

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 continent<sup>1</sup>. 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).