

quentes. Enfin, elle proémine aussi du côté de la voûte palatine, dont elle efface la concavité et qu'elle finit par perforer. Après avoir déterminé la chute des dents, le néoplasme fait également saillie dans la cavité buccale au niveau des alvéoles dont le fond a été détruit. A ce moment la tumeur peut s'étendre assez loin en arrière pour comprimer la trompe et altérer l'audition. Elle peut même perforer la base du crâne et déterminer une méningo-encéphalite mortelle.

Arrivées à leur période ultime, les tumeurs du sinus maxillaire ulcérées, saignantes, donnent lieu à un écoulement sanieux, fétide, qui entretient dans la bouche des malades une odeur repoussante; les téguments sont eux-mêmes distendus, amincis, les veines dilatées; la sensibilité est détruite dans la zone où se distribue le nerf sous-orbitaire; les ganglions sont engorgés; enfin la peau elle-même s'ulcère, les malades présentent tous les signes de la cachexie cancéreuse, encore aggravés par la septicémie à laquelle donnent lieu les matières putrides qui pénètrent dans la cavité buccale.

**Diagnostic.** — A la première période, latente, il ne saurait être question de poser d'une manière précise le diagnostic de tumeur du sinus maxillaire; on ne peut avoir encore que des présomptions à cet égard.

Plus tard, quand se révèlent les signes de la distension du sinus, on peut se demander s'il s'agit en réalité d'une tumeur du sinus maxillaire, et, dans ce dernier cas, quelle est la nature de la tumeur à laquelle on a affaire. Tout d'abord il est à noter que des tumeurs du pharynx et des fosses nasales, telles que les polypes naso-pharyngiens pénétrant secondairement dans le sinus, peuvent donner naissance à tous les symptômes des tumeurs du sinus maxillaire. C'est par un examen soigneux des fosses nasales, de la cavité naso-pharyngienne, de la bouche et du voile du palais qu'on évitera la confusion entre les tumeurs primitivement développées dans le sinus, et celles qui n'y ont pénétré que secondairement.

Il faut encore distinguer les tumeurs du sinus des abcès lentement développés dans cette cavité. Les circonstances étiologiques dans lesquelles s'est développée l'affection, les douleurs violentes qui en ont marqué le début permettront de supposer qu'il s'agit d'une collection purulente du sinus; un signe important est tiré de la paralysie du nerf sous-orbitaire, qui est comprimé ou détruit par les tumeurs soli-

des, tandis qu'il est intact dans les cas d'abcès du sinus. Mais on le comprend, dans les cas douteux, c'est la ponction exploratrice qui, seule, tranchera la question du diagnostic. C'est encore la ponction exploratrice qui est seule capable de distinguer les tumeurs solides des tumeurs liquides ou kystes. Sans doute cette dernière variété de tumeurs donne naissance à la fluctuation. Mais il est des tumeurs solides qui sont aussi fluctuantes, et l'on ne doit pas attacher une valeur absolue à ce signe.

Quant à différencier les unes des autres les diverses variétés de tumeurs solides, la chose est plus difficile. Rappelons toutefois la consistance très dure des ostéomes et de l'enchondrome, et leur développement chez les jeunes sujets. Les tumeurs malignes, au contraire, telles que l'épithélioma et le sarcome, se montrent chez des personnes plus avancées en âge; elles s'accompagnent d'engorgement ganglionnaire, et leur développement est marqué par des douleurs névralgiques très intenses. Elles amènent la compression ou la destruction du nerf sous-orbitaire et sa paralysie. Nous concluons en disant que le diagnostic des tumeurs du sinus maxillaire est plein de difficultés, et que c'est une règle absolue pour le chirurgien de ne jamais entreprendre l'extirpation d'une de ces tumeurs sans avoir au préalable vérifié le diagnostic par une ponction exploratrice.

**Pronostic.** — Le pronostic est toujours sérieux, vu la nécessité d'une opération; quant aux tumeurs malignes, elles ont une énorme gravité.

**Traitement.** — Le seul traitement utile consiste dans l'ablation de la tumeur. Elle peut se faire par différents procédés suivant la nature du néoplasme auquel on a affaire. S'agit-il d'un ostéome, il suffira d'ouvrir largement la paroi antérieure du sinus et d'ébranler la tumeur à l'aide de spatules et de daviers pour l'extraire de la cavité où elle est contenue. Dans les autres variétés de tumeurs bénignes, telles que les fibromes et les myxomes, il suffira également d'ouvrir largement le sinus pour pratiquer ensuite l'ablation de la tumeur par l'excision ou par l'arrachement. Dans ces cas, il sera bon de joindre à ces moyens la cautérisation du point d'implantation du néoplasme pour empêcher sa repullulation.

