

formation des éléments embryonnaires qu'il renferme en cellules de cartilage. Dans certains cas, la prédominance du tissu embryonnaire est assez marquée pour que le cartilage ne se présente que par noyaux isolés dans la tumeur, ou que l'existence de ses éléments ne puisse être révélée que par le microscope.

Le chondrome, de même que le fibrome, peut se vasculariser, s'ossifier (*chondrome ossifiant*), subir la dégénérescence kystique, et même se transformer en sarcome. Il peut, enfin, subir la dégénérescence granulo-graisseuse, se ramollir et se convertir en une masse friable ressemblant à de la bouillie, et identique avec les tubercules jaunes (Dolbeau).

ÉTIOLOGIE. — Le chondrome des mâchoires s'observe presque toujours chez des sujets jeunes; quant à ses causes intimes, elles sont, comme celles des fibromes, complètement inconnues. L'irritation dentaire et le traumatisme ne paraissent pas avoir une influence sérieuse sur la production du mal.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC. — Il est rare que le chondrome des mâchoires se présente avec des caractères assez précis pour qu'on le puisse facilement distinguer des autres tumeurs bénignes des maxillaires, et plus particulièrement des fibromes.

Le périenchondrome de la mâchoire inférieure forme, sur l'une des faces de l'os, une tumeur quelquefois dure, souvent ferme, élastique, résistante, sans adhérence à la peau, effaçant le sillon gingivo-buccal, occupant une portion plus ou moins considérable de la surface de l'os, souvent sa moitié, quelquefois sa presque totalité; il atteint souvent un volume considérable, et présente alors, selon les points que l'on explore, une résistance variable depuis la fluctuation la plus franche jusqu'à la dureté osseuse. Il se développe lentement, avec moins de lenteur toutefois que les fibromes; il n'est pas douloureux, et ne s'accompagne pas de retentissement sur la santé générale. Abandonnée à elle-même, la tumeur finit par envahir les tissus ambiants et par s'ulcérer.

La lenteur de sa marche, l'absence de douleurs, d'infection générale ou ganglionnaire, distinguent suffisamment le périenchondrome des tumeurs malignes. Il se distingue du fibrome par sa marche plus rapide, son volume plus considérable, et par l'envahissement plus rapide des tissus ambiants (Dolbeau). Inutile de faire remarquer combien ces caractères diagnostiques, basés sur des nuances, ont peu de valeur.

Le diagnostic de l'enchondrome du maxillaire inférieur nous paraît à peu près impossible.

Dans le périenchondrome du maxillaire supérieur, la tumeur présente les mêmes caractères physiques et les mêmes difficultés de diagnostic auxquelles il faut ajouter celle de distinguer si la tumeur est périmaxillaire ou si c'est un chondrome du sinus. L'absence de refoulement du plancher de l'orbite, de la paroi externe de la fosse nasale correspondante et de la voûte palatine, coïncidant avec le volume considérable de la tumeur du côté de la joue; la notion de l'apparition de la tumeur au

début à l'un des sièges d'élection, et plus particulièrement au niveau de la fossette canine, peuvent, en pareil cas, devenir des éléments de diagnostic précieux, et faire conclure à un périenchondrome. Mais il reste toujours à se demander si le sinus primitivement libre n'a pas été envahi consécutivement; ce dernier point de la question ne peut être résolu que sous le couteau.

Le chondrome de la mâchoire supérieure a ordinairement une marche lente. On l'a vu, cependant, dans certains cas, affecter la marche rapide du cancer. Cette allure spéciale des enchondromes à marche rapide ne peut, dans l'état actuel de la science, être rattachée à aucune particularité de structure. Il faut noter, cependant, que, dans certains cas, les cellules, très-petites, se rapprochaient, par leurs caractères, de celles du cartilage fœtal, et que, dans un fait de Heath, la tumeur présentait à sa surface une couche de petites cellules semblables à celles que l'on trouve à l'état normal à la face profonde du périoste.

PRONOSTIC. — L'enchondrome des mâchoires est une tumeur bénigne; elle ne se généralise pas, mais elle a une tendance marquée à récidiver sur place; les récidives paraissent plus fréquentes au maxillaire supérieur, sans doute parce qu'il est plus difficile de dépasser franchement les limites du mal.

TRAITEMENT. — Le traitement est essentiellement chirurgical. Dans un cas de Stanley, il est vrai, un enchondrome du volume d'une noisette avait diminué de deux tiers sous l'influence d'applications d'iodure de potassium et d'iode sur la joue; mais il faut dire que le diagnostic avait été posé d'après la sensation éprouvée par le chirurgien en faisant une ponction exploratrice.

