

ou encore une sensation toute particulière, la crépitation parcheminée. Ce dernier signe était pathognomonique pour DUPUYTREN, cependant on le retrouve dans presque toutes les tumeurs des mâchoires ; il ne démontre qu'une chose, l'amincissement de la paroi osseuse refoulée. Les symptômes fonctionnels résultent le plus souvent de la gêne apportée dans les fonctions, toutefois on peut voir survenir des poussées inflammatoires et, dans les observations de LEGOUËST et MAYOR, nous trouvons signalées de vives souffrances dues sans doute à la compression des nerfs du voisinage.

Il n'y pas a de phénomènes généraux, pas de retentissement ganglionnaire.

Diagnostic. — Deux problèmes se posent à nous : 1° différencier le kyste d'avec les autres tumeurs des mâchoires ; 2° établir un ensemble de signes qui permettront de distinguer les kystes d'origine folliculaire d'avec un kyste périostique.

Parmi les tumeurs des mâchoires qui peuvent être prises pour un kyste, nous devons citer les odontomes et les sarcomes. Les odontomes ont un développement absolument comparable à celui des kystes folliculaires, mais ces derniers tendent à devenir fluctuants à mesure que leur volume augmente les odontomes au contraire sont toujours excessivement durs.

Les sarcomes présentent habituellement un développement rapide ; des hémorragies apparaissent fréquemment à leur surface ; parvenus à un certain volume ils s'ulcèrent ; leurs symptômes sont donc bien distincts de ceux du kyste, cependant des erreurs ont été commises ; LEGOUËST par exemple avait pris pour un cancer la tumeur représentée (fig. 146), il est vrai que son développement avait été très rapide, accompagné de douleurs vives et d'hémorragies abondantes. Il n'y a donc rien d'absolu dans les règles que nous avons esquissées. Aussi le chirurgien devra-t-il être sur ses gardes, et en cas de doute nous conseillons de recourir aux ponctions exploratrices. Le kyste est-il périostique ou folliculaire ? Les commémoratifs ont pour la solution de cette question une importance considérable. Les kystes périostiques se forment aux dépens du périoste d'une dent arrivée à son complet développement ; généralement un traumatisme, une carie ou une intervention chirurgicale intempestive sur la dent malade, peuvent expliquer leur apparition qui est toujours accompagnée de douleurs assez vives. Le kyste folliculaire constitue au contraire une masse parfaitement indolente dont l'origine remonte souvent à la première enfance. Puis il faut examiner chaque dent avec le plus grand soin ; on pourra ainsi découvrir un point de carie caché dans un interstice dentaire, dont la présence suffira pour faire songer à un kyste périostique. Le chirurgien doit enfin passer en revue la dentition et faire en quelque sorte l'appel des dents. Un ou plusieurs de ces organes peuvent manquer, soit parce qu'ils ont été enlevés, soit parce qu'ils n'ont jamais poussé ; il est nécessaire d'insister pour avoir des renseignements précis sur ce point. Si en effet la première grosse molaire, par exemple, n'a jamais existé et que la tumeur se trouve au voisinage de la place normale de cette dent, on ne saurait hésiter pour établir une corrélation entre ces deux faits. Les difficultés sont bien plus grandes lorsque le kyste s'est développé aux dépens du follicule d'une dent surnuméraire. Cependant on pourra encore

arriver au diagnostic par exclusion, et en se rappelant que ces follicules se rencontrent de préférence dans la région des incisives et des canines.

Pronostic. — Les kystes dentaires constituent une infirmité gênante et disgracieuse, mais dont le pronostic en réalité est bénin. Abandonnés à eux-mêmes, ils restent stationnaires pendant de longues années, parfois leur volume augmente subitement, puis ils s'ouvrent et laissent échapper leur contenu, il se produit alors des fistules ; dans quelques cas, l'inflammation s'empare de la cavité, et la mort a pu être la conséquence de semblable complication.