Dans les cas de tumeurs malignes, un pareil traitement serait tout à fait insuffisant. Ce qu'il faut, c'est pratiquer l'extirpation complète du maxillaire supérieur. Encore devra-t-on au préalable s'as-



surer par le toucher de la région naso-pharyngienne que la tumeur n'a pas poussé dans le pharynx des prolongements qu'il serait impossible d'enlever. Souvent en effet, après l'ablation de l'os, on se trouve en présence de ces prolongements qui, s'il ne sont extirpés complètement, repullulent avec une terrible rapidité. Les ganglions sous-maxillaires engorgés seront extirpés, s'ils sont mobiles. S'il y a des ganglions adhérents, des prolongements pharyngiens impossibles à enlever, toute tentative est inutile.

## CHAPITRE VI

### MALADIES DES MACHOIRES.

Nous étudierons dans deux articles isolés les maladies des maxillaires, et celles de l'articulation des deux mâchoires entre elles, ou articulation temporo-maxillaire.

### ARTICLE PREMIER

#### MALADIES DES MAXILLAIRES.

#### I

#### LÉSIONS TRAUMATIQUES.

Elles comprennent seulement les fractures de la mâchoire supérieure et celles de la mâchoire inférieure.

#### 1<sup>o</sup> FRACTURES DE LA MACHOIRE SUPÉRIEURE.

Les fractures du maxillaire supérieur sembleraient devoir être fréquentes, vu la position superficielle de cet os et la minceur de ses parois. Mais la saillie du nez, celles de l'apophyse malaire et du menton, protègent cet os contre les traumatismes extérieurs; aussi ses fractures sont-elles rares. Elles n'en présentent pas moins un très grand nombre de variétés.

**Étiologie.** — Le plus souvent la fracture est produite par une cause directe; elle résulte alors d'un coup porté sur la face antérieure du maxillaire, coup de poing, coup de pied de cheval, plaie par arme à feu. Dans d'autres cas, la fracture est indirecte; elle résulte de la propagation au maxillaire supérieur d'une violence portant sur le crâne, sur l'apophyse malaire ou sur le menton.

C'est ainsi qu'on voit des fêlures du crâne se propager au maxillaire supérieur. Il peut même se faire que la violence porte à la fois sur le menton et sur la voûte du crâne. Le maxillaire supérieur est alors écrasé entre ces deux forces agissant en sens contraire. C'est ainsi qu'on signale le cas d'une fracture du maxillaire supérieur chez un individu tombant sur le menton sur le rebord d'une trappe dont le couvercle était venu retomber sur la tête.

**Variétés de ces fractures.** — Au point de vue anatomo-pathologique, on peut distinguer les fractures portant sur un point isolé de l'os, et celles qui s'étendent à la totalité du maxillaire. Dans les fractures des os propres du nez, il existe quelquefois en même temps des fractures de l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Souvent aussi on observe des fractures limitées au bord alvéolaire, qu'elles résultent d'un choc direct sur cette partie de l'os, ou de l'avulsion d'une dent. Il existe aussi des fractures isolées de la voûte palatine, soit qu'il s'agisse de fractures par causes directes, produites le plus souvent par armes à feu et accompagnées de plaies, soit que la voûte palatine soit détachée en bloc du reste de l'os, comme chez deux malades de Velpeau.

Dans d'autres cas encore, c'est la paroi antérieure du sinus maxillaire qui est intéressée; quelquefois il y a une fracture esquilleuse de cette paroi, comme dans les plaies par armes à feu, avec large ouverture du sinus maxillaire. D'autres fois, il y a un enfoncement de la paroi osseuse dans l'intérieur du sinus. M. Dubreuil a appelé, en 1870, l'attention de la Société de chirurgie sur une variété particulière de ces fractures, dans laquelle l'apophyse malaire frappée directement s'enfonce dans le sinus maxillaire, le bord alvéolaire de l'os restant intact. J'ai pu observer une de ces fractures sur un homme qui avait reçu un coup de pied de cheval sur la joue gauche. L'apophyse malaire avait pénétré dans le sinus, la pommette était affaissée; on sentait sur le rebord orbitaire inférieur une dépression très nette répondant au trait de fracture, il y avait de l'emphy-