

### CHAPITRE III

#### TUMEURS DES MACHOIRES.

**Généralités.** — Les tumeurs des maxillaires peuvent se développer pendant la vie intra-utérine. Th. Bryant en a observé deux exemples à l'hôpital St-Guy : chez les deux enfants le sarcome, probablement myélogène, qui existait déjà au moment de la naissance, a pris ensuite un développement rapide et a amené la mort des enfants au bout de quelques mois. Toutefois, ces cas sont excessivement rares.

Les tumeurs des maxillaires sont fréquentes aux autres époques de la vie. Le sarcome s'observe déjà pendant la seconde enfance ; vers l'époque de la puberté, les formes anatomiques de ces tumeurs deviennent très variables ; pendant l'âge adulte, ces tumeurs diminuent un peu de fréquence. Chez les vieillards, la forme la plus fréquente est le carcinome, qui tantôt est primitif et se développe dans la cavité du maxillaire supérieur, tantôt secondaire et, venant des parties molles, envahit très rapidement l'os. Certaines formes de ces tumeurs se trouvent en relation étiologique avec les processus de dentition.

Quant à la fréquence relative des diverses formes anatomiques de ces tumeurs, O. Weber a démontré qu'un bon tiers des tumeurs du maxillaire supérieur est constitué par le sarcome, l'autre, moins nombreux par le carcinome ; le troisième est représenté par les autres formes anatomiques. La statistique a encore montré que le carcinome prédomine de beaucoup dans les tumeurs du maxillaire inférieur. Il faut pourtant savoir que l'examen microscopique de certaines tumeurs, du maxillaire supérieur surtout, prises à première vue pour des carcinomes, a démontré qu'il s'agissait en réalité de sarcomes. Il est vrai qu'au point de vue de la malignité, les différences ne sont pas grandes entre les deux.

---

s'observent surtout chez l'enfant ; souvent elles sont subaiguës et aboutissent à une ankylose progressive ; elles ont été bien décrites par Kœnig, R. Abbe, Bull, Chr. Heath. De même les arthrites aiguës consécutives aux infections générales (fièvre typhoïde, Kœnig ; rougeole, Heath ; scarlatine, Maas ; fièvre puerpérale, Hagedorn) peuvent rester séreuses, devenir plastiques ou suppurées.

Parmi les *arthrites chroniques*, il faut mentionner l'ostéo-arthrite tuberculeuse.

(A. B.)

Avant d'aborder l'étude des différentes formes du cancer des maxillaires, il est préférable d'étudier l'épulis et les kystes dentaires qui occupent une place à part, et doivent être séparés des autres tumeurs de cette région.

**Epulis.** — Sous le nom d'épulis, les anciens comprenaient toutes les tumeurs des gencives. À côté d'une épulis sarcomateuse ou squirrheuse, les anciens décrivaient une épulis fongueuse, qui correspond en somme aux granulations qui se développent après l'ouverture d'une parulis. (*Epulis carnis tuberculum est juxta dentium aliquem in gingivis oriens*, Celse.) Aujourd'hui, nous désignons sous le nom de carcinome de l'arcade dentaire les épulis carcinomateuses et réservons par habitude le nom d'épulis, tout court, aux épulis sarcomateuses. En outre, ces sarcomes de l'arcade dentaire présentent certaines particularités au point de vue de leur structure ; presque toujours ces tumeurs renferment des cellules géantes, de sorte que pour nous épulis veut dire *sarcome à cellules géantes de l'arcade dentaire*.