L'intervention chirurgicale consiste : 1° dans l'ablation de la tumeur avec rugination et cautérisation de sa base d'implantation; 2° dans la résection de l'os.

1° L'ablation simple de la tumeur n'est jamais suffisante, si l'on veut se mettre à l'abri de la récidive; il faut ruginer et cautériser profondément la surface d'implantation, qui est toujours plus ou moins altérée. Quel que soit le volume de la tumeur, on l'enlève généralement en une seule opération. Telle ne fut pas, cependant, la conduite de Lebert (1) dans un cas d'enchondrome très-volumineux chez une jeune fille de treize ans et demi. Ce chirurgien fit trois extirpations consécutives : dans la première, il enleva la partie moyenne de la tumeur; trois mois après, la portion de droite; enfin, deux mois après, la portion de gauche. La guérison fut rapide et complète.

2° La résection d'une partie plus ou moins considérable des maxillaires ou de la totalité du maxillaire supérieur est un moyen plus radical et qui prévient la récidive. Elle est rendue nécessaire par l'étendue considérable de la tumeur, par les altérations des os, par l'existence de pro-

1) *Abhandl. aus den Gebiete d. practischen Chirurgie*, p. 397 (obs. IX).



longements dans les cavités de la face. Quel que soit le motif qui a porté le chirurgien à y recourir, il doit avoir le plus grand soin de dépasser hardiment les limites du mal, surtout lorsqu'il s'agit du maxillaire supérieur, où la tendance à la récédive est plus marquée.

La résection est encore indiquée dans les chondromes centraux du maxillaire inférieur; il ne faut cependant pas oublier que ces tumeurs sont quelquefois énucléables, et que, dans un cas, Astley Cooper s'est contenté, après avoir détruit la coque osseuse, d'enlever la tumeur avec un élévatoire.

*c. Ostéomes.* — Les ostéomes des maxillaires doivent être divisés en ostéomes *centraux* ou *cnostoses*, et en ostéomes *périphériques* ou *exostoses* proprement dites.

Les *exostoses* du maxillaire supérieur ont déjà été décrites avec les tumeurs du sinus maxillaire; celles du maxillaire inférieur déjà considérées comme rares autrefois, le sont encore bien plus depuis que les progrès de l'anatomie pathologique ont permis de tracer une ligne de démarcation exacte entre les tumeurs osseuses proprement dites et les odontomes durs ainsi que les tumeurs primitivement molles, telles que le fibrome et le sarcome, ayant subi l'ossification. Il est même douteux qu'il existe dans la science un exemple bien avéré d'*exostose* proprement dite de la mâchoire. Le cas cité par Heath, dans lequel toute la moitié droite de la mâchoire inférieure aurait été occupée par une grosse tumeur, offrant tous les caractères du tissu spongieux, et ayant acquis en cinq ans cet énorme développement, ne saurait être accepté comme un exemple concluant d'*exostose* spongieuse; l'examen anatomique est fort incomplet, et la tumeur, considérée dans sa marche, présente bien plutôt les caractères du sarcome ossifiant (*cancer ostéoïde* de Müller) que ceux des tumeurs osseuses.

Les *ostéomes sous-périostiques* ou *exostoses proprement dites* sont moins rares que les précédentes. Elles se développent tantôt sous l'influence de la syphilis, et sont alors précédées d'une périostose syphilitique, tantôt sous l'influence de l'irritation dentaire ou du traumatisme (Volkmann). Elles sont formées de tissu compacte, intimement adhérent d'un côté au périoste épaissi, de l'autre à la lame superficielle de l'os. Leur siège de prédilection est la face externe du maxillaire inférieur, et plus particulièrement la face externe de la branche montante ou l'angle de la mâchoire; dans ce dernier cas, elles sont généralement dues à l'inclusion ou à l'éruption difficile de la dent de sagesse.

À la mâchoire supérieure, elles siègent de préférence sur les portions nasale et palatine de l'os et peuvent atteindre un volume considérable, comme le démontre le spécimen déposé par Breschet, au musée Dupuytren.

Les *exostoses* des maxillaires se reconnaissent facilement à leur dureté, à leur forme lisse et arrondie, et à leur indolence. Elles sont cependant quelquefois le siège de douleurs spontanées lorsqu'elles se développent

sous l'influence d'un processus inflammatoire (ostéo-périostite hypertrophique de cause dentaire, ou ostéo-périostite gommeuse à marche subaiguë).

