

ment donné de leur évolution provoquer les mêmes symptômes que celles de l'antra d'Highmore.

Les tumeurs volumineuses du maxillaire inférieur donnent à la face du malade un aspect caractéristique (fig. 28 et 29). La figure 28 représente un malade opéré à Vienne par Menzel d'un fibro-ostéome ; la malade représentée sur la figure 29 a été observée par Bouchut. Si la tumeur occupe la partie moyenne du maxillaire, la figure prend un aspect analogue à celui de la malade représentée sur la figure 30.

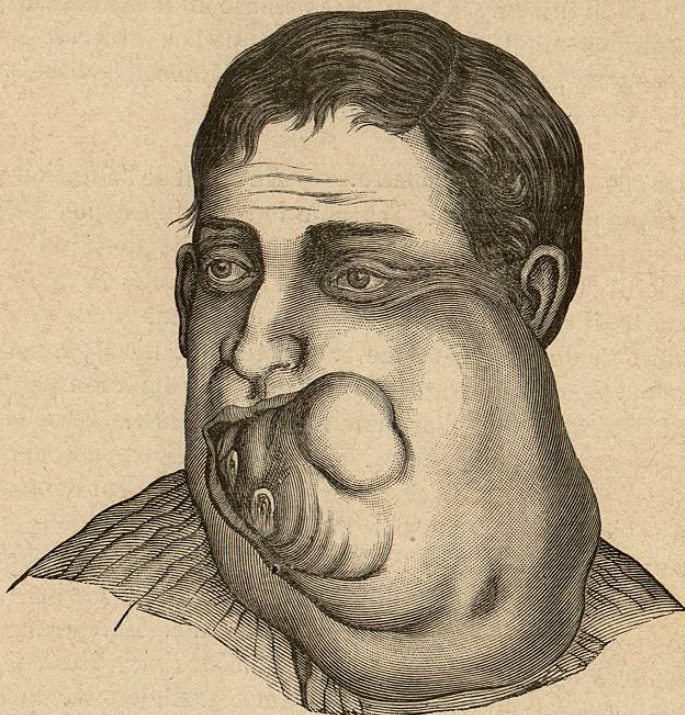


Fig. 28. — Tumeur de la mâchoire.

Formes diverses des tumeurs des maxillaires. — Après cette étude générale, nous pouvons aborder l'étude des tumeurs en particulier.

Les tumeurs de consistance solide, très dure, les ostéomes, les chondromes, les ostéo-chondromes, s'observent très rarement sur les maxillaires. Les *chondromes* se distinguent par leur aspect bosselé ; les *ostéomes* (exostoses) possèdent une dureté d'ivoire et affectent de préférence certaines parties du massif maxillaire supérieur : paroi externe de l'orbite, apophyses nasales du frontal, ethmoïde¹. Sur le

(1) Ces ostéomes, qui semblent être des exostoses de développement des os du massif maxillaire supérieur, se développent de préférence soit vers les fosses na-

maxillaire inférieur, où ces tumeurs sont très rares, elles se présentent sous forme de néoplasmes très durs, bosselés. Les *ostéo-chondromes*, également très rares, sont périostiques et présentent des points ramollis au milieu d'une masse compacte et dure. Les *fibromes* durs sont plus fréquents et s'observent principalement sur le corps du maxillaire inférieur. Comme nous l'avons déjà vu sur les figures 24 et 25, ils sont tantôt périostiques, tantôt situés à l'intérieur de l'os. La consistance dure de ces tumeurs fait que le diagnostic reste incertain entre le fibrome et le chondrome. Seulement les fibromes n'of-