À l'œil nu, l'épulis se présente sous forme d'une tumeur développée entre deux dents, adhérente aux gencives et colorée en rouge vif. Si la dent manque, l'épulis se présente sous forme d'une excroissance finement lobulée, saignant au moindre contact et adhérente à l'alvéole lui-même. Dans d'autres cas, quand plusieurs dents sont tombées, la tumeur paraît avoir pénétré dans l'arcade dentaire qui à ce niveau peut devenir fortement tuméfiée. On doit toujours extirper ces tumeurs qui sont parfois graves par les hémorragies fréquentes et abondantes qu'elles provoquent. Si l'épulis n'adhère qu'aux gencives, on la saisit avec une pince et on l'enlève d'un coup de ciseaux. Mais ce traitement n'est pas radical, et la récurrence survient à bref délai, fait qui était parfaitement connu des anciens, comme le montre le passage suivant de Brunus, chirurgien du XIII<sup>e</sup> siècle : « *Sed quod solet hujusmodi caro redire, tutius est post incisionem ut cauterisetur* ». La cautérisation non seulement arrête l'hémorragie, mais présente en même temps l'avantage de détruire les tissus malades qui n'ont pas été enlevés. Toutefois elle ne garantit pas encore contre la récurrence. Il est certain que tant que les dents voisines ne sont pas déchaussées les malades consentent difficilement à ce qu'on en fasse l'extraction. Mais si tel est le cas, il faut enlever l'épulis avec l'alvéole, car le plus souvent la tumeur a envahi non seulement la petite loge osseuse mais aussi les parties profondes de l'arcade dentaire, et pour que l'ablation de la tumeur soit complète il faut enlever en même temps tous les tissus malades. Par conséquent, après l'extraction des dents voisines, on extirpera la tumeur puis on réséquera la base os-



seuse sur laquelle elle s'insère. Ordinairement l'hémorrhagie est très forte et je n'engagerais pas un débutant à faire cette opération sans le concours d'un aide. On arrête l'hémorrhagie avec le fer rouge ou des tampons d'ouate trempés dans une solution astringente <sup>1</sup>.

Dans un cas que j'ai observé à Innsbruck, l'épulis était arrivée à son maximum de développement. La tumeur, qui occupait la voûte palatine, avait envahi l'antra d'Highmore, les fosses nasales, et remplissait la cavité antérieure de la bouche. Il est certain que cette tumeur avait débuté comme une simple épulis. L'examen histologique a confirmé le diagnostic de sarcomes à cellules géantes.

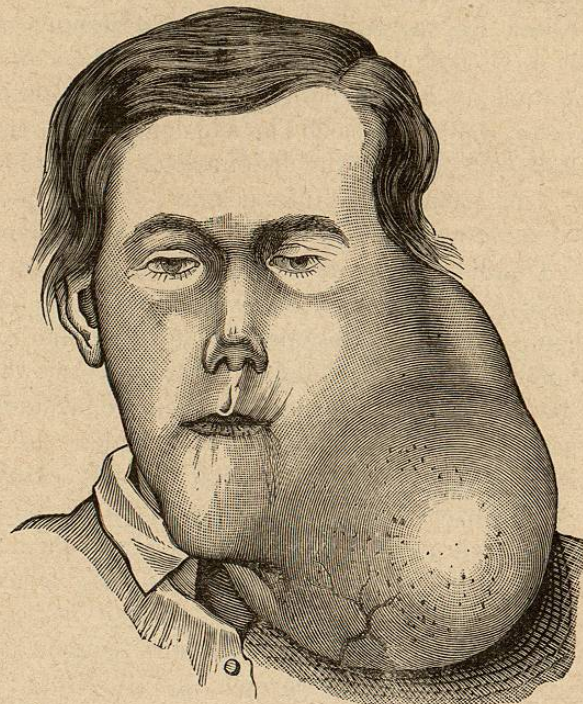


Fig. 20. — Kyste multiloculaire de la mâchoire inférieure.

