

1° **Sarcomes.** — Souvent confondus autrefois avec le cancer des mâchoires (épithéliome et carcinome), le sarcome affectionne relativement les jeunes sujets : on l'observe surtout de quinze à vingt-cinq ans. Dans son *étiologie*, fort obscure, on relève parfois l'influence d'un traumatisme, ou d'une affection des dents, en particulier : Terrillon l'a vu se développer autour d'une dent incluse ou déviée.

Au point de vue de l'*anatomie pathologique*, nous ne saurions entrer ici dans les détails que comporte l'étude générale des diverses variétés de sarcomes ; il doit suffire d'exposer les particularités qui relèvent du siège spécial du néoplasme dans les maxillaires. Parfois le sarcome, ainsi qu'il a été dit précédemment, après avoir pris naissance sur le bord alvéolaire, envahit le corps de l'os. Plus souvent celui-ci est le point de départ du mal, et alors ou bien le sarcome se développe au centre même de l'os (*sarcome central*), ou bien il naît du périoste (*sarcome périostique*).

Central, le sarcome de préférence intéresse l'arcade alvéolaire ou bien, comme l'a établi Eug. Nélaton, la petite masse de tissu spongieux sous laquelle s'enfoncent au maxillaire supérieur les racines de la canine et de la deuxième incisive. Tantôt le néoplasme s'infiltré, tantôt il s'enkyste au sein de l'os, d'où, dans le premier cas, une limitation cliniquement impossible entre les tissus sain et malade, dans le second, au contraire, l'existence autour du tissu sarcomateux d'une coque osseuse complète ou incomplète. Le sarcome se développe, écarte et envahit les parois des maxillaires et les traverse plus rapidement que ne le font les autres néoplasmes ; proéminent davantage, soit du côté de la joue, soit dans la bouche, il peut atteindre un volume énorme. A la mâchoire inférieure, on a vu la tumeur descendre jusqu'au sternum ; émanée du maxillaire supérieur, elle envahit parfois les fosses nasales, l'orbite, la cavité crânienne. Arrivée sous la muqueuse ou sous la peau, la tumeur finit par s'ulcérer.

Si, au bord alvéolaire, le sarcome central est le plus souvent *myéloïde*, dans le corps de l'os il appartient plutôt aux variétés *fasciculées* ou *encéphaloïdes*. Les sarcomes myéloïdes se caractérisent par leur coloration rouge brun, sanguine, comparable à celle de la rate ou du poumon hépatisé : leur consistance est variable, tantôt assez ferme, tantôt friable, tantôt enfin tout à fait molle. Lorsque aux myélopaxes s'ajoutent des cellules embryonnaires ou des cellules puriformes, alors la tumeur devient plus ferme, blanchâtre ou grisâtre. Enfin, dans certaines de ces tumeurs, se forment des *kystes* dus au ramollissement par places du tissu sarcomateux, ou les vaisseaux y prennent un développement exagéré, et se rompent. Le sang épanché reste enfermé dans de petites cavités kystiques, puis il se transforme en un liquide séreux ou séro-sanguin, parfois aussi en une substance brunâtre, gélatineuse, en une masse demi-solide, grasseuse. Ces

productions résulteraient également de la transformation muqueuse ou grasseuse des éléments même du sarcome.

Périostique, le sarcome est encore rarement *myéloïde*, mais habituellement *fasciculé* ou *encéphaloïde* ; souvent il présente des aiguilles osseuses émanées de la surface de l'os, ou dans d'autres cas il s'agit d'une simple calcification ; plus rarement que dans les sarcomes centraux, il s'y forme des kystes. A la surface de l'os, au-dessous du périoste épaissi, la tumeur constitue une masse arrondie ou aplatie, au-dessous de laquelle l'os est plus ou moins profondément altéré. Au maxillaire inférieur, le néoplasme siège au niveau de l'angle de la branche montante, parfois il apparaît sur la face externe ou interne du corps qu'il finit par envelopper complètement.

Quand le corps du maxillaire inférieur est atteint par le sarcome, le canal dentaire tôt ou tard est envahi et le nerf, d'abord refoulé par le néoplasme, finit, lui aussi, par être altéré.

