

avec des solutions désinfectantes. Lorsque la plaie a une certaine étendue, elle laisse volontiers un orifice fistuleux, tapissé de muqueuse, que l'on peut fermer à l'aide d'une plaque en or fixée à une dent, afin d'empêcher la pénétration de corps étrangers dans le sinus (SALTER). Mais il arrive encore plus souvent que l'ouverture pratiquée dans le fond de l'alvéole ne reste pas ouverte, qu'elle tend constamment à se fermer, et que le pus s'accumule ainsi de nouveau dans le sinus; dans ce cas on fera le drainage de la cavité avec un tube en caoutchouc. Pour empêcher ce dernier de tomber, on passe un petit bout de drain mince à travers la partie du tube à drainage contenue dans la cavité du sinus.

β. Tumeurs du maxillaire supérieur.

Tumeurs du sinus maxillaire.

§ 90. Nous avons déjà fait mention des **polypes muqueux** de l'antra d'Hygmore, et nous avons parlé de leur tendance à la dégénérescence kystique. Ces tumeurs se comportent tout à fait comme les polypes muqueux des fosses nasales. Ils prennent naissance sur les parois du sinus et se développent librement dans la cavité de ce dernier. Le plus souvent on ne les découvre que par hasard dans les autopsies, car ils n'atteignent que rarement des dimensions suffisantes pour refouler les parois du sinus et donner lieu à des phénomènes analogues à ceux que produisent d'autres tumeurs. Cependant, le refoulement et l'usure de ces parois peuvent être la conséquence de polypes muqueux multiples qui apparaissent alors dans la cavité nasale ou à l'extérieur du maxillaire, et subissent volontiers la transformation kystique. Ainsi se trouve constituée une poche tapissée d'une muqueuse et contenant, comme nous l'avons déjà fait remarquer, un liquide muqueux, clair ou trouble, qui renferme parfois une forte proportion de cholestérine (*Hydropisie de l'antra d'Hygmore* d'après GIRALDES) (*Voir plus loin le diagnostic différentiel de ces tumeurs avec les kystes dentaires*).

Le sinus maxillaire peut être également le siège de tumeurs analogues aux **fibromes** de la cavité nasale, tumeurs qui peuvent atteindre de très grandes dimensions et faire leur apparition à la joue, après avoir déterminé l'atrophie de la paroi antérieure du sinus, ou dans la cavité naso-pharyngienne après la destruction des parois interne et postérieure de l'antra d'Hygmore. De la cavité naso-pharyngienne elles peuvent même perforer la base du crâne et pénétrer dans la cavité crânienne (ADELMANN). On a aussi observé des **sarcomes** et des **enchondromes** ayant pour point de départ la face interne du sinus maxillaire. Quant aux **carcinomes**, ils ne sont pas rares, surtout à un âge avancé; ils affectent principalement la forme médullaire, et présentent ordinairement, au point de vue histologique, une structure glandulaire bien caractérisée. On y rencontre, en effet, des amas de petites cellules formant des tubes semblables à ceux que l'on observe dans les glandes. Ces tubes ont souvent un contenu muqueux et peuvent être ainsi le point de départ de cavités kystiques. Le tissu interstitiel possède aussi généralement une consistance très molle. Ces

tumeurs détruisent les parois du sinus maxillaire et deviennent alors facilement le siège d'ulcérations anfractueuses et tapissées de végétations papillaires, ulcérations et végétations qui apparaissent soit dans la cavité nasale après la destruction de la paroi interne du sinus, soit dans la bouche, à travers la voûte palatine. Le néoplasme peut également envahir la joue sous la forme d'un ulcère végétant, après avoir détruit la paroi osseuse antérieure et les parties molles de la région.

§ 91. — Pour le **traitement** des polypes muqueux il est nécessaire d'ouvrir le sinus par sa paroi antérieure. Cette opération peut, en général, être aisément pratiquée par la bouche à l'aide d'un fort bistouri. Si l'on a besoin de beaucoup d'espace, on peut constituer avec l'os, le périoste et la muqueuse un lambeau que l'on rabat de bas en haut, et que l'on fixe de nouveau sur l'ouverture après l'extirpation du néoplasme. Lorsqu'il s'agit de tumeurs plus volumineuses, il devient nécessaire de pratiquer la résection de la paroi antérieure du sinus à travers une incision de la joue (*voir plus loin*). Les fibromes étendus exigent la résection du maxillaire; de même lorsqu'on a affaire à un carcinome de l'antra d'Hygmore, l'extirpation totale du maxillaire et de la tumeur peut seule donner quelque résultat.

