lorsqu'elles sont largement enlevées; il est loin d'en être ainsi pour les tumeurs fibro-plastiques et les véritables tumeurs cancéreuses.

Le seul traitement rationnel est la résection, soit *partielle*, soit *totale*, du maxillaire supérieur. L'opération doit être pratiquée de bonne heure; elle est contre-indiquée dans les cas de cachexie cancéreuse évidente, et dans ceux où le mal est tellement étendu en surface et en profondeur qu'il est impossible de l'enlever complètement.

#### RÉSECTION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

Elle peut être faite aux dépens d'une portion limitée de la mâchoire supérieure, ou bien comprendre l'os entier. Cette dernière opération a été pratiquée avec succès, dans plusieurs cas, par Gensoul (de Lyon). Depuis, Lizars, Syme, P.-J. Roux, Lisfranc, etc., n'ont pas été moins heureux.

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE POUR LA RÉSECTION TOTALE (voy. fig. 204). On commence par tailler, aux dépens des parties molles de la face, un lambeau soit de forme carrée et à base dirigée en haut (Gensoul), soit de forme semi-lunaire, en faisant partir l'incision de la commissure buccale pour la conduire vers la tempe, au-dessus de l'os malaire (Velpeau). Le lambeau est disséqué avec soin au ras des os subjacents, puis relevé et maintenu dans cette situation par un aide. On divise, avant d'aller plus loin, le nerf sous-orbitaire, en portant un ciseau à plat entre les parties molles et le plancher de l'orbite, puis en le faisant pénétrer de haut en bas et d'avant en arrière dans ce plancher, assez loin pour que le nerf soit complètement divisé. Il faut alors détacher le maxillaire supérieur des trois points par lesquels il tient à la charpente de la face, à savoir: 1° l'union de l'apophyse montante avec l'unguis, l'éthmoïde et le frontal; 2° l'union de l'apophyse malaire avec l'os de la pommette; 3° l'union de l'apophyse palatine du maxillaire avec la même apophyse de l'os opposé; 4° l'union en arrière avec l'os palatin et l'apophyse ptérygoïde. Pour opérer ces séparations, Gensoul se servait du ciseau et du maillet; on a reproché à ce mode opératoire de communiquer un ébranlement au cerveau, et l'on a remplacé ces deux instruments par

la scie à chaîne (SM, SM) et des cisailles: on commence par perforer le grand angle de l'orbite avec un trocart et on introduit par cette ouverture une scie à chaîne avec laquelle on divise l'apophyse montante du maxillaire supérieur. On passe ensuite la même scie par la fente sphéno-maxillaire, de façon à diviser l'os malaire. La ligne pointillée MM indique le trajet profond parcouru par la scie à chaîne. — Après avoir séparé, au moyen d'un bistouri, le voile du palais du bord postérieur du maxillaire, et avoir arraché une dent incisive, on divise avec de fortes cisailles CC la portion



Fig. 204.

palatine du maxillaire supérieur. Il ne reste plus alors qu'à détacher l'os de ses connexions en arrière avec l'apophyse ptérygoïde: pour cela, on saisit le maxillaire supérieur avec une forte pince, on lui imprime un mouvement de bascule en bas, ce qui a pour effet de briser le sommet de l'apophyse ptérygoïde. Si l'os tient encore à quelques lambeaux de parties molles, on les divise avec des ciseaux.

Le maxillaire enlevé laisse une large excavation, limitée en dedans par