Dans une première période *clinique*, le sarcome, bridé par le périoste ou par le tissu osseux, progresse lentement, d'ordinaire sans provoquer de douleurs, surtout s'il s'agit de sarcomes myéloïdes ou fasciculés, la marche du sarcome encéphaloïde étant plus rapide. Plus tard, l'enveloppe existante une fois franchie, le néoplasme arrive à la deuxième période clinique de son évolution, il progresse rapidement. Guyon et Monod établissent également deux catégories de faits. Dans l'une, l'affection se présente avec les caractères d'une maladie locale, sans retentissement aucun sur la santé générale ; les ganglions ne sont pas tuméfiés ; les troubles fonctionnels sont peu considérables, car la tumeur est ordinairement de petit volume et d'ailleurs le plus souvent indolente ; son développement, quelquefois rapide au début, est devenu bientôt lent et graduel. Dans l'autre, la tumeur est très volumineuse, elle peut avoir acquis ces proportions dans un temps relativement court ; la muqueuse buccale soulevée s'ulcère, la peau résiste ordinairement plus longtemps, mais finit quelquefois par se laisser traverser ; les ganglions sous-maxillaires ou parotidiens peuvent à cette période se tuméfier légèrement ; les douleurs ne font pas toujours défaut, et, bien que les signes évidents de la cachexie dite cancéreuse manquent ordinairement, la santé générale est atteinte, au moins par le trouble apporté dans l'alimentation du malade. Entre ces deux extrêmes se placent les cas intermédiaires que l'observation clinique peut seule définir.

Sans valeur *diagnostique* quand la tumeur est profonde, l'exploration fournit quelques indications utiles quand le sarcome est assez superficiel pour que sa consistance permette de le distinguer du chondrome ou du fibrome. D'autre part, en cas de mollesse pseudo-fluctuante, une ponction ramènera un liquide sanglant différent du contenu des kystes proprement dits.

Le *pronostic* varie suivant le volume de la tumeur, sa rapidité d'ac-

croissement, sa diffusion dans les tissus voisins, son ulcération; enfin et surtout suivant la variété du sarcome. Les sarcomes myéloïdes ou tumeurs à myélopaxes sont relativement bénins, exposant à la récurrence sur place en cas d'ablation incomplète, ils se généralisent exceptionnellement. Les sarcomes fasciculés et les sarcomes encéphaloïdes par contre, non seulement récidivent souvent, mais encore, par la rapidité de leur marche et leur malignité, se rapprochent des cancers.

Le *traitement* des sarcomes de la mâchoire se résume dans la résection large de la portion osseuse malade, c'est-à-dire une résection partielle ou totale du maxillaire atteint. Si cependant, écrivent Guyon et Monod, la tumeur est sous-périostique et se laisse facilement détacher de la surface externe de l'os, ou, si intra-osseuse, elle paraît comme enkystée dans le tissu spongieux, on pourra se contenter d'une extirpation suivie de la rugination de l'os et d'une cautérisation énergique.

2° **Épithéliome et carcinome.** — Sous le nom de *cancer des mâchoires* on réunit, en raison de leur gravité spéciale, l'*épithéliome* et le *carcinome* des maxillaires. Affection de l'âge mûr, apparaissant après trente ans, ce cancer, comme toutes les tumeurs du même genre, est souvent rapporté à une *cause* traumatique, particulièrement à une lésion dentaire. Plus intéressante est sa *pathogénie*, car, indépendamment des cancers secondaires et des épithéliomes émanés des parties molles voisines des maxillaires, il existe des épithéliomes primitifs de ces os. Cette particularité s'explique par la présence dans l'intérieur même des maxillaires des débris épithéliaux paradentaires (Verneuil, Malassez), dont il a déjà été question en particulier à propos de l'épithéliome kystique et de l'épithéliome solide des maxillaires.