**TRAITEMENT.** — Les résolutifs, les calmants, et, s'il y a lieu, le traitement antisyphilitique, tels sont les moyens à employer pour combattre la maladie. Si la tumeur fait des progrès, si elle gêne la mastication où si elle est le siège de douleurs, il faut pratiquer la résection de l'os.

*d. Sarcomes.* — Les sarcomes des mâchoires figurent dans les tableaux de Weber, pour le chiffre de 84 sur 307 cas de tumeurs du maxillaire supérieur, et de 132 sur 403 cas de tumeurs du maxillaire inférieur.

Nous avons déjà étudié, sous le nom d'*épulis sarcomateuse*, celles de ces tumeurs qui siègent au bord alvéolaire. Nous n'avons donc à nous occuper ici que des sarcomes qu'on rencontre sur les autres points des os maxillaires.

On peut les diviser en *sarcomes centraux* et *sous-périostiques*, suivant qu'ils ont leur point de départ dans l'épaisseur même des os ou sous la face profonde du périoste. Cependant cette distinction n'est pas toujours facile à établir, même lorsqu'on a la pièce entre les mains; le sarcome sous-périostique peut envahir et détruire le tissu osseux, et le sarcome central le perforer et venir se placer sous le périoste.

Le *sarcome central* se présente sous deux formes bien distinctes : la *forme intra-osseuse enkystée*, et la *forme infiltrée*. Dans la première, la tumeur détruit et refoule le tissu osseux, qui lui forme une coque plus ou moins amincie, et qui peut même être perforée par les progrès du mal (*forme perforante* d'E. Nélaton). Ces tumeurs enkystées, sans adhérence intime avec le tissu osseux, quoiqu'elles n'en soient pas séparées par une membrane kystique, comme les odontomes, appartiennent presque toujours à la variété myéloïde; ce sont des *myéloplaxomes*.

Elles se développent dans le tissu spongieux de l'os, et ont pour siège de prédilection, au maxillaire supérieur, outre l'arcade alvéolaire, cette petite masse de tissu spongieux, atteignant à peine les dimensions d'un gros pois, qui existe constamment auprès des racines de la deuxième incisive, et qui correspond antérieurement à un point situé au-dessous et en dehors de l'échancrure nasale, sur les limites de la fossette incisive et de la fosse canine, précisément au-devant de l'angle antéro-inférieur du sinus maxillaire (E. Nélaton). Née en ce point, la tumeur peut de là s'étendre du côté du sinus, soit en refoulant la lame postérieure du tissu compacte, soit en la perforant.

Au maxillaire inférieur, la tumeur à myéloplaxes se développe dans le tissu spongieux de la portion alvéolaire pour s'étendre de là soit du côté de la gencive, de manière à former une épulis, soit dans l'épaisseur de l'os, qu'elle distend, amincit et perfore.]

Le volume de ces tumeurs varie depuis celui d'une tache rouge sombre au début jusqu'à celui d'un marron ou d'un gros œuf de poule.

Les sarcomes centraux *infiltrés* sont ordinairement des sarcomes à pe-



tites cellules; ils se distinguent des précédents par le petit nombre des myélopaxes qu'ils contiennent, par leur richesse en éléments jeunes diversement désignés par les auteurs (médullocelles de Robin, cellules embryonnaires, petites cellules), par leur marche rapide et par le volume considérable et quelquefois énorme qu'ils acquièrent.

En dehors de ces deux variétés, qui constituent pour les auteurs anglais le groupe des tumeurs *myéloïdes*, on observe encore aux mâchoires des tumeurs *fibro-plastiques* ou *sarcomes fasciculés*. De même que les précédentes, ces tumeurs peuvent atteindre un volume énorme. Dans un cas observé par Heath (fig. 173), un sarcome fibro-plastique avait atteint,

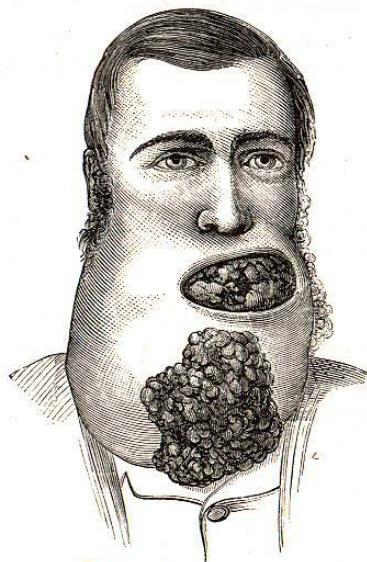


FIG. 173. — Tumeur fibro-plastique du maxillaire inférieur (Heath).

dans l'espace de onze ans, le poids de quatre livres; il s'étendait de l'angle gauche de la mâchoire inférieure à la partie moyenne de la branche droite, et descendait en bas jusqu'au sternum.