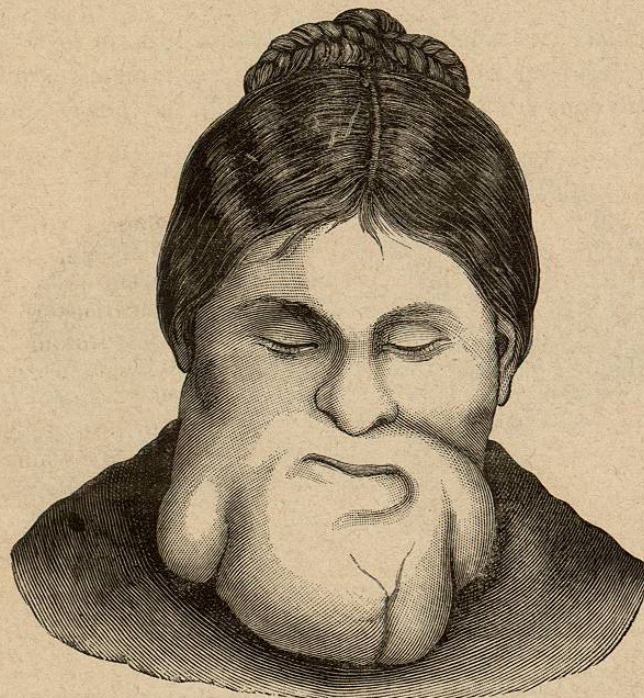


Fig. 29. — Tumeur de la mâchoire inférieure.

frent pas cette surface bosselée qui est propre aux chondromes, et comme ceux-ci sont en outre bien plus rares, on se prononcera dans

sales et les sinus de la face, soit vers l'orbite. Quand elles se développent vers une cavité de la face, elles peuvent embarrasser beaucoup le chirurgien : en effet leur dureté est d'ordinaire très grande et on ne peut les morceler, en sorte que pour les extraire il faut faire une brèche aussi large qu'elles ; en outre elles ont parfois, quoi qu'en ait dit Dolbeau, un pédicule large et résistant. Ce pédicule est la cause des dangers opératoires pour les exostoses orbitaires, nées de l'ethmoïde par exemple, car en le fracturant on fait souvent une fracture du crâne et après ces opérations les décès ne sont pas exceptionnels. (A. B.)

les cas douteux en faveur du fibrome. Les fibromes sont quelquefois le siège d'une calcification, Toutes ces tumeurs ne s'observent que chez les individus jeunes; elles sont nettement délimitées, dures et de bonne nature. Au point de vue pratique, on aurait pu former un groupe spécial de ces *tumeurs dures*, car leur pronostic est favorable et leur ablation facile en général, vu leur localisation exacte. Les ostéomes seuls ménagent quelquefois des surprises désagréables, car dans certains cas le néoplasme est entouré de substance osseuse éburnée, de sorte que l'ablation de la tumeur devient excessivement difficile.

Les *sarcomes* des mâchoires méritent bien le nom de « protée » dont on se sert pour désigner la nature de ces tumeurs. Pour ne pas nous perdre dans des détails histologiques, disons tout de suite qu'en

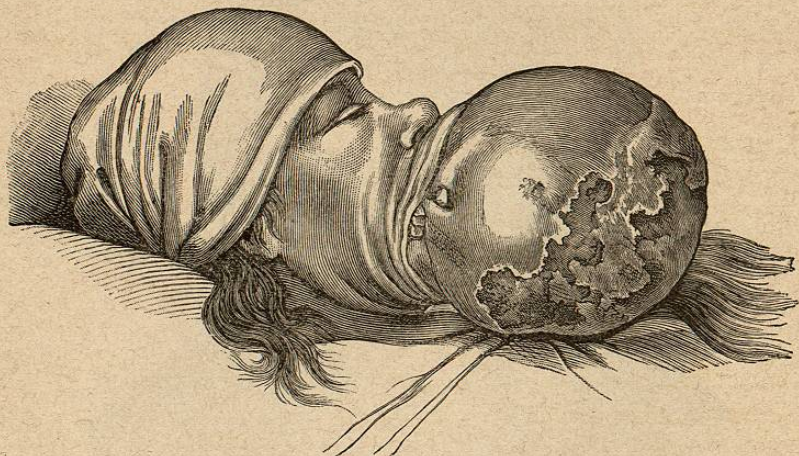


Fig. 30. — Tumeur de la mâchoire inférieure.