Tandis que les *cancers secondaires* des mâchoires offrent peu d'importance, les *cancers par propagation* d'une tumeur des parties molles sont fréquents. Ils émanent de la peau de la face, particulièrement au niveau de la lèvre inférieure, de la muqueuse buccale, de l'amygdale, des glandes parotides ou sous-maxillaires, des ganglions lymphatiques. Enfin, dans certains cas, il est difficile de préciser lequel de la muqueuse ou de l'os a été pris le premier, cela lorsque la muqueuse du sinus maxillaire, des fosses nasales, ou des gencives se trouve atteinte. *Primitif*, le cancer du corps des maxillaires a été décrit par Verneuil et Reclus sous le nom d'*épithéliome térébrant*; il creuse rapidement dans le maxillaire supérieur une cavité spacieuse tapissée de bourgeons épithéliaux exubérants. Rarement le cancer des mâchoires se présente comme un carcinome; le plus souvent ce nom a été donné à tort à des sarcomes encéphaloïdes, ou encore à des sarcomes mélaniques. L'épithéliome est la forme habituelle, soit qu'il appartienne au type pavimenteux ou au type cylindrique. Les *épithé-*

liomes pavimenteux lobulés ou *tubulés* peuvent résulter de la propagation d'une tumeur de la peau, de la lèvre, de la langue ou provenir soit de l'épithélium gingival, soit des débris épithéliaux paradentaires les plus superficiels, c'est-à-dire de ceux qui dérivent des productions épithéliales de type malpighien. Les *épithéliomes cylindriques* ont leur point de départ soit dans la muqueuse du sinus maxillaire ou des fosses nasales, soit peut-être dans les débris paradentaires qui ont la forme de tubes revêtus d'épithélium cylindrique. Dans les épithéliomes d'origine paradentaire on rencontre parfois des cellules de type adamantin et de petites cavités kystiques. Indépendamment des cancers proprement dits, on a encore observé dans les mâchoires des tumeurs contenant des productions épithéliales disséminées dans leur intérieur. (Heidenreich.)

La *symptomatologie* du cancer des mâchoires se ressent de la rapidité de son évolution. Tout d'abord le patient accuse une douleur sourde, parfois avec irradiations névralgiques vers l'orbite ou la tempe si le mal siège au maxillaire supérieur, vers l'oreille quand l'inférieur est atteint. Bientôt la région malade se tuméfie, tantôt c'est la joue, tantôt la branche montante ou la portion horizontale de la mâchoire inférieure. De règle aussi le bord alvéolaire de l'os est rapidement envahi, d'où le ramollissement des gencives qui deviennent saignantes et fongueuses, d'où encore l'ébranlement et la chute des dents. Ceci est surtout accentué dans l'épithéliome térébrant du maxillaire supérieur, dont l'exploration au stylet conduit sans rencontre d'os dénudé à une profondeur de plusieurs centimètres; cette exploration n'est pas sans danger, car elle provoque une hémorragie abondante et accélère encore la marche naturellement fort rapide du néoplasme.

Envahissant les parties voisines, le cancer du maxillaire supérieur dévie le nez, obstrue les fosses nasales, déprime la voûte palatine, envahit l'orbite dont il chasse l'œil, enfin gagne l'intérieur du crâne. Du côté de la bouche, le voile du palais, l'amygdale, le pharynx se laissent attaquer et s'ulcèrent. Il en est de même, mais plus rarement, de la peau de la joue. Émané du maxillaire inférieur le cancer menace surtout le plancher de bouche, puis les muscles masséter et ptérygoïdien interne, de bonne heure enfin il engorge les ganglions sous-maxillaires et cervicaux, tandis que dans le cancer de la mâchoire supérieure l'engorgement ganglionnaire le plus souvent est tardif.

Il est à peine besoin d'insister sur les troubles fonctionnels qui résultent de l'envahissement par le cancer des premières voies digestives et respiratoires. La salivation, l'hémorragie, les douleurs qu'il provoque épuisent le malade qu'infecte la sécrétion ichoreuse sans cesse déglutie. La mort survient ou du fait d'une complication pulmonaire (pneumonie infectieuse) ou du fait de la cachexie cancéreuse.

Le *pronostic* du cancer des mâchoires est fort sombre: après abla-

tion, il récidive presque toujours et entraîne la mort du patient. Malgré le peu de succès des interventions chirurgicales, c'est la *résection* hâtive et large de l'os malade qui seule peut donner quelques chances de guérison.

