

Symptômes, marche et pronostic. — Pendant la première période de leur développement, les odontomes occupent l'épaisseur du maxillaire, et peuvent ne trahir leur existence par aucun symptôme. Quelquefois cependant il existe des douleurs à forme névralgique.

Mais, dans un grand nombre de cas, les douleurs font complètement défaut, et le premier symptôme est l'apparition de la tumeur.

Celle-ci siège généralement dans la région des grosses molaires; elle est fusiforme, et occupe le voisinage du bord alvéolaire, ou du moins, si elle en est distante tout d'abord, elle s'en rapproche de plus en plus en se développant; elle finit même par venir faire saillie au-dessous de la gencive, où il est possible d'apprécier sa consistance à la fois ferme et dépressible. Quelquefois même la coque osseuse qui renferme la tumeur est assez amincie pour donner la sensation parcheminée.

En examinant l'état de la dentition, on constate habituellement l'absence d'une ou de plusieurs dents. En effet, à part les cas d'odontomes coronaires circonscrits, dans lesquels la dent malade peut faire normalement son éruption, dans tous les autres cas, la dent affectée d'odontome reste incluse dans l'épaisseur de la mâchoire. De plus, la tumeur gêne par sa présence l'éruption des dents voisines, et il n'est pas rare de voir ces dernières manquer complètement.

Le développement du néoplasme est le plus souvent fort lent; mais lorsque la dentification de l'odontome est complète, la tumeur, qui jusque-là avait été bien tolérée et n'avait pas donné naissance à des phénomènes de voisinage, cause une inflammation plus ou moins intense. Elle devient douloureuse, joue le rôle d'un véritable corps étranger, et provoque autour d'elle une suppuration plus ou moins diffuse. Il en résulte de la périostite, des abcès ossifluents, des fistules, des nécroses. Exceptionnellement la destruction osseuse peut être suffisante pour livrer passage à l'odontome qui tombe spontanément.

Le pronostic tire toute sa gravité de ces phénomènes inflammatoires de voisinage; la tumeur en elle-même n'a aucun caractère de malignité. La possibilité d'en pratiquer l'extirpation sans faire de résection de la mâchoire atténue encore la gravité du pronostic.

Diagnostic. — Comme le fait remarquer Broca, la notion qui doit, avant tout, guider le chirurgien, c'est celle du début de la

tumeur. Tout néoplasme qui se montre dans le maxillaire après l'achèvement de l'évolution du système dentaire, ne peut être un odontome. Lorsque la tumeur a perforé la gencive et se montre au niveau du bord alvéolaire, après avoir subi une éruption comparable à celle d'une dent normale, le diagnostic ne présente pas de sérieuses difficultés. Au contraire, lorsque la tumeur est encore incluse dans l'épaisseur du maxillaire, on peut la confondre avec bon nombre de tumeurs de cet os, et, en particulier, avec une autre variété de néoplasmes qui se lie également au développement des dents, savoir les kystes dentaires. On comprendra mieux ce que nous avons à dire de ce diagnostic, quand nous aurons traité de cette dernière variété de tumeurs.

Enfin, lorsque l'odontome a déterminé autour de lui de l'inflammation et des abcès, on peut le confondre, et l'erreur a été souvent commise, avec des exostoses ou avec des séquestres du maxillaire. La connaissance des antécédents permettra d'éviter une erreur de diagnostic qui, d'ailleurs, n'aurait pas une grande importance; car, la conduite à tenir dans les deux cas, serait la même, c'est-à-dire l'ablation du corps étranger.

Traitement. — Il se résume en une seule indication: enlever la tumeur, en ménageant autant que possible le maxillaire. S'il s'agit d'un odontome circonscrit, coronaire ou radiculaire, l'arrachement de la dent qui le porte pourra suffire. La tumeur ne peut-elle être enlevée par simple arrachement, on pratiquera une résection limitée du bord alvéolaire. Lorsque l'odontome est encore inclus dans l'épaisseur de l'os, il sera nécessaire de le mettre à découvert, en enlevant la lame externe du maxillaire qui le recouvre. L'opération sera faite par la bouche, en incisant la muqueuse et mettant à nu la face antérieure de l'os. C'est seulement dans les cas où la tumeur siège sur les dernières grosses molaires, où elle n'est pas accessible par la cavité buccale, qu'on pratiquera une incision à la joue. Après avoir enlevé l'odontome de la cavité osseuse qui le contenait, on ruginera soigneusement ses parois. Enfin, dans des cas exceptionnels, le volume de la tumeur peut être tel qu'on soit obligé de pratiquer la résection du maxillaire dans toute son épaisseur.

B. — FIBROMES.

Fibromes. — Les fibromes des mâchoires sont des tumeurs rares, surtout au maxillaire supérieur. On en distingue deux variétés, les fibromes centraux et les fibromes périostiques.