Traitement. — a. *Kystes périostiques.* — Il suffit souvent pour arrêter le développement de ces kystes et déterminer leur guérison, d'enlever la dent malade ou de nettoyer sa cavité. Un drainage s'établit alors par l'alvéole, et le pus s'écoule à mesure qu'il se forme. Ce drainage naturel a donné aux chirurgiens l'idée de faire un drainage artificiel ; dans les cas où le kyste est plus volumineux, on ponctionne par la bouche la partie la plus accessible de la tumeur, puis un petit drain en plomb assure l'écoulement du liquide et permet les injections modificatrices. Cette méthode, parfaitement applicable aux kystes peu volumineux, nécessite un traitement toujours fort long et donne des résultats moins satisfaisants dès que les proportions de la tumeur sont plus considérables. Dans ce cas, il est préférable d'ouvrir largement le kyste. Les lèvres étant écartées, les parties molles des gencives sont incisées jusqu'à l'os, puis avec un bistouri court et fort, au besoin avec la gouge, on fait sauter la paroi osseuse. L'intérieur de la cavité, visité avec soin, est tamponné avec des boulettes de gaze phéniquée ou de coton hydrophile imbibé d'alcool à 65°.

Les pansements, répétés matin et soir, seront accompagnés de lavages à l'alcool ou à l'eau phéniquée. Sous cette influence la suppuration s'établit, elle détermine la rétraction des parois de la poche. On pourrait aussi, à l'exemple des chirurgiens anglais, fracturer les parois du kyste afin d'en obtenir le rapprochement.

b. *Kystes folliculaires.* — Ce procédé suffira encore dans le traitement de la plupart des kystes folliculaires ; la résection des mâchoires doit être ici réservée pour des cas absolument exceptionnels. En parcourant les observations, du reste, on remarquera que c'est presque toujours par une erreur de diagnostic que les chirurgiens ont été conduits à cette intervention par trop radicale.

2° TUMEURS SOLIDES DES MAXILLAIRES

Les tumeurs des maxillaires le plus fréquemment observées sont : les fibromes, les enchondromes, les ostéomes, les sarcomes, les myxomes et les carcinomes.

Les deux tableaux ci-contre, empruntés à Weber (*Traité de chirurgie de PITHA et BILLROTH*), permettent de se rendre un compte exact de la fréquence relative de ces tumeurs sur les deux mâchoires.

MAXILLAIRE SUPÉRIEUR 307 CAS.		MAXILLAIRE INFÉRIEUR 403 CAS.	
Tumeurs osseuses.....	32	Ostéomes.....	25
— vasculaires.....	1	Angiomes.....	2
Fibromes et fibromes caverneux..	17	Fibromes.....	23
Sarcomes.....	84	Sarcomes.....	132
Enchondromes.....	8	Enchondromes.....	14
Kystes.....	20	Chondromes ostéoïdes.....	18
Polypes muqueux.....	7	Kystes.....	25
Carcinomes.....	133	Carcinomes.....	162
Mélanomes.....	5	Mélanomes.....	2
Total.....	307	Total.....	403

A. — FIBROMES

Les fibromes dérivent directement du périoste maxillaire, de l'os ou du tissu conjonctif des canaux de HAVERS. Ils siègent au centre, sur la face externe, ou sur le bord alvéolaire des maxillaires. Ces tumeurs sont constituées par des faisceaux de tissu conjonctif entre-croisés; assez fréquemment elles subissent la dégénérescence calcaire, moins souvent l'ossification partielle. On a encore signalé la formation de cavités kystiques dans l'intérieur de ces masses qui pourraient même se transformer en sarcomes.

Symptômes. — Les symptômes fonctionnels sont presque nuls, rarement les malades se plaignent de douleurs. La tumeur croît lentement; lorsqu'elle a acquis un certain volume, elle occasionne une gêne assez considérable: à la mâchoire supérieure, une narine peut être oblitérée; à la mâchoire inférieure, la langue déviée, repoussée, perd en partie sa mobilité, le rapprochement des arcades dentaires devient impossible. Parfois la masse se développe du côté du cou et acquiert un volume suffisant pour gêner la phonation. La sensation fournie par la palpation est variable avec la période d'accroissement de la tumeur qui, dure et résistante au début, présente ensuite une consistance élastique spéciale. La crépitation parcheminée est commune dans les fibromes. Il n'y a jamais de retentissement ganglionnaire.