Il peut même arriver, comme dans un cas du professeur Richet, que ces diverses variétés se trouvent réunies sur un même sujet, ou encore qu'après l'extirpation d'une tumeur appartenant à l'une d'elles, une récurrence locale présente tous les caractères d'une variété différente.

• Les sarcomes *sous-périostiques* appartiennent ordinairement à la variété *fibro-plastique* (sarcome fasciculé). Contrairement à ce qu'on observe pour les sarcomes centraux, la variété *myéloïde* est rare. On rencontre, il est vrai, dans ces tumeurs, des myélo-

paxes et des médullocelles; mais ceux-ci ne constituent pas l'élément prédominant.

Le sarcome péri-maxillaire forme à la mâchoire supérieure des tumeurs arrondies, demi-sphériques, légèrement aplaties, recouvertes par le périoste épaissi. A la mâchoire inférieure, la tumeur s'étale soit sur la face interne, soit sur la face externe de l'os, contourne son bord inférieur, et peut s'étendre à la fois à la branche horizontale et à la branche montante de l'os. Le nerf dentaire est toujours intact, lors même que le canal qui le protège est perforé (E. Nélaton).

Ces tumeurs présentent des particularités de structure qu'il importe de signaler. Elles s'ossifient, subissent souvent la calcification ou même l'ossification véritable. Celle-ci est surtout très-marquée dans certains cas de sarcome central infiltré, et cette particularité a souvent fait confondre ces sarcomes ossifiés avec des tumeurs purement osseuses; l'erreur était

même inévitable à l'époque où l'on se contentait de faire l'examen des tumeurs sur des pièces sèches. C'est à Müller que revient l'honneur d'avoir bien étudié et bien décrit cette variété de sarcome qu'il désignait sous le nom de *cancer ostéoïde*, et auquel on pourrait plus exactement donner celui de *sarcome ostéoïde*. Lorsque l'ossification existe à un degré moindre, la tumeur est simplement traversée par des trabécules osseuses qui la parcourent en rayonnant sous forme d'aiguilles; celles-ci sont perpendiculaires à la surface de l'os, lorsque le sarcome est sous-périostique.

La dégénérescence kystique appartient d'une manière spéciale, quoique non exclusive, aux sarcomes intra-osseux. Ces kystes sont ordinairement le résultat de la dégénérescence muqueuse des éléments de la tumeur; plus rarement ils sont consécutifs à des épanchements sanguins ou à la dégénérescence granulo-graisseuse.

Le contenu du kyste ou des kystes est séreux ou séro-sanguinolent, gélatineux ou de consistance demi-solide, grasseuse.

Les sarcomes myéloïdes présentent encore un caractère important, c'est leur grande vascularité. Cette vascularité augmente avec le développement de la tumeur; elle peut être portée au point de faire complètement méconnaître, même pièces en mains, la nature du produit morbide, que l'on est tenté de prendre pour une tumeur vasculaire dite tumeur anévrysmatique des os. Les petits vaisseaux qui le parcourent ont des parois d'une extrême minceur, ce qui explique la fréquence et le grand nombre des épanchements sanguins qu'on y observe dans certains cas.

L'existence de tumeurs mixtes, telles que le *fibro-sarcome* et le *chondro-sarcome*, a déjà été signalée.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC. — Le sarcome des mâchoires présente souvent dans sa marche deux périodes assez tranchées: une première dans laquelle la tumeur, contenue dans l'épaisseur de l'os ou bridée par le périoste, progresse lentement et ordinairement sans douleurs; une deuxième dans laquelle le périoste étant détruit, elle fait en peu de temps des progrès rapides. Le passage de la première à la seconde période peut être hâté par une intervention chirurgicale trop timide; chacun sait avec quelle rapidité se développent, après une ou plusieurs récurrences, des tumeurs jusqu'alors d'apparence bénigne.

Cette distinction établie par Virchow ne saurait être appliquée indifféremment à toutes les variétés de sarcome; vraie pour les tumeurs à myélopaxes et pour les tumeurs fibro-plastiques, elle ne l'est plus lorsqu'il s'agit du sarcome à petites cellules, qui, par sa marche rapide, quelquefois même par son retentissement sur l'économie, présente tous les caractères cliniques du cancer encéphaloïde, surtout à la mâchoire inférieure.

