

au niveau de la branche montante (SYME). Dans quelques cas l'ostéome est survenu à la suite d'une lésion traumatique du maxillaire (VOLKMANN).

De même que les fibromes et les enchondromes, les ostéomes peuvent se montrer dans l'os sous la forme de tumeurs enkystées, et ils ont alors les dents comme point de départ. Ces tumeurs se distinguent par leur consistance dure et par la lenteur de leur accroissement.

Les ostéomes du maxillaire inférieur peuvent être aussi ordinairement traités par la résection partielle avec conservation de la continuité de l'os.

Les **sarcomes** sont de beaucoup les tumeurs les plus fréquentes du maxillaire inférieur. Ils peuvent se développer aussi bien sur le rebord alvéolaire que sur le corps du maxillaire, aussi bien sous le périoste que dans l'intérieur de l'os. Tantôt ce sont des sarcomes à cellules géantes, tantôt il s'agit de sarcomes à cellules fusiformes, ou de formes malignes à petites cellules. On observe donc ici les mêmes variétés de sarcomes qu'au maxillaire supérieur. Une partie de ces tumeurs offrent une certaine tendance à l'ossification, tandis que d'autres, et surtout les sarcomes myéloïdes pourvus de cellules géantes, subissent volontiers la dégénérescence kystique et présentent alors parfois des pulsations bien manifestes. Les formes endostales sont caractérisées au début par l'existence d'une coque osseuse. Dans un certain nombre de cas on a trouvé aussi dans le corps du maxillaire des sarcomes isolés du reste de l'os par une capsule osseuse.

Le pronostic des sarcomes du maxillaire inférieur varie naturellement suivant les caractères histologiques et la rapidité d'accroissement du néoplasme; dès qu'ils ont franchi le périoste ils s'étendent rapidement aux parties molles du voisinage.

Pour la plupart des sarcomes le traitement consiste dans la résection partielle ou totale; ici encore il est parfois possible de maintenir la continuité du maxillaire.

Il n'est pas rare d'observer au maxillaire inférieur des tumeurs mixtes formées d'un mélange de chondrome, de fibrome et de sarcome.

Les observations publiées en Angleterre et parfois aussi en France, de **carcinomes** nés de la substance spongieuse du maxillaire, ne méritent pas une confiance absolue¹. Ces tumeurs se développeraient également sous le périoste, et HEATH a même décrit un squirre qui aurait eu cette origine. Mais l'examen microscopique ayant été négligé, le diagnostic reste par le fait incertain. Jusqu'ici nous ne connaissons avec certitude qu'une seule forme de carcinome primitif du maxillaire inférieur, c'est celle qui a pour point de départ la muqueuse des gencives. L'épulis cancéreuse n'est pas une tumeur particulière à la seconde moitié de la vie; dans certains cas on l'a observée chez des indi-

1. Dans ces dernières années, VERNEUIL et RECLUS ont appelé l'attention sur une variété spéciale d'épithéliome absolument propre aux mâchoires, à laquelle ils ont donné le nom d'*épithéliome térébrant*. Ce cancer est caractérisé par la présence d'une cavité profonde, creusée dans l'épaisseur de l'os et tapissée par des bourgeons que l'examen histologique montre formés de globes épithéliaux. Pour Reclus, ces tumeurs se développeraient aux dépens des débris du gubernaculum des dents. Quoi qu'il en soit de cette opinion, l'épithéliome térébrant se fait remarquer par une marche rapide avec tendance à envahir les ganglions (POULET et BOUSQUET, *Pathologie externe*).
(Note du Traducteur).

vidus jeunes, et même chez des enfants de 4 ou 5 ans (WEBER, HEATH). — Une forme, certainement bien plus commune de carcinome du maxillaire, est celle dans laquelle le néoplasme a pris naissance dans les parties molles du palais, des joues, de la muqueuse buccale et de la langue, et a envahi l'os par propagation. C'est le cancroïde des lèvres que l'on voit s'étendre le plus souvent au maxillaire. La tumeur s'accroît de dehors en dedans et pénètre dans l'os en le détruisant. Comme le carcinome labial est toujours ulcéré et en voie de suppuration, et que le pus sécrété dans la cavité buccale subit très facilement la décomposition putride, il arrive assez souvent que des parties du maxillaire compromises dans leur nutrition deviennent le siège d'une nécrose.