Pronostic. Traitement. — Le fibrome constitue une tumeur bénigne qui généralement ne récidive pas après ablation. Les faits de transformation en sarcomes, signalés par les auteurs anglais (*recurrent fibrom*), demanderaient à être confirmés. Le seul traitement rationnel est l'ablation.

B. — CHONDROMES

Ces néoplasmes prennent naissance tantôt dans l'épaisseur même de l'os (chondromes centraux, enchondromes), tantôt sur les parties périphériques (chondromes périphériques, périenchondromes). Théoriquement, la première variété est toujours enveloppée d'une coque osseuse, la deuxième, au contraire,

est simplement recouverte par les parties molles. Au maxillaire supérieur les chondromes se développent souvent dans la cavité des sinus; ils ont une tendance très manifeste à envahir les os voisins, on a même rapporté des observations dans lesquelles le chondrome remontait jusqu'à la base du crâne (DENUCÉ), et pénétrait dans cette cavité (STANLEY). — Le chondrome pur est rare, c'est le chondro-fibrome que l'on rencontre le plus communément. De même que dans le cas précédent, on découvre fréquemment des kystes dans l'épaisseur de ces tumeurs qui subissent aussi la dégénérescence calcaire et l'ossification.

Symptômes. — Les chondromes, au début de leur développement, ne s'annoncent par aucun symptôme spécial; ils progressent en général avec lenteur; il faut bien savoir cependant que ces néoplasmes prennent parfois une marche rapide, ainsi que TILLAUX et TRÉLAT en ont observé quelques cas. — La gêne et la déformation occasionnées par ces productions sont en raison directe de leur volume. Il n'existe presque aucun caractère qui permette d'affirmer nettement l'existence d'un chondrome, le diagnostic ne peut être établi que par exclusion. Toutes les fois qu'un malade sera porteur d'une tumeur des mâchoires déjà volumineuse, dont le développement rapide n'aura déterminé aucun trouble général, il faudra songer à un enchondrome.

Pronostic. — L'enchondrome est une tumeur bénigne; il ne se généralise pas, mais parfois récidive sur place. Le volume de la tumeur peut gêner considérablement la respiration et l'alimentation.

Traitement. — La possibilité d'une récidive force le chirurgien à dépasser les limites du mal, aussi doit-on recourir à la résection partielle ou totale de l'os, et ne pas se borner à enlever simplement la tumeur.

C. — OSTÉOMES

Dans ce groupe, nous comprendrons uniquement les ostéomes périphériques, exostoses proprement dites; les tumeurs osseuses développées dans les sinus ont été déjà étudiées.

Les exostoses superficielles, très rares à la mâchoire supérieure, sont plus fréquentes au maxillaire inférieur. Elles siègent en général au voisinage du trou mentonnier ou de l'angle de cet os. Ces exostoses présentent tantôt l'aspect d'un cône, tantôt la forme d'une sphère; leur volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une amande. Ordinairement le patient rapporte leur origine à un traumatisme. Quelquefois elles sont manifestement sous l'influence de la syphilis. Le développement de ces petites tumeurs, excessivement lent, est rarement douloureux; ces caractères, joints à une dureté spéciale, permettront facilement d'établir le diagnostic.

Cette variété d'exostose constitue en réalité une affection bénigne sur les conséquences de laquelle on doit rassurer le malade. L'existence d'antécédents syphilitiques légitimerait l'emploi de l'iodure de potassium; en dehors de cette indication il ne faut pas intervenir; si cependant, par son volume, la tumeur arrivait à gêner les fonctions, il pourrait devenir nécessaire d'en faire l'ablation.

D. — SARCOMES

Les sarcomes du maxillaire débutent par les parties centrales de l'os (sarcomes centraux), ou par les parties périphériques (sarcomes périphériques).