Tumeurs du rebord alvéolaire.

§ 92. — Depuis longtemps on désigne sous le nom d'**épulis** certaines tumeurs qui, développées au niveau du rebord alvéolaire, sont plus ou moins pédiculées ou affectent la forme de champignons. Le nom d'épulis ne préjuge naturellement en rien les caractères histologiques de ces pseudoplasmes.

Au point de vue histologique, la plupart de ces épulis appartiennent au groupe des tumeurs formées de tissu conjonctif. C'est ainsi que l'on observe souvent, chez les enfants, des tumeurs constituées par un tissu de granulations et tapissées d'une couche épithéliale; elles sont pédiculées et sortent d'une fistule, ou bien font saillie hors d'une alvéole à la suite de l'extraction d'une dent malade. De même les granulations qui font hernie à l'extérieur de la cavité ouverte d'une dent cariée, affectent parfois la forme de petites tumeurs. La grande majorité des épulis sont des **sarcomes**. Tantôt ce sont des sarcomes à grandes cellules fusiformes assez rapprochées les unes des autres, et il n'est pas rare alors de voir les rangées de cellules s'écarter pour loger entre elles des cellules géantes (sarcome à cellules géantes ou sarcome myéloïde); tantôt ce sont des tumeurs formées essentiellement d'un tissu conjonctif dense, comme celui des fibromes, mais contenant également parfois des cellules géantes. En général, les formes molles de l'épulis sont des sarcomes, tandis que les formes dures représentent plutôt des fibromes.

Les fibromes et sarcomes dont il vient d'être question, ont leur point de départ dans la cavité alvéolaire et naissent du périoste de cette dernière, ou

bien ils proviennent du tissu conjonctif du rebord alvéolaire. Tantôt ils prennent naissance sur un point tout à fait circonscrit de la surface de l'os, et affectent alors une forme pédiculée, tantôt leur base d'implantation est plus large, et dans ce cas ils recouvrent une étendue plus grande du maxillaire, et leur forme se rapproche de celle d'un champignon. Ces tumeurs ont une surface inégale. Elles entourent les dents, lesquelles finissent par tomber ou restent lâchement implantées dans le néoplasme, qui s'est substitué au tissu osseux de l'alvéole. Enfin elles peuvent pénétrer dans l'os et en amener la résorption; elles s'étendent ainsi quelquefois jusque dans le sinus maxillaire, qu'elles finissent par combler entièrement. La partie du néoplasme située sous la muqueuse buccale s'ulcère quelquefois à sa surface; l'ulcération est alors peu profonde, assez régulière, et sa sécrétion peu abondante.

On aurait parfaitement raison de réserver le nom d'épulis à cette forme de tumeur alvéolaire. Il servirait ainsi à désigner ce groupe de néoplasmes qui se développent à la suite d'une irritation presque toujours facile à constater, irritation qui ordinairement ne donne lieu qu'à un simple processus inflammatoire; ces tumeurs, et surtout les petits granulomes, disparaissent souvent sans opération après l'extraction d'une dent malade ou d'une racine restée implantée dans l'alvéole. Si l'on tient à cette définition, l'épulis acquiert une importance considérable précisément à l'époque actuelle où l'on a une tendance à faire prévaloir la doctrine de l'**origine congénitale des tumeurs**. Il est, en effet, le type de cette forme bénigne de néoplasmes voisine de l'état inflammatoire, qui exige seulement dans les cas les plus graves une extirpation radicale, et reconnaît comme **cause pathogénique une irritation continue**.