3° **Fibromes.** — Les *fibromes* des mâchoires s'observent surtout pendant la jeunesse ou l'adolescence, plus souvent au maxillaire inférieur qu'au supérieur; ils paraissent relever de *causes* déterminantes irritatives; affection des dents ou traumatismes. Leur point de départ est encore en discussion; certains, et ce sont les plus rares, émanent du périoste, d'où le nom de *fibromes périphériques* qui leur a été donné par opposition avec les *fibromes centraux*. Ceux-ci naissent dans l'intérieur même des maxillaires; ils proviennent des ligaments dentaires, du périoste, des nombreux canaux qui logent les nerfs et les vaisseaux dentaires, du tissu conjonctif des canalicules de Havers, peut-être même des éléments du tissu médullaire de l'os. Enfin, il est naturel de rapprocher de ces fibromes centraux les odontomes fibreux; macroscopiquement ils se distingueraient les uns des autres parce que le fibrome est une tumeur diffuse au milieu du tissu osseux, tandis que l'odontome est nettement isolé et enkysté. Ce caractère différentiel toutefois est loin d'être constant. Au maxillaire inférieur même, il existe fréquemment autour du fibrome une coque osseuse qui, il est vrai, présente en haut vers le bord alvéolaire une solution de continuité. Par là s'échappe la masse fibreuse qui dévie et chasse les dents, parfois même déprime le maxillaire supérieur. Plus rarement le fibrome du maxillaire supérieur s'entoure d'une coque osseuse; il arrive rapidement sur le périoste, fait saillie sous la joue, dans la bouche, ou encore pénètre dans le sinus maxillaire.

Histologiquement, il s'agit de *fibromes fasciculés* qui, assez souvent, subissent des transformations partielles; calcification, ossification, plus rarement transformation cartilagineuse. Parfois aussi il se développe dans leur intérieur des kystes: ils se vascularisent, ou encore dégénèrent en sarcomes.

Tout d'abord la *symptomatologie* du fibrome central n'en permet pas le diagnostic; il existe seulement une tuméfaction et une déformation de l'os malade, exceptionnellement de la douleur par compression nerveuse. Plus tard la coque osseuse du fibrome s'amincissant donne au palper du maxillaire inférieur une sensation de crépitation parcheminée. Enfin quand le néoplasme est sorti de l'intérieur de l'os, le chirurgien constate les symptômes mêmes du fibrome, symptômes qui, dès le début, sont fournis par le fibrome périphérique (fig. 239). La tumeur est dure, plus ou moins élastique, de consistance égale partout; sa surface est lisse, la peau ou la muqueuse sus-jacente sont saines. Parfois seulement la muqueuse distendue s'ulcère, mais alors ne se couvre pas de fongosités saignantes.

La *marche* de ces fibromes est très lente, dans quelques cas seule-

ment, à la suite d'un traumatisme ou même sans cause appréciable la tumeur progresse rapidement, se bornant, il est vrai, à refouler les tissus sans les envahir et sans engorger les ganglions. Si le fibrome acquiert un grand volume, alors il gêne la mastication et la phonation; il obstrue la fosse nasale ou déprime le plancher de la bouche, il

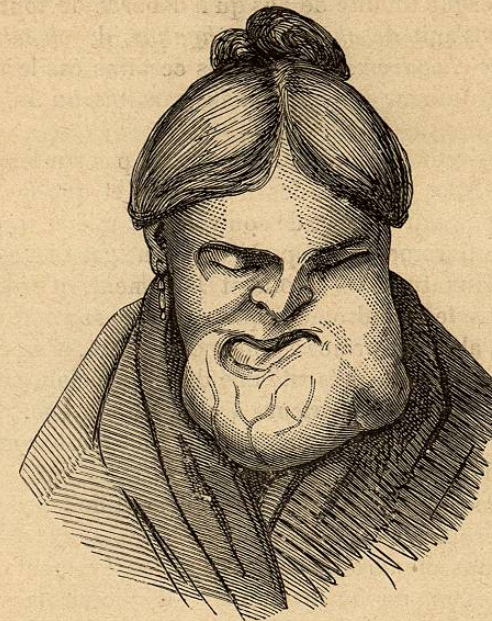


Fig. 239. — Fibrome de la mâchoire inférieure chez une jeune fille de 17 ans: tumeur pesant 1180 grammes, enlevée avec succès (Baucher, thèse de Paris, 1854).

envahit l'orbite. Néanmoins le *pronostic* est bénin, car le fibrome enlevé ne récidive pas: une seule réserve doit être faite en raison de sa transformation possible en sarcome.

