

moyen d'un crochet. A l'aide d'une rugine étroite on met ensuite à nu les faces antérieure et postérieure du condyle; le meilleur moyen d'achever de détacher toutes les parties molles du col du condyle, consiste à se servir de deux rugines étroites que l'on introduit l'une en avant et l'autre en arrière de ce col. On évite ainsi de blesser l'artère maxillaire interne. La section de l'os, qui peut être rendue difficile par la dureté de ce dernier, s'opère le mieux à l'aide d'un ciseau étroit. Dans les cas de synostose complète le condyle doit être aussi séparé de la surface articulaire du temporal au-dessous de l'arcade zygomatique. On dirigera donc le ciseau légèrement en bas afin d'éviter la perforation du crâne dans la profondeur de la cavité articulaire. Une fois l'opération terminée on ouvre la bouche au moyen d'un écarteur des mâchoires. La plaie est drainée, suturée, puis recouverte d'un pansement antiseptique.

Les conditions sont beaucoup plus défavorables dans les cas où il existe une synostose entre l'apophyse coronoïde et l'arcade zygomatique, ainsi qu'on l'observe à la suite de périostites et de lésions traumatiques; mais la forme la plus grave de soudure osseuse est celle que nous avons déjà mentionnée à propos de la constriction cicatricielle, et qui résulte, comme nous l'avons dit, de l'ossification des masses cicatricielles réunissant les deux maxillaires. Des récidives se produisent presque toujours dans ces cas à la suite de la section des adhérences à l'aide de la scie cultellaire ou du ciseau. Il reste alors au chirurgien comme dernière ressource la résection du maxillaire en avant des adhérences d'après le procédé d'ESMARCH.

β. Tumeurs du maxillaire inférieur.

§ 104. — Nous pouvons nous dispenser d'étudier ici isolément les tumeurs du rebord alvéolaire, vu qu'elles ne diffèrent en rien des tumeurs du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur. On observe surtout dans cette région des sarcomes et fibrosarcomes à cellules géantes ainsi que des fibromes, tandis que les carcinomes sont plus rares.

On possède quelques rares observations d'angiomes du maxillaire inférieur. Sur le corps de l'os on observe surtout des tumeurs appartenant au groupe du tissu conjonctif (Les tumeurs kystiques des dents seront décrites dans le chapitre consacré aux maladies dentaires).

Les **fibromes** se rencontrent surtout chez les individus jeunes; tantôt ces tumeurs proviennent du périoste, tantôt elles se développent dans l'intérieur de l'os (formes endostales de PAGET). — Les fibromes périostaux sont lobulés et siègent principalement sur les branches horizontales du maxillaire. Tant qu'ils sont encore peu volumineux, ils peuvent être facilement détachés de la surface de l'os; mais plus tard ils embrassent le maxillaire, et la surface éburnée de ce dernier envoie assez souvent des spicules et des lamelles osseuses vers la périphérie du néoplasme. — Les formes endostales du fibrome produisent la résorption de dedans en dehors du tissu osseux du maxillaire, tandis que, d'autre part, le périoste forme à la surface de la tumeur une coque

osseuse qui disparaît d'ailleurs ordinairement dans la suite. — On observe également des fibromes enkystés; il est probable qu'ils proviennent toujours d'une rétention de germes dentaires; ils ne se fusionnent pas avec le maxillaire, lequel disparaît peu à peu et finit par être réduit à une coque osseuse entourant la tumeur en voie d'accroissement. L'énucléation du kyste hors de sa loge osseuse n'offre pas de difficultés.

Le tissu des fibromes est de densité très variable; tantôt il est dur, serré, tantôt il est mou et lobulé; parfois on observe des formes de transition vers le myxome. La calcification de ces tumeurs n'est pas rare.

L'extirpation ou la résection partielle peuvent être parfois appliquées au traitement des fibromes peu volumineux. Ceux qui proviennent du périoste se laissent détacher du maxillaire; quant aux fibromes centraux ayant pour point de départ une dent, on peut, lorsqu'on a réussi à les diagnostiquer, les extirper de façon à ne pas interrompre complètement la continuité de l'os. Les fibromes plus volumineux nécessitent une résection partielle ou totale dans la continuité.

Les **enchondromes** sont un peu plus fréquents à la mâchoire inférieure qu'au maxillaire supérieur, mais n'en constituent pas moins une forme assez rare de néoplasmes. Les formes périostales sont plus fréquentes que les formes endostales. D'autre part on observe aussi au maxillaire inférieur des enchondromes enkystés, lesquels, de même que les fibromes décrits plus haut, ont une dent pour point de départ, et ne s'unissent pas à l'os, mais le détruisent par résorption (GUYON).

Les enchondromes provenant du périoste n'ont pas de capsule osseuse, mais présentent assez souvent dans leur intérieur des noyaux de calcification et d'ossification; ils peuvent atteindre de grandes dimensions et constituer des tumeurs dures bosselées. Ils ont de commun avec les fibromes le fait qu'ils se développent chez les individus jeunes, qu'ils s'accroissent lentement et ne récidivent pas facilement.

DIEFFENBACH ayant à opérer un enchondrome très volumineux, enleva en plusieurs séances des parties de la tumeur de façon à donner au maxillaire inférieur une forme et des dimensions à peu près normales. L'opération ne fut pas suivie de récidive. Les expériences ne sont pas encore assez nombreuses pour que nous puissions nous prononcer sur la valeur de ce procédé, mais en général c'est à l'extirpation totale de la tumeur que l'on devra accorder la préférence.

Les tumeurs osseuses ou **ostéomes** ont été fréquemment observées sur le maxillaire inférieur. Une grande partie d'entre elles sont d'origine inflammatoire, de même que les exostoses alvéolaires et l'hyperostose généralisée du squelette de la face et du crâne (léontiasis) que l'on observe dans les mêmes conditions. Ces hyperostoses, de même que les fibromes calcifiés, ne doivent pas être confondues avec les véritables tumeurs osseuses.

Le maxillaire inférieur n'est pas souvent le siège des vrais ostéomes centraux. Les tumeurs osseuses que l'on observe ici sont en général situées sous le périoste; elles ont une surface assez lisse et une consistance tout à fait dure. Elles se développent particulièrement chez les individus jeunes dans la région de l'angle de la mâchoire, probablement à la suite d'irritations multiples causées par les dents de sagesse. Cependant on les a observées également