Dans le cours des dernières années, j'ai extirpé deux fois des tumeurs cancéreuses, qui à première vue semblaient être des carcinomes primitifs du maxillaire inférieur. Dans un cas il s'agissait d'un adénome qui avait eu pour point de départ les glandes muqueuses de la joue, avait envahi le maxillaire inférieur et pénétré dans son conduit dentaire; ce dernier était complètement rempli par le tissu dense du néoplasme. Dans l'autre cas j'avais eu affaire sans aucun doute à un carcinome volumineux, qui s'était développé primitivement dans la glande sous-maxillaire, et s'était propagé au périoste et à l'os du maxillaire inférieur.

Les carcinomes exigent une extirpation radicale qui seule peut nous donner quelque espoir de guérison ou mettre, du moins pour longtemps, le malade à l'abri des récidives. Il faudra toujours, pour obtenir ce résultat, sacrifier au moins une partie du maxillaire. Lorsqu'il s'agit d'un carcinome de la joue, de la langue ou des lèvres propagé à l'os, on est assez souvent obligé de pratiquer une résection du maxillaire dans la continuité, déjà pour le motif que l'on s'oppose ainsi à la constriction cicatricielle des mâchoires et que l'on rend possible l'alimentation du malade (ROSER). Dans les cas où le cancer n'a pas pénétré profondément dans le tissu osseux, on peut quelquefois essayer de faire disparaître le néoplasme par l'évidement superficiel de la partie malade du maxillaire, au moyen de la gouge ou de la curette tranchante, évidemment que l'on fait suivre d'une cautérisation au chlorure de zinc. Cette cautérisation est suivie d'une nécrose profonde de l'os. Ce procédé opératoire fait certainement courir moins de danger au malade qu'une résection dans la continuité.

§ 105. — D'après la statistique de O. WEBER, les 3/4 environ des tumeurs du maxillaire inférieur appartiennent aux formes malignes (sarcome et carcinome), tandis que les autres tumeurs s'y rencontrent en proportions à peu près égales.

Dans le **diagnostic différentiel** des tumeurs du maxillaire inférieur, il faut avant tout songer aux néoplasmes nés dans le voisinage de cet os qu'ils envahissent secondairement. Nous avons déjà mentionné les carcinomes ayant pour point de départ la muqueuse buccale; mais il faut, en outre, tenir compte des tumeurs glandulaires du cou qui se développent

autour du maxillaire, par exemple les tumeurs de la parotide et de la glande sous-maxillaire. Les formes molles de ces néoplasmes envahissent le périoste et détruisent peu à peu le tissu osseux sous-jacent.

Si l'on tient compte de la possibilité de l'envahissement du maxillaire inférieur par des néoplasmes nés dans son voisinage, on peut dire que le diagnostic des tumeurs de cet os n'offre pas de grandes difficultés, la mâchoire étant accessible à notre examen dans presque toute son étendue. C'est ainsi que l'on peut diagnostiquer par la vue et le toucher de petites tumeurs circonscrites de même que des tumeurs diffuses entourant le maxillaire. Par contre, il est rare que l'on puisse reconnaître avec certitude si la tumeur provient du périoste ou de l'intérieur de l'os. Quelquefois les tumeurs endostales, par la compression qu'elles exercent sur les nerfs dentaires inférieurs, provoquent de violentes douleurs dans le domaine d'innervation de ces derniers. L'anesthésie s'observe plus souvent dans les stades ultérieurs, surtout lorsqu'il s'agit de tumeurs malignes qui ont détruit les rameaux nerveux. Les tumeurs endostales sont entourées d'une coque osseuse dépressible qui, sous la pression du doigt, donne une sensation de crépitation parcheminée. Cette couche osseuse est quelquefois peu développée, ou bien elle est perforée de bonne heure par le néoplasme. Il n'en est pas de même des tumeurs périostales qui ont un tissu très dense et dans lesquelles l'os envoie des prolongements; la surface de ces tumeurs, en effet, présente parfois une consistance si dure qu'on peut la croire formée véritablement de tissu osseux. Il est rare également que l'on puisse, avant l'opération, diagnostiquer la nature des tumeurs enkystées; la ponction exploratrice peut bien nous permettre de reconnaître si l'on a affaire à une tumeur solide ou à un kyste, mais elle ne nous donne aucun renseignement sur le type histologique des tumeurs qui ont subi la transformation kystique; et cependant il serait à désirer que l'on pût de bonne heure poser un pareil diagnostic, car il nous permettrait, dans nombre de cas, d'extirper simplement la tumeur sans porter atteinte à la continuité du maxillaire.