A côté de ces tumeurs relativement bénignes, on observe également des **carcinomes du rebord alvéolaire**, et l'on a même publié des cas d'épulis malin chez des enfants. Cependant, c'est principalement chez les individus âgés que l'on rencontre cette forme de tumeur pédiculée ou possédant encore plus souvent une large base d'implantation, et se développant de préférence au niveau des dernières grosses molaires. On a surtout accusé les dents de sagesse de jouer ici un rôle étiologique, à cause de l'irritation prolongée qu'elles provoquent assez souvent dans la portion correspondante de la muqueuse. L'épulis cancéreuse est ordinairement caractérisée par une grande tendance à l'ulcération et par son extension rapide à l'os sous-jacent (O. WEBER). Outre les formes de tumeurs cancéreuses à évolution lente, on rencontre des carcinomes médullaires à marche rapide et offrant un caractère de malignité très prononcé.

Nous avons à signaler encore une fois, parmi les tumeurs à large base d'implantation développées sur le rebord alvéolaire, les **hyperostoses diffuses** accompagnant le gonflement diffus généralisé du squelette de la face. Parfois on rencontre également des hyperostoses plus circonscrites du rebord alvéolaire, et les **exostoses** ne sont pas rares non plus dans cette région. On a aussi observé l'**enchondrome** parmi les tumeurs du rebord alvéolaire (BECK). Quant aux tumeurs en relation avec le système dentaire (odontomes), nous les étudierons dans le chapitre consacré aux maladies des dents.

§ 93. — Nous avons fait ressortir plus haut la bénignité des formes sarcomateuse et fibreuse de l'épulis. Sans doute dans beaucoup de cas ces tumeurs sont dues simplement à des irritations inflammatoires provoquées par des dents malades. Le fait qu'elles contiennent, en outre, des cellules géantes s'explique plus facilement depuis que nous connaissons les relations que présentent ces éléments avec la résorption de l'os (KOELLIKER). Ce sont ces formes de néoplasmes que l'on voit disparaître spontanément lorsque, par l'extraction d'une dent, on a fait cesser une cause d'irritation (SALTER). Mais lorsque la tumeur a acquis une certaine indépendance, en ce sens qu'elle a envahi une partie du rebord alvéolaire en suivant le tissu conjonctif et en produisant la résorption du tissu osseux, on est alors obligé d'enlever toute la partie malade si l'on veut éviter sûrement des récidives. Une intervention radicale est parfaitement justifiée, soit par la tendance bien marquée de ces néoplasmes à s'étendre considérablement en détruisant les tissus sains, soit par le danger des récidives locales. On devra donc opérer dans le tissu sain, dût-on même pour cela sacrifier une portion notable du rebord alvéolaire, ouvrir l'ancre d'Highmore, ou réséquer toute la partie inférieure du maxillaire. On pourra toujours, il est vrai, surtout chez les enfants, essayer d'abord l'opération consistant à enlever, avec les tissus malades, la dent qui était devenue une cause d'irritation; mais alors on aura soin d'avertir les parents de la possibilité d'une récidive qui exigerait ensuite une opération plus radicale. Ces règles doivent être encore plus rigoureusement observées lorsqu'il s'agit d'épulis cancéreuses. Chez les enfants, il est vrai, la forme de carcinome décrite par WEBER semble posséder un caractère de bénignité relative que l'on ne retrouve pas chez les individus âgés. Chez ces derniers les essais de résection partielle ne m'ont donné que de biens tristes résultats. Lorsque le carcinome a son siège au niveau de la dent de sagesse, il envahit volontiers la muqueuse de la joue et du palais, et présente, par conséquent, un plus haut degré de malignité que lorsque la tumeur occupe une autre partie du rebord alvéolaire. Dans ces conditions la seule opération qui puisse donner quelque résultat, c'est une *résection étendue de l'os avec excision d'une large zone de muqueuse saine*. En règle générale il ne peut être question alors que d'une résection du maxillaire correspondant.

Tumeurs provenant du périoste et du tissu osseux du corps du maxillaire.

§ 94. — Les tumeurs que nous avons à étudier ici appartiennent au groupe du tissu conjonctif.

Des **fibromes** peuvent naître du périoste et du tissu osseux du maxillaire. Les fibromes périostaux sont implantés à la surface de l'os et sont dépourvus d'une enveloppe osseuse. Ils s'accroissent soit du côté de la face, soit du côté