La plupart des sarcomes centraux appartiennent à la variété myéloïde. Ils constituent ces volumineux néoplasmes qu'EUG. NÉLATON a décrits en 1860 sous le nom de tumeurs bénignes des os, de tumeurs à myéloplaxes. Nous savons aujourd'hui, grâce aux recherches de MULLER, VIRCHOW, RANVIER, etc., que ces tumeurs à myéloplaxes forment une variété de sarcomes caractérisée par la présence de nombreuses plaques à noyaux, et qu'elles ne constituent pas un groupe spécial. Les sarcomes centraux affectent deux formes différentes : tantôt ils constituent une masse de volume variable, qui peut atteindre la grosseur d'un œuf de poule, ces néoplasmes enfermés dans une coque osseuse sont absolument séparés des parties voisines (sarcome limité) ; tantôt au contraire le produit pathologique occupe tout le tissu spongieux de l'os, il n'y a pas de séparation entre les parties malades et les parties saines (sarcome infiltré). Ces deux variétés peuvent subir la dégénérescence kystique. On a signalé quelquefois dans ce groupe l'existence de sarcomes fasciculés.

Les choses se passent d'une façon absolument différente dans les sarcomes sous-périostiques. La tumeur à myéloplaxes est ici très rare ; au contraire le sarcome fasciculé, tumeur fibro-plastique, se rencontre communément. Un caractère curieux de ces néoplasmes, est la facilité avec laquelle ils subissent l'ossification (cancer ostéoïde des anciens auteurs).

Les sarcomes myéloïdes se font remarquer par leur extrême vascularité qui les a fait souvent confondre avec les anévrysmes des os.

Symptômes. Diagnostic. — Le sarcome des maxillaires débute en général d'une façon insidieuse, le malade s'aperçoit que certaines dents deviennent mobiles, douloureuses ; elles tombent, puis dans les alvéoles vides une tumeur se développe, grossit peu à peu écartant les lames de l'os maxillaire inférieur, repoussant la joue et la voûte palatine au maxillaire supérieur. Les téguments prennent une teinte violacée ; ils adhèrent à la masse et s'ulcèrent. Un travail de même nature se fait du côté des gencives. Les douleurs, peu vives au début, augmentent alors d'intensité. Des hémorragies fréquentes se font à la surface des parties ulcérées ; le néoplasme continue son développement, et si l'on n'intervient pas, la mort survient peu à peu par cachexie. La consistance de la tumeur est très variable suivant le développement de la trame fibreuse. Il est bien difficile de tirer de ces caractères extérieurs des conclusions sérieuses pour le diagnostic. Nous en dirons autant du retentissement ganglionnaire : nul dans le cas de tumeur à myéloplaxes, il est souvent considérable lorsqu'il s'agit d'un sarcome fasciculé, aussi ne doit-on se prononcer qu'après l'examen micrographique.

Pronostic. — On a beaucoup exagéré la bénignité des sarcomes des mâchoires, il faut savoir que ce sont là des tumeurs qui récidivent fréquemment. Le sarcome fibro-plastique, en particulier, est susceptible d'une généralisation rapide. D'après ESTLANDER, le jour où un malade atteint d'un ostéo-sarcome

du maxillaire supérieur découvre le premier symptôme de son mal, il lui reste encore un an à vivre. La gravité est beaucoup moindre pour les sarcomes du maxillaire inférieur.

Traitement. — La résection ou l'ablation de l'os sont absolument indiquées. Le chirurgien aura soin de dépasser largement les limites du mal.

E. — CANCER DES MÂCHOIRES

Les variétés le plus fréquemment observées sur les maxillaires sont : le carcinome médullaire ou encéphaloïde ; 2° l'épithéliome.

Nous ne reviendrons pas sur la structure histologique de ces deux néoplasmes, suffisamment étudiée au chapitre des tumeurs.