Lorsque la tumeur a pris un développement considérable et occupe à peu près toute une moitié du maxillaire, le diagnostic ne présente plus guère de difficulté. La déformation est si caractéristique qu'elle permet au premier coup d'œil de reconnaître qu'il s'agit d'une tumeur du maxillaire inférieur. Ordinairement c'est surtout la branche horizontale qui subit une forte augmentation de volume; aussi la tumeur s'accroît-elle dans la direction du cou, et lorsqu'elle a acquis des dimensions considérables, elle peut même cacher ce dernier et s'étendre jusqu'à la partie supérieure du thorax. En même temps la cavité buccale est fortement rétrécie par le néoplasme, tandis que l'ouverture de la bouche est béante et déplacée par les parties de la tumeur qui, à travers cet orifice, viennent faire saillie à l'extérieur. Les dents, lorsqu'il en existe encore,

sont implantées d'une façon très irrégulière sur cette partie saillante de la tumeur. Il va sans dire que ces dents ne sont fixées que d'une façon très lâche dans le tissu du néoplasme, et qu'elles tombent facilement. Les tumeurs qui ont une tendance à envahir les parties voisines, contractent des adhérences avec ces dernières et finissent par se faire jour à l'extérieur à travers les téguments. D'autre part, celles qui subissent des métamorphoses régressives, par exemple les fibromes en voie de calcification, donnent lieu parfois à des suppurations circonscrites et à la formation de fistules. Dans ce cas on peut introduire un stylet boutonné dans l'intérieur de la tumeur, et l'on devra se garder de prendre cette dernière pour une nécrose du maxillaire (WEBER).

Il est clair que ces tumeurs, lorsqu'elles acquièrent de grandes dimensions, déterminent des troubles fonctionnels considérables. En général, on observe déjà de bonne heure une gêne de la mastication et de la phonation. La salive ne peut plus être retenue dans la cavité buccale, et bientôt se produisent également des troubles notables de la déglutition. Lorsque la tumeur se développe fortement du côté du cou, on voit survenir quelquefois des symptômes très graves dus à la compression des voies respiratoires et particulièrement du larynx.

De la résection du maxillaire inférieur.

§ 106. — Dans l'étude des résections du maxillaire inférieur, il faut avant tout établir une distinction entre les opérations qui se bornent à enlever une portion de l'os sans interrompre la continuité de ce dernier (**résections latérales ou non pénétrantes**), et celles qui consistent à enlever une partie du maxillaire dans toute son épaisseur et entraînent ainsi une solution de continuité de l'os (**résections pénétrantes ou dans la continuité**). Enfin, on désigne sous le nom de **désarticulation** les résections dans la continuité intéressant en même temps la partie articulaire de la mâchoire inférieure.

Les opérations dont il est ici question, et surtout les résections dans la continuité, ne sont entrées dans la pratique chirurgicale que depuis le commencement de ce siècle, c'est-à-dire depuis l'époque où DUPUYTREN tenta la première extirpation de tumeur du maxillaire inférieur qui ait été pratiquée sur le continent¹. Néanmoins, nous possédons déjà une statisti-

1. C'est dans les années 1812 et suivantes que DUPUYTREN décrit et vulgarisa l'extirpation du maxillaire inférieur pour des néoplasmes. « Cette opération, dit LISFRANC, grande conquête chirurgicale, brava les criailleries et les calomnies qui ne l'épargnèrent pas alors ». Le procédé employé par DUPUYTREN n'est applicable qu'à la résection de la partie antérieure de l'os; il consiste à mettre l'os à nu au moyen d'une incision verticale s'étendant du bord libre de la lèvre inférieure à l'os hyoïde, à rabattre les lambeaux latéraux en décollant les muscles, et à exciser ensuite une portion de l'os, soit avec la scie à chaîne, soit avec des pinces coupantes (FOLLIN et DUPLAY, *Pathologie externe*). (Note du traducteur).