Le diagnostic du sarcome intra-osseux est toujours difficile et souvent impossible. Lorsque le sarcome est enkysté, il présente tous les caractères



tères du fibrome et de l'enchondrome, sans en excepter la crépitation parcheminée. Infiltré, il ne saurait encore être distingué de ces tumeurs lorsque sa marche est lente, du cancer lorsque sa marche est rapide. L'indolence de la tumeur, opposée à son volume considérable, pourrait cependant, dans ce dernier cas, faire pencher du côté du sarcome. Il peut enfin être confondu avec les kystes multiloculaires dont la ponction exploratrice elle-même est, dans certains cas, impuissante à la distinguer. Par contre, l'issue par la canule de quelques gouttes de sang pourra faire écarter l'idée d'un fibrome ou d'un chondrome.

Lorsque le sarcome siège sous le périoste soit primitivement, soit consécutivement à la perforation de l'os, on peut le reconnaître à la coloration violacée, à la mollesse de la tumeur, à sa grande vascularité s'il s'agit d'une myéloïde; à sa consistance demi-dure, souvent inégale, s'il s'agit d'une tumeur fibro-plastique, et enfin à l'absence de crépitation parcheminée qui le distingue nettement des tumeurs intra-osseuses séparées des parties molles par une coque amincie. Encore faut-il observer que la présence dans la tumeur des trabécules osseuses dont nous avons parlé pourrait induire en erreur; ces trabécules en se brisant sous la pression peuvent en effet donner lieu à une espèce de crépitation facile à confondre à un examen peu attentif avec le bruit parcheminé.

La difficulté est encore plus grande lorsqu'il s'agit du maxillaire supérieur et que la tumeur se développe du côté du sinus (voy. *Tumeurs du sinus maxillaire*).

PRONOSTIC. — Le pronostic du sarcome des mâchoires varie suivant la variété à laquelle appartient la tumeur; et suivant son siège et son volume.

De toutes les variétés, la plus grave est sans contredit le sarcome à petites cellules. Nous avons déjà dit qu'il peut présenter tous les caractères cliniques du cancer; il peut récidiver sur place, dans les ganglions ou même, quoique rarement, dans les viscères. Le sarcome fasciculé est moins grave, sa marche est moins rapide, il récidive moins souvent, mais il peut compromettre la vie, lorsque, par son énorme développement, il vient à gêner une des fonctions essentielles, comme la respiration, la déglutition. Enfin de toutes les variétés, la moins maligne sans contredit est le sarcome à myéloplaxe, bien que cette bénignité ait été exagérée par Eug. Nélaton. Quoiqu'il existe des exemples de généralisation, on peut dire qu'en général l'affection reste locale.

Les sarcomes du maxillaire supérieur sont plus graves que ceux du maxillaire inférieur, ce que l'on doit attribuer sans doute à ce que l'exploration étant plus difficile on intervient de moins bonne heure et qu'on ne dépasse pas toujours les limites du mal.

TRAITEMENT. — Le traitement est le même que celui des chondromes.

e. *Cancers*. — Le cancer des mâchoires est relativement fréquent: il figure dans les tableaux de Weber pour le chiffre de 133 sur 307 cas de tumeurs du maxillaire supérieur, et de 163 sur 403 tumeurs du maxillaire inférieur.

Sous le nom générique de *cancer des mâchoires*, il faut comprendre non-seulement le *carcinome proprement dit*, mais encore les *épithéliomes primitifs* des os maxillaires et les *épithéliomes par propagation*.

Le cancer des maxillaires peut être divisé en cancer *central* ou *intra-osseux*, et en cancer *sous-périostique*.

Le cancer *intra-osseux* est plus fréquent à la mâchoire supérieure qu'à la mâchoire inférieure. Il comprend deux variétés: l'*épithéliome* et le *carcinome* ou *cancer proprement dit*.

Le *cancer épithélial* prend naissance dans le tissu spongieux, et plus particulièrement dans la portion alvéolaire des maxillaires. Il s'étend de là, soit vers l'extérieur, de manière à former une *épolis épithéliale*, soit dans l'épaisseur même de l'os, qu'il envahit et détruit consécutivement, de manière à se placer sous les parties molles de la joue, auxquelles il devient adhérent.

Le *carcinome*, ou *cancer proprement dit*, revêt ordinairement aux mâchoires la forme médullaire ou encéphaloïde, et naît, soit dans la couche médullaire sous-périostée, soit dans l'épaisseur du tissu spongieux.