4° **Chondrome.** — Notablement plus rares que les fibromes, les chondromes présentent comme eux une certaine prédilection pour le maxillaire inférieur; ils s'observent à tout âge, mais surtout chez des sujets jeunes. Tantôt ils naissent dans l'épaisseur même de l'os et méritent le qualificatif de *centraux*: on les dit des *enchondromes*, tantôt ils apparaissent dans la couche profonde du périoste, ce sont des *périchondromes*. Cette distinction offre peu d'importance, car en clinique, elle est, en général impossible; cependant, d'après certains auteurs, les enchondromes se verraient surtout au maxillaire inférieur et les périchondromes affecteraient le supérieur. Ici, par ordre de fréquence, on verrait la tumeur naître dans le bord alvéolaire, la face antérieure, le sinus maxillaire, l'apophyse nasale, la

voûte palatine, la paroi externe des fosses nasales (Berger). On se rend compte immédiatement des désordres qui résultent de la saillie de la tumeur vers la bouche, l'intérieur du nez ou du pharynx, l'orbite et même les régions parotidienne et pharyngienne. Au maxillaire inférieur, central ou périphérique, le chondrome finit par faire saillie dans la bouche et la région sous-maxillaire; parfois il intéresse la presque totalité de l'os qu'il déborde de toutes parts.

En général, il s'agit de *chondromes hyalins*, de *chondromes ossifiants* ou de *fibro-chondromes*; mais dans certains cas le chondrome n'est pas pur, la tumeur est un *chondro-sarcome* ou un *chondrome ostéode*.

Pour éviter des redites, nous ne reviendrons pas sur les *symptômes* communs à toutes les tumeurs des mâchoires et que le chondrome provoque du fait de son siège et de son volume; mieux vaut tenter de le différencier du fibrome avec lequel il offre une grande ressemblance clinique. Les deux tumeurs évoluent lentement, d'ordinaire sans douleur; peut-être le chondrome acquiert-il plus souvent des dimensions excessives, alors la surface est mamelonnée et, si sa consistance est inégale, par places elle présente une dureté spéciale moins grande que celle de l'ostéome et supérieure à celle du fibrome. Ce dernier, il est vrai, est relativement moins rare que le chondrome, donnée diagnostique qui a bien son importance.

Une distinction capitale doit être faite au point de vue de la *marche* entre les chondromes proprement dits et les faux chondromes. (Heydenreich). Les chondro-sarcomes, en effet, évoluent comme des tumeurs malignes en un ou deux ans; les chondromes ostéodes semblent même marcher plus rapidement. Par contre, il faut des années, parfois vingt ou trente, pour que le vrai chondrome ait atteint un certain volume. Ce n'est pas toutefois un néoplasme absolument bénin, car il peut récidiver si l'on n'a pas largement enlevé tout le tissu malade et, de plus, quoique la santé générale du malade reste très longtemps indemne, la mort résulte quelquefois des troubles fonctionnels dus au volume même de la tumeur.

5° **Ostéomes.** — Nous n'avons pas à nous occuper ici de l'augmentation de volume des maxillaires déjà décrite à propos de l'*hypertrophie* de ces os; de même nous devons laisser de côté les *ostéomes du sinus maxillaire*. Ces éliminations faites, il importe encore de rappeler que nombre de tumeurs, fibromes, chondromes, sarcomes, après avoir subi la métamorphose calcaire ou l'ossification, ont été étiquetées ostéomes, et généralement *ostéomes spongieux* des mâchoires. Enfin des *odontomes*, dont il a été question au chapitre des tumeurs d'origine dentaire, ont été considérés à tort comme de simples *ostéomes éburnés*.

Toutes ces réserves faites, l'existence d'*ostéomes centraux* dans les maxillaires supérieur et inférieur devient douteuse. Le plus souvent

l'ostéome est sous-périostique, c'est si l'on veut une *exostose*.

L'*étiologie* de l'ostéome sous-périostique des mâchoires se résume dans un traumatisme, une affection du système dentaire et en particulier l'éruption difficile d'une dent de sagesse, enfin la syphilis.

