

du sinus maxillaire, dont ils finissent par remplir la cavité. Dans ce dernier cas, ils déterminent alors, par compression de dedans en dehors, l'usure et la résorption de la paroi osseuse de l'antra d'Higmore, et apparaissent à la surface et dans les cavités voisines du sinus sous la forme d'une tuméfaction diffuse du maxillaire. Ils constituent des formes de transition avec les polypes fibreux pédiculés décrits antérieurement.

Les fibromes provenant du périoste sont moins fréquents que ceux qui ont pour point de départ le tissu conjonctif de l'os (fibrome des os). Au début de leur développement, pendant que le tissu osseux est en voie de résorption, ces tumeurs déterminent une irritation inflammatoire du périoste, et ce dernier répond à cette irritation par la production d'une coque osseuse, que l'on prenait autrefois pour la paroi osseuse elle-même amincie et refoulée à la périphérie par le néoplasme en voie d'accroissement. Du reste cette enveloppe osseuse disparaît à son tour par suite de l'augmentation de volume de la tumeur. Après avoir détruit la couche osseuse, cette forme de fibrome tend aussi à envahir le sinus maxillaire et à remplir cette cavité; partout d'ailleurs où le néoplasme arrive en contact avec le tissu osseux, il en provoque la résorption et se substitue à ce dernier. Ces fibromes se distinguent souvent par leur consistance dure, et à l'examen histologique on observe des faisceaux de tissu conjonctif serrés et diversement entrelacés, formant de petites nodosités, à tel point que toute la tumeur semble constituée par l'agglomération d'un grand nombre de nodules semblables. Il n'est pas rare d'y rencontrer des foyers calcaires, osseux ou parfois cartilagineux.

Les fibromes présentent aussi des formes de transition vers des tumeurs plus molles comme le sarcome et le myxome, ainsi que vers l'enchondrome. C'est surtout dans les récidives à la suite d'opérations que l'on voit le fibrome passer peu à peu à des formes malignes de néoplasmes.

Les **enchondromes** s'observent surtout comme partie constituante d'autres tumeurs; cependant on voit quelquefois des enchondromes purs se développer du périoste du sinus maxillaire, tandis que dans d'autres cas ils prennent naissance dans l'os lui-même et forment de grandes tumeurs s'étendant bien au delà des limites de la mâchoire. De même que les fibromes, ils affectent de préférence les individus jeunes et leur pronostic est en somme favorable si l'on a soin de les extirper complètement. Ils offrent également comme particularité une certaine tendance à la calcification et à l'ossification.

On sait que les sinus frontaux, l'orbite, l'apophyse nasale du frontal, sont assez souvent le siège d'**ostéomes**. Ces tumeurs, qui sont très dures, s'étendent alors parfois jusqu'au maxillaire. Mais on a vu aussi, dans certains cas, des ostéomes naître du maxillaire lui-même et particulièrement de la face interne du sinus pour se développer dans cette cavité. Le procédé qui permet d'extirper le plus facilement ces tumeurs éburnées, est celui qui consiste à les détacher de leur point d'insertion sur l'os sain.

§ 95. — La grande majorité des tumeurs du maxillaire sont des **sarcomes** appartenant aux formes histologiques les plus diverses. Tels sont les sarcomes à cellules fusiformes, les sarcomes à cellules géantes, les glio-sarcomes à petites cellules, les sarcomes à disposition alvéolaire des cellules, etc. On observe aussi très souvent des sarcomes mixtes ou formant transition vers l'enchondrome et le myxome, ainsi que des productions kystiques dans l'intérieur du

néoplasme. Au point de vue clinique il importe de distinguer les formes dures appartenant surtout aux sarcomes à cellules fusiformes et à cellules géantes, des formes plus molles, médullaires, constituées ordinairement par de petites cellules. C'est ce dernier groupe de sarcomes qui certainement présente le pronostic le plus défavorable.

Quant au siège des sarcomes nous avons à distinguer, comme pour le fibrome, une *forme périostale* et une *forme intra-osseuse*. Les sarcomes provenant du périoste sont implantés largement sur le maxillaire et ne sont pas recouverts d'une capsule osseuse; lorsqu'ils naissent du périoste du sinus maxillaire, ils peuvent, de même que les fibromes, se développer aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur de cette cavité. Le tissu osseux sous-jacent est assez souvent sclérosé, et il envoie des spicules osseuses vers la périphérie de la tumeur, laquelle, surtout s'il s'agit du sarcome à cellules fusiformes, offre parfois une disposition radiée très nette de ses éléments cellulaires.