pratique, le clinicien ne doit envisager que deux points. Au point de vue de la structure du néoplasme, il suffit de savoir si la tumeur est dure ou molle. Les sarcomes mous comptent parmi les tumeurs les plus malignes et elles récidivent encore plus rapidement que les carcinomes. Quant au point de départ du sarcome, il faut établir si la tumeur s'est développée sur le périoste ou dans la moelle osseuse, ou encore dans l'antre d'Highmore quand il s'agit du maxillaire supérieur. Cette distinction est justement importante à établir quand on a affaire à un sarcome. Les sarcomes qui se développent sur le périoste, qui siègent par conséquent *sur l'os*, sont en effet bénins; par contre les sarcomes qui ont pris naissance dans la moelle osseuse, les sarcomes qui *distendent* l'os, sont des tumeurs malignes.

Quand on aura déterminé le point de départ du sarcome, on aura

en même temps élucidé sa nature. Si la tumeur siège sur l'os, on se rapportera à sa consistance pour savoir à quel groupe elle appartient. En face des tumeurs dures que nous avons étudiées précédemment, le sarcome se distingue par sa dureté moindre et par la rapidité de son développement. Les sarcomes pénètrent dans les canaux des os et envahissent rapidement la substance osseuse voisine. Quand on dit que ces tumeurs ont une tendance remarquable à récidiver sur place, on devrait plutôt penser que souvent on n'enlève pas suffisamment de substance osseuse en apparence saine, mais en réalité déjà envahie par le néoplasme. Si la tumeur siège à l'intérieur de l'os, il s'agira principalement de savoir, surtout quand c'est le maxillaire inférieur qui est envahi, si l'on a affaire à un fibrome ou à un sarcome. Si la tumeur s'accroît rapidement, si une tumeur semblable existe sur le maxillaire supérieur, si les ganglions lymphatiques de la région sont pris, on peut poser tranquillement le diagnostic de sarcome, surtout s'il s'agit d'un individu jeune. Les difficultés sont moindres quand la tumeur siège sur le maxillaire supérieur, car dans ce cas les sarcomes centraux envahissent rapidement l'antre d'Highmore. La plupart des sarcomes mous doivent être considérés comme des tumeurs de l'antre d'Highmore.

Un sarcome que j'ai enlevé à un jeune garçon, après la résection de la branche montante gauche du maxillaire inférieur, a présenté certaines particularités. La tumeur, qui existait déjà depuis plusieurs années, avait distendu et fait proéminer la face externe de la branche montante et de l'angle du maxillaire; le bord postérieur de la branche montante paraissait épaissi. Lorsqu'après l'incision des parties molles, parfaitement normales, j'arrivai sur le périoste qui se laissa décoller avec une très grande facilité, je fus frappé de l'aspect velouté de l'os dénudé. Tout à fait en haut de la branche montante se trouvait un orifice comblé par une masse gris-jaunâtre, tremblotante, qui avait perforé le périoste et faisait saillie au dehors sous forme d'un champignon des dimensions d'un haricot. Sur la coupe de la branche montante faite parallèlement à ses faces latérales on voyait cette masse gélatineuse former un certain nombre de foyers traversés par des travées osseuses plus ou moins épaisses. Sur la face externe de l'os se trouvait une excavation semblable à une empreinte de doigt, excavation remplie par une masse qui, par son aspect et sa structure, ressemblait à la moelle qui remplit les canaux osseux. La tumeur était un sarcome à cellules géantes.

Les tumeurs que nous avons étudiées jusqu'à présent se rencontrent sur des individus jeunes. Chez les vieillards, la forme la plus fréquente est le *carcinome épithélial*. Ces tumeurs se développent dans l'antre d'Highmore qu'elles remplissent, et gagnent de là les cavités nasales; souvent elles traversent la paroi antérieure du sinus et apparaissent sous l'apophyse zygomatique; la peau de la région adhère bientôt à la tumeur et les ganglions lymphatiques du cou s'indurent.