(1) L'épulis est en effet remarquable par sa bénignité si on la compare aux autres sarcomes de la mâchoire et la récurrence sur place n'a guère lieu que si on n'a pas dépassé dans l'ablation les limites du mal. Mais il faut savoir que la malignité peut être réelle. Ainsi Terrillon, Le Fort ont publié des cas où la mort a été causée par la généralisation osseuse quoique la structure de l'épulis initiale eût été celle d'une tumeur à myéloplaxes. D'autre part Chr. Heath a signalé la possibilité d'une transformation épithéliomateuse : ici il s'agit probablement de l'évolution néoplasique de débris épithéliaux paradentaires contenus dans l'épulis sarcomateuse. La constatation de cette disposition anatomique a été faite par Albarran, qui a trouvé dans l'épaisseur de ces tumeurs des masses tendant à reproduire les premières phases de l'épithélium adamantin ; souvent ces masses

**Kystes dentaires.** — Les kystes dentaires sont une affection du jeune âge. Nous devons aux auteurs français de connaître en détail les diverses formes de cette affection qui a été étudiée par Delpech et Dupuytren, plus tard par Paul Broca et, plus particulièrement, par Magitot. Ce qui caractérise les vrais kystes dentaires, c'est la lenteur de leur développement et les limites de leur accroissement. Une fois qu'ils ont atteint les dimensions d'une moitié d'orange, ils ne tardent pas à se rompre. La formation de ces kystes est provoquée par

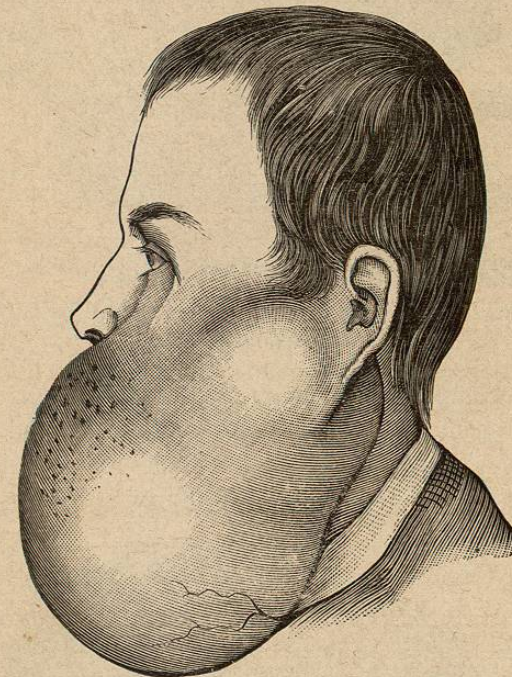


Fig. 21. — Kyste multiloculaire de la mâchoire inférieure.

sont entourées de tissu myxomateux et c'est ainsi sans doute qu'il faut interpréter les myxo-sarcomes.

Albert a absolument raison de ne pas englober, comme on le fait trop souvent, toutes les tumeurs des gencives sous le nom d'épulis et de réserver cette dénomination aux ostéo-sarcomes du bord alvéolaire. A ce même siège on trouve toutefois des fibromes, assez fréquents, et des chondromes exceptionnels, à peu près impossibles à distinguer cliniquement du sarcome. Ce qui est une source de confusion, c'est d'appeler épulis les *tumeurs de la gencive*. On a observé ici des tumeurs vasculaires (angiomes, anévrysmes cirsoïdes), des kystes hydatiques (Le foulon), des épithéliomas pavimenteux, des hypertrophies congénitales probablement dues à des lymphangiomes ; toutes tumeurs essentiellement différentes dans leur nature et leur pronostic. Elles ne méritent d'ailleurs pas de nous arrêter, car de leur siège aux gencives il ne résulte pas de particularités bien intéressantes. (A. B.)



la non-éruption de cette dent, mais il faut savoir qu'ils peuvent se constituer à tous les stades de développement d'une dent. La forme la plus fréquente est celle qui se produit quand la couronne de la dent