Ces tumeurs épithéliales ou carcinomateuses subissent un développement souvent très-rapide. Lorsqu'elles ne se portent pas à l'extérieur sous forme d'épolis, elles se propagent, soit dans le sinus, s'il s'agit du maxillaire supérieur, soit à toute l'étendue des deux branches du maxillaire inférieur.

De même que les sarcomes, ces tumeurs sont susceptibles d'acquiescence à une vascularité extrême, et de présenter de véritables battements avec bruit de souffle continu à redoublements systoliques ou intermittents. Tel était le cas chez une femme traitée par Verneuil: une tumeur considérable s'étendait de la partie moyenne du maxillaire inférieur jusqu'en arrière de l'angle du côté gauche; les battements et le souffle systolique étaient tellement marqués, que Verneuil, Guyon et Labbé conclurent à l'existence d'un anévrysme. L'examen de la pièce anatomique après opération vint démontrer qu'il s'agissait d'un épithéliome tubulé, ayant pris naissance dans le tissu osseux qu'il avait complètement détruit, à tel point que le produit morbide se trouvait logé dans une espèce de sac formé par le périoste perforé en dehors et étendu de la partie moyenne de la branche gauche jusqu'à l'articulation temporo-maxillaire, dont il n'était séparé que par le fibro-cartilage articulaire.

Les tumeurs épithéliales ou carcinomateuses acquiescence fréquemment un volume considérable; elles ne tardent pas à envahir la plus grande partie ou la totalité des maxillaires. De même que les sarcomes, ces tumeurs peuvent être atteintes par la dégénérescence kystique.

Les épithéliomes et les carcinomes *sous-périostaux* sont extrêmement rares; il n'en existe même pas d'autre cas bien avéré dans la littérature médicale que les trois de Heath, dont le premier seul est réellement probant: la tumeur était squirrheuse.

ÉTIOLOGIE. — L'épithéliome et le carcinome des mâchoires, rares avant



l'âge adulte, sont le triste apanage de l'âge avancé. Ce n'est que par exception qu'on les rencontre chez l'enfant ou chez l'adolescent.

**SYMPTOMATOLOGIE.** — Dans la première période, tant que le produit morbide est encore contenu dans l'épaisseur de l'os et que le périoste n'est pas altéré, il est impossible de distinguer le cancer des autres tumeurs des mâchoires, et surtout des formes intra-osseuses (*fibrome, chondrome, sarcome*). L'augmentation considérable du volume des os, la crépitation parcheminée symptomatique de leur amincissement, la crépitation par fracture des trabécules osseuses, dans le cas de tumeur ossifiante, ne présentent rien de caractéristique. Il existe cependant, vers la fin de cette période, un symptôme d'une véritable valeur diagnostique: l'ébranlement rapide des dents, suivi de la chute de ces organes, et coïncidant avec l'exagération de vascularité des gencives et la stomatorrhagie, plaide toujours en faveur d'une affection maligne, qui, au lieu de refouler simplement le tissu osseux, l'envahit et le détruit. Toutefois ce symptôme ne saurait pas être considéré comme pathognomonique; on l'observe en effet dans d'autres tumeurs des maxillaires, et plus particulièrement dans le sarcome encéphaloïde. Il est vrai que cette variété du sarcome présente assez souvent les caractères cliniques du cancer pour que cette restriction puisse être considérée comme ayant très-peu d'importance.

A la seconde période surviennent ordinairement de nouveaux symptômes locaux ou généraux qui ont une grande importance. La peau devient adhérente à la tumeur, et avant même que l'adhérence s'établisse, on peut remarquer sur le tégument une vascularisation de mauvais augure; des groupes de veinules ou de veines dilatées sillonnent la peau au niveau de la tumeur; enfin la peau, d'abord plus épaisse, plus consistante, rougit et s'amincit. Les dents sont ébranlées ou absentes, et à travers les alvéoles qui les contenaient font issue des bourgeons mollasses, fongueux, violacés, saignant facilement. Les gencives elles-mêmes sont vascularisées et fongueuses. Enfin les ganglions sous-maxillaires, sus-hyoïdiens ou cervicaux, suivant le siège du cancer, sont augmentés de volume et indurés. Abandonnée à elle-même, la tumeur finit par s'ulcérer, et dès lors on ne tarde pas à observer les symptômes généraux de la cachexie cancéreuse: amaigrissement, teinte jaune-paille, thromboses, etc.

Abstraction faite des symptômes mécaniques, tels que gêne de l'articulation des sons, de la mastication, de la déglutition ou même de la respiration, le cancer des mâchoires présente presque toujours des caractères subjectifs qu'on n'observe que rarement dans les tumeurs bénignes des maxillaires. Ce sont: la marche rapide du mal et les douleurs.