Un autre siège de prédilection de ces tumeurs est l'arcade alvéolaire du maxillaire supérieur ou inférieur. On trouve dans ces cas une tumeur ulcérée, dure, irrégulière, couverte de granulations fongueuses, inégales, tumeur qui envahit rapidement la muqueuse des joues et provoque à bref délai l'infiltration dure des ganglions du cou. Les formes médullaires du carcinome sont bien plus rares ; elles peuvent atteindre des dimensions considérables. Les tumeurs volumineuses qu'on observe aux mâchoires sont, en somme, presque toujours des sarcomes ou des carcinomes, celles qui se développent sur le maxillaire supérieur ou dans l'antra d'Highmore présentent dans certains cas des prolongements volumineux qui perforent la peau, envahissent la face, et épuisent les malades par les douleurs et la suppuration. Si ces tumeurs arrivent à traverser la voûte palatine et pénètrent dans la cavité pharyngienne, elles rendent l'alimentation fort difficile, et le malade ne tarde pas à succomber dans le marasme. Dans certains cas la tumeur se porte vers la cavité crânienne, perfore les parois osseuses et provoque une méningite intercurrente qui emporte le patient. Nous devons toutefois faire remarquer que chez les vieillards aussi on rencontre des sarcomes. En particulier, une tumeur développée primitivement dans l'intérieur du maxillaire inférieur, ne peut être, au point de vue clinique, qu'un sarcome. Si la tumeur a, au moment de l'examen, envahi les parties molles de la joue ou le plancher de la bouche, et produit partout des ulcérations, le diagnostic différentiel entre le sarcome et le carcinome n'est plus possible, car la tumeur a pu se développer primitivement dans le revêtement épithélial et n'envahir les parties osseuses que secondairement. Autrement dit, la tumeur peut dans ces cas être aussi bien de nature carcinomateuse que figurer un sarcome des os ayant secondairement envahi les parties molles¹.

Les *cylindromes*, bien étudiés par le professeur H. Sattler, sont des tumeurs qui se rencontrent non seulement sur les deux maxillaires, mais aussi sur les parties molles de l'orbite, sur la région parotidienne et dans la cavité crânienne. Le diagnostic macroscopique de ces tumeurs est impossible ; quant au diagnostic microscopique, il laisse également encore beaucoup à désirer. Le nom de cylindromes a été donné à ces tumeurs par Billroth, qui voulait caractériser la partie principale de la tumeur, constituée par des masses cellulaires cylindriques et ramifiées subissant à un moment donné la transformation hyaline. On a remarqué que dans ces tumeurs la tunique adventice des petits vaisseaux est d'abord le siège d'un processus de prolifération arrivant à entourer le vaisseau d'une couche compacte de cellules. Cette dernière subit plus tard la dégénérescence hyaline, de sorte que le vaisseau se trouve finalement entouré d'une

(1) Pour la possibilité d'un épithélioma central, voyez la note de la page 201.

épaisse enveloppe hyaline qui, marchant de la périphérie vers le centre, provoque l'oblitération du vaisseau et le transforme avec ses branches en un cordon hyalin ramifié. La paroi du vaisseau donne en outre naissance à d'autres bourgeons plus ou moins hyalins.

Les raisons pour lesquelles Sattler fait de ces tumeurs un groupe à part sont les suivantes : 1^o Ces tumeurs se développent sur certains points bien déterminés (maxillaire, orbite, cavité crânienne) ; 2^o elles ont une tendance manifeste à récidiver sur place sans provoquer l'infection des ganglions lymphatiques voisins ni celle de l'économie (cachexie) ; elles provoquent des douleurs violentes. Tous ces signes distinctifs sont très importants pour le pronostic. Lorsque j'ai opéré pour la première fois un cas de ce genre, j'ai pu formuler le pronostic vrai en me basant sur les points que je viens de signaler ; et en effet dans l'espace de 18 mois j'ai vu survenir 3 récidives. Ces récidives ne paraissaient pas retentir sur la santé générale de la malade qui, ne voulant plus se soumettre à des opérations nouvelles, mourut 4 ans après le début de l'affection.