Au maxillaire supérieur, les fibromes centraux atteignent parfois un grand volume; ils peuvent pénétrer dans le sinus maxillaire ou effacer sa cavité; ils envahissent la voûte palatine et proéminent dans la bouche. Au maxillaire inférieur, les fibromes centraux sont beaucoup plus fréquents qu'à la mâchoire supérieure. C'est là surtout qu'on rencontre la crépitation parcheminée, car, à la mâchoire supérieure, l'os est tellement mince, qu'il est bientôt perforé. Les fibromes centraux des maxillaires se rapprochent beaucoup des odontomes fibroplastiques de Broca; la seule différence, c'est que les odontomes sont régulièrement circonscrits et enkystés, tandis que les fibromes d'origine non dentaire sont des tumeurs diffuses qui se continuent insensiblement avec le reste de l'os. Encore ces caractères ne sont-ils pas toujours assez tranchés pour constituer une différence absolue entre ces deux variétés de néoplasmes; et parfois on est dans le doute pour savoir si une tumeur fibreuse des mâchoires est, ou non, d'origine dentaire.

Les fibromes périphériques ou périostiques sont encore plus rares que les fibromes centraux. Parmi eux, il en est une variété qui, naissant au niveau du bord alvéolaire, prennent le nom d'épulis fibreuse. Il est du reste à remarquer que ce mot d'épulis (*επί*, sur, et *ὄλον*, gencive), n'indique pas autre chose que le siège de la tumeur. Il n'implique aucune idée sur sa nature; et à côté d'épulis fibreuses, il existe des épulis sarcomateuses et épithéliales. Ces tumeurs prennent le plus habituellement naissance dans l'intervalle qui sépare deux dents voisines; dans d'autres cas, elles émergent d'un alvéole dont la dent est absente; ou bien encore, elles siègent un peu au-dessous du bord alvéolaire, sur l'une ou l'autre face de l'os. Tantôt la tumeur a une base d'implantation assez large; tantôt son pédicule est mince et se rompt avec la plus grande facilité. Ce qu'il importe surtout de savoir au point de vue du traitement, c'est que tous les tissus fibreux qui entrent dans la composition de l'arcade alvéolaire peuvent prendre part au développement de la tumeur; ce n'est donc pas seulement

une tumeur des gencives, mais bien du périoste alvéolo-dentaire et de l'os lui-même.

Étiologie. — Bien que les fibromes des mâchoires puissent s'observer à tous les âges, ce sont cependant surtout des tumeurs du jeune âge et de l'adolescence. On s'accorde généralement à attacher dans leur développement une grande importance à toutes les causes d'irritation locale. C'est ainsi que les traumatismes, l'avulsion des dents, des racines restées incluses dans le bord alvéolaire, des dents cariées, ont pu leur donner naissance.

Symptômes et marche. — Dans les cas de fibromes centraux, tant que la tumeur reste incluse dans l'épaisseur de l'os, on ne remarque pas autre chose qu'une augmentation de volume du maxillaire. Plus tard, la déformation de la face s'accroît, et l'os s'amincissant donne lieu à la crépitation parcheminée. Enfin la tumeur devenant libre au dehors, on peut apprécier ses caractères, sa dureté, avec une certaine élasticité, sa surface lisse. La peau et la muqueuse sont saines; si du moins cette dernière s'ulcère, c'est par le contact mécanique des parties voisines; mais elle ne présente pas ces fongosités saignantes qu'on observe dans les tumeurs de mauvaise nature.

La marche de ces tumeurs est généralement fort lente. Leur volume est quelquefois considérable. Ce qui aggrave le pronostic, c'est la possibilité de leur repullulation et de la transformation en sarcomes.

Diagnostic. — Les caractères qui permettent de reconnaître le fibrome sont sa dureté, sa consistance partout égale; tandis que le chondrome présente souvent dans son intérieur des poches kystiques, fluctuantes. Le diagnostic doit être fait surtout avec les tumeurs malignes. Il se tire de la marche beaucoup plus lente des fibromes, de l'absence d'envahissement des tissus voisins, du manque de douleurs et d'engorgement ganglionnaire. Les ulcérations et les hémorrhagies sont aussi des caractères qui appartiennent beaucoup plus aux tumeurs malignes qu'aux fibromes. L'anesthésie partielle du menton, due à la compression ou à la destruction du nerf dentaire inférieur, bien que pouvant se rencontrer dans les fibromes, se voit bien plutôt dans les tumeurs malignes. Il faut tenir compte enfin du jeune âge des malades et de l'intégrité de la santé générale.

C. — ENCHONDROMES.

Enchondromes. — Plus rares encore que les fibromes, les chondromes sont un peu plus souvent observés à la mâchoire inférieure qu'à la supérieure.

On observe les deux variétés suivantes : l'enchondrome naissant des parties centrales de l'os, et celui qui se développe dans les couches superficielles au-dessous du périoste ou périchondrome. C'est cette dernière forme qu'on observe presque exclusivement à la mâchoire supérieure, où le périchondrome se développe, tantôt dans la fosse canine, tantôt sur le bord alvéolaire, ou même au niveau de la branche montante. L'enchondrome ou chondrome central se développe surtout à la mâchoire inférieure.