Le cancer encéphaloïde naît, soit dans la couche médullaire sous-périostique, soit aux dépens du tissu spongieux des os. Il constitue une tumeur dont la marche est excessivement rapide. Comme le sarcome, cette variété de carcinome offre parfois une grande vascularité, on y a constaté la présence de battements isochrones à ceux du pouls. L'épithéliome des maxillaires est le plus ordinairement consécutif. Il se développe habituellement chez des sujets qui portent depuis plusieurs années des tumeurs de même nature sur les joues, les gencives, les lèvres, la langue. A son origine, le néoplasme occupe tout d'abord le bord alvéolaire, sa marche est beaucoup moins rapide que celle de l'encéphaloïde. — Dans ces dernières années, VERNEUIL et RECLUS ont appelé l'attention sur une variété spéciale d'épithéliome absolument propre aux mâchoires, à laquelle ils ont donné le nom d'épithéliome térébrant. Ce cancer est caractérisé par la présence d'une cavité profonde, creusée dans l'épaisseur de l'os et tapissée par des bourgeons que l'examen histologique montre formés de globes épithéliaux. Pour RECLUS, ces tumeurs se développeraient aux dépens des débris du gubernaculum des dents. Quoi qu'il en soit de cette opinion, l'épithéliome térébrant se fait remarquer par une marche rapide avec tendance à envahir les ganglions.

Symptômes. — Le carcinome, à ses débuts, présente les caractères ordinaires des tumeurs des mâchoires. Toutefois son développement s'accompagne de douleurs assez vives, de plus il atteint en général des sujets qui ont dépassé quarante ans.

Le néoplasme augmente rapidement de volume, chasse les dents de leurs alvéoles, pénètre dans les sinus, les cavités voisines, ou fait saillie du côté de la peau. Bientôt des altérations se forment en différents points de la muqueuse, la peau s'amincit, adhère aux parties profondes, et finit par s'ulcérer à son tour. Le retentissement ganglionnaire est fréquent mais non constant. Habituellement on constate la présence de paquets ganglionnaires volumineux situés sous les mâchoires, dans la parotide ou sur les parties latérales du cou. La marche de l'affection est essentiellement envahissante ; au bout d'un certain temps, une partie de la face est transformée en une plaie horrible de laquelle s'écoule un suintement ichoreux. Des hémorragies répétées affaiblissent le malade qui succombe enfin, épuisé ou emporté par une nouvelle hémorragie.

Diagnostic. — Le diagnostic ne présente de véritables difficultés que pen-

dant la première période de développement du mal; plus tard la marche de la tumeur, les ulcérations, l'aspect spécial des plaies, deviennent absolument caractéristiques. En cas de doute, il sera toujours possible de faire l'examen histologique.

Pronostic. Traitement. — Le pronostic des carcinomes de la mâchoire est excessivement sérieux. Dans les cas les plus favorables on ne peut espérer que prolonger les jours du malade, aussi l'intervention chirurgicale doit-elle être rapide et radicale. L'ablation de l'os malade est une règle absolue

§ 4. — Maladies de l'articulation temporo-maxillaire

1° LUXATION DE LA MÂCHOIRE INFÉRIEURE

Bibliographie. — NÉLATON, *Revue médico-chirurg.*, et *Soc. de chir.*, 1849. — MALGAIGNE, *Gaz. des Hôp.*, 1853. — MAISONNEUVE, *Clinique chirurg.*, t. I^{er}, 1865. — MATHIEU, *Arch. gén. de méd.*, 1868. Thèses de Paris. — 1838, FREDET. — 1840, GABRINI-BORCHI. — 1844, GIRALDÈS (Agrég.) — 1860, LACOUR. — 1879, NEISS.

Variétés. Division. — Les luxations de la mâchoire inférieure se produisent en avant, dans l'immense majorité des cas. Il existe dans la science deux observations de luxation en dehors (ROBERT, NEISS), et une seule de luxation en arrière accompagnée d'un enfoncement de la paroi antérieure du conduit auditif. Suivant les circonstances, le déplacement est uni ou bilatéral, la deuxième variété se rencontre deux fois sur trois (HAMILTON).