L'affection siège de préférence sur la face externe de la branche montante ou au niveau de l'angle du maxillaire inférieur, sur les portions nasale et palatine du maxillaire supérieur. Leur extrême dureté est seule caractéristique, car leurs autres *symptômes* sont de moindre valeur. En général de forme lisse et arrondie, ils peuvent par leur volume provoquer les difformités et les troubles fonctionnels déjà signalés à propos des autres tumeurs. Leur *évolution* elle-même

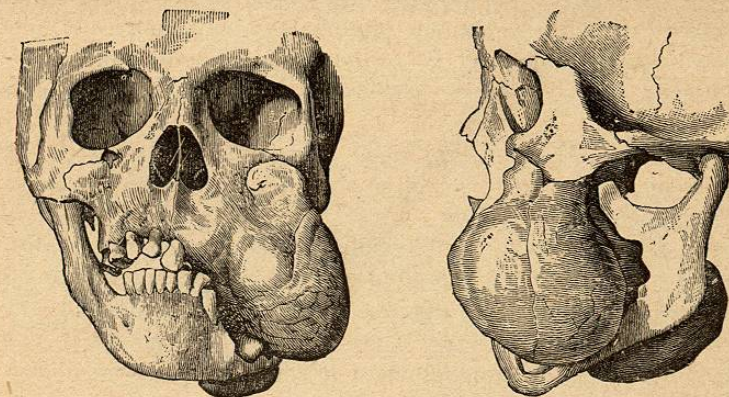


Fig. 240. — Exostose, vue de face.

Fig. 241. — Exostose, vue de profil.

est variable, tantôt l'ostéome progresse lentement et sans douleurs, tantôt son développement assez rapide s'accompagne de tuméfaction des parties molles et de douleurs assez vives, d'où pour le chirurgien l'idée de malignité. Le *pronostic* toutefois est bénin, réserve faite des dangers dus au volume énorme de la tumeur. Pour les éviter, il convient d'intervenir dès que le traitement antisyphilitique reste impuissant; alors l'intervention doit être complète, car une ablation incomplète peut être suivie de récurrence (fig. 240 et 241).

6° **Myxome.** — Les myxomes des os, assez rares en général, sont particulièrement fréquents aux deux mâchoires (Lücke), où ils prennent naissance soit à l'intérieur de l'os, soit à la face profonde du périoste, et, dans l'un et l'autre cas, aux dépens de la moelle intra-osseuse ou sous-périostique.

En général, la tumeur n'est pas du myxome pur, mais en quelques points elle a subi la transformation fibreuse, cartilagineuse ou même sarcomateuse. Parfois encore des kystes nombreux se creusent au sein du myxome, d'où une nouvelle cause d'erreur possible, quant à la nature du néoplasme.

Au point de vue *clinique*, les myxomes des mâchoires ne présentent aucun caractère particulier. Ce sont, en général, des tumeurs volumineuses, qui, après avoir atrophié le tissu osseux, viennent paraître au dehors sous forme de grosses masses molles, souvent presque fluctuantes. L'absence d'ulcération de la peau et d'engorgement ganglionnaire, la marche plus lente de la maladie permettront peut-être de ne pas les confondre avec les carcinomes, mais il semble impossible de les distinguer des formes molles de l'enchondrome et du sarcome. (Guyon et Monod.)

Le myxome pur est d'un *pronostic* bénin qui ne se modifie pas beaucoup lorsque la tumeur renferme des éléments fibreux ou cartilagineux. Par contre, il n'est plus de même, quand il s'agit d'un myxo-sarcome; plus les éléments sarcomateux sont nombreux, plus le pronostic devient mauvais. Cette donnée, que l'on ne peut vérifier cliniquement, doit pousser le chirurgien à pratiquer l'extirpation complète du mal.

7° **Lipome.** — Il n'existerait dans la science que deux cas de *lipome du maxillaire supérieur*, et ce sont des trouvailles d'autopsie sans renseignements cliniques.