Étiologie. — Comme le fibrome, l'enchondrome des mâchoires s'observe presque exclusivement chez des sujets jeunes. Les causes intimes de son développement nous sont inconnues.

Symptômes et diagnostic. — Les chondromes ont une marche lente; ils ne s'accompagnent généralement que de peu de douleurs. Toutefois ils peuvent donner lieu à des névralgies dentaires, et tôt ou tard ils déterminent l'ébranlement et la chute des dents. La tumeur peut atteindre un volume considérable, et entraîner la gêne de la mastication et de la déglutition. Elle a pu causer même la mort par asphyxie. La consistance de la tumeur est très dure; quelquefois même, elle est tout à fait osseuse en certains points, car il n'est pas rare d'observer la calcification et l'ossification partielles de semblables tumeurs. Dans d'autres points au contraire, la consistance est molle; ce qui est dû à la production de kystes et à la transformation muqueuse, qui ne sont pas rares non plus, dans l'intérieur de ces tumeurs. Contrastant avec le volume énorme que peuvent atteindre les chondromes, il faut signaler l'absence d'ulcérations et d'hémorrhagies, l'absence d'engorgement ganglionnaire, la longue conservation de l'état général. Ce sont surtout ces derniers caractères qui permettront de les distinguer des tumeurs malignes, telles que l'épithélioma et le sarcome.

Pronostic. — L'enchondrome des mâchoires a une bénignité relative; c'est-à-dire qu'il n'a pas grande tendance à se généraliser et à envahir les ganglions. Mais, extirpé d'une manière insuffisante, il

récidive sur place avec une grande ténacité. Il est d'ailleurs des formes mixtes, comme le chondrosarcome, qui ont toute la gravité des tumeurs malignes.

D. — OSTÉOMES.

Nous devons répéter à propos des ostéomes ce que nous avons dit déjà à propos des fibromes, savoir que souvent ces tumeurs ont été confondues avec les odontomes. Certaines tumeurs considérées comme des ostéomes éburnés du maxillaire inférieur n'étaient autre chose que des odontomes; et réciproquement, certaines tumeurs dites ostéomes spongieux se rapportaient à des tumeurs primitivement molles (fibromes, chondromes) ayant subi la métamorphose calcaire.

Tantôt les ostéomes se développent superficiellement au-dessous du périoste, tantôt ils débutent par l'intérieur même de l'os. A la mâchoire supérieure, les ostéomes peuvent être limités au bord alvéolaire, ou à la branche montante de l'os; à la mâchoire inférieure, on les rencontre assez souvent au niveau de l'angle de la mâchoire.

Les ostéomes, comme les fibromes et les chondromes, sont des tumeurs du jeune âge. Les irritations causées par les affections du système dentaire ont une influence manifeste sur leur développement. Dans d'autres cas, ces tumeurs sont d'origine traumatique. C'est surtout au niveau de l'apophyse montante du maxillaire supérieur qu'on rencontre les exostoses syphilitiques.

La consistance extrêmement dure de ces tumeurs, leur forme lisse et arrondie, leur marche lente, sont les signes qui permettent de les reconnaître. Elles sont habituellement indolentes; quelquefois cependant elles s'accompagnent de violentes douleurs, qui pourraient les faire confondre avec des tumeurs malignes.

E. — SARCOMES.

De toutes les tumeurs des maxillaires, les sarcomes sont les plus fréquentes. Tantôt ils se développent au centre même de l'os (sarcomes centraux); tantôt ils naissent sous le périoste (sarcomes périphériques ou périostiques). Enfin, dans certains cas, ils forment sur

le bord alvéolaire la variété la plus fréquente d'épulis. Nous examinerons successivement chacune de ces formes de l'affection.

Les sarcomes centraux ou intra-osseux se développent en écartant les deux lames du maxillaire ; puis, au bout d'un certain temps, l'une de ces lames est perforée et la tumeur devient libre dans la cavité buccale. Parmi les sarcomes intra-osseux, la variété la plus fréquente est le sarcome myéloïde, qui, sous le titre de tumeur à myéloplaxes, avait été d'abord considéré comme une classe à part, distincte de celle des sarcomes.

M. Robin, le premier, montra que certaines tumeurs des os sont presque entièrement formées de ces plaques à noyaux multiples ou myéloplaxes qu'on trouve à l'état normal dans la moelle des os ; de là le nom de tumeurs à myéloplaxes. Paget, de son côté, les décrivit 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'autre 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 con-

sidérable 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'exceptionnellement 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 hémorragies; 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 chondrome, 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 épithéliales. 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 myéloplaxes, l'épithélioma des mâchoires se montre généralement chez des sujets avancés en âge.

Symptômes et diagnostic. — Les tumeurs cancéreuses des mâchoires traduisent généralement 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 d'avoir une très grande valeur au point de vue du diagnostic. La mollesse et la friabilité

particulière des tumeurs épithéliales, les hémorrhagies 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 myéloplaxes, 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 MACHOIRE.

Les luxations de la mâchoire sont assez rares. Dans l'immense majorité des cas, elles ont lieu en avant et sont, tantôt bilatérales,