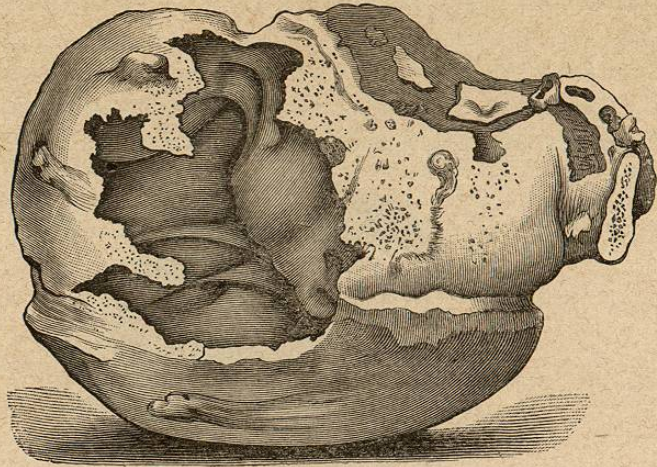


Fig. 22. — Kyste multiloculaire de la mâchoire inférieure. Pièce provenant du malade représenté figures 20 et 21.

est déjà formée, et dans ces cas on trouve dans les parois du kyste soit la couronne seule, soit la dent entièrement formée. Les cas dans lesquels le kyste s'est constitué à un des stades précoces de développement de la dent (période embryoplastique) sont plus rares, et au lieu

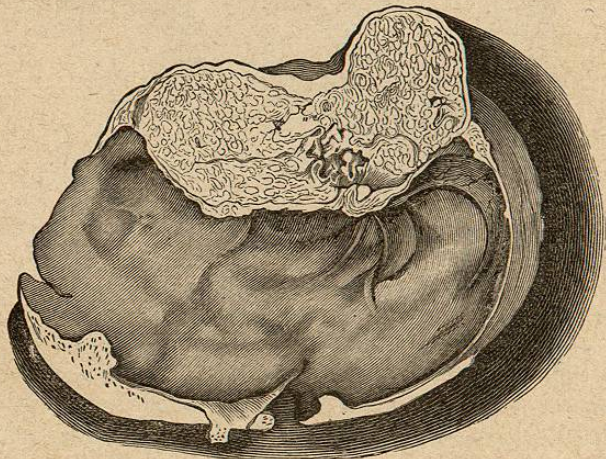


Fig. 23. — Kyste multiloculaire de la mâchoire inférieure.

d'une dent formée, le kyste renferme ordinairement une dent rudimentaire. Ces deux formes de kyste sont désignées par Magitot sous le nom de *kystes dentaires folliculaires*, les deux formes provenant

d'après cet auteur des follicules dentaires. On comprend facilement que la présence d'un kyste coïncide avec l'absence de la dent dans l'alvéole correspondant, puisque l'éruption de la dent ne s'est pas faite. Par conséquent, on pourra reconnaître que le kyste est folliculaire chaque fois que l'éruption de la dent n'aura pas eu lieu. Mais le kyste peut être folliculaire, quand même toutes les dents seront au complet, car la tumeur peut encore se développer aux dépens d'un bourgeon dentaire surnuméraire, fait qui existe, mais est très rare. En outre, il peut y avoir migration anormale d'un bourgeon dentaire qui plus tard donnera naissance à des *kystes hétérotopiques* au niveau de la voûte palatine ou même de l'orbite.

Tous ces kystes doivent être séparés de ceux qui se développent aux dépens d'une dent complètement normale, atteinte de carie. Magitot a proposé pour ces kystes le nom de *kystes dentaires radiculaires* ou *kystes périostiques*, car d'après lui la tumeur se développe autour de la racine aux dépens du périoste alvéolo-dentaire décollé. Le contenu de ces kystes est rarement purulent.

Au point de vue du diagnostic il faut encore mentionner, à côté des signes que nous avons étudiés, la crépitation parcheminée des parois du kyste dont il a déjà été question à l'occasion de l'hydropisie de l'antra d'Highmore. Si ce symptôme vient à manquer, la ponction exploratrice fera voir s'il s'agit d'un kyste ou d'un néoplasme de l'os.