Quelquefois la tumeur maligne, sarcome ou carcinome, se propage d'un maxillaire à l'autre, de sorte que, à la fin, la masse cancéreuse arrive à souder les deux maxillaires, au niveau de la branche montante, en formant dans la bouche et les parties molles une sorte de pont entre les deux régions. Dans ces conditions le malade peut à peine ouvrir la bouche. Si une hémorragie se produit dans cette masse ulcérée, on peut être fort embarrassé pour arrêter le sang, car il est presque impossible de trouver le vaisseau qui saigne, et dans un cas de ce genre j'ai été obligé de faire la ligature de la carotide. Les tumeurs volumineuses du maxillaire inférieur, dans le genre de celle qui est représentée sur la figure 20, rendent impossible l'occlusion de la bouche, la mastication et la parole ; la salive s'écoule au dehors, et plus tard, lorsque la tumeur se porte vers le pharynx et le larynx, il survient des troubles graves de la déglutition et de la respiration.

Pour les débutants, le cas suivant est très instructif au point de vue diagnostique.

Un homme de 60 ans souffrait depuis plusieurs mois d'un mal de dents au niveau du maxillaire inférieur du côté gauche. Après la chute de deux molaires, il se forma à ce niveau, sur la face externe du maxillaire, une tumeur qui par moments provoquait des douleurs violentes ; de temps en temps, mais surtout quelques semaines avant de venir nous voir, les alvéoles vides étaient le siège d'un écoulement de pus. A l'examen du malade, nous trouvâmes sur la face externe du maxillaire une tuméfaction mesurant 5 centimètres de longueur, adhérente à l'os qu'elle contournaient en se portant en bas vers le cou où elle paraissait assez limitée. La tumeur, recouverte par une peau violacée, difficile à plisser, était assez ferme, douloureuse à la pression. A l'examen de la bouche, on trouvait, au niveau des alvéoles vides qui correspondaient à la tuméfaction, une petite ulcération à bords élevés paraissant siéger sur le point culminant de la tumeur. La face interne du maxillaire proéminait légèrement dans la cavité de la bouche. Si l'on poussait une sonde à travers l'ulcération, on tombait sur une

surface osseuse dénudée et mobile. Il s'agissait donc d'un foyer de nécrose, d'autant plus que les antécédents du malade concordait parfaitement avec l'idée d'une nécrose partielle par carie dentaire.

Quand on comprimait la tumeur, on faisait sourdre par les alvéoles vides quelques gouttes d'un liquide semblable à du pus. Ce fait seul devait déjà nous rendre attentifs. Quand un séquestre se forme par voie d'inflammation, il baigne ordinairement dans du pus ; mais tel n'était pas le cas chez notre malade. En outre, le malade nous disait que le pus qui sortait par les alvéoles n'était jamais en grande quantité, que jamais il n'avait eu de constriction des mâchoires ni même éprouvé de difficulté pour ouvrir la bouche. Si l'on explorait la tumeur simultanément avec la sonde et le doigt, on trouvait que le séquestre, qui mesurait 3 centimètres environ, était situé au milieu d'une masse dont la consistance était plus ferme que celle des granulations ordinaires. D'un autre côté, on ne sentait nulle part la consistance et la tension du périoste tuméfié, comme dans la nécrose du maxillaire inférieur où la gaine osseuse néo-formée présente toujours des parois rigides. De plus, les bords de la surface ulcérée n'étaient pas couverts de granulations normales, mais présentaient de gros bourgeons inégaux de consistance variable.

Nous fîmes le diagnostic de carcinome avec séquestre. C'est le quatrième fait de ce genre que j'ai vu jusqu'à présent, et j'attire l'attention sur cet exemple, qui permet d'éviter les erreurs de diagnostic qu'on commet dans ces cas. Si vous enlevez le séquestre, l'ulcération ne se cicatrise pas, la tumeur continue à proliférer et ne tarde pas à s'ouvrir au dehors. A ce moment, la véritable nature de l'affection devient plus manifeste, car la peau adhère intimement à la tumeur. S'il s'agissait d'une nécrose, on aurait dû trouver à ce moment de la fluctuation, ou du moins un écoulement abondant de pus aurait dû s'établir par l'alvéole vide. C'est justement l'absence de cet écoulement qui m'a permis de diagnostiquer la véritable nature de l'affection.