Étiologie. — Toutes les causes qui produisent l'écartement forcé des maxillaires peuvent déterminer la production d'une luxation. Ainsi agissent : 1° les mouvements physiologiques exagérés : bâillements, rires, convulsions, efforts de vomissement ; 2° les violences extérieures : coup de poing appliqué sous le menton, introduction d'un corps trop volumineux entre les dents, manœuvres d'extraction dentaire.

D'après les relevés statistiques, ces luxations seraient plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes.

Mécanisme. — Une fois la luxation produite, pourquoi ne se réduit-elle pas d'emblée, ou plutôt quelles sont les causes qui s'opposent à la rentrée du condyle à sa place normale? Cette question a depuis longtemps exercé la sagacité des chirurgiens, dont les idées sur ce sujet peuvent se rattacher à trois théories principales.

1° **Théorie musculaire.** — (J.-L. PETIT, PINEL, BOYER). Les partisans de cette théorie attribuent l'impossibilité de la réduction à la contraction spasmodique de certains muscles. Pour J.-L. Petit, les condyles dépassent la racine transverse de l'apophyse zygomatique et gagnent en avant. Il arrive un moment où la branche montante du maxillaire inférieur devient parallèle à la direction des fibres du masséter; si le patient veut alors fermer la bouche, la contraction de ces derniers muscles ne peut qu'appliquer plus exactement les condyles

contre la base du crâne et les pousser en avant. Cette théorie, admise par PINEL, a été reprise de nos jours par PAULET et TILLAUX.

BOYER fait observer qu'il ne se produit jamais un déplacement suffisant pour que l'action des masséters soit ainsi transformée, et pour lui la persistance du déplacement doit s'expliquer par une contraction du ptérygoïdien externe.

2° **Théorie. Accrochement de l'apophyse coronoïde sur le bord du malaire.** — Cette théorie, émise jadis par HUNAULD, défendue par FABRE et DELPECH, a été plus tard habilement présentée et soutenue par NÉLATON, puis partagée presque sans restriction par MALGAIGNE et les auteurs du *Compendium*. Pour NÉLATON, l'obstacle à la réduction de la luxation est dû à ce que le sommet de l'apophyse coronoïde vient arc-bouter contre l'angle inférieur de l'os malaire, en dehors du tubercule qui résulte de la jonction de cet os avec la tubérosité du maxillaire supérieur, et se loger dans la petite fossette qui existe souvent en ce point.

3° **Rôle du ménisque inter-articulaire.** En 1868, MATHIEU, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a démontré par une série d'expériences, que dans la plupart

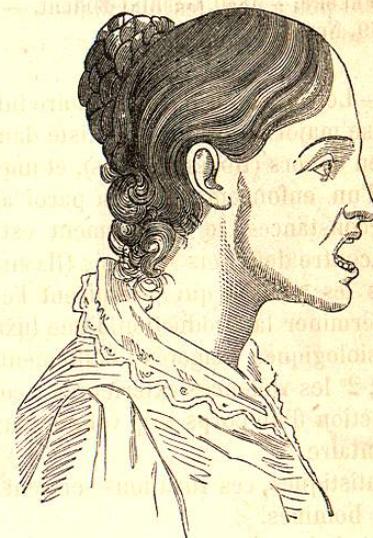


Fig. 151. — Luxation de la mâchoire, attitude du malade (*Bull. de thérap.*, t. XXXVII).

des luxations le condyle se séparait du ménisque inter-articulaire qui restait à sa place; dès lors, la tête articulaire, dans les tentatives d'abaissement de la mâchoire, vient heurter contre le bord du ménisque, lequel s'oppose à sa rentrée. Telle est, croyons-nous, la véritable cause de la difficulté de la réduction; la théorie musculaire ne compte plus que de rares défenseurs, et l'accrochement du malaire par l'apophyse coronoïde exige un concours de circonstances qui se rencontre bien rarement.

Symptômes. — L'aspect du malade atteint de luxation bilatérale est caractéristique (fig. 151). La bouche est largement ouverte, la mâchoire inférieure