Le traitement de ces kystes est fort simple : on fend la paroi ou, mieux encore, on en résèque une partie, on extrait la dent et on cautérise la paroi interne du kyste afin de provoquer son oblitération par la formation d'un tissu de granulations.

À côté de ces kystes simples on trouve, au maxillaire inférieur surtout, des tumeurs kystiques compliquées, multiloculaires, assez volumineuses, rappelant par leur aspect les kystes de l'ovaire. Falkson et Bryk, qui ont décrit ces tumeurs, admettent que leur point de départ est un organe de l'émail surnuméraire, et le premier de ces auteurs a proposé pour ces tumeurs le nom de *kyste folliculaire proliférant*<sup>1</sup>.

(1) Il faut mentionner la théorie, soutenue par Malassez, qui fait dériver tous ces kystes de *débris épithéliaux paradentaires*, restes non employés de l'invagination épithéliale d'où naissent les follicules dentaires. Les *kystes dits folliculaires* sont bien liés à la rétention d'une dent mal dirigée ou mal située, mais ils sont dus à l'irritation de débris paradentaires voisins et non à celle du follicule de la dent retenue. Cette dent n'est donc pas primitivement incluse dans le kyste, mais elle s'en coiffe et y paraît incluse, tout en restant séparée par une mince paroi. Les *kystes dits radiculaires* sont bien liés, cliniquement, à la carie pénétrante de dents complètement développées, mais le liquide s'y accumule dans des débris voisins de la racine et irrités par elle, et non entre la racine et le périoste dé-



Peut-être un cas que j'ai opéré (fig. 20, 21, 22, 23) rentre-t-il dans cette dernière catégorie. Il s'agit d'un garçon de 18 ans chez lequel la tuméfaction de la moitié gauche de la mâchoire s'est produite vers l'âge de 6 mois. En tous les cas, j'ai opéré un autre cas qui rentrerait certainement dans cette catégorie. Chez ce malade, la cavité du kyste, développé dans le maxillaire inférieur, renfermait une quantité considérable de petits kystes.

**Tumeurs solides du corps des mâchoires.** — Pour les autres tumeurs des mâchoires, il est nécessaire de donner tout d'abord quelques signes généraux se rapportant au siège et au point de départ de ces néoplasmes. Tout d'abord, il est très important de savoir si la tumeur est partie du périoste ou des espaces médullaires de l'os. Dans le premier cas, la *tumeur périostique siège sur l'os*, comme si elle était accolée à une partie de la surface osseuse. Dans les cas bien accusés de ce genre, c'est-à-dire dans les cas où la tumeur a débuté sur une partie limitée de la surface osseuse, on trouve l'os intact, non modifié jusqu'aux limites de la tumeur. Dans d'autres cas, comme dans celui présenté sur la fig. 24, où la tumeur occupe les deux faces du maxillaire inférieur, on peut avoir l'impression d'un épaissement de l'os comme si la tumeur était développée à l'intérieur de l'os. Il existe toutefois un signe qui permet de reconnaître sûrement ces cas : ces tumeurs n'ont pas de coque osseuse, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'il se forme quelques lamelles osseuses à leur périphérie. Dans la grande majorité des cas, ces tumeurs sont dépourvues de toute coque, ce qui permet d'explorer facilement leur surface, leurs contours, leur degré de résistance, etc.

