

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

peut ne pas soupçonner l'existence d'une tumeur et prendre l'ulcération du néoplasme pour une manifestation syphilitique.

Dans le cours de leur développement les tumeurs du maxillaire envahissent toutes les cavités avoisinantes; elles pénètrent dans l'orbite, refoulent et détruisent le globe oculaire; de bonne heure elles font leur apparition dans la fosse nasale correspondante, puis de cette dernière ou à travers la partie postérieure du sinus, elles gagnent les fosses sphéno et ptérygo-maxillaires ainsi que la portion nasale du pharynx; enfin elles peuvent même perforer la base du crâne et envahir la cavité crânienne.

Lorsqu'on fait macérer le crâne d'individus qui ont succombé à des tumeurs intra-osseuses du maxillaire supérieur, et surtout à des sarcomes, on est souvent très étonné de constater à quel point l'atrophie du maxillaire a retenti sur le crâne proprement dit. Les os de la base et même de la voûte crânienne, alors même qu'ils n'étaient pas envahis par le néoplasme, ont subi une atrophie notable; ils sont amincis et présentent un grand nombre de petites lacunes. La substance osseuse a évidemment disparu en partie pour ne laisser que les parties molles de l'os.

Les tumeurs du maxillaire arrivées à un degré extrême de développement, se comportent de la même manière que les polypes naso-pharyngiens; ces derniers, d'autre part, peuvent en s'accroissant envahir le sinus maxillaire et de là pénétrer dans les os eux-mêmes, au point qu'ils arrivent même à simuler des tumeurs primitives du maxillaire supérieur.

La cause de la mort est variable. Dans les cas de tumeurs malignes avec tendance à la fonte putride, c'est cette dernière qui emporte le malade. Le néoplasme peut, d'autre part, se développer du côté des voies respiratoires et déterminer la mort par asphyxie. Assez souvent aussi la terminaison fatale est la conséquence de l'écoulement dans la trachée de liquides saniens et de restes d'aliments. Enfin des symptômes cérébraux précèdent la mort dans les cas où la tumeur a perforé la base du crâne.

§ 98. — Dans notre exposé des diverses formes de tumeurs nous avons indiqué brièvement quels sont les cas dans lesquels on peut se contenter d'une **extirpation simple du néoplasme** et quels sont ceux qui nécessitent une **résection partielle ou totale du maxillaire**. Il ne nous reste donc plus ici qu'à donner une description rapide des procédés opératoires.

Nous passerons d'abord en revue les procédés de **résection totale**. Depuis que GENSOUL en 1827 eut pratiqué la première résection complète du maxillaire supérieur, telle que nous l'entendons actuellement, et surtout depuis que l'on eut rapporté un certain nombre de guérisons à la suite de l'extirpation des deux maxillaires supérieurs, on s'est peu à peu habitué à considérer l'opération en question comme ayant relativement peu de gravité. Cependant cette manière de voir est d'autant moins

justifiée que, d'après la statistique de RABE, la mortalité à la suite des résections pour cause de néoplasmes se monte à 29 0/0, et qu'elle est encore de 17 0/0 dans les cas de résections temporaires destinées à permettre l'extirpation des polypes naso-pharyngiens. Il est vrai que la mortalité s'abaisse à 5 0/0 à la suite des résections dont l'indication a été fournie par une carie ou une nécrose du maxillaire.

On diminue évidemment le danger de l'opération en pratiquant autant que possible des résections partielles dans les limites imposées par le néoplasme. La mortalité est, en effet, notablement moindre à la suite de ces opérations.

V. LANGENBECK a tenté d'améliorer les résultats fonctionnels de la résection du maxillaire supérieur en conservant le périoste et la membrane muco-périostale, et il est bien possible que les modifications apportées par ce chirurgien au manuel opératoire, aient aussi contribué un peu à abaisser le chiffre de la mortalité; mais la statistique est impuissante à nous renseigner sur cette question, et, d'autre part, lorsque la résection est pratiquée dans le but d'extirper une tumeur, ce serait commettre une faute que de respecter un périoste suspect. La méthode sous-périostée de LANGENBECK ne saurait donc être souvent employée dans les cas où l'indication opératoire est tirée de la présence d'un néoplasme.

Une partie des accidents qui entraînent la mort à la suite de la résection, sont dus à l'écoulement dans la trachée du sang ou des liquides fournis par la plaie; le malade succombe alors soit à l'**asphyxie**, soit à une **pneumonie** consécutive à la pénétration de ces liquides dans les voies respiratoires. Un certain nombre de malades sont morts d'asphyxie sur la table d'opération, et il est hors de doute que *cet accident survient surtout dans les cas où le malade a été préalablement chloroformé*.

Les accidents que nous venons de signaler ont engagé beaucoup de chirurgiens à n'employer le chloroforme qu'au début de l'opération. Ainsi BAUM, dans un assez grand nombre de cas de tumeurs du maxillaire, a pratiqué la résection le **malade étant assis et non chloroformé**. Il est clair que cette méthode opératoire annule, pour ainsi dire, le danger de l'écoulement du sang dans la trachée. Pour ma part j'opère en général de la manière suivante: le malade est placé sur la table d'opération dans une position assise, et je ne le soumets à une anesthésie profonde que pendant le temps nécessaire pour pratiquer les incisions des téguments. Je fais en même temps une injection hypodermique de morphine. Dès que je suis arrivé au temps de l'opération qui expose le malade au danger de l'écoulement du sang dans le larynx, je cesse l'emploi du chloroforme, et si l'hémorragie est abondante j'incline la tête de l'opéré du côté sain, quelquefois aussi en avant, et je fais enlever le sang épanché au moyen d'éponges montées sur des pinces. Presque toujours le malade affirmait ensuite qu'il n'avait pas ou presque pas souffert pendant l'opération. ROSE a indiqué un moyen très simple permettant de chloroformer