Dans le fait de Viard « le maxillaire supérieur droit présente à peu près le volume d'un œuf de dinde. Il est malade dans toute son étendue; sa consistance est diminuée, car il cède facilement sous les doigts. Une masse graisseuse a pris presque entièrement la plaie de cet os. Elle remplit complètement la cavité du sinus maxillaire; mais l'affection ne paraît pas avoir débuté par ce sinus; car, dans l'épaisseur de la tumeur on trouve des lamelles osseuses entre-croisées et séparées les unes des autres par du tissu adipeux. »

La pièce de Triquet est tout à fait analogue à la précédente. La tumeur avait le volume d'un œuf ordinaire; elle était constituée par une masse adipeuse compacte, cloisonnée par des lamelles celluleuses; chacune des loges renfermait de petites masses de graisse jaunâtre; il n'y avait pas trace de vaisseaux. Les parois du sinus étaient distendues et amincies, à tel point qu'une épingle traversait facilement la voûte palatine.

Il n'est pas inutile de signaler encore que, sous le nom de *tumeur graisseuse* du maxillaire supérieur, Stanley a décrit une tumeur à évolution maligne, sans doute de nature sarcomateuse, qui avait subi une transformation graisseuse.

NÉVRALGIES DES MACHOIRES (1).

Considérées en général comme relevant du domaine de la médecine, les *névralgies de l'une ou l'autre des branches maxillaires* du triju-

(1) LAMOTTE, Traitement chirurgical de la névralgie faciale, thèse de Paris, 1892. — SEGOND, Résection du nerf maxillaire supérieur (*Revue de chir.*, 1890, p. 192). —

meau intéressent le chirurgien en raison des interventions opératoires qu'il est parfois amené à entreprendre sur elles. Nous ne décrirons donc pas ici les manifestations symptomatiques, crises de douleur atroce dans la sphère de la branche nerveuse atteinte, points douloureux correspondant aux trous d'émergence des branches nerveuses; chez certains malades encore, contractions convulsives rapides et multipliées dans la moitié correspondante de la face (tic facial), voire même avec propagation des secousses au cou et aux jambes. Nous nous limiterons à l'étude des indications et des procédés opératoires.

INDICATIONS OPÉRATOIRES. — C'est dans l'*étiologie* des névralgies maxillaires qu'il convient de rechercher les indications de leur traitement chirurgical, auquel trop souvent l'on ne se décide à recourir que tardivement, après l'échec de toutes les tentatives de thérapeutique médicale. Dans certains cas, cependant, de bonne heure celle-ci doit céder le pas à l'intervention chirurgicale. Tout d'abord on éliminera les causes constitutionnelles, anémie, intoxications par le plomb ou le mercure, malaria, goutte, etc., et les causes que Jaccoud qualifie d'*extrinsèques indirectes*, c'est-à-dire qui n'affectent pas directement le trijumeau, mais agissent soit sur un autre nerf périphérique, soit sur les organes nerveux centraux, et, par irradiation, influent le foyer de la cinquième paire (lésions traumatiques des nerfs des membres), les congestions ou les lésions chroniques de l'encéphale et de la partie supérieure de la moelle. Le chirurgien ne peut rien quand l'affection relève d'une pareille étiologie. Par contre, il est, pour certains cas au moins, mieux armé quand la névralgie est provoquée par une *cause extrinsèque directe* ou par une *cause intrinsèque*. La première siège dans le voisinage immédiat du cordon nerveux, sur un point quelconque de son trajet, depuis l'émergence à la protubérance jusqu'aux ramifications terminales; elle agit directement sur lui par compression ou par irritation. Alors, il est vrai, la lésion causale peut parfois encore échapper à toute intervention: telles les tumeurs de la base, les exsudats méningés, les anévrysmes de la carotide, peut-être même la carie du rocher; mais si, en pareil cas, il est souvent impossible de couper les conducteurs nerveux au-dessus du point irrité, la chose est plus aisée quand il s'agit de rétrécissement par ostéopériostite des trous grand rond et ovale, des canaux osseux que suivent les branches nerveuses dans les deux maxillaires. Il en est de même encore quand les branches terminales nerveuses sont irritées par la présence d'un corps étranger, une tumeur, une inflammation osseuse, un cal et particulièrement quand il y a carie dentaire ou sclérose gingivale chez les édentés.

Quant aux *causes intrinsèques*, elles fournissent moins que les pré-

QUÉNU, Résection du nerf maxillaire inférieur (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 3 janvier 1894). — POIRIER, Résection du ganglion de Gasser (*Bull. de la Soc. de chir.*, t. XXII, 1896, p. 574 et 585).