Le cas suivant est particulièrement intéressant au point de vue du début de l'affection.

Un homme de 60 ans se présente à nous pour se faire enlever des polypes du nez. On en trouva un grand nombre dans la fosse nasale droite. Six semaines plus tard, le malade revint pour se faire extraire une molaire du maxillaire supérieur droit. La dent, qui était à peine cariée, le faisait souffrir beaucoup et comme elle branlait déjà suffisamment, l'extraction ne provoqua qu'un écoulement insignifiant de sang. Malgré l'extraction de la dent, les douleurs ne cessèrent pas et bientôt survint une tuméfaction de l'arcade dentaire. Lorsque le malade revint au bout de cinq semaines, aucun doute n'était plus possible. L'alvéole vide était rempli par une masse gélatineuse gris-jaunâtre, et ceci suffisait pour nous faire faire le diagnostic de tumeur maligne. En examinant plus attentivement le malade nous trouvâmes une propulsion légère en haut du globe oculaire droit et un abaissement de la moitié droite de la voûte palatine. Les fosses nasales du même côté étaient de nouveau obstruées, évidemment non pas par des polypes, mais par des masses sarcomateuses. J'ai réséqué le maxillaire supérieur rempli par le sarcome. Une récurrence rapide amena la mort.

Il nous reste à présenter quelques courtes observations sur quelques tumeurs des mâchoires que nous n'avons pas encore mentionnées.

Les *anévrismes* de la maxillaire inférieure sont représentés par deux cas, publiés l'un par Heyfelder, l'autre par Ruz. J'ai observé un fait semblable lorsque, étant étudiant, je fréquentais la clinique d'Oppolzer ; ce cas a été également examiné par Schuh.

Les *hypérostoses* qui, au niveau des maxillaires, communiquent à la face un aspect analogue à la léontiasis des parties molles — ce qui a fait proposer par Virchow le nom de léontiasis osseuse pour ces productions — ne se prêtent pas à une intervention chirurgicale.

Il va de soi que, abstraction faite des carcinomes, certaines tumeurs des parties voisines peuvent envahir secondairement les maxillaires. Les tumeurs cavernueuses des lèvres envahissent, dans certains cas, si rapidement les gencives et la substance osseuse qu'en peu de temps l'arcade alvéolaire et bientôt le maxillaire tout entier sont transformés en une tumeur spongieuse remplie de sang.

Tumeurs de la fosse sphéno-maxillaire.

Une forme particulière de tumeur que j'ai observée se trouve décrite dans l'observation suivante :

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans chez lequel la lésion était déjà fort avancée. Ce qui frappait surtout chez lui, c'était une propulsion légère du globe oculaire gauche. La vue était pourtant conservée et le malade pouvait encore compter les doigts, reconnaître l'heure sur le cadran d'une montre, les mouvements de l'œil n'étaient pas encore complètement abolis. La fosse nasale gauche était obstruée et occupée par une petite tumeur des dimensions d'une fève, paraissant assez résistante au toucher pratiqué avec la sonde. A l'examen du pharynx, on voyait très nettement sur le côté gauche une tumeur qui pénétrait dans la fosse nasale gauche et paraissait encore un peu mobile. La cloison du nez était légèrement déviée à droite. La propulsion du globe oculaire indiquait déjà suffisamment que la tumeur avait dû passer derrière le maxillaire supérieur, et en outre l'examen de la région temporale ne laissait plus le moindre doute à cet égard. On trouvait à ce niveau une tuméfaction qui occupait toute la tempe, descendait vers la joue et était obliquement coupée par l'apophyse zygomaticue. A la palpation on pouvait constater que la tumeur était située sous le muscle temporal, qu'elle était résistante et ne paraissait pas bien limitée vers sa partie supérieure. La partie inférieure paraissait se porter vers le vestibule buccal. En promenant le doigt d'avant en arrière sur la face externe du maxillaire supérieur, on trouvait, en arrière, un nodule dur enclavé entre les deux mâchoires et adhérent à la surface externe du maxillaire supérieur. Ce nodule ne suivait pas les mouvements imprimés au maxillaire inférieur. La paroi antérieure du maxillaire supérieur n'était pas anormalement proéminente ; arcade alvéolaire normale ; pas d'abaissement de la voûte palatine ; ganglions du cou normaux.