Il en est tout autrement des tumeurs myélogènes<sup>1</sup> (ou centrales, endostiques). En se développant, ces tumeurs distendent l'os qui de bonne heure commence à s'épaissir. Si dans ces cas on explore le bord du maxillaire inférieur, on le trouve épaissi au niveau de la tumeur ; dans certains cas la face postérieure de l'os proémine dans la bouche. Peu à peu les dents tombent ; la tumeur, qui arrive à

collé. Enfin les *kystes multiloculaires* sont de véritables épithéliomes kystiques, comparables en effet à ceux de l'ovaire, et comme eux le plus souvent bénins, mais comme eux aussi parfois susceptibles d'évolution maligne après ablation incomplète. Cette présence dans l'intérieur de l'os de débris épithéliaux paradentaires nous fait enfin comprendre comment on peut voir se développer dans les maxillaires des épithéliomes de formes anatomiques diverses, des carcinomes par exemple, dont les muqueuses voisines (gencives, fosses nasales, sinus maxillaire) ne sont pas le point de départ. (A. B.)

(1) L'expression *myélogène* doit être nettement séparée de *myéloïde*. La première indique le point de départ de la tumeur, la seconde se rapporte à l'aspect de la surface de section qui ressemble à de la moelle des os. Le mot *myéloïde* a été introduit par Page et dans la nomenclature.

distendre le maxillaire de façon à lui donner des dimensions considérables, reste longtemps entourée d'une coque osseuse ; sous l'influence de la distension, la muqueuse s'ulcère et la coque osseuse, très amincie, commence à donner la sensation de crépitation parche-

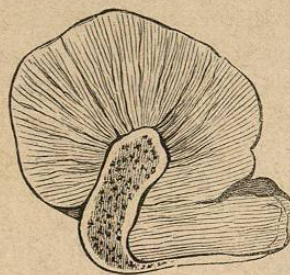


Fig. 24. — Tumeur périostique.

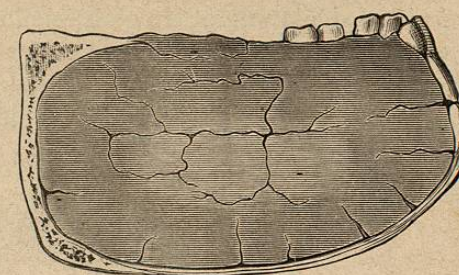


Fig. 25. — Tumeur centrale.

minée, puis elle se rompt par places, d'où des orifices appréciables au toucher (fig. 25).

Au maxillaire supérieur, le point exact d'origine ne peut être mis en évidence que dans quelques cas spéciaux. Ainsi quand la tumeur

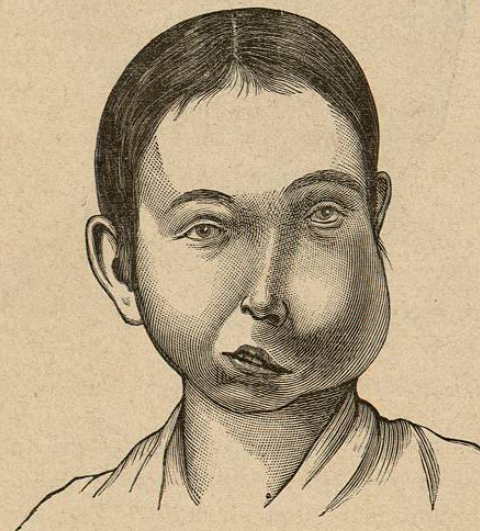


Fig. 26. — Tumeur de la mâchoire supérieure.

se développe dans un point central de l'arcade dentaire, elle peut la distendre considérablement et laisser intactes les autres parties du maxillaire supérieur. Par contre, les tumeurs qui prennent naissance dans l'antre d'Highmore donnent lieu à des symptômes très nets. Tout comme dans l'hydropisie de l'antre d'Highmore, on observe dans



ces cas une propulsion de la paroi antérieure de cette cavité dans la région de la fosse canine. Mais, avec le développement de la tumeur, la paroi latérale du sinus devient également proéminente, d'où un élargissement de la joue. Les tumeurs à développement rapide repoussent de bonne heure le plancher de l'orbite en haut et provoquent ainsi un déplacement du globe oculaire en haut et sur les côtés, ce qui donne à la figure un aspect vraiment effrayant. En même temps la tumeur pénètre dans les fosses nasales, où on l'a perçue profondément sous forme d'excroissances proliférantes, détruit les cornets, repousse et perfore peu à peu la cloison du nez et finit par envahir le sinus de