Il est certain que des **sarcomes à petites cellules** peuvent se développer également aux dépens du périoste du maxillaire supérieur; ces tumeurs pénètrent très rapidement dans l'intérieur de l'os et détruisent complètement ce dernier.

Cette destruction de l'os est produite encore bien plus rapidement par les **formes intra-osseuses du sarcome**. Celles-ci suivent dans leur accroissement le tissu conjonctif des canalicules de Havers et provoquent la résorption de l'os, tandis que, d'autre part, de même que dans les fibromes intra-osseux, le périoste fournit une coque osseuse de nouvelle formation à la tumeur en voie de développement.

Les sarcomes du maxillaire n'appartiennent, du reste, pas tous à ces formes malignes. C'est ainsi que l'on voit naître assez souvent du fond d'une alvéole une tumeur (épulis intra-osseuse enkystée) semblable au point de vue histologique au sarcome à cellules géantes décrit plus haut, tumeur qui laissant intact le rebord alvéolaire lui-même, perfore les parois du maxillaire pour apparaître à la joue, à la voûte palatine et dans le sinus. J'ai extirpé dernièrement une tumeur semblable bien caractérisée.

Les sarcomes à petites cellules et à développement rapide sont bien plus communs que les formes que nous venons de mentionner. Ces sarcomes médullaires ou encéphaloïdes se distinguent par leur richesse extraordinaire en cellules et par une proportion tout à fait minime de substance intercellulaire. Ils entraînent habituellement une destruction rapide des os, pénètrent dans le sinus maxillaire, et perforent les parois de ce dernier pour remplir l'orbite, les fosses nasales et le naso-pharynx. En même temps ils envahissent la peau, la détruisent et donnent lieu à des ulcérations à sécrétion sanieuse. Au point de vue clinique, ces tumeurs sont caractérisées par leur évolution rapide et leur tendance aux récidives. J'ai déjà vu deux fois des sarcomes de ce genre succéder directement à des contusions du maxillaire.

§ 96. — Pour ce qui concerne le **traitement** des néoplasmes qui ont été passés en revue dans les paragraphes précédents, nous devons faire remarquer que l'on est d'autant plus autorisé à se borner à des opérations n'entraînant pas de déformation, que les tumeurs sont plus dures,

s'accroissent plus lentement et ont pénétré moins profondément dans l'intérieur de l'os. C'est ainsi que l'on peut essayer d'abord de détacher simplement de leur point d'insertion les fibromes implantés sur l'os, de même que les sarcomes durs. S'agit-il d'un ostéome, on l'extirpera avec la partie de l'os sur laquelle il s'insère. Il convient d'appliquer également aux sarcomes ce dernier procédé si l'on veut être plus sûrement à l'abri des récidives. Dans le cas, par exemple, d'un sarcome implanté sur la paroi antérieure de l'antre d'Highmore, on enlèvera tout à la fois cette paroi et la tumeur. Les fibromes intra-osseux peuvent être assez souvent extirpés avec le prolongement qu'ils envoient dans l'intérieur de l'os, mais ici encore il est préférable d'enlever la partie du maxillaire qui est le siège du néoplasme.

Dans toutes les autres formes de tumeurs ayant envahi le maxillaire il n'y a pas à hésiter de pratiquer la résection de ce dernier sur une étendue plus ou moins considérable. C'est de l'extension, du siège et du degré de malignité du néoplasme que dépendra le choix entre une résection partielle et une résection totale. D'une manière générale il importe de ne pas étendre par trop le domaine des opérations partielles, et surtout on devra, le plus souvent, bien se garder d'y avoir recours dans les formes malignes de tumeurs décrites en dernier lieu.

Phénomènes cliniques des tumeurs du maxillaire supérieur

§ 97. — Les tumeurs des maxillaires sont en somme assez fréquentes. D'après A. WEBER elles forment à peu près un dixième de tous les néoplasmes ; sur ce chiffre un peu plus de la moitié appartient au maxillaire inférieur.