La rapidité de la marche n'est pas constante; elle fait souvent défaut dans la première période, surtout dans la variété épithéliale. Cette exception à la règle générale paraît être plus fréquente à la mâchoire inférieure

qu'à la supérieure: c'est ainsi qu'on voit des tumeurs véritablement cancéreuses du maxillaire inférieur rester souvent quatre ans, sept ans même, comme dans un cas observé dans le service de Verneuil, sans faire des progrès sensibles, pour s'accroître ensuite considérablement en quelques mois. D'un autre côté, la rapidité de la marche n'appartient pas exclusivement au cancer, puisqu'elle se rencontre quelquefois dans l'enchondrome, et surtout dans le sarcome.

Les douleurs peuvent ne pas exister dans la première période de l'affection, mais il est rare qu'elles ne surviennent pas tôt ou tard. Souvent locales, lancinantes ou névralgiformes, elles sont prises, en pareil cas, pour des odontalgies et suivies de l'extraction des dents supposées malades; d'autres fois elles siègent dans le voisinage, dans l'intérieur de l'oreille ou en avant du tragus, pour la mâchoire inférieure; au pourtour de l'orbite, à la tempe ou à la pommette, pour la mâchoire supérieure; plus rarement enfin elles peuvent irradier plus loin, au cou, à la tête, à l'épaule, etc.

**DIAGNOSTIC.** — Le diagnostic du cancer des mâchoires est souvent difficile, quelquefois impossible. L'âge du malade, l'hérédité, la marche rapide du mal, les douleurs lancinantes, et par-dessus tout l'infection ganglionnaire et la cachexie, tels sont les éléments sur lesquels on devra compter le plus. Nous avons vu le peu de valeur des symptômes physiques; on doit excepter toutefois l'adhérence, la vascularisation de la peau, enfin l'apparition des prolongements fongueux de la tumeur à travers les alvéoles.

**PRONOSTIC.** — Le pronostic est grave comme celui du cancer en général; il est plus grave pour le carcinome proprement dit que pour l'épithéliome.

**TRAITEMENT.** — L'extirpation de la tumeur avec résection partielle ou totale de l'os est le seul traitement qui convienne à la maladie.

Dans le cas où la tumeur serait extrêmement vasculaire, animée de battements très-marqués, avec souffle, on devrait, à l'exemple de Verneuil, pratiquer dans une première opération la ligature de la carotide externe, et ne procéder que plus tard à la résection. Dans le fait observé par ce chirurgien, cette conduite a été suivie d'un succès complet.

g. *Angiomes.* — Existe-t-il des tumeurs exclusivement vasculaires des maxillaires? En dehors des tumeurs érectiles des gencives dont nous avons déjà parlé, nous n'hésitons pas à répondre par la négative; les faits qu'on est dans l'habitude de citer comme des exemples de *tumeurs anévrysmales* ou *anévrysmales*, d'*anévrysme des os maxillaires*, ne nous paraissant pas suffisamment probants. Dans les uns, il s'agit bien évidemment de sarcomes ou de cancers très-vasculaires; dans les autres, le doute peut être permis, mais l'examen anatomique est toujours trop incomplet pour rendre possible toute affirmation catégorique. Il est, du reste, à remarquer que ces prétendues tumeurs *vasculaires*, déjà très-rares auparavant, sont devenues introuvables depuis que, grâce aux pro



grès de la micrographie, l'examen anatomo-pathologique est lui-même devenu plus exact et plus rigoureux.

h. *Lipomes*. — L'existence de lipomes des maxillaires est également contestée. On cite, cependant, deux cas de *lipome du maxillaire supérieur* : le premier présenté à la Société anatomique par Viard, en 1850, le second à la Société de biologie par Triquet, en 1851. Les deux pièces avaient été prises sur le cadavre.

## § II. — Lésions vitales et organiques de l'articulation temporo-maxillaire.

### 1° Arthrites.

A. *Arthrite aiguë*. — L'inflammation aiguë simple de l'articulation temporo-maxillaire est une affection des plus rares. L'arthrite *traumatique*, en dehors des plaies pénétrantes de l'articulation, est, on peut le dire, inconnue, malgré la fréquence des traumatismes qui paraîtraient de nature à lui donner naissance (coups, chutes sur le menton, etc.). L'arthrite *rhumatismale* vraie, liée au rhumatisme articulaire aigu, n'est pas plus fréquente; on n'en trouve pas une seule observation dans l'ouvrage du professeur Bouillaud.