Fig. 27. — Tumeur de la mâchoire supérieure.

l'autre maxillaire. Les tumeurs molles s'insinuent quelquefois dans les méats et viennent proéminer dans le pharynx. La voûte palatine résiste plus longtemps, mais sous l'influence de la pression exercée par la tumeur, elle finit par s'abaisser, devient convexe, ou se déplace en totalité et devient oblique. Même dans le cas de tumeurs assez peu volumineuses, la déformation des parties peut déjà être très marquée (fig. 26). Mais quand les tumeurs atteignent des dimensions considérables, le déplacement des organes est si accusé que la figure prend un aspect hideux (fig. 27), connu sous le nom de tête de batracien.

La tumeur finit par envahir la peau de la face et proéminer au dehors, sous forme d'une masse ulcérée, gangréneuse. Elle traverse le voile du palais et ses lobes s'épanouissent dans la cavité buccale où ils forment parfois comme une langue surajoutée, comme je l'ai vu chez une petite fille. Dans certains cas, la tumeur envahit le sinus sphénoïdal, attaque le crâne et pénètre dans son intérieur, où elle peut encore parvenir en suivant la fente orbitaire. Une méningite mortelle est la terminaison habituelle de cette complication. Pendant l'évolution de la tumeur, la substance osseuse du maxillaire disparaît presque complètement, de sorte qu'à la coupe l'os est figuré par une masse homogène présentant par-ci par-là un lambeau de tissu osseux, un alvéole vide ou pourvu encore de sa dent.

**Tumeurs de l'antre d'Highmore.** — Au début de l'affection, le tableau clinique est très obscur. Tant que le sinus n'est pas distendu, nous ne possédons aucun signe permettant de diagnostiquer une tumeur de cette cavité. Mais quand même la paroi antérieure du sinus est propulsée, il s'agit encore de savoir si la tumeur vient de l'antre d'Highmore ou de l'os lui-même. Si la tumeur n'est pas entourée d'une coque osseuse donnant à la palpation la crépitation parcheminée, il est très probable qu'on a affaire à un néoplasme développé sur les couches externes du périoste. Si cette coque osseuse existe, le diagnostic n'est plus aussi certain, car la tumeur peut dans ces cas siéger aussi bien dans l'os que dans l'antre d'Highmore; mieux encore, les tumeurs développées sous le périoste, aux dépens de la couche ostéogène, s'entourent aussi quelquefois d'une lamelle osseuse. Pour ces cas, on se guidera d'après les signes suivants. Existe-t-il un déplacement même très peu marqué du globe oculaire, il est presque certain qu'il s'agit d'une tumeur de l'antre d'Highmore. Si ce déplacement manque, on s'appuiera, pour diagnostiquer un néoplasme du sinus, sur l'écoulement continu des larmes ou l'œdème de la paupière inférieure quand on ne trouvera pas d'autres causes pouvant expliquer ces deux phénomènes. Ainsi dans un cas de carcinome de l'antre d'Highmore que j'ai observé à Innsbruck, le tableau clinique était celui d'une blennorrhée du sac lacrymal; quand on exerçait une pression sur la paroi antérieure, proéminente, du sinus, on provoquait un écoulement de pus par le sac lacrymal. Le rétrécissement des fosses nasales, d'un seul côté, parlera également en faveur d'une tumeur de l'antre. Dans toutes les tumeurs du maxillaire supérieur où on trouvera un des symptômes que nous venons d'énumérer, il faudra toujours explorer la cavité du pharynx, car, comme nous le verrons plus loin, les tumeurs de la base du crâne peuvent à un mo-