Les symptômes observés diffèrent essentiellement suivant que la tumeur provient du rebord alvéolaire ou du corps du maxillaire supérieur. Dans le premier cas la tumeur est visible par la bouche, et les dents tombent d'habitude rapidement dans la région occupée par le néoplasme ; lorsque ce dernier envahit ensuite peu à peu le corps de l'os, on voit apparaître les phénomènes particuliers aux tumeurs de cette partie du maxillaire. (*Voir plus haut la description des tumeurs du rebord alvéolaire*).

Les tumeurs de l'antre d'Highmore ne peuvent être sûrement diagnostiquées tant qu'elles n'ont pas déterminé une dilatation de cette cavité. Alors que la tumeur est encore comprise dans les limites du sinus, on observe divers symptômes tels qu'une douleur dans les dents de la mâchoire supérieure, une douleur sourde au niveau de l'antre d'Highmore, l'écoulement de sang et de mucosités par le nez lorsque le malade se couche sur le côté, enfin l'épiphora ; mais il est évident que ces divers symptômes n'ont pas une valeur qui permette de poser à coup sûr le

diagnostic. Plus tard, la tumeur, en augmentant de volume, provoque la résorption des parois du sinus, et soulève le périoste qui lui fournit une coque osseuse mince de nouvelle formation. La paroi antérieure du sinus, la paroi orbitaire et la voûte palatine peuvent être ainsi refoulées par le néoplasme ; en outre ce dernier ne tarde pas à agrandir l'orifice de communication avec la cavité nasale, et à venir faire saillie dans cette dernière. L'enveloppe osseuse de la tumeur finit par disparaître entièrement, et celle-ci n'est plus alors recouverte que par les parties molles. Lorsqu'on voit survenir un gonflement simultané dans les différents points que nous avons signalés, et que l'on constate, alors que le maxillaire n'est encore que modérément dilaté, une saillie de la paroi interne du sinus vers la cavité nasale, on peut, dans la plupart des cas, conclure à l'existence d'une tumeur ayant pour point de départ l'antre d'Highmore. Mais admettons que l'on observe seulement une tuméfaction de la paroi antérieure du sinus et de la voûte palatine, le diagnostic sera tout à fait incertain, car on peut avoir affaire alors tout aussi bien à une tumeur de l'os qu'à un néoplasme développé dans le sinus maxillaire. Si la paroi antérieure seule fait saillie en avant, la cause peut en être cherchée, il est vrai, dans une dilatation du sinus par une tumeur, mais il est possible aussi que l'on se trouve en présence d'un kyste dentaire ou d'une tumeur du périoste. Dans les cas où le diagnostic reste douteux on aura recours à l'akidopéirastique ; l'aiguille de l'appareil explorateur permettra de reconnaître si la tumeur repose sur l'os ou s'est développée dans le sinus ; le trocart donnera issue soit à du liquide, soit à des masses ramollies du néoplasme, tandis qu'à l'aide du harpon, on retirera des fragments de la tumeur, que l'on pourra ensuite examiner au microscope.

Plus tard il devient plus facile de reconnaître si l'on a affaire ou non à une tumeur du maxillaire, mais il n'est pas toujours possible, à une période avancée, de s'assurer si la tumeur a eu pour point de départ le corps de l'os ou l'antre d'Highmore. Très souvent, en effet, les tumeurs provenant de l'os envahissent le sinus maxillaire, et, *vice versa*, les tumeurs du sinus finissent par entraîner la résorption du tissu osseux.

Lorsqu'une tumeur du maxillaire supérieur atteint de grandes dimensions, elle donne au côté correspondant de la figure une largeur exagérée, et une certaine analogie avec la face d'une grenouille. Elle produit une déviation du nez du côté opposé et refoule l'œil en haut et en dehors. C'est surtout la région du rebord inférieur de l'orbite qui est considérablement élargie, mais nous ferons remarquer à ce propos que cet élargissement s'observe principalement lorsque la tumeur a pris naissance dans l'intérieur de l'os, tandis que les néoplasmes du sinus se font jour plutôt vers le nez, l'orbite et la cavité buccale. Les carcinomes apparaissent quelquefois très rapidement à l'extérieur, au point même que l'on