Quant aux arthrites *par propagation*, consécutives à la périostite simple ou phosphorée des mâchoires, à la périostite du temporal et à l'ostéopériostite du plancher du conduit auditif et de la caisse du tympan, elles ont déjà été signalées comme une complication de ces maladies.

B. *Arthrite subaiguë ou chronique*. — Signalée et décrite, dès 1785, par Sandifort dans ses *Exercitationes academicæ*, cette affection a été plus récemment étudiée par Adams (de Dublin).

L'arthrite sèche ou déformante de l'articulation temporo-maxillaire se présente sous deux formes très-différentes : tantôt elle est isolée et n'occupe exclusivement que l'articulation des mâchoires; tantôt, au contraire, d'autres articulations sont en même temps envahies. Le plus souvent, du reste, l'arthrite sèche temporo-maxillaire n'est isolée qu'en apparence; presque toujours les articulations des vertèbres du cou, et en particulier celles de l'atlas, sont prises en même temps. Enfin, en consultant les antécédents personnels ou héréditaires des malades, il est bien rare qu'on ne trouve pas des traces de la diathèse rhumatismale ou goutteuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions anatomiques sont celles de l'arthrite sèche en général : usure des fibro-cartilages articulaires et du ménisque interarticulaire; éburnation des surfaces osseuses qui sont en même temps déformées, etc. La cavité glénoïde du temporal s'agrandit et devient irrégulière; le condyle tend à disparaître et peut être remplacé par une surface osseuse, noueuse ou conique; des stalactites osseuses se développent au pourtour de l'articulation, dont elles gênent les mouvements; on a vu de ces stalactites s'étendre depuis le condyle jusqu'à

l'épine du sphénoïde, à la scissure de Glaser, au bord de la cavité glénoïde. Enfin, l'articulation contient souvent des corps étrangers en nombre variable; on en comptait une vingtaine dans un cas observé par A. V. Haller (cité par Weber).

SYMPTOMATOLOGIE. — Lorsque l'arthrite sèche est isolée, l'affection est toujours apyrétique et souvent indolente; tout peut se borner, dans les cas les plus légers, à une *crépitation indolente* se produisant dans les mouvements de la mâchoire. D'autres fois à la crépitation s'ajoute une légère douleur dans les mouvements et même un peu de tuméfaction au niveau du condyle. La crépitation, habituellement indolente, peut, du reste, devenir de temps en temps douloureuse sous l'influence du froid ou sans cause connue; en d'autres termes, la maladie suit une marche chronique, interrompue de temps à autre par des poussées d'arthrite subaiguë. Dans les formes plus graves, les mouvements sont plus gênés et s'accompagnent de véritables craquements; enfin l'ankylose peut être le résultat de la production de stalactites osseuses périarticulaires.

Lorsque l'arthrite temporo-maxillaire coïncide avec des arthrites multiples, il y a souvent de la fièvre; les mouvements sont gênés ou rendus impossibles par la douleur; la région temporo-maxillaire est gonflée et douloureuse. L'inflammation peut se résoudre avec une grande rapidité, sans laisser après elle aucune trace apparente, mais on peut s'attendre à ce que l'articulation soit envahie de nouveau; ce n'est souvent qu'après plusieurs poussées consécutives qu'on observe la crépitation et la gêne des mouvements symptomatiques de l'arthrite sèche.

Les poussées d'arthrite subaiguë sont souvent accompagnées, en pareil cas, de *faux torticolis* ou de contracture douloureuse des muscles du cou, symptomatique d'arthrite vertébrale concomitante.

Le *traitement* est celui de l'arthrite en général. On verra bientôt quelle doit être la conduite du chirurgien lorsque la maladie a déterminé une ankylose plus ou moins complète, et par suite la constriction des mâchoires.

### 2° Constriction des mâchoires.

On désigne indifféremment, sous le nom de *constriction* ou de *resserrement des mâchoires*, un symptôme qui consiste dans la perte complète ou incomplète du mouvement d'abaissement de la mâchoire inférieure.

La constriction des mâchoires est *passagère* ou *permanente*. Dans le premier cas, elle reconnaît pour cause immédiate la contracture des muscles éleveurs de la mâchoire, et plus particulièrement du masséter. Rarement cette contracture est *idiopathique*; on l'observe alors plus particulièrement chez les femmes hystériques, ainsi que j'ai eu l'occasion d'en rencontrer quelques cas. Chez une jeune femme de trente ans, l'affection avait débuté brusquement après une suppression de règles; elle s'était ensuite reproduite pendant quatre mois à chaque époque menstruelle.