Il s'agissait d'une de ces tumeurs fort bien étudiées par v. Langenbeck et connues sous le nom de *tumeurs de la fosse sphéno-maxillaire*. Chez mon malade, il ne pouvait être question que d'un fibrome. A côté des fibromes, on rencontre encore dans cette région des tumeurs cavernieuses des veines, reconnaissables à leur consistance molle¹.

Les tumeurs qui se développent dans la fosse sphéno-maxillaire se portent dans la direction où elles rencontrent la moindre résistance, par conséquent tout d'abord vers la région où la fosse ptérygo-palatine n'est entourée que de parties molles, c'est-à-dire vers la région temporale. Lorsque la tumeur atteint des dimensions considérables, elle est coupée d'un sillon transversal par l'arcade zygomatique au moment où elle passe sous cette dernière en se portant vers la joue. Par son accroissement ultérieur, elle s'étale sur la face externe du maxillaire supérieur. Si elle suit une autre direction, elle pénètre par la fissure orbitaire inférieure dans la cavité de l'orbite et repousse le globe oculaire en haut et en avant. Une troisième voie suivie par la tumeur quand elle abandonne la fosse ptérygo-palatine, est celle du trou sphéno-palatin par où elle pénètre dans les fosses nasales, elle peut enfin se diriger vers le crâne, le perforer sans que la perforation provoque des symptômes bien frappants.

Le diagnostic différentiel entre ces tumeurs et celles de l'antre d'Highmore n'est pas bien difficile. Le signe différentiel principal est le suivant. Tandis que les tumeurs du sinus, situées au centre de l'os, distendent le maxillaire supérieur dans tous les sens, repoussent par conséquent la paroi externe en avant, le plancher de l'orbite en haut, en même temps qu'elles rapprochent de la cloison du nez la paroi externe des fosses nasales et qu'elles abaissent la voûte palatine en la rendant quelquefois convexe, c'est le contraire qui a lieu dans les tumeurs de la fosse sphéno-palatine. Ces tumeurs compriment en quelque sorte le maxillaire supérieur. Accolées qu'elles sont à la face externe du maxillaire, elles la repoussent vers l'antre d'Highmore ; en pénétrant dans la cavité de l'orbite par la fissure orbitaire, elles peuvent bien repousser le globe en haut, mais elles ne soulèvent pas le plancher de l'orbite sur lequel elles reposent. Quant à leur action sur la voûte palatine, elles exagèrent encore sa concavité en diminuant, par la compression, le diamètre transversal du maxillaire supérieur. Ces tumeurs, en somme, ou bien laissent intactes les dimensions du maxillaire supérieur, ou bien les *diminuent* dans le sens que nous venons d'indiquer.

(1) D'autres tumeurs molles, parfois observées dans cette région, sont les *lymphangiomes*, pouvant revêtir la forme de kystes séreux multiloculaires (A. B.).

Comme ces tumeurs sont des fibromes ou des tumeurs cavernieuses, il s'agit de savoir les distinguer les unes des autres. Le diagnostic différentiel est très facile. Les tumeurs cavernieuses donnent la sensation de fausse fluctuation ; elles changent de dimensions et de tension, étant un jour plus rénitentes que l'autre ; en les comprimant vigoureusement de tous les côtés, on peut les faire disparaître entièrement ou en partie, mais elles reparaissent aussitôt que la compression cesse.